MODELO INTEGRADO PARA LA INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL DE RIESGOS DE ACCESO, USO Y CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD, EN EL ÁMBITO TERRITORIAL.

COLCIENCIAS
GOBIERNO DE COLOMBIA
Pontificia Universidad JAVERIANA Bogotá
INSTITUTO DE Salud Pública
FES
FUNDACIÓN HORIZONTES PROFESIONALES
OISS ORGANIZACIÓN IBEROAMERICANA DE SEGURIDAD SOCIAL

Modelo Integrado para la Inspección, Vigilancia y Control de Riesgos de Acceso, Uso y Calidad de los Servicios de Salud, en el Ámbito Territorial.

Programa:
Desarrollo y Evaluación de un Modelo Integrado de Inspección, Vigilancia y Control del Acceso Oportuno, el Uso Adecuado y la Calidad en la Prestación de Servicios en el Sistema General de Seguridad Social en Salud Colombiano.

Contrato:
Contrato 522 de 2012, Colciencias – Unión Temporal PUJ-FES

Desarrollado mediante una alianza entre el Instituto de Salud Pública de Pontificia Universidad Javeriana, la Fundación para la Educación y el Desarrollo Social -FES, la Organización Iberoamericana de Seguridad Social –OISS y la Fundación Horizontes Profesionales

ISBN:
978-958-59260-4-2

Gerencia del Programa:
Elsa Victoria Henao Londoño

Coordinación Técnica:
Julia Isabel Eslava Rincón

Contabilidad:
Mónica Cecilia Martínez Polo

Asistente Programa:
Shirlis Paola Beleño Alvarez

Proceso de publicación:
Carlos Arturo Puente Burgos
Revisión de estilo

Yolanda Zapata Bermudez
Evaluación técnica

Natalina Leguizamón
Diagramación - Recursos vía freepik.com

Financiador:
Departamento Administrativo de Ciencia, Tecnología e Innovación - Colciencias

Director General:
Alejandro Olaya Dávila

Subdirector General:
Óscar Gualdrón González

Director de Fomento a la Investigación:
Eduardo Rojas Pineda

Gestora Programa Nacional de CTeI en Salud:
Diana Milena Calderón Noreña

Entidades de la Unión Temporal:

- **Pontificia Universidad Javeriana**

Rector:
Jorge Humberto Peláez Piedrahita, S.J.

Vicerrector de Investigación:
Luis Miguel Renjifo Martínez

- **Instituto de Salud Pública, Pontificia Universidad Javeriana**

Director:
Rolando Enrique Peñaloza Quintero

Directora Área de Investigación:
Julia Isabel Eslava Rincón

- **Fundación para la Educación Superior y el Desarrollo Social – FES**

Directora:
María Lucía Lloreda Garcés

Directora Área de Salud:
Naydú Acosta Ramirez

Otras Entidades Aliadas:

- **Organización Iberoamericana de Seguridad Social -OISS**

Secretaria General de la OISS:
Gina Magnolia Riaño Barón

Director General del Centro Regional de la OISS para Colombia y el Área Andina:
Manuel Gustavo Riveros Aponte

Director General del Centro Regional de la OISS para Colombia y el Área Andina:
Juan Carlos Cortes Gonzalez

- **Fundación Horizontes Profesionales**

Director:
Carlos Alberto Garzón Florez

Se prohíbe la reproducción total o parcial de esta obra –incluido el diseño tipográfico y de portada- sea cual fuere el medio, electrónico o mecánico, sin el consentimiento expreso y por escrito de las instituciones mencionadas.

Copyright: Colciencias; Pontificia Universidad Javeriana; Fundación FES; Organización Iberoamericana de Seguridad Social –OISS; Fundación Horizontes Profesionales.

PROYECTOS DEL PROGRAMA:

Proyecto 1 - *Factores condicionantes de los mercados, agentes e instituciones en el sector salud en relación con la regulación y la inspección, vigilancia y control en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.*

- A cargo del Instituto de Salud Pública de la Pontificia Universidad Javeriana.

- Investigador Principal: Jaime Ramírez Moreno

Proyecto 2 - *Evaluación de pertinencia y coherencia de las funciones y métodos de intervención regulatorias de Inspección, Vigilancia y Control -IVC.*

- A cargo del Instituto de Salud Pública de la Pontificia Universidad Javeriana.

- Investigador Principal: Rolando Enrique Peñaloza Quintero

Proyecto 3 - *Evaluación de procesos de la Inspección, vigilancia y control del Sistema General de Seguridad Social en Salud.*

- A cargo de la Fundación FES.

- Investigador Principal: Sandra Lorena Girón Vargas

Proyecto 4 - *Desarrollo de un sistema de monitoreo, de intervenciones regulatorias y de inspección, vigilancia y control en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.*

- A cargo del Instituto de Salud Pública de la Universidad Javeriana.

- Investigador Principal: Julia Isabel Eslava Rincón

Proyecto 5 - *Implementación y evaluación de un sistema piloto para la Inspección, Vigilancia y Control del acceso, uso y calidad en la prestación de servicios en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.*

- A cargo de la Fundación FES.

- Investigadores Principales: Naydú Acosta Ramirez (segunda fase) y Julio Cesar Mateus Solarte (primera fase).

Proyecto 6 - *Participación social y protección al usuario.*

- A cargo de la Organización Iberoamericana de Seguridad Social -OISS.

- Investigador Principal: Jairo Alberto Betancourt Maldonado

Proyecto 7 - *Implementación de un sistema para la construcción de capacidades para la inspección, vigilancia y control del acceso, uso y calidad en la prestación de servicios en el Sistema General de Seguridad Social Salud.*

- A cargo de la Fundación Horizontes Profesionales.

- Investigador Principal: Carlos Alberto Garzón Flórez.

ÍNDICE GENERAL

PRESENTACIÓN 7

INTRODUCCIÓN 8

1 MODELO INTEGRADO PARA LA INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL DE RIESGOS DE ACCESO, USO Y CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD, EN EL ÁMBITO TERRITORIAL 16

2 DE LA REGULACIÓN CORRIENTE A LA RECTORÍA CONSTITUCIONAL 156

3 PERTINENCIA Y COHERENCIA DE LAS FUNCIONES Y MÉTODOS DE INTERVENCIÓN REGULATORIAS DE INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL 218

4 EVALUACIÓN DE PROCESOS DE INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD 260

5 SISTEMA DE MONITOREO PARA LA INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL (SIMIV): UNA PROPUESTA BASADA EN LA GESTIÓN DE RIESGOS DESDE EL ÁMBITO TERRITORIAL 292

6 IMPLEMENTACIÓN Y EVALUACIÓN DE UN SISTEMA PILOTO PARA LA INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL DEL ACCESO, USO Y CALIDAD DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD COLOMBIANO 361

7 LA PARTICIPACIÓN SOCIAL Y LA PROTECCIÓN AL USUARIO: PERSPECTIVAS Y REALIDADES EN LA IMPLEMENTACIÓN DE UN MODELO DE INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL 400

8 IMPLEMENTACIÓN DE UN SISTEMA PARA LA CONSTRUCCIÓN DE CAPACIDADES PARA LA INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL DEL ACCESO, USO Y CALIDAD EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD EN SALUD 438

PRESENTACIÓN

El Programa "Desarrollo y evaluación de un modelo integrado de Inspección, Vigilancia y Control del acceso oportuno, el uso adecuado y la calidad en la prestación de servicios en el Sistema General de Seguridad Social en Salud colombiano", fue ejecutado en el marco de la Convocatoria Colciencias No. 576 del 2 de mayo de 2012, mediante un esfuerzo conjunto del Instituto de Salud Pública de la Pontificia Universidad Javeriana[1], la Fundación para la Educación y el Desarrollo Social (FES), la Organización Iberoamericana de Seguridad Social (OISS) y la Fundación Horizontes Profesionales.

Esta convocatoria fue abierta en un contexto en el que se evidenciaban varios problemas: una alta inequidad en el acceso, uso y calidad de los servicios del SGSSS, unos indicadores de salud con índices inaceptables de eventos evitables para el nivel de desarrollo del país; una inversión sectorial cuantiosa sin que los resultados reportaran una satisfacción clara y una solución eficaz a los problemas de salud; y unas deudas de la descentralización y articulación entre las entidades del nivel territorial y el nacional, con una baja capacidad de intervención desde lo local. Estos factores, entre otros, hacen que la ciudadanía cuestione el Sistema, las políticas, las instituciones y las actuaciones del sector y aluda a las fallas de la regulación, la inspección, la vigilancia y el control como causa o como cómplice de la problemática. Por ende, el fin de la convocatoria, en relación con la IVC, fue el de generar conocimiento que permita alcanzar prácticas más eficientes, eficaces y oportunas en la IVC de los diferentes actores del SGSSS, en especial en los niveles local y departamental, a partir del desarrollo de herramientas metodológicas y sistemas de evaluación que permitan generar un impacto positivo.

Para responder a esta convocatoria, se diseñaron las propuestas de siete proyectos articulados, con los cuales se cubría una fase diagnóstica inicial, una fase de desarrollo del modelo y el sistema de monitoreo y una fase de prueba piloto y evaluación para validar el Modelo de IVC y hacer los ajustes pertinentes.

El Modelo integrado para la inspección, vigilancia y control (IVC) de riesgos de acceso, uso y calidad de los servicios de salud, en el ámbito territorial, se presenta como resultado del Programa y se pone a disposición del sistema de salud y en particular, de los niveles territoriales como referente para trabajar la IVC y como un elemento clave para el goce efectivo de los derechos ciudadanos, bajo un enfoque de riesgos y de la mano con la ciudadanía.

[1] *Anteriormente Cendex de la Pontificia Universidad Javeriana.*

INTRODUCCIÓN

Con el **Modelo integrado para la inspección, vigilancia y control (IVC) de riesgos de acceso, uso y calidad de los servicios de salud, en el ámbito territorial,** se busca fortalecer el ejercicio eficiente y efectivo de la IVC en favor del Goce Efectivo del Derecho a la salud (GED), a partir de una serie de componentes y enfoques que se articulan y potencian con un objetivo común: mejorar las condiciones de los servicios de salud en favor de la población general.

El Modelo busca convertirse en una herramienta de referencia, orientación y consulta y en una ruta a seguir para que los actores y entes territoriales de salud: **puedan integrar** la perspectiva tradicional de la Supervisión Basada en Cumplimiento (SBC), con las ventajas del enfoque preventivo que supone la Supervisión Basada en Riesgos (SBR) desde una perspectiva local, que privilegia una lógica de abajo hacia arriba (local-departamental-nacional y de la institución de servicios a la red, entre otros); **puedan fortalecer** las competencias y capacidades de los actores y autoridades para el ejercicio efectivo de la IVC; **puedan contar** con un sistema de monitoreo de las intervenciones regulatorias y de IVC que les permita definir metas intermedias, identificar los recursos utilizados y analizar los resultados obtenidos con la generación de alarmas; **puedan aplicar** una perspectiva que privilegie la participación social en las fases de inspección y participación social en las fases de inspección y vigilancia (control social), de tal suerte que, en su rol, los usuarios del sistema cuenten con una representación efectiva en la planeación, evaluación, veeduría y toma de decisiones que influyan directamente en el acceso, uso y calidad de los servicios del SGSSS; **puedan identificar y priorizar** sus propios riesgos; y por último y en respuesta a las grandes diferencias regionales de nuestro país, que cada territorio **pueda ajustar** el Modelo a sus condiciones específicas de competencias, descentralización, tamaño, institucionalidad y recursos disponibles.

Como base para el diseño de este Modelo se tomaron, además de la bibliografía disponible, los estudios previos que realizó el Programa en su fase de diagnóstico y que permitieron delimitar los marcos normativos y jurídicos de los procesos de regulación, inspección, vigilancia y control en el Sistema de Salud; las percepciones y conocimientos de los actores involucrados, tanto en la prestación, como en la supervisión de los servicios; la percepción de los riesgos en la prestación de servicios por parte de actores del Sistema; los procesos existentes para supervisar el acceso, uso y calidad de los servicios en algunos municipios del país; y el estado de la participación ciudadana en los procesos de IVC. De los proyectos que permitieron el desarrollo de estos estudios se destacan sus principales aportes y conclusiones.

El proyecto **"Factores Condicionantes de los mercados, agentes e instituciones en el sector salud en relación con la regulación y la IVC e el SGSSS"** ejecutado por la Pontificia Universidad Javeriana (Ramirez , y otros, 2015) recoge de los diferentes actores su percepción acerca de los principales problemas del Sistema de Salud, los analiza y plantea como puntos centrales los siguientes:

• Los problemas del sistema tienen que ver con una crisis de legitimidad y una situación de incumplimiento generalizado de las normas, atada a altos niveles de impunidad, con la naturalización de malas prácticas a su interior. En este contexto, sobresale la ineficacia de la IVC y la necesidad de fortalecerla.

• Un exceso de normatividad que puede llegar a ser contradictoria y generar confusión entre los agentes lo que, aunado a la inconsistencia temporal que la caracteriza, amenaza intentos regulatorios de largo plazo. En ese sentido, la regulación, más que normas, exige consensos.

• Entre los factores que afectan el acceso, el uso y la calidad de los servicios, sobresalen la insuficiencia en la red, la falta de oportunidad en las citas, los inconvenientes con las autorizaciones y la falta de regularidad en los pagos de Empresas Promotoras de Salud (EPS) a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS).

• En lo relativo a la crisis financiera del sistema, es claro que se requiere tanto de la gestión de riesgos, como de la evaluación de resultados. La calidad de la regulación es puesta en entredicho por circunstancias como la actualización retrospectiva del Plan Obligatorio de Salud, POS, y la Unidad de pago por capitación, UPC, y la falta de claridad frente temas como la regulación de precios, los pagos por desempeño y la integración vertical.

• A juicio de los actores, la calidad de la IVC está amenazada por el hecho de que la Superintendencia Nacional de Salud (SNS) pide mucha información, pero no hace mucho con ella, ni la utiliza para beneficio del Sistema. Así mismo, aflora la percepción de que algunos agentes tienen la capacidad de limitar la autonomía de la SNS y que ésta se encuentra muy lejana de los territorios, lo que exige un esfuerzo mayor por consolidar la descentralización de la IVC. Dada la idiosincrasia colombiana, la autorregulación no se percibe como una alternativa factible a la de un mayor control, lo cual pone mayor presión por fortalecer la IVC y los consensos sociales.

Por su parte, el proyecto **"Evaluación de Pertinencia y Coherencia de las Funciones y Métodos de intervenciones regulatorias y de Inspección, Vigilancia y Control (IVC)",** también ejecutado por la Pontificia Universidad Javeriana (Peñaloza, y otros, 2015), se concentra en determinar dicha pertinencia frente a los objetivos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), los mecanismos legales que consideran el desarrollo institucional del sector y las entidades de control del Estado. Para cumplir este objetivo se partió de la presencia de un problema público, cuya solución demanda la adopción de medidas de IVC en torno a tres focos de interés: acceso, uso y calidad de los servicios. Los principales abordajes y hallazgos

de este estudio se presentan a continuación.

En el marco del SGSSS colombiano, las medidas de IVC se conciben bajo el concepto de policía administrativa, que se ejerce bajo el monopolio de los órganos de carácter ejecutivo, quienes, mediante la implementación de actos administrativos concretos, demandan el cumplimiento de las reglas. El ejercicio de esta policía administrativa, delimita derechos constitucionales de manera general y establece unas reglas legales -competencia exclusiva del legislador- que permiten esta limitación de los derechos. Por el contrario, para el Programa, y este proyecto en particular, se introduce el concepto de riesgo, entendido como la "posibilidad de ocurrencia de una circunstancia, evento, amenaza, acto u omisión, que pueda en un momento dado impedir el acceso al Sistema de Salud y por ende a los servicios, su utilización o la calidad de los mismos" (Ministerio de Educación Nacional, 2005)

El estudio realizó un análisis de riesgos consistente en la revisión de la probabilidad de ocurrencia de eventos negativos y su impacto, su calificación y la determinación de la capacidad de manejo del riesgo en una determinada entidad. El control de estos riesgos es el que da lugar al concepto de gestión basada en riesgos.

Con este estudio se pudo constatar que, en un sentido amplio, la supervisión es entendida como inspección, vigilancia o control y, en cualquiera de esas acepciones, el propósito es asegurar el cumplimiento de lo planteado. La supervisión se lleva a cabo, bien sea para tomar acciones correctivas o para identificar la necesidad de emprender acciones nuevas o complementarias a lo que constituye el objeto supervisado. La forma más usual de llevarla a cabo es la supervisión basada en resultados, más que la supervisión basada en riesgos.

Para la gestión basada en resultados lo importante es el punto de llegada. Los resultados aluden al cambio de situación, producto de la puesta en marcha de una actividad, un programa o un proyecto, mediado por el uso de insumos o recursos. Por el contrario, la supervisión basada en riesgos que lleva a la gestión del riesgo, se entiende como un conjunto de acciones tendientes a reducir la posibilidad de ocurrencia de eventos adversos asociados a la atención en salud y que se extienden desde la imposibilidad de acceder a los servicios, hasta las complicaciones derivadas de los procesos de atención. Cuando se trata de la atención en salud, los riesgos son latentes y puede resultar más pertinente la aplicación de modelos orientados a la gestión del riesgo con un enfoque proactivo y preventivo.

Partiendo del contexto del SGSSS y las definiciones básicas de acceso, uso y calidad, este proyecto se concentró en la construcción de una matriz de marco normativo, en la identificación de riesgos relacionados y, por último, en la confrontación entre las normas y los riesgos como base para el análisis de pertinencia de la IVC.

El balance entre normatividad y priorización de riesgos permitió documentar diversos

problemas con el manejo de información y la falta de retroalimentación entre los entes de control a quienes ésta se entrega, que surgen de las dificultades en la concurrencia entre agentes, limitando el acceso, el uso y la calidad de los servicios de salud.

Conforme a los resultados, se pudo establecer que los actores todavía leen de manera más clara el derecho a la prestación del servicio que el derecho a la salud; de ahí que los riesgos priorizados en primera instancia giren en torno a la prestación del servicio y se concentren más en aspectos relacionados con el servicio, que con los riesgos de tipo epidemiológico.

Por último, la aparición de la Ley Estatutaria, puede interpretarse como la primera forma de garantía al derecho a la salud y el reto que enfrenta un Modelo de IVC es volverla operativa. Al hacerlo se debe evitar partir de los resultados, porque en ese caso, el modelo sería reactivo antes que proactivo.

El Proyecto: **"Evaluación de procesos de IVC del SGSSS",** realizado por la Fundación FES (Girón, Casas, & Mateus, 2015), tuvo como propósito evaluar los procesos de IVC implementados por el sistema vigente hasta 2015, como insumo para el desarrollo del Modelo. Para esto se tomaron como referentes el estudio de procesos de IVC desde la SNS como nivel central y cuatro municipios de distintas categorías[2] a nivel local; las principales conclusiones de los investigadores se presentan a continuación.

Desde el nivel central, la caracterización de procesos de la SNS no sólo da cuenta de la complejidad del SGSSS, sino también de la amplitud de funciones, áreas y actores implicados y que son sujeto de inspección, vigilancia y control por parte de dicha entidad. Varios son los hallazgos significativos que no sólo ponen en evidencia la necesidad de plantear reestructuraciones a la forma de operar y a los enfoques de la IVC por parte de la SNS, sino también para el diseño institucional desde el punto de vista normativo y regulatorio que acompaña esta función del Estado.

Se destaca, en primer lugar, que los procesos de IVC expresan amplias brechas respecto a las necesidades planteadas por la realidad de operación del SGSSS y que afectan el acceso, uso y calidad de los servicios. Estas brechas abarcan varias dimensiones: 1) el enfoque de IVC que se sitúa en una lógica reactiva y sancionatoria; 2) la organización con altos niveles de concentración en el nivel central; y 3) la dimensión funcional y de procesos que no alcanza a cubrir la visión sistémica que requiere el SGSSS y sus prioridades.

La estructura burocrática y normativa para la IVC da cuenta de un alto grado de especialización ya que en los procesos operativos se observa una amplia dispersión y son soportados en un sin número de funciones encomendadas a las Superintendencias delegadas y, en muchos casos, se desborda el alcance de los procesos y procedimientos; se considera que no es posible

[2] *Cali y Calima-Darién en el departamento del Valle del Cauca; Ibagué y El Espinal en el departamento del Tolima.*

un efectivo desempeño de la Superintendencia sobre un universo de vigilados tan grande.

Los procesos desarrollados al interior de la Superintendencia no se enfocan, en su mayoría, sobre los aspectos más críticos del Sistema, según lo evidencia la relación con los riesgos; por el contrario, concentra su accionar sobre aspectos que, si bien representan componentes importantes para la financiación del Sistema, carecen de reconocimiento social y de enfoque en los usuarios, que son los directos afectados por las conductas inadecuadas de los agentes.

La falta de una estructura procedimental coherente con los recursos (humanos, técnicos y financieros) y la asignación de procesos que en ocasiones superan las competencias de las delegadas, en otras las restringen o generan superposiciones con los grupos funcionales, es una limitante que dificulta aún más el procesamiento de la información, el monitoreo y seguimiento, agregando dificultad innecesaria a una labor de por sí compleja.

Fue recurrente que el enfoque favorecido por el manual de procesos de la SNS concentra la mayoría de los esfuerzos de la entidad en responder a reclamaciones elevadas por usuarios y actores del Sistema, sin que las funciones de monitoreo y seguimiento sean claras en ejes diferentes al de financiamiento. Si se atiende a las definiciones mismas de la IVC establecidas en el año 2007, la función de monitoreo, seguimiento y evaluación debería ser el núcleo central para llevar a cabo la supervisión basada en la gestión de riesgo.

De otra parte, el desequilibrio entre los riesgos más significativos en la prestación de los servicios y en el aseguramiento, frente a procesos y procedimientos concentrados en la vigilancia financiera de giro y movilización de recursos, plantea la necesidad de enfocar la función de IVC en la garantía del acceso, uso y calidad de los servicios, como una cuestión central que ha sido abordada desde los preceptos constitucionales, en lo que la Corte ha denominado como la "violación sistemática del derecho a la salud", que incluye desde la negación de la afiliación, hasta la negación o dilación de la prestación de los servicios (Corte Constitucional, 2008).

A nivel de los municipios revisados en el proceso de IVC, la operación más débil o ausente es el ejercicio del control por parte de la SNS, frente a una relación fragmentada entre los actores que ocasiona demoras en los servicios. Este control se hace efectivo, la mayoría de las veces, cuando la red de controladores presiona normativamente en favor de los usuarios que denuncian. En algunos contextos, las asociaciones de usuarios y los medios de comunicación se han configurado como los mecanismos de participación más efectivos para ayudar a los usuarios en sus problemas de acceso; sin embargo, aún no se cuenta con mecanismos efectivos para valorar la calidad en la prestación.

La SNS como entidad competente para controlar y sancionar las instituciones que no cumplen con los requisitos de acceso, uso de servicios y calidad, concentra demasiadas

funciones, lo que hace que en el ámbito territorial se desdibuje y se perciba como una entidad ausente. Ante el modelo de mercado que se impone en las relaciones del Sistema de Salud, especialmente de los aseguradores con los demás actores, se hace necesaria la descentralización y el fortalecimiento técnico y operativo de la SNS para que pueda ejercer control oportuno. No fue posible identificar procesos específicos para hacer IVC del acceso, uso y calidad desde los actores territoriales abordados. Posiblemente, estos estén explícitos desde la SNS, pero no se evidenciaron en el nivel departamental y local.

El análisis de calidad de la atención sobre eventos de salud específicos, es un proceso que algunas instituciones hacen contratando estudios particulares con entidades externas. A pesar de estos avances, no se puede hablar de un proceso específico de IVC del acceso, uso y calidad como tal, sino que se evidencian acciones reactivas ante situaciones coyunturales de estas categorías.

De manera paralela, la **Organización Iberoamericana de Seguridad Social -OISS,** desarrolló el Proyecto **"Participación Social (PS) y Protección al Usuario (PU)"** (Betancourt & Pineda, 2015) que, en su primera etapa, se concentró en el diagnóstico de la efectividad de la PS y PU, mediante un estudio descriptivo que incluyó los representantes de los agentes del sistema involucrados con la ciudadanía en los niveles nacional, distrital, de IPS y EPS; de instancias responsables de los mecanismos de participación como Asociaciones de Usuarios, Comisiones de Control Social, Veedurías, Comités de Ética Hospitalaria, Comités de Participación Comunitaria –(COPACOS) y Juntas Directivas de EPS e IPS públicas; asociaciones de pacientes; un Observatorio de Control Social; y una mesa de Participación, Control y Corresponsabilidad Social en Salud.

El diagnóstico identificó los principales riesgos o eventos que impiden que las diferentes formas de participación puedan ejercer un control social efectivo del acceso, uso y calidad de los servicios de salud. Estos riesgos se concentran en las limitaciones para la recolección y el análisis de información de EPS e IPS para elaborar los informes de inspección y vigilancia; en la alta asimetría de poder entre las instituciones vigiladas y las instancias de control social; en la ausencia de mecanismos claros para la retroalimentación y el ejercicio efectivo del seguimiento a los planes de mejora y a los hallazgos del control social; en la falta de apoyo de los entes rectores y de control a nivel nacional y territorial que se expresa en una deficiente capacitación, asesoría y acompañamiento para respaldar la labor de las formas de participación, ante los vigilados; entre otros.

En el ámbito territorial y de las instituciones del Sistema (entes territoriales de salud, EPS e IPS), se destacan entre los hallazgos: un alto incumplimiento de la normatividad dispuesta en PS y PU; la inoportunidad en la respuesta a las peticiones, quejas, reclamos y denuncias (PQRD) de ciudadanos insatisfechos con la prestación de los servicios del SGSSS; la no

utilización de las PQRD como insumos para realizar IVC y generar acciones correctivas o planes para mejorar el acceso, uso y calidad de los servicios; la ausencia de seguimiento, monitoreo y evaluación de indicadores producto de las PQRD; y el desacato a fallos de tutelas relacionados con el servicio. Como consecuencia de lo anterior, emergen factores estructurales que ponen en riesgo el ejercicio de la participación, como la desmotivación y deserción de los participantes por la escasa incidencia del control social sobre las decisiones de las instituciones y la falta de credibilidad y desconfianza hacia los entes de control desde los estamentos de participación.

Con los elementos de diagnóstico derivados de estos proyectos, representantes de todos los proyectos del Programa se dieron a la tarea de diseñar un Modelo de IVC válido para su aplicación a nivel territorial, en todo el país. Este Modelo incluye tanto la fundamentación teórica, como la operativa para el desarrollo de las actividades de IVC al acceso, uso y calidad de los servicios de salud a cargo de las entidades territoriales para el Goce Efectivo del Derecho a la salud (GED) en el marco propuesto por la Ley Estatutaria de Salud. En este Modelo se desarrollan los componentes de Inspección, Vigilancia y Control (visto como un seguimiento permanente del proceso para su mejoramiento) a partir de los riesgos identificados y organizados con indicadores desde el sistema de monitoreo y establece la conexión con el marco del control punitivo para cuando sea indispensable.

El Modelo fue piloteado y evaluado en los territorios de Cali-Valle, El Espinal-Tolima y Corinto-Cauca, mediante el proyecto **"Implementación y evaluación de un sistema piloto para la IVC del acceso, uso y calidad en la prestación de servicios del SGSSS"** a cargo de la Fundación FES (Acosta, y otros, 2016). A manera de metodología se optó por la implementación por núcleos de riesgo, priorizados por cada uno de los territorios de la prueba de acuerdo con sus necesidades y recursos, dando curso al proceso hasta llegar a la definición de planes de gestión para abordar cada uno de los riesgos. De igual manera, las lecciones y conclusiones de esta implementación se convirtieron en la base para aprender de la experiencia, introducir ajustes para la consolidación del Modelo final, hacer aportes para la toma de decisiones frente a la organización y disposición de los recursos en los entes territoriales y plantear algunas recomendaciones relacionadas con la regulación.

La evaluación, prevista en este mismo proyecto, se aproximó a los territorios de la prueba piloto desde dos ángulos: la indagación sobre la percepción de los usuarios acerca del acceso y uso de los servicios de salud mediante una encuesta poblacional y la verificación de componentes de calidad mediante la revisión de historias clínicas en los principales prestadores de servicios de salud.

De manera particular, el Núcleo de Riesgos de Participación Social y Protección al Usuario fue piloteado por la OISS en el municipio de El Espinal,

derivando de este ejercicio la validación de la pertinencia, utilidad y valor de incluir la PS en el Modelo de IVC para el ámbito territorial.

De manera complementaria al Modelo de IVC, el Proyecto: **"Desarrollo de un sistema de monitoreo de intervenciones regulatorias y de IVC",** (Eslava, Camelo, Torres, Mejía, & Vasquez, 2015) realizado por la Universidad Javeriana, recogió información complementaria de fuentes secundarias de carácter normativo, de procedimientos e instrumentos disponibles sobre las funciones y competencias de la SNS en IVC de acceso, uso y calidad, así como las funciones que corresponden a los demás actores del Sistema y, a partir de allí, se dio a la tarea de construir, para cada uno de los núcleos de riesgo incluidos en el Modelo, una serie de indicadores que permitan a los actores territoriales documentar sus riesgos, priorizarlos y establecer planes de mejora y poder hacer seguimiento objetivo a sus resultados. Este sistema de monitoreo queda disponible para su instalación en el sistema de información del Ministerio de Salud y Protección Social, como una herramienta integrada a la información en salud de todo el país.

La innovación requerida por el Programa fija el centro de interés en el enfoque de riesgos, donde el papel del supervisor deja de ser el de verificar el cumplimiento normativo, y se encamina más a evaluar si los controles destinados a evitar la materialización de los riesgos son adecuados, de manera tal que estos riesgos no se extiendan a los usuarios o a los demás agentes. En la perspectiva de plantear acciones preventivas, se requiere de información pertinente y la definición de variables para el seguimiento del SGSSS orientada a la articulación entre la regulación y la inspección del Sistema, superando las limitaciones existentes.

Por último, el proceso de sistematización de las experiencias del Programa, y en particular del proceso de pilotaje, fue realizada por la Fundación Horizontes Profesionales a través del Proyecto **"Implementación de un sistema para la construcción de capacidades para la IVC del acceso, uso y calidad en la prestación de servicios del SGSSS"** (Garzón , y otros, 2017). Este proyecto aporta además, los perfiles y competencias requeridas en el nivel departamental y local para la exitosa aplicación del Modelo y la generación de recomendaciones encaminadas a su expansión a otros territorios del país.

MODELO INTEGRADO PARA LA INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL DE RIESGOS DE ACCESO, USO Y CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD, EN EL ÁMBITO TERRITORIAL.

Julia Isabel Eslava Rincón
Fredy Armindo Camelo Tovar
Naydú Acosta Ramirez
Claudia Isabel Vivas Tobar
Julio Cesar Mateus Solarte
Francy Yanira Pineda Granados

COLCIENCIAS
GOBIERNO DE COLOMBIA
Pontificia Universidad JAVERIANA Bogotá
INSTITUTO DE Salud Pública
FES
FUNDACIÓN HORIZONTES PROFESIONALES
OISS ORGANIZACIÓN IBEROAMERICANA DE SEGURIDAD SOCIAL

Modelo Integrado para la Inspección, Vigilancia y Control de Riesgos de Acceso, Uso y Calidad de los Servicios de Salud, en el Ámbito Territorial.

Programa:

Desarrollo y Evaluación de un Modelo Integrado de IVC del Acceso Oportuno, el Uso Adecuado y la Calidad en la Prestación de Servicios en el SGSSS Colombiano.

Miembros del Comité para el Desarrollo del Modelo

Julia Isabel Eslava Rincón
Investigador Principal Proyecto 4

Enrique Peñaloza Quintero
Investigador Principal Proyecto 2

Carlos Alberto Garzón Flórez
Investigador Principal Proyecto 7

Carlos Enrique Rondón Almeida
Coinvestigador Proyecto 7

Jairo Alberto Betancourt Maldonado
Investigador Principal Proyecto 6

Francy Yanira Pineda Granados
Coinvestigadora Proyecto 6

Fredy Armindo Camelo Tovar
Coinvestigador Proyecto 4

Julio Cesar Mateus Solarte
Investigador Principal Proyecto 5 (Primera fase)

Autores del Modelo

Instituto de Salud Pública

Julia Isabel Eslava Rincón
Coinvestigador Proyecto 4

Fredy Armindo Camelo Tovar
Coinvestigador Proyecto 4

Fundación para la Educación y el Desarrollo Social - FES

Naydú Acosta Ramirez
Investigadora Principal Proyecto 5 (Segunda fase)

Claudia Isabel Vivas Tobar
Coinvestigadora Proyecto 5

Julio Cesar Mateus Solarte
Investigador Principal Proyecto 5 (Primera fase)

Organización Iberoamericana de Seguridad Social

Francy Yanira Pineda Granados
Coinvestigadora Proyecto 6

MODELO INTEGRADO PARA LA INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL DE RIESGOS DE ACCESO, USO Y CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD, EN EL ÁMBITO TERRITORIAL.

Autores

Julia Isabel Eslava Rincón
Fredy Armindo Camelo Tovar
Naydú Acosta Ramirez
Claudia Isabel Vivas Tobar
Julio Cesar Mateus Solarte
Francy Yanira Pineda Granados

TABLA DE CONTENIDO

1 INTRODUCCIÓN 23

2 FUNDAMENTACIÓN DEL MODELO PROTOTIPO 26

2.1 PROPÓSITOS 26

2.2 ALCANCES 27

2.3 POBLACIONES 29

2.3.1 Sujetos de vigilancia 29
2.3.2 Beneficiarios del modelo de IVC 30
2.3.3 Actores con responsabilidades en IVC respecto del acceso, uso y calidad de los servicios (la red de controladores) 31

2.4 VISIÓN GENERAL 33

2.4.1 Enfoques 33
2.4.2 Principios del Modelo 33

2.5 REFERENTES CONCEPTUALES 35

2.5.1 La noción del riesgo 35
2.5.1 La gestión del riesgo 35
2.5.2 Los modelos de supervisión 36
- La supervisión basada en el cumplimiento (SBC)
- La supervisión basada en riesgos (SBR)

2.5.3 Acceso y uso de los servicios de salud 38
- Dominios del acceso a los servicios de salud
- Modelo de acceso a servicios de salud
- Modelo de acceso a servicios por competencia gestionada

2.5.4 Calidad en salud 41
2.5.5 Participación en salud 42

2.6 SISTEMA DE INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL EN EL SGSSS –COMPETENCIAS SNS Y ENTES TERRITORIALES 44

2.6.1 Competencias de la superintendencia nacional de salud 46
2.6.1 Competencias de la SNS a nivel regional 46
2.6.2 Competencias generales de ivc de las entidades territoriales-departamentales, distritales y municipales 46
- Competencias en aseguramiento
- Competencias frente al sistema obligatorio de garantía de calidad
- Salud Pública

2.7 REFERENTES OPERATIVOS DEL MODELO DE IVC 55

2.7.1 La lógica de procesos y cadena de valor del acceso, uso y calidad 55

2.7.2 Los núcleos de riesgo 57

- Afiliación y representación del afiliado
- Habilitación y auditoría IPS
- Sostenibilidad financiera IPS
- Seguridad del paciente
- Trato digno
- Redes Integrales de atención en salud
- Rutas integrales de atención
- Control social y participación del usuario

2.7.3 El método de análisis de riesgos y puntos críticos de control (HACCP) 64

2.7.4 Administración del riesgo en el MECI 66

2.8 PASOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO EN EL ÁMBITO TERRITORIAL 68

2.9 PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DEL MODELO INTEGRADO DE IVC 69

2.9.1 La Inspección 71

- Objetivos del componente de inspección
- Alcance del proceso de inspección

2.9.2 Procedimiento de planeación de la gestión del riesgo para el acceso, uso y calidad 74

2.9.3 Procedimiento de inspección de la red de prestadores en el área de influencia 78

2.9.4 Procedimiento de inspección de las rutas integrales de atención en salud 81

2.9.5 Proceso de inspección al cumplimiento de los estándares de habilitación 86

2.9.6 Procedimiento de inspección a la seguridad del paciente 91

- Procedimiento de inspección de la sostenibilidad financiera de las IPS

2.9.7 Proceso de inspección al trato digno a los usuarios del sistema 96

2.9.8 Proceso de inspección a la participación social y protección de los usuarios del sistema 99

- Procedimiento de definición de los riesgos objeto de inspección o control social para el acceso, uso y calidad
- Procedimiento de recolección de información para inspección por parte de las organizaciones de control social
- Procedimiento para el análisis de información y elaboración de informes de control social
- Procedimiento para la utilización de la información procedente de los mecanismos de protección al usuario (PQRD y desacato a tutela) en la inspección

TABLA DE CONTENIDO

2.9.9 El proceso de la vigilancia del acceso, uso y calidad de prestación de servicios de salud *116*
- Objetivos del componente de vigilancia

2.9.10 Procedimientos del proceso de vigilancia del acceso, uso y calidad de los servicios de salud *118*
- Procedimiento para determinar la capacidad institucional inicial y definir el plan operativo de la vigilancia del ente territorial
- Procedimiento para ejecutar las visitas de vigilancia a las IPS y EPS
- Procedimiento para concertar planes de mejoramiento con IPS y EPS
- Procedimiento para realizar seguimiento a los planes de mejoramiento definidos por las IPS y EPS
- Procedimiento para evaluar los planes de mejoramiento

2.9.11 Proceso de participación social en la vigilancia del acceso oportuno, uso adecuado y calidad de los servicios de salud *131*

2.9.12 Procedimientos del proceso de vigilancia y participación social y la protección a los usuarios para el acceso, uso y calidad de los servicios *132*
- Procedimiento de acompañamiento de las visitas de vigilancia por parte de las organizaciones de control social
- Procedimiento de vigilancia de responsabilidades en materia de participación social y protección a los usuarios
- Procedimiento de concertación el plan de mejoramiento con los vigilados y las organizaciones de control social
- Procedimiento de seguimiento a los planes de mejoramiento por parte de las organizaciones de control social
- Procedimiento para la utilización de la información procedente de los mecanismos de protección al usuario (PQRD y desacato a la tutela) en la vigilancia

3 REFERENCIAS 146

LISTA DE SIGLAS Y ABREVIATURAS

Modelo de IVC	"Modelo Integrado para la inspección, vigilancia y control de los riesgos de acceso, uso y calidad en la prestación de servicios de salud, en el ámbito territorial"
GEDS	Goce Efectivo del Derecho a la Salud
IVC	Inspección, vigilancia y control
SGSSS	Sistema General de Seguridad Social en Salud
SNS	Superintendencia Nacional de Salud
Colciencias	Departamento Administrativo de Ciencia, Tecnología e Innovación
PUJ	Pontificia Universidad Javeriana
ISP	Instituto de Salud Pública de la Pontificia Universidad Javeriana
FES	Fundación para la Educación Superior
OISS	Organización Iberoamericana de Seguridad Social (OISS)
FHP	Fundación Horizontes Profesionales
PS y PU	Participación Social y Protección al Usuario
PIC	Plan de Intervenciones Colectivas
DTS	Dirección Territorial de Salud
IPS	Instituciones Prestadoras de Salud
EPS	Entidades Promotoras de Salud
SBC	Supervisión Basada en Cumplimiento
SBR	Supervisión Basada en riesgo
EOC	Entidad Obligada a Compensar
PAIS	Política de atención Integral en Salud
RIAS	Rutas Integrales de Atención en Salud
MIAS	Modelo Integral de Atención en Salud
RIPS	Registro individual de prestaciones de servicios de salud
REPS	Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud

1 INTRODUCCIÓN

Cuando se creó el SGSSS fueron establecidos una serie de principios como el de universalidad, calidad y equidad en acceso en salud pero, a pesar de los avances de los últimos años, persisten deficiencias en la garantía del Goce Efectivo del Derecho a la Salud que es una responsabilidad del Estado. Durante varios años las instituciones, el sector y la población en general, perciben una seria ineficacia en mecanismos para la inspección, vigilancia y control (IVC), a causa de problemas entre los que sobresalen la desarticulación entre los actores del sistema y los organismos responsables de la IVC que conforman la red de controladores y entre las funciones regulatorias y de IVC; la carencia de evaluaciones sobre procesos y resultados; las dificultades asociadas a los perfiles profesionales y el bajo capital de conocimiento sobre IVC especialmente a nivel territorial; la falta de referentes para detectar desviaciones en el comportamiento de los agentes; las dificultades para gestionar las actividades de IVC a cargo de las entidades territoriales; la inexistencia de procesos y procedimientos estandarizados y sistemáticos para la IVC en lo territorial; y la falta de autonomía y competencias de las entidades locales y departamentales para realizar la IVC a cargo de la Superintendencia Nacional de Salud (SNS).

Con este panorama, en el año 2012, Colciencias abrió la Convocatoria 576 para la conformación de un Banco de Elegibles para Programas de Ciencia, Tecnología e Innovación en Salud y, entre las temáticas previstas, incluyó la investigación e innovación en la IVC del SGSSS. En respuesta a esta convocatoria se conformó una Unión Temporal entre la Pontificia Universidad Javeriana y la Fundación para la Educación Superior (FES), en alianza con la Organización Iberoamericana de Seguridad Social (OISS) y la Fundación Horizontes Profesionales y se presentó una propuesta que se consolida en el Programa "Desarrollo y evaluación de un modelo integrado para la Inspección, Vigilancia y Control del acceso oportuno, el uso adecuado y la calidad en la prestación de servicios en el SGSSS Colombiano". En el marco de este Programa, se desarrolló el "Modelo Integrado para la inspección, vigilancia y control de los riesgos de acceso, uso y calidad en la prestación de servicios de salud, en el ámbito territorial" –Modelo de IVC- al cual contribuyeron una serie de proyectos incluidos en el Programa que aportan elementos de diagnóstico o elementos de desarrollo.

Este Modelo recoge y operacionaliza los aportes de estudios previos realizados en la primera fase del Programa, que exploraron los marcos normativos y jurídicos de los procesos de regulación, inspección, vigilancia y control en el sistema de salud, las percepciones y conocimientos de los actores involucrados tanto en la prestación como en la supervisión de servicios, la percepción de los riesgos en la prestación por parte de actores del sistema, la existencia y pertinencia de procesos territoriales encaminados a supervisar el acceso, uso y calidad de los servicios en el ámbito municipal del país y la evidencia sobre participación ciudadana en los procesos de IVC. De igual manera, el Modelo se complementa con los aprendizajes, desarrollos y herramientas derivadas de los proyectos ejecutados durante la segunda fase del Programa, como son el sistema de monitoreo, la prueba piloto, la evaluación y la información para gestión del conocimiento y mejoramiento de capacidades en los territorios.

Se considera un modelo integrado puesto que conjuga las intervenciones de inspección, vigilancia y control de riesgos a través de un proceso sistemático y continuo y con una fuerte participación ciudadana. En un modelo basado en riesgos, el control adopta un significado diferente al que se le atribuye en un modelo basado en cumplimiento. Es decir, para el caso del Modelo propuesto, el control no se refiere a acciones punitivas o sancionatorias como respuesta a un incumplimiento, sino que se refiere al análisis del funcionamiento y la efectividad de las medidas de protección y mitigación de los riesgos, que se monitorean a través de los procesos y procedimientos contenidos en el Modelo de IVC. Las medidas sancionatorias deben ser excepcionales porque implican el fracaso del Modelo de gestión de riesgos, pero se incorporan cuando los riesgos se materializan en eventos y desde la vigilancia se detecta el incumplimiento normativo o de los procesos establecidos.

Adicionalmente, el Modelo integra los actores del SGSSS de una manera estrecha con la sociedad civil a través del componente de participación ciudadana, mediante el cual se fomenta su vinculación activa en la identificación, análisis y priorización concertada de riesgos, así como a la construcción y seguimiento de planes de mejora y toma de decisiones, que incluyen sus perspectivas, necesidades y expectativas.

El Modelo de IVC busca constituirse como una herramienta para orientar el fortalecimiento de capacidades y el ejercicio efectivo de la IVC del acceso, uso y calidad desde las entidades territoriales y para su implementación en los municipios y departamentos, atendiendo la lógica de la subsidiaridad dadas las competencias de cada nivel; puede ser adaptado a las condiciones específicas de competencias, descentralización, tamaño, institucionalidad y recursos disponibles. La prueba piloto demostró su aplicabilidad en municipios y departamentos de diferentes categorías, con diferentes niveles de descentralización, autonomía y capacidad institucional, al ser realizada en tres entornos municipales de departamentos diferentes, con una metodología que promovió la identificación de las lecciones aprendidas con miras a su ajuste y consolidación en función de la experiencia y a hacer aportes a la toma de decisiones para la regulación.

El Modelo permite a las entidades territoriales de salud, obtener un marco de referencia para adelantar procesos de inspección, vigilancia y control ya que incluye fundamentación teórica y operativa para la realización de las actividades a cargo de las entidades territoriales, buscando la garantía del goce efectivo del derecho a la salud (GED) en el marco propuesto por la Ley Estatutaria de Salud (2015). Busca integrar la perspectiva tradicional de Supervisión Basada en Cumplimiento (SBC), con las ventajas del enfoque preventivo que supone la Supervisión Basada en Riesgos (SBR) desde una perspectiva local y privilegiando una lógica de abajo hacia arriba (local/departamental/nacional; y de la organización a la red, entre otros). Con este enfoque, se mantiene la lógica de los desarrollos actuales de IVC que propone la Superintendencia Nacional de Salud.

Adicionalmente, el complejo entramado de relaciones que se gestan entre los actores del sistema y la red territorial de controladores, hace necesaria la inclusión de una perspectiva que privilegie la función de participación social en las fases de inspección y vigilancia (control social), de tal suerte que en su rol, los usuarios del sistema cuenten con una representación efectiva en la planeación, evaluación, veeduría y toma de decisiones que afectan directamente las características del acceso, uso y calidad de los servicios del SGSSS. Por esto, la Participación Social y la Protección al Usuario se incorporan al Modelo como uno de sus núcleos de riesgo, pero a la vez como un proceso transversal que permite integrar la gestión de las instituciones de salud en el territorio con las percepciones, problemas y aportes de los ciudadanos.

En su componente de Inspección, el Modelo de IVC, cuenta con un sistema de monitoreo a las intervenciones regulatorias y de IVC en acceso, uso y calidad, como herramienta para identificar factores de riesgo en estos ámbitos y en relación con la garantía de los componentes del derecho a la salud que son: disponibilidad, aceptabilidad, accesibilidad, calidad y participación. Permite priorizar los riesgos y organizar los recursos territoriales en función de dichas prioridades y a partir de ahí, se puede hacer el monitoreo de los riesgos, como herramienta de gestión que ayuda a dar cuenta de la eficacia de los planes de mejoramiento.

El sistema detecta potenciales incumplimientos en las acciones de los agentes a través de la identificación y focalización de los riesgos que generan al interior del SGSSS y, a su vez, opera en función de la vigilancia y el control a medida que provee señales de alerta que permiten activar acciones de vigilancia y eventualmente proveer información para el control.

En el Modelo de IVC, la Participación Social desarrolla las capacidades no solo de los entes territoriales en función de su obligación de promover y apoyar la participación, sino que, además, genera capacidades para que los ciudadanos puedan ejercer este derecho de una manera articulada y efectiva frente a las entidades del SGSSS.

Se complementa también con un sistema de gestión del conocimiento para promover el fortalecimiento de capacidades institucionales para la gestión del Modelo de IVC, así como una herramienta para llevar a cabo los procesos de selección y formación de talento humano requerido para garantizar una adecuada ejecución de los procesos de IVC en la prestación de los servicios en el SGSSS colombiano.

2 FUNDAMENTACIÓN DEL MODELO PROTOTIPO

2.1 Propósito

El **"Modelo Integrado para la inspección, vigilancia y control de los riesgos de acceso, uso y calidad en la prestación de servicios de salud, en el ámbito territorial"**[1] del acceso oportuno, el uso adecuado y la calidad en la prestación de servicios en el ámbito territorial (Modelo de IVC), tiene como propósito constituirse en una herramienta operativa para fortalecer y apoyar el sistema de IVC del SGSSS desde el ámbito territorial municipal y departamental y así contribuir a la garantía del derecho a la salud para la población colombiana.

Para ello se plantea que la gestión del modelo debe partir de cuatro pilares fundamentales:

1) la visión general del significado de la IVC como una herramienta para la protección del derecho fundamental a la salud de los ciudadanos;

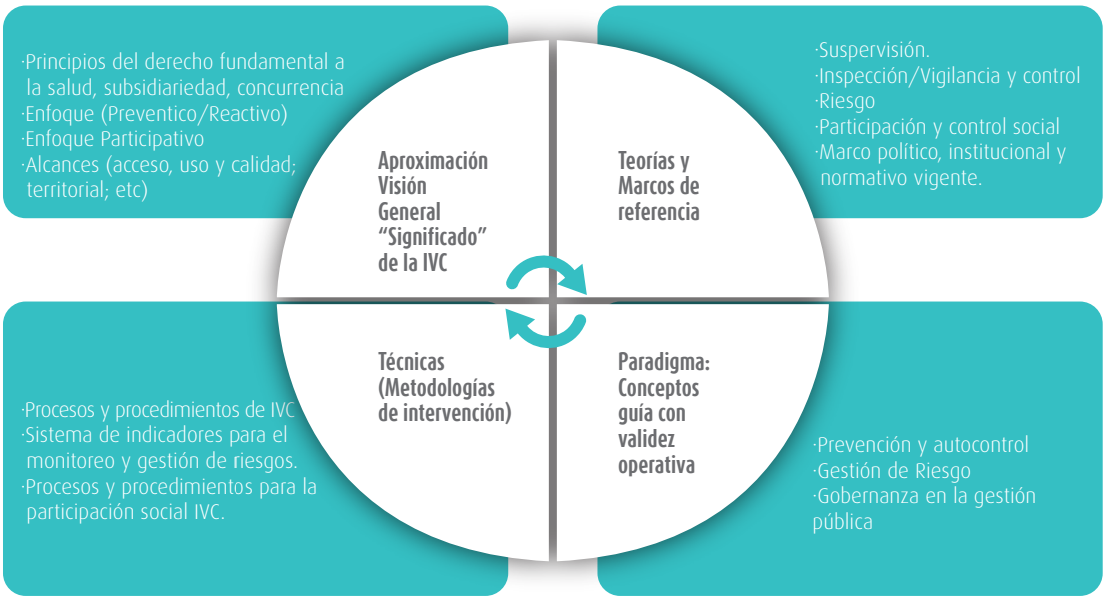
2) Las teorías y marcos de referencia que proveen lineamientos para la operatividad del modelo y la adopción de medidas y políticas para su implementación;

3) La especificación del paradigma de supervisión basada en riesgos y la subsidiarie dad como referentes del modelo que orientan su funcionalidad, el rol y responsabilidades de los actores; y finalmente

4) la especificación de metodologías y técnicas de intervención que permitan responder a los postulados anteriores. Estos componentes se ilustran en la Gráfica 1.

[1] *La función de control en lo territorial está supeditada a las competencias y alcances definidos en la Ley para estos ámbitos y su alcance comprende las acciones de coordinación que ha de establecer con los niveles superiores para el ejercicio efectivo de dicha función según su competencia.*

Gráfica 1. Componentes de la fundamentación del Modelo



Fuente: Elaboración propia

2.2 Alcances

Por su condición de Modelo de IVC a ser aplicado en diversos contextos territoriales, se prescriben alcances y limitaciones que han de ser considerados para el proceso de implementación.

En primer lugar, atendiendo a la arquitectura y funcionalidad propia del SGSSS y del Sistema de IVC, el Modelo opera en el marco de la regulación vigente[2] y por tanto tiene en cuenta las competencias de las instancias territoriales responsables de la IVC a nivel municipal y departamental, así como las nacionales en cabeza de la SNS.

En segundo lugar, lo territorial alude de manera especial a la división político administrativa municipal y departamental (de forma directa o subsidiaria), según las características de cada uno de los núcleos de IVC propuestos en este Modelo, fundamentadas en una lógica de abajo (lo local, desconcentrado y descentralizado) hacia arriba (nacional, centralizado), siendo el municipio la expresión estatal más próxima al ciudadano para dar respuesta a sus necesidades, garantizar sus derechos y representar los intereses de la comunidad ante las instancias departamentales y nacionales. El municipio es una unidad fundamental para hacer seguimiento al comportamiento del Sistema de Salud, puesto

[2] *Se considera la regulación vigente hasta el 31 de diciembre de 2017.*

que es allí donde se gestan y desarrollan las relaciones entre los actores, se garantiza o no el derecho, se prestan o no los servicios y se genera la información que soporta el sistema. No obstante, se advierte el riesgo que el Modelo de IVC podría no operar adecuadamente en el contexto territorial porque el actual esquema de supervisión está muy concentrado administrativa y jerárquicamente en los gobiernos central y el departamental, mientras en el ámbito municipal, con falta de coordinación y subsidiariedad de estos con los niveles municipales. Otro factor crítico para la operación del Modelo puede ser la inestabilidad, insuficiencia y debilidad técnica del talento humano que con frecuencia, se observa en los ámbitos departamentales y municipales.

Con el objeto de hacer frente a esta situación, el Modelo de IVC para el nivel territorial establece una articulación con los niveles superiores, tanto en lo que se refiere a los núcleos críticos que trascienden los límites geográficos y que son de competencia del municipio, como en los relacionados con la red de prestadores, los procesos de referencia y contra-referencia en las rutas de atención integral, la autorización de operación y la gestión del riesgo financiero, operativo y en salud de las EPS, entre otros. El análisis de este tipo de características debe llevarse a cabo desde una óptica más global del sistema y, por tanto, a nivel superior (departamental y nacional en la SNS).

Un tercer elemento crucial en los alcances del Modelo de IVC, es su carácter preventivo en lugar del sancionatorio, producto del enfoque de gestión de riesgos que, bajo el liderazgo del ente territorial, los actores del sistema de salud y la comunidad, puedan identificar y analizar su problemática desde diferentes perspectivas, y desde allí, construir planes de mejoramiento concertados con el aporte de todos los involucrados y con enfoque en el usuario de los servicios.

Un cuarto elemento del Modelo, atendiendo a la lógica preventiva, es su concentración en las acciones de inspección, vigilancia y control, pero este último adopta un significado diferente, pues se enmarca en un proceso de gestión de riesgos según el cual los actores asumen esta función de manera compartida y concertada, para el análisis del funcionamiento y la efectividad de las medidas de protección y mitigación de los riesgos. Este enfoque de control requiere que los actores se fortalezcan en: el desarrollo de autonomía, la capacidad de cambio, la resiliencia y la cooperación entre ellos para lograr la efectividad en las intervenciones. Por su parte, las medidas sancionatorias deben ser excepcionales porque implican el fracaso del Modelo de gestión de riesgos, pero deben ser incorporadas cuando dichos riesgos se materializan en eventos adversos y desde la vigilancia se detecta un incumplimiento normativo o de los procesos establecidos.

En quinto lugar, por su carácter local y bajo la premisa que la IVC en el país opera en una dimensión sistémica, con la concurrencia de diferentes actores que involucran a la sociedad civil y el derecho de participación de los ciudadanos en la toma de decisiones que los afectan, por lo que el Modelo incorpora la dimensión de la participación social, con el fin de integrar los aportes de los ciudadanos, de la comunidad

organizada y de los actores territoriales en la inspección y vigilancia de la calidad, acceso, y uso de los servicios, así como en la búsqueda del goce efectivo del derecho a la salud. Por tanto, con el objeto de complementar el modelo de operación territorial, es necesario vincular a todos los actores implicados en la IVC a dicho nivel (Personerías, Veedurías, COPACOS, Asociaciones de Usuarios y Asociaciones de Pacientes, entre otros que se puedan identificar), teniendo en cuenta la diversidad de la capacidad institucional y social en cada contexto de implementación.

En séptimo lugar, el alcance del Modelo de IVC está determinado por las características y condiciones del contexto y la capacidad institucional existente en los territorios donde se implemente. La prueba piloto fue realizada en tres municipios de diferentes categorías y departamentos[3] y se demostró que los supuestos, estrategias y métodos de intervención previstos, son replicables teniendo en cuenta las particularidades del contexto donde se aplique.

Aunque el presupuesto inscrito en la finalidad del Modelo de IVC se refiere al derecho a la salud, su alcance está delimitado al acceso, uso y calidad de los servicios de salud y no pretende ser comprehensivo en cuanto a la perspectiva del derecho fundamental, pues este presupone ir más allá de los servicios que ofrece el SGSSS, incorporando políticas y acciones intersectoriales (y de interdependencia con otros derechos) tendientes a garantizar, antes que nada, condiciones que aseguren una calidad de vida tal que las personas no enfermen o mueran prematuramente.

Por último, se enfatiza que el Modelo de IVC no aborda la dimensión de la IVC que la SNS y otros agentes realizan sobre los entes territoriales, en razón a la lógica jerárquica y sistémica que presupone el arreglo institucional dentro del Sistema de Inspección, Vigilancia y Control del SGSSS.

2.3 Poblaciones

2.3.1 Sujetos de Vigilancia

Con el fin de responder a las necesidades crecientes de asegurar el acceso, el uso y la calidad de los servicios de salud y teniendo en cuenta el marco normativo para los actores del SGSSS y las competencias en el ámbito territorial, el Modelo de IVC considera los siguientes sujetos de vigilancia:

• Las Entidades Territoriales: en su calidad de administradoras de planes de beneficios, de prestadoras de servicios de salud y como encargadas del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC).

• Instituciones Prestadoras de Salud (IPS), públicas y privadas, habilitadas en el municipio y que hacen parte de las redes de servicios.

[3] *La prueba piloto se efectúo en departamentos de categorías 3, 2 y 1 y en municipios de categorías 6, 4 y Especial, de acuerdo con las clasificaciones vigentes al inicio de la prueba piloto.*

• Entidades Promotoras de Salud (EPS) en el régimen contributivo y en el régimen subsidiado[4].

• Las entidades generadoras de datos: Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD) como las IPS; las unidades notificadoras municipales (UNMD) y las unidades notificadoras departamentales y distritales (UND)[5].

2.3.2 Beneficiarios del Modelo de IVC

El Modelo de IVC pretende contribuir a la materialización del derecho a la salud a través del acceso oportuno, el uso adecuado y la calidad de los servicios de salud. Prevé dos tipos de beneficiarios: los directos, que comprenden tanto a las poblaciones a quienes se garantiza el derecho, como a aquellos actores que deben garantizarlo apoyándose en la aplicación del modelo de IVC propuesto. Los indirectos comprenden aquellos actores que, aunque no son responsables de la garantía del derecho desempeñan acciones para promoverlo. Estos se enuncian en la Tabla 1.

Tabla 1. Beneficiarios directos e indirectos del Modelo de IVC

Directos	*Indirectos*
- Habitantes del municipio/departamento - Población flotante en el municipio/departamento - Grupos de población vulnerable objeto de atención o seguimiento en el municipio /departamento - Usuarios de los servicios de salud en el municipio/departamento - Los sujetos vigilados - Ministerio de Salud y Protección Social - Superintendencia Nacional de Salud	- Las formas organizativas promovidas alrededor de los programas de salud[6] - Organizaciones comunitarias - Consejos comunitarios, entre otros

Fuente: Elaboración propia

[4] *Las EPS son responsables de las acciones de monitoreo, seguimiento y control de la gestión en salud de sus prestadores y conforme a sus competencias, teniendo en cuenta los modelos y lineamientos nacionales, deben garantizar que los servicios en salud ofrecidos a su población cumplan con los estándares de calidad. (COLOMBIA - Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública - SIVIGILA- 2014- 2016. file:///D:/Perfil%20del%20Usuario/Downloads/ddi-documentation-spanish-441.pdf)*

[5] *Es la entidad pública o privada que capta la ocurrencia de eventos de interés en salud pública y genera información útil y necesaria para los fines del Sistema de Vigilancia en Salud Pública. (COLOMBIA - Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública - SIVIGILA- 2014- 2016. file:///D:/Perfil%20del%20Usuario/Downloads/ddi-documentation-spanish-441.pdf)*

[6] *Tales como: Unidad de Rehabilitación Oral en Salud (UROS), Unidad de Atención de Infecciones Respiratorias Agudas (UAIRAS), Comité de Vigilancia Epidemiológico (COE), Madres. Comunitarias, Gestores de Salud (SNS, 2010).*

2.3.3 Actores con responsabilidades en IVC respecto del acceso, uso y calidad de los servicios (La red de controladores)

Según lo establecido en la Ley 715 (2001), la Ley 1122 (2007) y la Ley 1438 (2011), en cuanto a la adopción de una estructura organizativa descentralizada para el funcionamiento del SGSSS, en el sistema de IVC se delegaron algunas funciones sobre los agentes territoriales que conforman la red de controladores del sistema, con el fin de dar cumplimiento al principio de colaboración armónica y facilitar el ejercicio de supervisión en el SGSSS. También se reconoce el derecho de cada ciudadano de participar en las decisiones que afectan su desarrollo y de vigilar la gestión pública (Constitucion Política, 1991).

La red de controladores en el sector salud, integra y articula las acciones de IVC de manera que en el desarrollo de las actividades de cada miembro de la red, sea posible obtener la información necesaria para ejercer control de manera eficiente sobre el Sistema, sin que se dupliquen las actividades de inspección y vigilancia; y a su vez, realizar el control coordinada y racionalmente, al adoptar oportunamente las medidas necesarias para prevenir e intervenir situaciones que puedan ir en detrimento de la salud individual o colectiva (Superintendencia Nacional de Salud, 2011).

En el sector salud, la red de controladores está constituida por tres grandes grupos a saber: los "controladores naturales", que tienen competencias de IVC delimitadas exclusivamente por el marco del SGSSS – Superintendencia Nacional de Salud y Direcciones Departamentales de Salud , y que guardan una relación funcional con otros actores, es decir, se integran dentro de una lógica jerárquica y normativa que les permite incidir directamente sobre el desarrollo de las actividades del Sistema; en segundo lugar, están las llamadas "otras entidades", que son agencias estatales como la Procuraduría, la Contraloría, la Personería y la Defensoría del Pueblo, que desempeñan diversos tipos de control y acciones de IVC en todos los sectores y cuya intervención es de vital importancia, por ejemplo, a la hora de salvaguardar derechos; y finalmente, "los ciudadanos", quienes en ejercicio de su derecho a la participación tienen competencias de vigilancia y control social, tanto individual como colectivamente en el Sistema (Ley 100 (1993); Organización Iberoamericana de Seguridad Social (2015)).

A fin de favorecer la operatividad de la IVC en el SGSSS, el artículo 119 del Decreto 2150 (1995) consagra que la Superintendencia Nacional de Salud "establecerá mecanismos de coordinación, cooperación y concertación con el fin de evitar la duplicación de información y procurar la racionalización de las actividades de inspección y vigilancia. Además, fomentará el desarrollo de una Red de controladores del Sistema General de Seguridad Social en Salud".

Cabe resaltar que las acciones de IVC en el sector salud también deben articularse en los tres niveles de la administración pública, integrando las actividades que, desde el nivel nacional, llevan a

cabo el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), el Instituto Nacional de Salud (INS), el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA), la Procuraduría General de la Nación (PGN), la Defensoría del Pueblo, la Contraloría General de la República y la Fiscalía General de la Nación, con los desarrollados que a nivel departamental realizan las direcciones seccionales de salud y las asambleas departamentales. De esta forma, la información recabada en el municipio por la dirección local de salud puede constituirse en insumo para alimentar las actividades en los demás niveles (Jiménez-Oróstegui, Guerrero-Guevara, & Illidge-Benjumea, 2014).

De igual manera, el modelo busca vincular principios de democracia participativa y democratización de la gestión pública, en pro de vincular a los ciudadanos y organizaciones de la sociedad civil en las fases de IVC, en el ámbito de su competencia. En la Tabla 2 se presentan los actores involucrados por niveles del Sistema de Salud.

Tabla 2. Actores con responsabilidades de IVC en el SGSSS

NIVELES		
Micro (responsables directos en el marco del Modelo de IVC)	**Meso (Subsidiario)**	**Macro (Subsidiario)**
- Direcciones locales de salud/ Alcaldía - Órganos de control (Personería, Procuraduría, Contraloría, Defensoría) - Comités de ética hospitalaria - Veedurías Ciudadanas - Comités de participación comunitaria-COPACOS - Asociaciones de Usuarios - Asociaciones de Pacientes	- Nivel desconcentrado de la Superintendencia Nacional de Salud - Direcciones departamentales de salud - Sistema de Justicia	- Ministerio de Salud - Instituto Nacional de Salud (Sivigila) - INVIMA

Fuente: Elaboración propia

2.4 Visión General

2.4.1 Enfoques

El Modelo de IVC propuesto para el ámbito territorial, parte del enfoque del Goce Efectivo del Derecho a la Salud sobre el acceso, uso y calidad de los servicios de salud. Con la expedición de la Ley Estatutaria en Salud, Ley 1751 (2015), el Estado establece que la salud es un derecho humano fundamental y, por lo tanto, le corresponde hacerse responsable de su garantía, ejercer una adecuada IVC y velar por el cumplimiento de los principios del derecho fundamental a la salud[7] mediante un órgano o entidades especializadas, de manera que el sistema de salud cumpla con los objetivos políticos y sociales para los que fue creado y garantice, desde su quehacer, el respeto por la dignidad humana de los habitantes del territorio nacional.

Desde una perspectiva integradora y en concordancia con el modelo adoptado por la SNS, el Modelo de IVC busca complementar la perspectiva tradicional de supervisión basada en cumplimiento (SBC) con las ventajas del enfoque preventivo que supone la supervisión basada en riesgos (SBR), configurando así un enfoque mixto preventivo/reactivo que apunta a evitar la materialización de los riesgos (Inspección y Vigilancia), pero en caso de que el riesgo se vea materializado, el Sistema debe reaccionar con acciones correctivas y sanciones (vigilancia y control sancionatorio). De esta forma, se busca que en el ámbito municipal sea posible contar con un mecanismo de IVC que permita encontrar soluciones y actuar frente a problemas recurrente que afectan de manera sustantiva el Goce Efectivo del Derecho a la Salud en el nivel territorial.

A su vez, el enfoque participativo busca fortalecer la capacidad política de la comunidad civil organizada para la toma de decisiones en salud, la exigibilidad de derechos y el control (social) del comportamiento de los actores locales del sistema. Por lo tanto, el Modelo de IVC busca suministrar herramientas, instrumentos, mecanismos e indicadores, que permitan propender por la garantía del acceso oportuno, el uso adecuado y la calidad de los servicios de salud, articulando los organismos de IVC de la administración pública en los niveles nacional, departamental y municipal con la participación efectiva de la comunidad.

2.4.2 Principios del modelo

Si bien es claro que el derecho a la salud desborda la mera concepción de prestación de servicios, la inclusión de un concepto amplio de acceso en la operación del Modelo de IVC representa un reto conceptual y metodológico. Con el fin de establecer un marco de delimitación, se tienen en cuenta los elementos fundamentales del derecho a la salud propuestos por Tanahashi (1978) y retomados por la Ley Estatutaria de Salud (Ley Estatutaria 1751, 2015): disponibilidad, aceptabilidad, accesibilidad y calidad. Adicionalmente se incluyen la participación, la subsidiariedad, la concurrencia y el aprendizaje continuo como un conjunto de categorías fundamentales para cumplir con los preceptos de coordinación y cooperación armónica entre los actores de la red de controladores del SGSSS.

[7] *Universalidad, pro homine, equidad, continuidad, oportunidad, prevalencia de derechos, progresividad del derecho, libre elección, sostenibilidad, solidaridad, eficiencia, interculturalidad y protección a pueblos indígenas, ROM, negras, raizales y palenqueros*

Tabla 3. Principios guía en los que se fundamenta el Modelo

Principios	Descripción
Accesibilidad	Igualdad en el acceso a servicios y tecnologías de salud, respeto de la diversidad de grupos vulnerables y el pluralismo cultural.
Disponibilidad	Existencia de servicios, tecnologías e instituciones de salud.
Calidad	Centrada en el usuario, apropiada desde el punto de vista médico y técnico, que responda a estándares de calidad aceptados por las comunidades científicas. Evaluación oportuna de la calidad de los servicios y tecnologías ofrecidas.
Idoneidad profesional	Personal de la salud competente y enriquecido con educación continua e investigación científica.
Aceptabilidad	Respetuosos de la ética médica, de las diversas culturas de las personas, pueblos y comunidades, respeto de las particularidades socioculturales y cosmovisión de la salud.
Subsidiariedad	El problema debe ser resuelto por la autoridad (normativa, política) más próxima al objeto del problema (territorialidad). Cuando por razones de tipo técnico, financiero, legislativo y causas justificadas (ej.: conflictos de interés), los municipios no pueden ejercer las competencias de IVC, los departamentos, la SNS y otros agentes de la red de controladores deberán asumirlas.
Concurrencia	Cuando las entidades territoriales o descentralizadas para el ejercicio de sus competencias en seguridad social en salud, pueden unirse directamente con otras autoridades o con el sector privado. Mecanismo según el cual los individuos se convierten en socios activos en la toma de decisiones, en la definición de las prioridades y en la garantía de la rendición de cuentas; a nivel social, garantiza que el Sistema de Salud refleje los valores sociales y proporciona un medio de control social y responsabilidad respecto a las acciones públicas y privadas que repercuten en la sociedad (Organización Panamericana de la Salud , 2007).
Participación	En Colombia, la participación de los afiliados al SGSSS permite el control, gestión y fiscalización de las instituciones y del istema en su conjunto, mediante la representación de los usuarios ante diversas instancias de planeación, evaluación, inspección y vigilancia de la calidad de los servicios y verificación del cumplimiento del derecho a la salud.
Aprendizaje continuo y soporte	El SGSSS fomenta y crea espacios para que la ciudadanía se involucre en la organización y control de las instituciones del SGSSS y del Sistema en su conjunto y,en particular, en la representación de las comunidades en las juntas directivas de las IPS públicas.Proceso de IVC continuo a través del cual se adquieren conocimientos, se aprende de la experiencia y se apropian las leccionesgenerando transformaciones en la práctica cotidiana con acciones concretas y pertinentes al contexto.

Fuente: Ley 1751 de 2015, adaptado por los autores.

2.5 Referentes conceptuales

2.5.1 La noción de Riesgo

Frente a la incertidumbre, las amenazas y las contingencias[8] que han dado lugar a numerosas crisis en la era contemporánea, la reflexión sobre el riesgo y su influencia en las diferentes esferas de la vida cotidiana ha cobrado un lugar preponderante, y su escrutinio desde las diversas áreas de la ciencia lo han posicionado como un paradigma central para incrementar la capacidad de previsión y la toma de decisiones, bien sea para incidir sobre la eficiencia y gestión de los recursos en el sector productivo, o para afrontar los peligros y amenazas para la integridad física de las personas u otras condiciones que determinan su calidad de vida y su bienestar.

La incertidumbre puede ser definida como un estado de conocimiento limitado que hace imposible describir de manera exacta la situación que se observa, los resultados futuros o sus posibles desenlaces. Influye de manera negativa sobre el control de las variables relacionadas con los eventos y, por tanto, sobre la eficacia de la gestión de un sistema. El grado de incertidumbre está ligado a la ausencia (más o menos amplia) de información sobre la ocurrencia de un evento y que este pueda verificarse en un determinado lapso de tiempo.

La incertidumbre nos remite al futuro y es un problema que no sólo debe ser enfrentado mediante decisiones, sino que, a la vez, se constituye como una condición para que las decisiones existan. Es decir, si no existiera la incertidumbre y el futuro fuera conocido, no se tendría necesidad de buscar alternativas ni tomar decisiones sobre las cosas que ya se conocen por anticipado (Luhmann, 2006).

El riesgo puede ser comprendido como la incertidumbre que puede ser medida o verificada sólo a través de los efectos/daños que puede producir por el hecho de exponerse a los peligros que lo causan (Luhmann, 2006; Beck, 2002). Esta noción expresa la complejidad de la cuestión, puesto que el riesgo puede asumir múltiples formas según el contexto en el que ocurre y sus modos de manifestarse. Por ello, desde el punto de vista práctico es válido y necesario definir el riesgo sólo en relación con la situación a la cual se refiere y a los fines cognoscitivos que se persiguen.

2.5.1 La gestión del riesgo

La gestión del riesgo se comprende como un proceso corporativo que tiene como propósito la protección frente a los eventos desfavorables y sus efectos negativos sobre los objetivos estratégicos del sistema, mediante el monitoreo sistemático de las condiciones riesgosas a las que se exponen las organizaciones y a la implementación de medidas oportunas de protección, (Martínez Ponce de León, 2007).

[8] *La contingencia se refiere a la existencia de diferentes posibilidades y formas alternativas para afrontar la realidad, lo que ayuda a explicar por qué unas sociedades resuelven determinados problemas de un modo distinto a otras.*

Por tanto, presupone la realización de diferentes actividades concatenadas y correlacionadas de forma sistemática y secuencial orientadas al logro de un mismo objetivo (ejemplo: derecho a la salud). La gestión de los riesgos toma como punto de partida los procesos asociados a la misión y los mandatos centrales de la organización, así como las finalidades que se persiguen. La naturaleza y características de tales procesos y sus relaciones determinan la elección de los métodos de identificación y análisis de los riesgos.

En la perspectiva del gobierno corporativo, la gestión del riesgo requiere que este garantice poder conocer hasta qué punto los objetivos estratégicos y operativos de la organización son alcanzables, así como el nivel de riesgo que puede ser tolerado. Implica, entonces, responsabilidades a nivel individual y colectivo de los diferentes actores, instancias y dependencias involucradas en el logro de tales objetivos estratégicos (responsabilidades transversales) (Preve, 2009).

La gestión del riesgo en una organización se constituye en un elemento de soporte para intervenir sobre los factores y componentes del riesgo que afectan su efectividad, por lo que se requiere involucrar a todos los niveles, desde el estratégico hasta el operativo, en la identificación de las problemáticas relativas a los riesgos y a mantener un control sistemático del proceso mediante la articulación de actividades y actores con diferentes responsabilidades.

2.5.2 Los modelos de supervisión

Aunque en la literatura se encuentran múltiples aproximaciones de la supervisión, el consenso se ha concentrado en definirla como la coordinación y selección de los puntos de operación y de control, con el fin de mantener las variables en puntos óptimos (Wang, Li, & Zhang, 2003; Quek & Wahab, 2000). Existen dos tradiciones o paradigmas de supervisión: supervisión fiscalizadora, fundamentada en prácticas tradicionales de gestión que velan por el cumplimiento de las normas y los objetivos, es decir, Supervisión Basada en Cumplimiento (SBC) y la supervisión profesional, con tendencia a prácticas renovadas en el marco de una nueva gestión basada en la gestión de riesgos (SBR) (Germán, Cardillo, & Chacón, 2011) (Saridis, 1988).

En este punto es dable aclarar que cualquier metodología de supervisión requiere de ambos enfoques, preventivo/reactivo: asumir un enfoque de SBR no implica eliminar la posibilidad del supervisor para enfrentar directamente situaciones problemáticas (SBC), aunque lo que se busca es la posibilidad de hacer frente a desviaciones en el comportamiento de los vigilados, antes de que estas se presenten, para que de esta forma se reduzca la necesidad de aplicar sanciones. No obstante, la probabilidad de implementar adecuadamente estos preceptos dependerá del grado de desarrollo del sector y de la supervisión, así como de las capacidades, experiencia, recursos de quienes deben ejercer la supervisión, de un marco legal bien definido y de la participación de terceros como los beneficiarios (Aguilera-Verduzco, s.f) (Lozano-De León, 2011)

Tabla 4. Paradigmas de supervisión

Basado en Cumplimiento	*Basado en Riesgos*
Liderazgo Subordinación Capacitación Obediencia Eficiencia Mística Sanción Vigilancia	Liderazgo Formación Empoderamiento Tutoría Calidad Libertad Desarrollo de competencias Gestión del conocimiento y del cuidado Autocrítica Desarrollo humano

Fuente: Elaboración propia

- La Supervisión Basada en cumplimiento (SBC)

El esquema tradicional de SBC se fundamenta en la verificación de que las entidades supervisadas cumplan con diferentes reglas y regulaciones. En este sentido, la base normativa que soporta el quehacer del supervisor debe tener reglas explicitas y claras para que los regulados se adhieran a ellas; esto supone la existencia de poderes dentro del Estado que tienen por objeto mantener las actividades de los particulares dentro de ciertos márgenes de comportamiento social, económico o político. Si los vigilados cumplen con las normas, se considerará que han cumplido con sus obligaciones reglamentarias y que, presumiblemente, han evitado los eventos o condiciones no deseadas (Balcom & Pargaonker, 2010; Cendex, 2015).

Los beneficios del enfoque basado en cumplimiento (SBC) saltan a la vista. Con un conjunto de reglas bien definido, tanto los reguladores como los regulados lados tienen claro el panorama que les aguarda. Dicha claridad es importante para crear una "una cultura de cumplimiento", en donde la mayoría de los vigilados sigue las reglas. Sin embargo, frente a las transformación y evolución del contexto y de los sistemas bajo supervisión, es posible que los regulados encuentren nuevas estrategias para sacar provecho de vacíos o contradicciones normativas, frente a lo cual los reguladores a menudo tienen dificultades para seguir tal ritmo de transformación (Balcom & Pargaonker, 2010). En consecuencia, bajo esta perspectiva de supervisión se corre el riesgo de concentrarse únicamente en la identificación de violaciones técnicas o incumplimientos, en lugar de centrar su atención en aspectos más sustantivos (Balcom & Pargaonker, 2010).

- La Supervisión Basada en Riesgos (SBR)

La SBR comienza en un punto diferente al de la SBC. La SBR es un proceso continuo de varios niveles en el que un regulador identifica y evalúa los riesgos para la consecución de su objetivo regulatorio, así como la capacidad de los intermediarios para identificar y gestionar los riesgos. De hecho, bajo un enfoque basado en el riesgo,

estos no sólo son tenidos en cuenta, sino que conducen todo el proceso de identificación de las prioridades regulatorias. En lugar de encaminar sus esfuerzos al desarrollo y seguimiento normativo, el enfoque de SBR rescata la importancia de la gestión del riesgo al interior de los vigilados (Giuffrida, Pinzón-Fonseca, & Piñeros-García, 2015; Balcom & Pargaonker, 2010).

En el enfoque de riesgos, el papel del supervisor deja de ser el de verificar el cumplimiento normativo y se encamina a evaluar si los controles destinados a evitar la materialización de los riesgos son adecuados, de manera tal que estos riesgos no se extiendan a los demás agentes, creando una crisis generalizada en el sector (Rivadeneira, 2014). Con esta claridad, el objetivo principal de este enfoque es el de exigir a los regulados mejorar sus controles internos para mitigar los riesgos antes de que estos se materialicen. Al centrarse en las áreas que dentro de las empresas presentan los mayores riesgos, los reguladores pueden utilizar sus limitados recursos de manera más eficiente. La SBR también es dinámica y flexible a las condiciones del contexto y del propio sector bajo supervisión que suelen ser cambiantes (Balcom & Pargaonker, 2010). A nivel de los sistemas de salud, el riesgo aparece como consecuencia de factores estructurales asociados a su organización, la manera de entender la gestión de la calidad y la prevención de los riesgos, y su capacidad de aprender de los fracasos. Por lo tanto, la función de supervisión debe configurarse como un proceso humano con sustentos filosóficos, jurídicos y epistémicos en las áreas administrativas y pedagógicas, cuya vinculación permite desarrollar en los directivos la facultad de implementar y evaluar procesos de gestión, privilegiando el desarrollo humano a través de la construcción de competencias para la gestión del riesgo en las organizaciones que conforman el sistema.

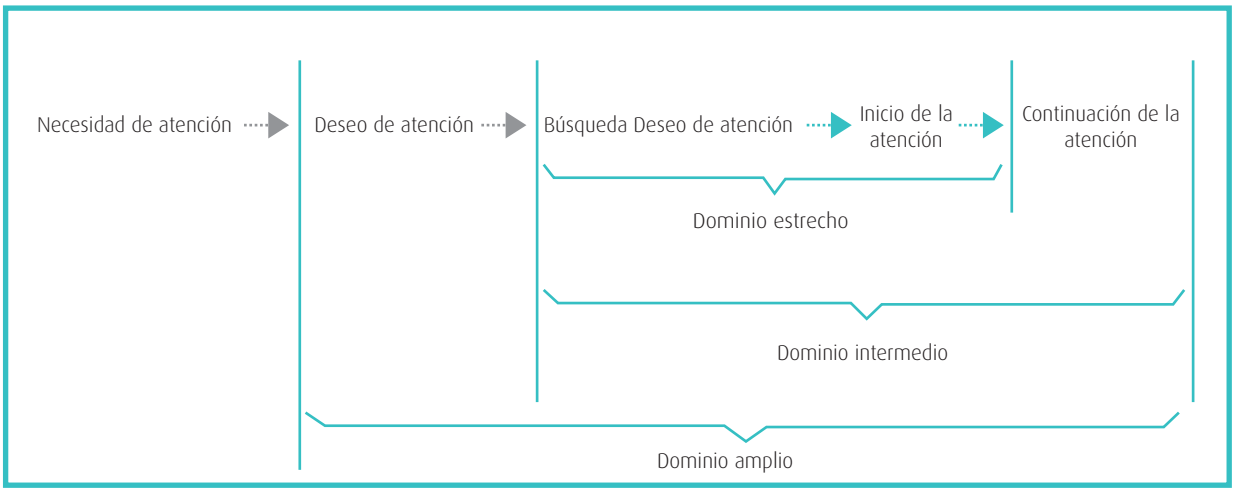
2.5.3 Acceso, uso y calidad

- Dominios del acceso a servicios de salud

Como marco general para el diseño y evaluación del Modelo de IVC, se emplearon los dominios para estudiar la accesibilidad que propone Frenk (1985), quien la define como un término amplio que incluye el de acceso. Estos dominios representan la sucesión esquemática de acontecimientos desde el momento en que surge la necesidad de atención hasta el momento en que se inicia o se continúa la utilización de servicios de salud, es decir, presentan el camino o diversos eslabones en la búsqueda de atención.

El Modelo de IVC hace énfasis en el dominio estrecho, que involucra la búsqueda de atención y el inicio de ella (el acceso o la demanda efectiva) y el dominio intermedio relacionado con la continuidad de la atención, dado que se enfoca en la búsqueda de atención, el inicio efectivo y la obtención de servicios derivados del contacto inicial. Otros autores (Rodríguez S, Roldán P. , 2008), destacan que en el desarrollo actual del Sistema de Salud en el país es crítico el análisis del acceso y uso de servicios, tanto en el componente de contacto o consulta inicial, como de los servicios requeridos para una atención integral (medicamentos y remisiones a otras consultas especializadas), siendo estas últimas etapas en las que se presentas persistentemente barreras y quejas por parte de los usuarios.

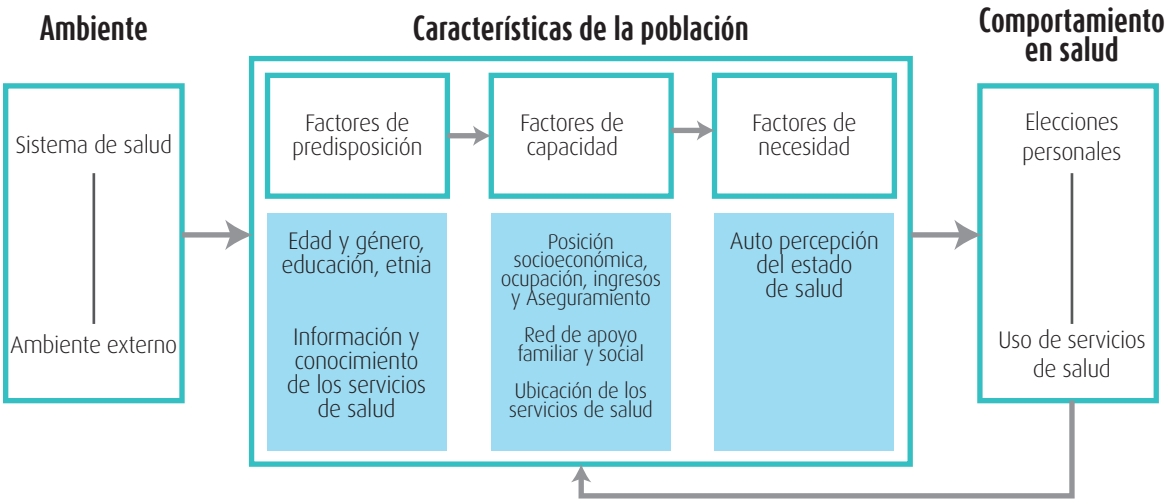
Gráfica 2. Posibles dominios del concepto de accesibilidad



Fuente: Frenk, 1985

A su vez, dentro de los modelos operativos de definición de variables para el análisis del acceso a servicios de salud se destaca la propuesta de Aday y Andersen (1974), quienes plantean diversas categorías de variables, y de las cuales se adoptaron aquellas propuestas por Andersen (1995) y se representan en la Gráfica 3.

Gráfica 3. Modelo de análisis para el acceso, uso y percepción de calidad de los servicios de salud



Adaptado de: Andersen, 1995.

Así, se plantea que el acceso a los servicios de salud está influenciado por cinco determinantes principales: las características del sistema de salud, las características de la población en situación de riesgo agrupada en factores de predisposición, capacidad y necesidad, y las elecciones relacionadas con el comportamiento en salud que generan la utilización efectiva de servicios de salud.

Dentro de las características del sistema de salud una categoría preponderante es la disponibilidad, la cual se refiere a la ubicación física de los servicios en relación con la población servida. Este constructo se ha considerado como una condición necesaria, pero no suficiente para garantizar el acceso y el uso a los servicios de salud. Para medir la disponibilidad se han propuesto el uso de indicadores de estructura tales como el número y las medidas de densidad de instituciones y de proveedores, horarios de atención, acceso telefónico; así mismo, el tiempo que toma obtener una cita, el tiempo de espera para ser atendido y la localización geográfica han sido consideradas como variables para medir disponibilidad (Hall, A. G., C. H. Lemak, et al. , 2008) (Kuhlthau, (2011).).

De igual manera, también se incorpora el modelo de acceso a servicios en sistemas de mercado con competencia regulada (Gold, 1998). La base de ese modelo supone que los factores relacionados con el sistema de prestación de servicios están subestimados en los modelos actuales, porque el aseguramiento y la prestación de servicios son asumidos como variables independientes del acceso y se miden como la presencia o ausencia de cobertura de aseguramiento y proveedores. Por el contrario, en los modelos de competencia gestionada (managed care), los aseguradores tienen amplia influencia en el acceso porque definen condiciones de acceso, tales como trámites y autorizaciones para acceder a ciertos servicios dentro de la red de prestadores.

Respecto al análisis de calidad, se acogen los planteamientos de Donabedian (1992), quien plantea que una atención en salud de calidad es aquella que puede proporcionar al paciente el máximo y más completo bienestar. Así, una de las variables relevantes es la aceptabilidad, definida como la conformidad con los deseos y expectativas de los pacientes y la sociedad; también se incluye la relación médico-paciente, las preferencias de los pacientes sobre los efectos y costos de la atención. Se plantean tres ámbitos o niveles para la evaluación de la calidad: la estructura, el proceso y el resultado, que aportan insumos analíticos para el mejoramiento de la atención en salud (Castaño, 1998), (Paganini, 1993).

La estructura se relaciona con la disponibilidad de recursos de una institución, los procesos se relacionan con la ejecución de actividades con estándares predefinidos (calidad técnica), mientras que los resultados dan cuenta de los cambios en satisfacción en relación con sus expectativas y las condiciones de salud de la población (calidad interpersonal) (Malagón, G., Poton, G., & Reynales, J.,, 2014).

2.5.4 Participación en salud

El concepto de participación en salud ha sido dinámico a lo largo del tiempo. Surgió a partir de 1970 en conjunto con el de promoción de la salud y autocuidado, como respuesta a las limitaciones de los sistemas de salud, especialmente en países en desarrollo (Bhuyan, 2004). La Organización Mundial de la Salud desarrolló la estrategia "Salud para todos" fundamentada en tres pilares: la orientación de los servicios sanitarios a la promoción de la salud, el desarrollo de la atención primaria en salud y la participación comunitaria (Martín García, Ponte Mittelbrun, & Sánchez Bayle, 2006).

En 1978 en la declaración de Alma Ata, la participación se constituyó como un pilar de la atención primaria en salud (APS), propiciando la responsabilidad de las personas sobre su propia salud en colaboración con el sector, a través de la planificación y la implementación de políticas. Se planteó que un sistema de salud "centrado en las personas", podría responder mejor ante las necesidades locales (Ruano, 2013) y, como consecuencia, llegaría a toda la población, particularmente a los grupos de mayor riesgo y con menores posibilidades de acceso (Organización Mundial de la Salud , 1978); más adelante en 1986, la Carta de Ottawa, que recogió los resultados de la Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud, estableció que la promoción incluye la participación efectiva y concreta de la comunidad, mediante la definición de prioridades, toma de decisiones, elaboración y puesta en marcha de estrategias de planificación para alcanzar un mejor nivel de salud (Organización Mundial de la Salud , 1986).

En la actualidad, gran parte de las iniciativas de reforma a los sistemas de salud, utilizan un enfoque sobre la participación, centrado en las personas, más que en el de las comunidades (Kenny, Hyett, & Sawtell, 2013); este concepto establece que la población es portadora de necesidades que los servicios de salud deben tratar de satisfacer, entendiendo al ciudadano como consumidor o cliente en la prestación de un servicio de salud y desestimando en ocasiones el propósito de estimular la autonomía local y la participación activa en la política de salud (Méndez & Vanegas, 2010).

La participación en salud ha sido ampliamente discutida en la literatura, la que apunta a definirla, por un lado, como un ejercicio ciudadano en lo público, es decir, el ejercicio de intervención en procesos institucionales de planeación, ejecución y vigilancia de la salud. Por otro lado, se conceptualiza como un ejercicio ciudadano de protección de derechos, cuyo resultado es el goce efectivo de los mismos (Puerta & Agudelo, 2012). El ejercicio ciudadano es una visión más moderna de la participación en salud pues sirve, además, como mecanismo de control social, "entendiendo como tal la capacidad de las personas de hacer valer sus derechos a la protección de la salud ante el sistema de salud". Esta función, tiene efectos en el SGSSS en términos de control de su eficacia y eficiencia (Puerta & Agudelo, 2012).

Para promover la participación social en salud en Colombia se expidió el Decreto 1757 de 1994, el cual es la base teórica y jurídica sobre las instancias y mecanismos de participación social en salud. A través de este decreto se organizan y establecen las diferentes modalidades y formas de participación en la prestación de los servicios de salud. Esta política se formuló para promover el control social a través de la participación en la gestión, la planificación y la evaluación (Delgado & Gallego, 2006).

De conformidad con el artículo 10 del Decreto 1757 (1994) "Todas las personas afiliadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud podrán participar en las instituciones del sistema formando asociaciones o alianzas de usuarios que los representarán ante las instituciones prestadoras de servicios de salud y ante las empresas promotoras de salud, del orden público, mixto y privado".

En el contexto de este Modelo de IVC, la participación de los ciudadanos y de las comunidades es fundamental y el concepto de participación en el ámbito de la IVC se entiende como la intervención de la comunidad, a través de los usuarios del sistema de seguridad social, en la organización, control, gestión y fiscalización de las instituciones y del sistema en su conjunto (Superintendencia Nacional de Salud , 2015). La participación social en el SGSSS se relaciona con la facultad que tiene toda persona para que de manera individual o colectiva se involucre libremente en los procesos del SGSSS con el fin de ejercer sus deberes y hacer valer sus derechos (Superintendencia Nacional de Salud , 2015).

El control social se constituye como una forma de participación ciudadana y una herramienta para la garantía de los derechos. Este control es un derecho de los colombianos para hacer seguimiento y evaluar la gestión pública, verificando si lo programado corresponde con las necesidades. El control social permite orientar, corregir y rectificar las decisiones de la administración con el fin de contribuir al logro de los objetivos propuestos, la eficiente y transparente utilización de recursos y la prestación equitativa de los servicios. El control social hace observaciones, sugerencias y denuncias (Departamento Administrativo de la Función Pública , 2006).

Además, el control social es un enlace desde lo social y los ciudadanos con las entidades de control, requerido porque el aparato público no ha tenido el alcance suficiente en los distintos niveles del Estado descentralizado para lograr el control necesario que requieren acciones locales (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014)

La promoción de la participación ciudadana como estrategia para mejorar la calidad de los servicios, es un componente de muchas de las reformas de los sistemas de salud. En esta nueva orientación de los sistemas de salud, se contempla la participación como elemento fundamental para el control de las instituciones públicas asociadas a la producción social de la salud, en el marco de las relaciones entre distintos actores (Delgado & Vázquez, 2009).

Diferentes estudios de casos han sugerido que un incremento en la calidad puede ser el resultado de la participación comunitaria (Cawston, Mercer, & Barbour, 2009), por ejemplo, en el Sistema Nacional de Salud (NHS) del Reino Unido, en el que las quejas de los pacientes han permitido que el sistema aprenda de sus errores y por lo tanto, mejore la calidad (Harrington, 2001).

La participación del usuario o del "cliente" en el servicio de salud, está considerada como requisito indispensable de los programas de evaluación y mejora de la calidad; el objetivo de estas evaluaciones es conocer la realidad para saber qué hacer para mejorarla, a través de una participación que proponga intervenciones factibles para mejorar la calidad. La importancia de la participación es incuestionable en los programas de evaluación y mejora de la calidad de los servicios de salud (Hernández, 1995).

Las principales formas en que los usuarios pueden contribuir en la evaluación y mejora de la calidad de los servicios, se da de dos formas: una forma activa por voluntad propia del usuario y otra requerida o solicitada por el sistema de salud (Hernández, 1995).

Tabla 5. Formas de participación del usuario en la evaluación y mejora de la calidad de los servicios de salud

Tipo de participación	Mecanismos para el ejercicio
Activa o propia	-Elección de proveedores -Quejas y reclamaciones -Asociaciones de usuarios y consumidores -Consejos de salud y otras formas de participación comunitaria en salud
Requerida por el sistema de salud	-Encuestas de satisfacción, opinión y expectativas -Grupos focales, informantes clave y otras técnicas de investigación cualitativa -Informes de los usuarios

Fuente: (Hernández, 1995)

Este Modelo de IVC, propone que se utilicen como insumo para la IVC las peticiones, quejas, reclamos y denuncias (PQRD) de los usuarios del SGSSS, tal como está dispuesto en la normatividad. Las entidades territoriales de orden departamental, distrital y municipal deberán exigir a estas instituciones información sistematizada y periódica de sus PQRD, así como garantizar que las EPS e IPS tomen las medidas correctivas a partir del análisis de las quejas y reclamaciones de los usuarios del Sistema (Decreto 1757, 1994; Circular No 054, 2009).

Con estas acciones, el Modelo de IVC busca contribuir al desarrollo de las asociaciones de consumidores, en especial desde los consejos comunitarios de salud en los cuales se establezcan las prioridades de la comunidad en materia de salud (Hernández, 1995).

De igual forma, el Modelo de IVC incluye la participación de las asociaciones de usuarios, asociaciones de pacientes y veedurías en salud, con el propósito de integrar sus hallazgos en la inspección y vigilancia del acceso, uso y calidad en la prestación del servicio de salud y la protección del derecho a la salud, incorporando las propuestas de mejora frente a los hallazgos realizados por parte de estas formas de participación.

2.6 Sistema de Inspección, Vigilancia y Control en el SGSSS – competencias SNS y entes territoriales

En el marco del SGSSS los organismos encargados de la IVC son el Ministerio de Salud y Protección Social, la Superintendencia Nacional de Salud, el Instituto de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA), el Instituto Nacional de Salud, las entidades territoriales, los Tribunales de Ética Médica y las Ligas de Usuarios.

Para este Modelo de IVC, se presentan a manera de ilustración en cada uno de los temas, sin pretender ser exhaustivos, las normas más significativas o relacionadas con el ámbito territorial y que pueden orientar la implementación del mismo en este contexto.

2.6.1 Competencias de la Superintendencia Nacional de Salud

La Ley 1122 (2007), en el capítulo VII, artículo 35, define la inspección, vigilancia y control así:

• **Inspección:** "... es el conjunto de actividades y acciones encaminadas al seguimiento, monitoreo y evaluación del SGSSS, que sirven para solicitar, confirmar y analizar de manera puntual la información que se requiera sobre la situación de los servicios de salud y sus recursos, sobre la situación jurídica, financiera, técnica-científica, administrativa y económica de las entidades sometidas a vigilancia de la SNS dentro del ámbito de su competencia. Son funciones de inspección entre otras las visitas, la revisión de documentos, el seguimiento de peticiones de interés general o particular y la práctica de investigaciones administrativas. "

• **Vigilancia:** "... consiste en la atribución de la SNS para advertir, prevenir, orientar, asistir y propender porque las entidades encargadas del financiamiento, aseguramiento, prestación del servicio de salud, atención al usuario, participación social y demás sujetos de vigilancia de la SNS, cumplan con las normas que regulan el Sistema General de Seguridad Social en Salud para el desarrollo de éste."

• **Control:** "... consiste en la atribución de la SNS para ordenar los correctivos tendientes a la superación de la situación crítica o irregular (jurídica, financiera, económica, técnica, científico-administrativa) de cualquiera de sus vigilados y sancionar las actuaciones que se aparten del ordenamiento legal bien sea por acción o por omisión." Esta definición proviene de un modelo de supervisión basado en cumplimiento y aplica en el Modelo de IVC, solo cuando se han materializado los riesgos en eventos o incumplimientos de las obligaciones de los actores del sistema."

A la SNS le corresponde ejercer sus funciones de IVC teniendo como base los ejes del sistema descritos en el artículo 37 de la Ley 1122 del 2007: financiamiento, aseguramiento, prestación de servicios de atención en salud pública, atención al usuario y participación social, acciones y medidas especiales, información y focalización. Esta entidad ejerce la competencia preferente de IVC frente a sus vigilados y le corresponde iniciar, proseguir o remitir cualquier investigación o juzgamiento de competencia de los demás órganos que ejercen IVC dentro del SGSSS. La ley también la faculta para introducir mecanismos de autorregulación y de solución alternativa de conflictos entre actores del sistema, así como vigilar que las instituciones aseguradoras y prestadoras adopten y apliquen un Código de Conducta y Buen Gobierno.

Es posible señalar dos dimensiones en el desarrollo de las funciones, facultades y competencias de la SNS. En primer lugar, las funciones directas de IVC y, en segundo lugar, las de coordinación y articulación de las acciones de IVC de los demás agentes de control establecidos para cada uno de los ejes del sistema y los distintos procesos que se desarrollan en su interior.

El artículo 6º del Decreto 2462 (2013) modifica la estructura de la SNS y establece las funciones de control de la entidad con elementos que denotan: un enfoque sistémico; en el marco de las normas vigentes en temas técnicos, científicos, administrativos y financieros del sector; con enfoque en los riesgos inherentes al SGSSS; con la definición de criterios técnicos y jurídicos que faciliten el cumplimiento de las normas; con relación a la administración y aplicación de los recursos del sistema, incluido el Fosyga; con la responsabilidad de los vigilados de suministrar la información de calidad; con las funciones y responsabilidades de las EPS e IPS del país, las compañías de seguros, las administradoras de riesgos laborales y los entes territoriales; en el marco de los derechos y deberes de los usuarios en el SGSSS; con el desarrollo de mecanismos de participación ciudadana y de protección al usuario; con la prestación de los servicios de salud individual y colectiva, en condiciones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y estándares de calidad, en todos los niveles; con la coordinación con los demás organismos del Estado que tengan funciones de IVC; con la rendición de cuentas; con el manejo del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad (SOGC); y con la definición del conjunto de medidas preventivas para el control de los sujetos vigilados, así como indicadores de alerta temprana; entre otras.

2.6.1 Competencias de la SNS a nivel regional

Dada la necesidad de garantizar de manera eficaz y oportuna la prestación de los servicios de salud a todos los habitantes del territorio colombiano, y con el objetivo de lograr mayor efectividad en las actividades del sistema de IVC que ejerce la SNS, se dispuso en el artículo 118 de la Ley 1438 (2011), la desconcentración de la entidad con la facultad de delegar sus funciones a nivel departamental o distrital. En virtud de esta desconcentración, la SNS expidió la Resolución 1210 (2014) "Por la cual se crean Centros de Atención al Ciudadano de la Superintendencia Nacional de Salud" dando como resultado la creación por parte de la SNS, de los centros regionales de atención en diferentes ciudades del país (2015).

Dichos centros deben cumplir funciones de inspección y vigilancia a centros de atención que prestan servicios a los usuarios, en coordinación con la sede central de la SNS, y deben realizar la Promoción de la participación ciudadana al propiciar la creación de asociaciones de usuarios y veedurías en las regiones (2015). Uno de los principales mecanismos de acción de estas entidades es la gestión de peticiones, quejas, reclamos y denuncias (PQRD). Adicional a la atención personalizada, los Centros de Atención al Ciudadano (CAC) asisten a reuniones en secretarías de salud, defensorías del pueblo, veedurías, y comités de participación comunitaria, entre otras; su participación se fundamenta en socializar las funciones de los CAC, capacitar y acompañar jornadas de participación ciudadana y realizar visitas de inspección o auditorías a vigilados, ordenadas por la SNS según el caso y competencia.

2.6.2 Competencias generales de IVC de las entidades territoriales- departamentales, distritales y municipales

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 IVC para mantener el orden y garantizar a los usuarios el acceso a los servicios de salud, en condiciones de oportunidad, calidad y continuidad.

La Ley 10 (1990), "por la cual se reorganizó el Sistema Nacional de Salud", fue clara en señalar que, en el nivel territorial las entidades departamentales y distritales, tienen la condición de organismos de dirección del Sistema de Salud, implicando velar por la atención de las recomendaciones y políticas adoptadas por el nivel central. Estas secretarías tienen la competencia para coordinar, supervisar, programar, sugerir, ejecutar y desarrollar actividades del sector salud.

La misma Ley 100 establece que el rol asumido por los departamentos y distritos, es el de administración y financiación, contemplando la posibilidad de delegar en el jefe de la entidad la facultad de IVC, en el territorio de la correspondiente jurisdicción.

La Ley 715 (2001) confirma las facultades de IVC de los entes territoriales, atribuyéndoles no solo a las del orden departamental y distrital sino también al municipal, la labor de dirección, coordinación y vigilancia del sector salud en el territorio de su jurisdicción.

Tabla 6. Normatividad rectora y competencias generales de IVC de los entes territoriales

NORMA	TEMA
Ley 10 DE 1990	(Art. 11 literal b): "*Coordinar y supervisar la prestación del servicio de salud en el correspondiente territorio seccional.*"
	(Art. 11, Literal g) : "*Supervisar el recaudo de los recursos seccionales que tienen destinación específica para salud.* "
	(Art.11, literal d) : "*Contribuir a la formulación y adopción de los planes y programas del sector salud en su jurisdicción, en armonía con las políticas, planes y programas nacionales.*"
	(Art. 11, Literal h): *"Ejecutar y adecuar las políticas y normas científico -técnicas y técnico administrativas trazadas por el Ministerio de Salud en su jurisdicción.*
	(Art. 11, Literal ll): *"Adaptar y aplicar las normas y programas señalados por el Ministerio de Salud, para organizar los regímenes de referencia y contra referencia*
	con el fin de articular los diferentes niveles de atención en salud y de complejidad, los cuales serán de obligatoria observancia para todas las instituciones o entidades que presten servicios de salud en la respectiva sección territorial."
	(Art. 11, literal a): *"Prestar asistencia técnica, administrativa y financiera a los municipios y a las entidades e instituciones que prestan el servicio de salud en el territorio de su jurisdicción."*
	(Art. 49):*"En desarrollo de las funciones de inspección y vigilancia, las autoridades competentes, según el caso, podrán imponer, según la naturaleza y gravedad de la infracción de cualquiera de las normas previstas en dicha ley, multas en cuantía hasta de 200 salarios mínimos legales mensuales, intervención de la gestión administrativa y/o técnica de las entidades que prestan servicios de salud, por un término hasta de seis meses, suspensión o pérdida definitiva de la personería jurídica de las personas privadas que presten servicios de salud o Suspensión o pérdida de autorización para prestar servicios de salud."*
Ley 100 DE 1993	(Art. 176, numeral 4 de la Ley 100 de 1993): *"La inspección y vigilancia de la aplicación de las normas técnicas, científicas, administrativas y financieras que expida el Ministerio de Salud, sin perjuicio de las funciones de inspección y vigilancia atribuidas a las demás autoridad es competentes".*
	(Art 230): *"Las entidades territoriales del orden departamental y distrital cuentan con plena facultad para ordenarle a las Entidades Promotoras de Salud (EPS), y a las entidades aseguradoras de los regímenes exceptuados y especiales, como responsables del aseguramiento en el territorio de su jurisdicción, implementar los correctivos tendientes a la superación de situaciones críticas o irregulares que afecten el adecuado funcionamiento del sistema de salud, pudiendo incluso imponer sanciones a su cargo, por la comisión de acciones que se aparten del ordenamiento legal, bien sea por acción o por omisión, teniendo en cuenta que existen asuntos de conocimiento exclusivo por parte de la Superintendencia Nacional de Salud."*

	(Art. 43): *"Sin perjuicio de las competencias establecidas en otras disposiciones legales, corresponde a los departamentos, dirigir, coordinar y vigilar el sector salud y el SGSSS en el territorio de su jurisdicción, atendiendo las disposiciones nacionales sobre la materia (...)"*
Ley 715 DE 2001	(Art. 43, Numeral 43.1.4 Ley 715 de 2001): *"Supervisar y controlar el recaudo y la aplicación de los recursos propios, los cedidos por la Nación y los del Sistema General de Participaciones con destinación específica para salud, y administrar los recursos del Fondo Departamental de Salud."*
	(Art. 43, Numeral 43.1.5 Ley 715 de 2001): *"Vigilar y controlar el cumplimiento de las políticas y normas técnicas, científicas y administrativas que expida el Ministerio de Salud, así como las actividades que desarrollan los municipios de su jurisdicción, para garantizar el logro de las metas del sector salud y del SGSSS, sin perjuicio de las funciones de inspección y vigilancia atribuidas a las demás autoridades competentes."*
	(Art. 43, Numeral 43.1.5 Ley 715 de 2001): *"Vigilar y controlar el cumplimiento de las políticas y normas técnicas, científicas y administrativas que expida el Ministerio de Salud, así como las actividades que desarrollan los municipios de su jurisdicción, para garantizar el logro de las metas del sector salud y del SGSSS, sin perjuicio de las funciones de inspección y vigilancia atribuidas a las demás autoridades competentes."*
	(Art. 43 numeral 4.1): *Ejercer en su jurisdicción la vigilancia y el control del aseguramiento en el SGSSS y en los regímenes de excepción definidos en la Ley 100 de 1993"*
Ley 1438 de 2011	Título VII: Inspección, vigilancia y control. Art 118: *Desconcentración. Con el fin de tener mayor efectividad en las actividades del sistema de IVC, la SNS se desconcentrará y podrá delegar sus funciones a nivel departamental o distrital. La SNS ejecutará sus funciones de manera directa o por convenio interadministrativo con las direcciones departamentales o distritales de salud, acreditadas, en el marco del SOGC, las cuales para los efectos de las atribuciones correspondientes responderán funcionalmente ante el Superintendente Nacional de Salud. La SNS también podrá delegar la facultad sancionatoria para que las entidades del nivel departamental o distri tal surtan la primera instancia de los procesos que se adelanten a las entidades e instituciones que presten sus servicios dentro del territorio de su competencia."*

En cuanto a las áreas de competencia que corresponden a las entidades territoriales, se destacan las siguientes:

- Competencias en Aseguramiento

Es importante resaltar que la Ley 715 (2001) le confiere a las entidades territoriales del orden departamental la facultad de ejercer en su jurisdicción la vigilancia y el control del aseguramiento en el SGSSS, siendo pertinente señalar que el mismo concepto aplica a los Distritos como se señala en el artículo 45 de la misma Ley.

Las entidades territoriales del orden departamental y distrital deben ordenarle a las EPS y a las aseguradoras de los regímenes exceptuados y especiales, como responsables del aseguramiento en el territorio de su jurisdicción, implementar los correctivos tendientes a la superación de situaciones críticas o irregulares que afecten el adecuado funcionamiento del Sistema de Salud, pudiendo incluso imponer sanciones a su cargo por la comisión de acciones que se aparten del ordenamiento legal, bien sea por acción o por omisión, teniendo en cuenta que existen asuntos de conocimiento exclusivo por parte de la Superintendencia Nacional de Salud (artículo 230, Ley 100 (1993).

- Competencias frente al Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad[9]

Como bien lo establece el Decreto 1011 (2006), el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad (SOGC), es el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país.

De conformidad con lo previsto en dicho decreto, las entidades territoriales del orden departamental y distrital son las encargadas del ejercicio de la IVC sobre las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), al ser las autoridades de salud responsables de administrar el Registro Único de Prestadores, de habilitar y certificar las condiciones de dichos actores, lo que implica el ejercicio de facultades dirigidas a garantizar una atención con calidad, oportunidad, continuidad, permanencia, seguridad e integralidad, o lo que equivale a que los atributos del SGSSS sean una realidad y se materialicen en la atención que brindan los prestadores de servicios de salud a los usuarios.

Las normas específicas en relación con las competencias de las entidades territoriales en materia de calidad se presentan en la tabla 7.

[9] *Se refiere solo a los componentes de Habilitación y PAMEC dado que los componentes de Acreditación e Información del SOGC no implican competencias para las entidades territoriales.*

Tabla 7. Normatividad rectora y competencias de IVC de los entes territoriales frente al Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad (SOGC)

Norma	Tema
Ley 715 de 2001- (Congreso de la República)	*"Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y sal* ud, entre otros.*"*
	Art.43, numeral 43.2.3: *"Adoptar, difundir, implantar, ejecutar y evaluar la Política de Prestación de Servicios de Salud, formulada por la Nación."*
	Art. 43, numeral 43.2.6: *"Efectuar en su jurisdicción el registro de los* prestadores *públicos y privados de servicios de salud, recibir la declaración de requisitos esenciales para la prestación de los servicios y adelantar la vigilancia y el control correspondiente.*
	Art. 43, numeral 43.2.8 *"Vigilar el cumplimiento de las normas técnicas dictadas por la Nación para la construcción de obras civiles, dotaciones básicas y mantenimiento integral de las instituciones prestadoras de servicios de salud y de los centros de bienestar de anciano."*
Decreto 1011 de 2006 (Ministerio de la Proteccion Social)	*"Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud."*
	Art 2°.: *"La Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud, es el mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada respecto de la calidad esperada de la atención de salud que reciben los usuarios."*
	Art 19:: *"Verificar el cumplimiento de las condiciones exigibles a los Prestadores de Servicios de Salud en lo relativo a las condiciones de capacidad técnico-administrativa y de suficiencia patrimonial y financiera."*
	Art 39: *"Las entidades departamentales, distritales y municipales de salud en su condición de compradores de servicios de salud para la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, establecerán un Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud sobre los mismos procesos contemplados para las EPS." (...)*
	Art 49: *La inspección, vigilancia y control del Sistema Único de Habilitación, será responsabilidad de las Direcciones Departamentales y Distritales de Salud, la cual se ejercerá mediante la realización de las visitas de verificación de que trata el artículo 21 del presente decreto, correspondiendo a la Superintendencia Nacional de Salud, vigilar que las Entidades Territoriales de Salud ejerzan dichas funciones".*
	Art 50: *"Las entidades departamentales, distritales y municipales cuentan con competencia para "adelantar las acciones de vigilancia, inspección y control sobre el desarrollo de los procesos de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, en el ámbito de sus respectivas jurisdicciones."* *"En caso de incumplimiento, las entidades competentes adelantarán las acciones correspondientes y aplicarán las sanciones pertinentes, contempladas en la ley, previo cumplimiento del debido proceso".*

Decreto 1011 de 2006 (Ministerio de la Proteccion Social)	Art. 52: *"Las funciones de IVC a cargo de las Direcciones Departamentales y Distritales y de la Superintendencia Nacional de Salud en lo de sus competencias"* Art 53: *"El incumplimiento a lo previsto en el Decreto 1011 (2006) podrá generar la aplicación de las medidas sanitarias de seguridad previstas en las normas legales, por parte de las Entidades Territoriales de Salud en el marco de sus competencias, con base en el tipo de servicio, el hecho que origina el incumplimiento de las disposiciones contenidas en el presente Decreto y su incidencia sobre la salud individual y colectiva de las personas."* Art 54: *"Sin perjuicio de la competencia atribuida a otras autoridades, corresponde a las Entidades Territoriales de Salud, adelantar los procedimientos y aplicar las sanciones a que haya lugar de acuerdo con lo previsto en el artículo 577 y siguientes de la Ley 09 de 1979 y las normas que las modifiquen o sustituyan."*
Resolución No. 1446 de 2006 (Min. Protección Social)	*"Por la cual se define el Sistema de Información para la Calidad y se adoptan los indicadores de monitoria del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en salud."*
Resolución No. 77 de 2007 (Min. Protección Social)	*"Por la cual se adoptan los lineamientos técnicos para el programa de verificadores de las condiciones para la habilitación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones."*
Resolución No. 3763 de 2007 (Min. Protección	*"Por la cual se modifican parcialmente las Resoluciones 1043 y 1448 de 2006 y la Resolución 2680 de 2007 y se dictan otras disposiciones."*

Nota: No se incluyen normas relacionadas con los sistemas de indicadores de calidad, dado que son modificadas con frecuencia. Se recomienda consultar las normas vigentes al momento de un proceso de implementación.

El Sistema Único de Habilitación:

Sobre las normas que establecen las competencias que en materia de IVC están a cargo de las entidades territoriales del orden departamental y distrital y las normas en las que se sustentan dichas competencias, se contemplan en el marco normativo presentado en la Tabla 7.

La Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud. (PAMEC):

El PAMEC es una función integral de calidad a cargo de cada una de las instituciones prestadoras de servicios. Las entidades territoriales del nivel departamental y distrital cuentan con facultades para el ejercicio de la IVC del cumplimiento de normas sobre auditoría por parte de los prestadores de servicios de salud, según lo anotado en la Tabla 7.

- Salud Pública

La salud pública está constituida por el conjunto de políticas que buscan garantizar de una manera integrada la salud de la población, por medio de acciones de salubridad dirigidas tanto de manera individual como colectiva, ya que sus resultados se constituyen en indicadores de las condiciones de vida, bienestar y desarrollo del país.

Los departamentos y distritos cuentan con las facultades, en el territorio de su jurisdicción, de coordinar, supervisar y controlar las acciones de salud pública que realicen las Entidades Promotoras de Salud (EPS), sin perjuicio de la implementación de las acciones propias, de cuya supervisión se encarga la SNS, por traslados que efectúe el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS).

Es así como de conformidad con lo previsto en la Ley 715 (2001), las entidades territoriales del orden departamental y distrital cuentan con plena facultad para el ejercicio de facultades de IVC de las acciones de salud pública que realicen las EPS en el territorio de su jurisdicción lo que, como se advirtió, implica la facultad de imponer sanciones e impartir correctivos, siendo correcto advertir que tal facultad igualmente se extiende para las entidades transformadas y adaptadas y aquellas que hacen parte de los regímenes especiales, así como de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

De conformidad con las disposiciones legales vigentes, y en especial la Ley 10 (1990), corresponde a los departamentos, distritos y municipios, funciones de dirección y organización de los servicios de salud para garantizar la salud pública y la oferta de servicios de salud por instituciones públicas, por contratación de servicios o por el otorgamiento de subsidios a la demanda.

El Sistema General de Seguridad Social en Salud creado por la Ley 100 de 1993 "amplía la órbita de competencia de los sistemas de dirección en salud de los departamentos, distritos y municipios para garantizar la función social del Estado en la adecuada prestación y ampliación de coberturas de los servicios de salud" – (Ley 100 (1993) - art. 174)).

• Competencias de IVC en materia de salud pública

A cargo de las entidades territoriales del orden departamental y distrital, se encuentran principalmente las siguientes funciones de IVC en salud pública:

Tabla 8. Normatividad rectora y competencias de IVC de las entidades territoriales en salud pública

Norma	Tema
Ley 715 (2001) del Congreso de la República	Art. 43, Numeral 43.1.2: *"Evaluar en el ámbito departamental, las normas, políticas, estrategias, planes, programas y proyectos del sector salud y del SGSSS, que formule y expida la Nación o en armonía con éstas."*
	Art. 43, Numeral 43.3.5: *"Monitorear y evaluar la ejecución de los planes y acciones en salud pública de los municipios de su jurisdicción."*
	Art. 43, Numeral 43.3.6: *"Dirigir y controlar dentro de su jurisdicción, el Sistema de Vigilancia en Salud Pública."*
	Art. 43, Numeral 43.3.7: *"Vigilar y controlar, en coordinación con el Instituto Nacional para la Vigilancia de Medicamentos y Alimentos, Invima, y el Fondo Nacional de Estupefacientes, la producción, expendio, comercialización y distribución de medicamentos, incluyendo aquellos que causen dependencia o efectos psicoactivos potencialmente dañinos para la salud y sustancias potencialmente tóxicas."*
	Art. 43, Numeral 43.3.8: *"Ejecutar las acciones de IVC de los factores de riesgo del ambiente que afectan la salud humana, y de control de vectores y zoonosis de competencia del sector salud, en coordinación con las autoridades ambientales, en los corregimientos departamentales y en los municipios de categorías 4a., 5a. y 6a. de su jurisdicción."*
	Art. 43, numeral 43.3.9: *"Coordinar, supervisar y controlar las acciones de salud pública que realicen en su jurisdicción las Entidades Promotoras de Salud, las demás entidades que administran el régimen subsidiado, las entidades transformadas y adaptadas y aquellas que hacen parte de los regímenes especiales, así como las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud e instituciones relacionadas."*
Decreto 3518 de 2006 Ministerio de la Protección Social	*"Por el cual se crea y reglamenta el Sistema de Vigilancia en Salud Pública y se dictan otras disposiciones."* Art. 9: Funciones de las Direcciones departamentales y Distritales de *Salud (entre otras):* *" -Gerenciar el Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA) en su jurisdicción.* *- Coordinar el desarrollo y la operación del Sistema de Vigilancia en Salud Pública en su territorio, tanto a nivel interinstitucional como intersectorial y brindar la asistencia técnica y capacitación requerida.* *- Apoyar a los municipios de su jurisdicción en la gestión del Sistema de Vigilancia en Salud Pública y en el desarrollo de acciones de vigilancia y control epidemiológico, cuando así se requiera.* *- Organizar y coordinar la red de vigilancia en salud pública de su jurisdicción, de acuerdo con los lineamientos establecidos por el Ministerio de la Protección Social.* *- Cumplir y hacer cumplir en el área de su jurisdicción las normas relacionadas con el Sistema de Vigilancia en Salud Pública, SIVIGILA."*

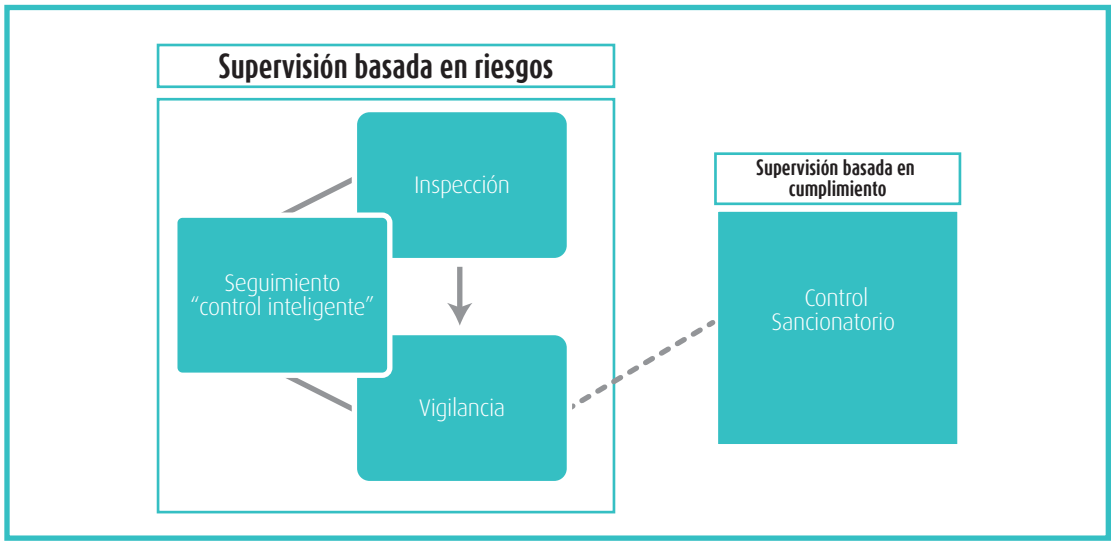
Decreto 3039 de 2007-Ministerio de la Protección Social	*"Por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010"*
	Capítulo III. Líneas de Política. Línea de Política No. 2: - Prevención delos Riesgos. Estrategias a cargo de las entidades territoriales (entre otras): *"- Formulación, desarrollo y evaluación de políticas públicas de prevenciones de los riesgos biológicos, del consumo, del comportamiento, del medio ambiente, laborales, sanitarias y fitosanitarios.* *- Seguimiento y evaluación de las acciones de prevención específica y detección temprana del plan obligatorio de salud - POS de los regímenes contributivo y subsidiado.* *- Difusión y vigilancia de la aplicación de las normas técnicas y guías de atención integral basadas en la evidencia."*
	Capitulo III. Línea de Política No. 3 Recuperación y Superación de los Daños en la Salud.Estrategias a cargo de las entidades territoriales (entre otras): *- Seguimiento y evaluación de las acciones de detección temprana y atención en salud del plan obligatorio de salud - POS de los regímenes contributivo.* *- Difusión y vigilancia de la aplicación de las normas técnicas y guías de atención integral basadas en la evidencia para estandarizar los procesos de atención en al plan obligatorio de salud - POS de los regímenes contributivo y subsidiado.* *- Desarrollo supervisión y evaluación de los servicios de atención integral , de los accidentes de trabajo y enfermedad derivada de la actividad laboral, en su jurisdicción.* *- Vigilancia u fomento del desarrollo de servicios diferenciales por ciclo vital para la atención y rehabilitación de las discapacidades.*
	Capitulo III. Línea de Política No. 4 - Vigilancia en Salud Pública y Gestión del Conocimiento. Estrategias a cargo de las entidades territoriales (entre *"-Desarrollo e implementación de las acciones de vigilancia en salud en su jurisdicción* *- Monitoreo, evaluación, y análisis de la situación de salud en su jurisdicción."*
Acuerdo 117 de 1998 - Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud Ministerio de Salud.	Capítulo VI. Responsabilidad de los Actores del Sector Salud. De los departamentos, distritos y municipios categoría E, 1, 2 y 3 (entre otras): *"- Realizar la supervisión, seguimiento, evaluación y difusión de los resultados del Plan de Salud Territorial.* *- Coordinar el desarrollo y operación de la vigilancia en salud en sus componentes de vigilancia en salud pública, vigilancia sanitaria e inspección, vigilancia y control en la gestión del Sistema General de Seguridad Social en Salud, SGSSS, en su jurisdicción."*
	"Por el cual se establece el obligatorio cumplimiento de las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y la atención de enfermedades de interés en salud pública.
	Art 18: *"Las Direcciones Seccionales de Salud, verificarán por lo menos una vez al año, el cumplimiento de los contenidos del Acuerdo 117 de 1998, por el cual se establece el obligatorio cumplimiento de las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y la atención de enfermedades de interés en salud pública."*

Resolución No. 412 de 2000 - Ministerio de Salud	Art. 15: *"El Ministerio de la Protección Social, la Superintendencia Nacional de Salud, y las Direcciones Territoriales de Salud ejercerán las funciones de vigilancia y control de conformidad con las normas vigentes y lo establecido en el artículo 18o. del Acuerdo 117 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, respecto del cumplimiento de las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y de las guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública."*
Decreto 3518 de 2006 –Ministerio de Salud y Protección Social	Art. 41: *"Medidas Sanitarias en Salud Pública: Con el objeto de prevenir o controlar la ocurrencia de un evento o la existencia de una situación que atenten contra la salud individual o colectiva, se consideran las siguientes medidas sanitarias preventivas, de seguridad y de control:* *- Aislamiento o internación de personas y/o animales enfermos;* *- Cuarentena de personas y/o animales sanos;* *- Vacunación u otras medidas profilácticas de personas y animales;* *- Control de agentes y materiales infecciosos y tóxicos, vectores y reservorios;* *- Desocupación o desalojamiento de establecimientos o viviendas;* *- Clausura temporal parcial o total de establecimientos;* *- Suspensión parcial o total de trabajos o servicios;* *- Decomiso de objetos o productos;* *- Destrucción o desnaturalización de artículos o productos si fuere el caso;* *- Congelación o suspensión temporal de la venta o empleo de productos y objetos."*

2.7 Referentes operativos del Modelo de IVC

2.7.1 El **"Modelo Integrado para la inspección, vigilancia y control de los riesgos de acceso, uso y calidad en la prestación de servicios de salud, en el ámbito territorial",** se fundamenta en un conjunto de métodos y técnicas relacionadas con la gestión de riesgos y la auditoría, que se materializan en procesos y procedimientos a ejecutar en el nivel territorial acompañado de un sistema de información y señales de alerta para el monitoreo de riesgos y los núcleos (SIMIV) que se describe en el capítulo "Sistema de Monitoreo para la inspección, vigilancia y control en el Sistema General de Seguridad Social (SIMIV): Una propuesta basada en la gestión de riesgos desde el ámbito territorial". La lógica de procesos y cadena de valor del acceso, uso y calidad. El esquema metodológico general del prototipo abarca una lógica de procesos continuos y se sitúa en la perspectiva preventiva; centra su atención en la inspección, la vigilancia y el control "inteligente" para la verificación colegiada y participativa de los avances y toma de decisiones por parte de los actores involucrados en el modelo (sujetos de inspección, responsables y beneficiarios). De manera subsidiaria, se considera el control sancionatorio en los alcances ya descritos en relación con las competencias territoriales y el enfoque preventivo/reactivo bajo la premisa de que no todos los riesgos podrán ser controlados o mitigados (Gráfica 4).

Gráfica 4. Esquema metodológico general



Fuente: Elaboración propia

La operación del Modelo de IVC parte del entendimiento de que las dimensiones de acceso, uso y calidad en el SGSSS, componen una cadena de valor, cuyos efectos se reflejan en la modificación de ocurrencia de los eventos negativos que afectan los resultados en salud de la población (Gráfica 5).

Gráfica 5. Cadena de valor de interacción de riesgos e indicadores (ejemplo)

Fuente: Elaboración propia

Ahora bien, teniendo en cuenta las competencias determinadas en la Ley 715 (2001) para las entidades de salud, los ejes sobre los que se estructuran los mecanismos para la supervisión a los sujetos de IVC en el ámbito territorial son aquellos relacionados con el acceso (barreras), el uso y la calidad de los servicios en el área de su influencia geográfica. De esta manera, el Modelo de IVC propone la operación bajo el enfoque de supervisión basada en riesgos (SBR) a partir de la articulación de cuatro componentes aplicados sobre la cadena de prestación de los servicios, a fin de reducir el riesgo inherente a la operación del sistema en el ámbito territorial. Los componentes son los siguientes:

- **Análisis extra-situ (inspección):** Supervisión prudencial basada en el comportamiento de los indicadores reportados por los vigilados, que permita dar cuenta del estado de su operación (riesgos de sostenibilidad financiera y operativo).

- **Sistema de Alertas y análisis de información disponible (inspección):** Batería de indicadores que permita identificar la posición relativa de las entidades vigiladas con base en los riesgos generados por las relaciones entre los actores que afectan el acceso, uso y calidad. También comprende el análisis de información proveniente de los reportes de auditores externos y otros actores de la red de controladores (Defensorías, personerías, contralorías, procuraduría, asociaciones de usuarios, veedurías en salud).

- **Inspección in-situ (vigilancia):** Evaluación derivada de la información recolectada en terreno frente a la disponibilidad de mecanismos para gestión del riesgo por parte de los vigilados (controles internos, controles operativos o legales).

- **El control inteligente:** Como se indicó previamente, es una estrategia asociada a la gestión de riesgos en la que los actores actúan en una lógica de autocontrol y control compartido para el análisis del funcionamiento y la efectividad de las medidas de protección y mitigación de los riesgos y la toma de decisiones oportunas para definir las medidas correctivas a fin de lograr la efectividad en las intervenciones. Por su parte, las medidas sancionatorias deben ser excepcionales porque implican el fracaso del Modelo de gestión de riesgos, pero se incorporan cuando dichos riesgos se materializan en eventos adversos y desde la vigilancia se detecta un incumplimiento normativo o de los procesos establecidos.

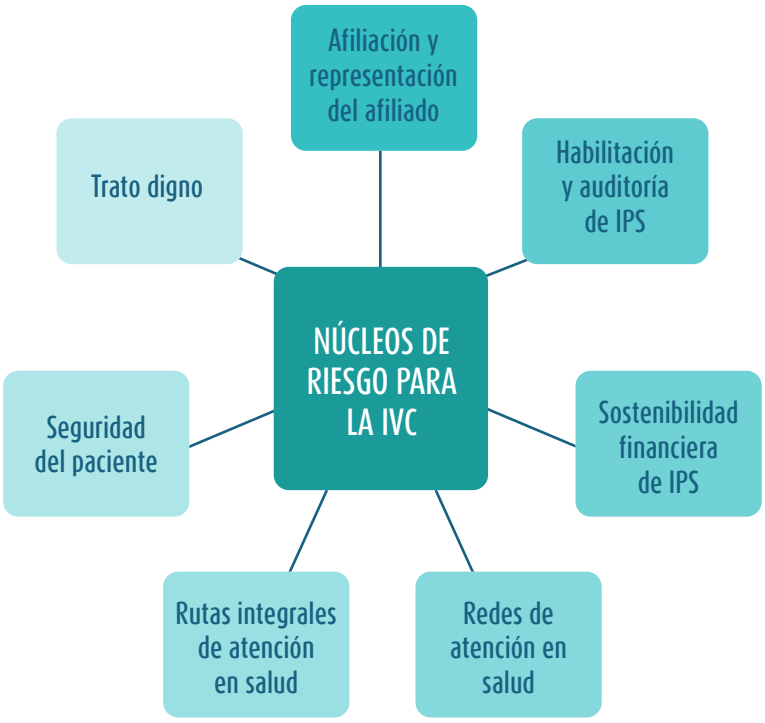
2.7.2 Los núcleos de riesgo

La aplicación del proceso de gestión del riesgo al interior de la cadena de prestación, debe propender por una gestión sistemática e integradora de todos los riesgos que en lo cotidiano inciden sobre su eficacia, efectividad y eficiencia. Esto implica tener en cuenta la vulnerabilidad propia de la cadena de prestación, es decir, la propensión de las fuentes y los factores de riesgo, para aplicar las estrategias de mitigación

y evitar los efectos adversos. Se requiere por tanto, establecer mecanismos que permitan analizar las desviaciones no esperadas respecto del "deber ser" de una gestión normal, lo cual se lleva a cabo a través del uso de baremos[10] o estándares.

Un primer insumo generado en el marco del Programa "Desarrollo y evaluación de un modelo integrado para la inspección, vigilancia y control del acceso oportuno, el uso adecuado y la calidad en la prestación de servicios en el SGSSS colombiano", fue la identificación de un conjunto de riesgos a lo largo de la cadena de prestación, que inciden en mayor o menor medida en las dimensiones del derecho a la salud. Tales riesgos, fueron agrupados en ocho categorías como se muestra en la gráfica No. 10.

Gráfica 6. Núcleos de riesgo para el sistema de monitoreo de la IVC e intervenciones regulatorias



Fuente: Elaboración propia

[10] *Conjunto de normas establecidas convencionalmente para evaluar algo. Cuadro gradual establecido convencionalmente para evaluar los méritos personales, la solvencia de empresas, etc., o los daños derivados de accidentes o enfermedades (Real Academia Española, RAE).*

- Afiliación y representación del afiliado

La afiliación es el ingreso al SGSSS mediante un proceso de registro e inscripción a una Empresa Promotora de Salud (EPS) o Entidad Obligada a Compensar (EOC). Involucra los procedimientos de validación, novedades, traslados (entre aseguradores y entre regímenes) y movilidad. Es obligatoria para todos los residentes colombianos (salvo personas de regímenes especiales), se realiza por una única vez y con ella se adquieren derechos y obligaciones desde el momento de la inscripción al sistema; la desafiliación solo ocurre por el fallecimiento del afiliado. El fin principal es permitir el goce efectivo del derecho a la salud (Decreto 2353 DE 2015, 2015).

La nueva reglamentación expedida en función de la Ley Estatutaria en Salud, mediante el decreto 2353 de 2015 (artículos 34 y 35), determina la afiliación oficiosa para las personas que cumplan el requisito de pertenecer al régimen subsidiado en salud y que rehúsen afiliarse[11]. Esta deberá hacerse mediante inscripción a una EPS de las que operan en el municipio por parte de las personerías, comisarías de familia, defensores de familia o entidades territoriales. Una vez tramitada la inscripción, la entidad deberá comunicar al afiliado la actuación y posteriormente este, en ejercicio del derecho a la libre escogencia, podrá trasladarse a otra EPS dentro de los dos (2) meses siguientes.

La afiliación al SGSSS implica que el Estado debe: garantizar el libre acceso a los usuarios y sus familias (Art. 178, Ley 100 de 1993); garantizar la libre escogencia en su proceso de afiliación (Art.2, Decreto 1485 de 1994); y prevenir la discriminación por alto riesgo o enfermedades costosas (Art. 2, Decreto 1485 de 1994).

Por su parte, las EPS deben promocionar la afiliación de población que no cuente con el servicio (Art. 178 Ley 100 de 1993) y son las responsables de cumplir con las funciones indelegables del aseguramiento: administración del riesgo financiero, gestión del riesgo en salud, articulación de los servicios que garanticen el acceso efectivo y la garantía de la calidad de la prestación de los servicios de salud, la representación del afiliado ante el prestador y demás actores del sistema (Ley 1122 de 2007).

Según la normatividad vigente, la función de representación del afiliado implica que las EPS asuman el riesgo transferido por el usuario y cumplan con las obligaciones establecidas en el Plan Obligatorio de Salud, lo que se traduce en las siguientes acciones: Representar al afiliado ante los demás actores del Sistema para garantizar atención oportuna, pertinente, segura y continua; realizar la gestión de los riesgos en salud de sus afiliados; hacer un uso racional de los recursos disponibles; mejorar los resultados en salud de la población; representar al afiliado ante el prestador y los demás actores del Sistema sin perjuicio de la autonomía del usuario.

[11] *Población víctima del conflicto, menores desvinculados del conflicto armado, menores bajo el sistema de protección del ICBF, reinsertados, personas protegidas, indígenas, población ROM, migrantes venezolanos, menores en el sistema penal, población carcelaria, etc.*

- Habilitación y auditoría IPS

La habilitación es un proceso mediante el cual se verifican las condiciones básicas que deben cumplir todos los servicios de salud que se presten para garantizar estándares mínimos de obligatorio cumplimiento, con el fin de asegurar la reducción de riesgos de seguridad para el paciente. Según la normatividad vigente (Resolución número 00002003 de 2014), a continuación se indican las condiciones.

- Capacidad Técnico-Administrativa: parámetros de tipo administrativo (existencia y representación legal, el sistema contable y estados financieros, ajustados a las disposiciones legales en la materia).

- Suficiencia Patrimonial y Financiera: condiciones mínimas de orden financiero o patrimonial que aseguran la prestación del servicio.

- Capacidad Tecnológica y Científica: condiciones para proteger y dar seguridad a los usuarios (talento humano, infraestructura, dotación, medicamentos, dispositivos e insumos, procesos prioritarios, historia clínica e interdependencia con otros servicios).

Por su parte la auditoría comprende el proceso de inspección, evaluación y monitoreo de la calidad ofrecida en el servicio de salud, con el fin de garantizar la eficiencia y calidad en el servicio prestado y supone la evaluación periódica a los Prestadores de Servicios en Salud en la que participan las entidades territoriales, la SNS y las EPS.

• Las entidades territoriales de salud (departamentales, distritales, municipales) tienen la obligación de establecer un plan de visitas y un plan de visitas de verificación (Art. 14, Resolución 2003 de 2014), en el que se verifique que las Entidades Prestadoras de Servicios en Salud cumplen con todos los requisitos necesarios para su buen funcionamiento (Art. 21, Decreto 1011 de 2006).

• La Superintendencia Nacional de Salud debe acompañar los procesos de auditoría efectuados por los entes territoriales (Art. 50, Decreto 1011 de 2006) e incitar a su realización efectiva, asimismo, debe estimular la racionalización y eficacia del servicio. Es esta entidad la que tiene la potestad de certificación y descertificación de las EPS (Art. 1 Decreto 3045 de 2013).

• Las EPS deben cumplir con los requisitos mínimos para su funcionamiento comprobando su suficiencia patrimonial y financiera, su capacidad técnico-administrativa con facultades tecnológicas y científicas (Art. 8 y 9, Decreto 1011 de 2006). El resultado de estas auditorías se debe inscribir de manera trimestral en el Reporte de Novedades donde figuran las sanciones impuestas, los procesos de investigación en curso y las medidas adoptadas por los entes de control (Art. 16, Decreto 1011 de 2006).

- Sostenibilidad financiera IPS

La sostenibilidad financiera, además de considerarse como un principio, supone tener los recursos suficientes para garantizar la prestación de los servicios y la producción de los bienes. Es decir,

ser capaces de financiar sus gastos presentes y futuros en una situación de equilibrio presupuestario sin recurrir al endeudamiento más allá de cierto límite.

El SGSSS tiene como principio fundamental garantizar las condiciones financieras óptimas para la prestación de los servicios de salud a toda la población colombiana. Busca, en ese sentido, controlar, verificar y atender: los mecanismos de contratación (Resolución 518 de 2015 en su artículo 4); el control a los mecanismos de facturación y glosas; el margen de solvencia de las IPS; las disposiciones legales de oportunidad de pago a EPS e IPS, así como los aportes al Sistema y la regulación de tarifas del Sistema de Salud.

- Seguridad del paciente

En el proceso de atención en salud las acciones inseguras o las fallas en la atención en salud tienen un potencial de generar daño o un evento adverso no intencional, prevenible, que se habría evitado mediante el cumplimiento de estándares de calidad, tecnología o personal calificado, entre otras.

Ante estas situaciones, el Ministerio de Salud y Protección Social considera que una institución que implemente la "Guía de Buenas Prácticas para la seguridad del paciente" (2010) tendrá una alta probabilidad de proteger a sus usuarios, puesto que puede identificar las situaciones y acciones que puedan desencadenar eventos adversos y fallas durante la atención y gestionarlas para obtener procesos seguros. Según la Guía, los eventos adversos son la Alerta Roja sobre la existencia de una atención insegura en la institución de salud, y aunque pueden suceder en cualquier institución de salud del mundo, es necesario evaluar la frecuencia con que ocurren y las causas que lo favorecieron, para hacer más rigurosos los mecanismos para la vigilancia activa de los riesgos asociados con la atención y seguridad del paciente y, a la vez, la urgencia de adopción de acciones correctivas para prevenirlos.

- Trato digno

Si bien no existe una definición estandarizada y comúnmente aceptada de lo que significa el trato digno de la atención en salud, las distintas acepciones coinciden en que se trata de procesos asistenciales y organizativos orientados al respeto y a la especificidad de las personas con: la accesibilidad física, habitabilidad y confort de los lugares de atención; acceso a la información, simplificación de trámites y transparencia; y relaciones del personal de salud con los pacientes y los ciudadanos, lo que en términos generales se denomina en varios ámbitos, como humanización de la atención.

Estos aspectos aluden a la capacidad que tienen los implicados en el proceso de atención en salud de hacer los lugares y la práctica médico asistencial más abierta, segura, sin dolor, conciliando las políticas de acogida, información y confort con procesos asistenciales y, en la medida de lo posible, de forma participada y concertada con los ciudadanos.

- Redes Integrales de Atención en Salud

Las redes de servicios de salud, en general, involucran personas, procesos e infraestructura, que deben estar interrelacionados y coordinados para poder garantizar la atención adecuada y de calidad al usuario, teniendo en cuenta también la eficiencia de la organización y las necesidades de la población.

Un factor diferencial en la configuración de redes lo constituyen las características de los usuarios, en la medida de que las redes deben entender sus necesidades en salud, para identificar los facilitadores y las barreras que inciden en el acceso a los servicios de salud.

En el SGSSS en Colombia se definen las redes integrales de atención en salud como el "conjunto de organizaciones o redes que prestan servicios o hacen acuerdos para prestar servicios de salud individuales y/o colectivos, más eficientes, equitativos, integrales, continuos a una población definida, dispuesta conforme a la demanda" (Ley 1438 de 2011, artículo 60).

La articulación de las redes está a cargo de las entidades territoriales en coordinación con las Entidades Promotoras de Salud, a través de los Consejos Territoriales de la Seguridad Social en Salud. En el caso de los municipios no certificados, la entidad territorial será el departamento. La promoción de las redes en los servicios de salud apunta a: promover alianzas entre los actores, con el propósito de beneficiar al usuario; potencializar la eficiencia y la optimización de los recursos; y garantizar la complementación entre los actores para hacer sostenible el sistema.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), en el año 2010, define las redes integradas de servicios de salud como "la gestión y entrega de servicios de salud de forma tal que las personas reciban un continuo de servicios preventivos y curativos, de acuerdo a sus necesidades a lo largo del tiempo y a través de los diferentes niveles del sistema de salud". Esta definición amplía y rescata la importancia de ofrecer dichos servicios basados en las necesidades de las personas.

- Rutas integrales de atención

De acuerdo con la Política PAIS, (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016), las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS) son "herramientas que ordenan la gestión intersectorial y sectorial como plataforma para la respuesta que da lugar a las atenciones/intervenciones en salud dirigidas a todas las personas, familias y comunidades a partir de: i) acciones intersectoriales y sectoriales orientadas a promover el bienestar y el desarrollo de las personas, familias y comunidades; ii) atenciones individuales y colectivas para la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación y; iii) acciones de cuidado que se esperan del individuo para el mantenimiento o recuperación de su salud."

Este núcleo de riesgo es, en esencia, el escenario donde los ciudadanos se enfrentan de forma más directa con las fallas en la continuidad de la atención, debido a la negación de servicios y

demoras en las autorizaciones, afectando en igual medida el derecho de acceso y de calidad de los servicios de salud.

Las RIAS son definidas por los agentes territoriales que participan en el Sistema (territorio, asegurador, prestador) y en otros sectores, de forma tal que aseguren la integralidad en la atención a partir de "las acciones de cuidado que se esperan del individuo, las acciones orientadas a promover el bienestar y el desarrollo de los individuos en los entornos en los cuales se desarrolla, así como las intervenciones para la prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación de la discapacidad y paliación". (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

El objetivo de las RIAS es garantizar la atención integral en salud a las personas, familias y comunidades a partir de intervenciones de valoración integral de la salud, detección temprana, protección específica, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, paliación y educación para la salud, teniendo en cuenta el mejoramiento de la calidad en todo el continuo de atención, el logro de los resultados esperados en salud, la seguridad y aumento de la satisfacción del usuario y la optimización del uso de los recursos.

Actualmente las RIAS están constituidas por tres tramos:

• Ruta integral de atención para la promoción y mantenimiento de la salud en el curso de vida de carácter individual y colectivo, dirigidas a promover la salud, prevenir el riesgo, prevenir la enfermedad y generar cultura del cuidado de la salud en las personas, familias y comunidades; incluye como atenciones obligatorias para toda la población colombiana: la valoración integral del estado de salud, la detección temprana de alteraciones, la protección específica y la educación para la salud, que contiene el cuidado a los cuidadores.

• Rutas integrales de atención para grupos de riesgo, intervenciones individuales y colectivas dirigidas a la identificación oportuna de factores de riesgo y su intervención, ya sea para evitar la aparición de una condición específica en salud o para realizar un diagnóstico y una derivación oportuna para el tratamiento.

• Rutas integrales de atención específica para eventos, intervenciones individuales y colectivas dirigidas principalmente al diagnóstico oportuno, tratamiento, rehabilitación y paliación de los eventos o condiciones específicas de salud priorizadas.

- Control social y participación del usuario

Es una obligación de los actores del SGSSS asegurar la representación de los usuarios ante los agentes de servicios de salud para que, al interior del Sistema, se propicie la concertación con dichos agentes.

Este núcleo busca garantizar la continuidad de la estrategia de participación ciudadana expuesta en la Leyes 1438 de 2011 y 1751 de 2015, con el propósito que la ciudadanía pueda ejercer mecanismos de participación y control eficientes para generar principios de corresponsabilidad

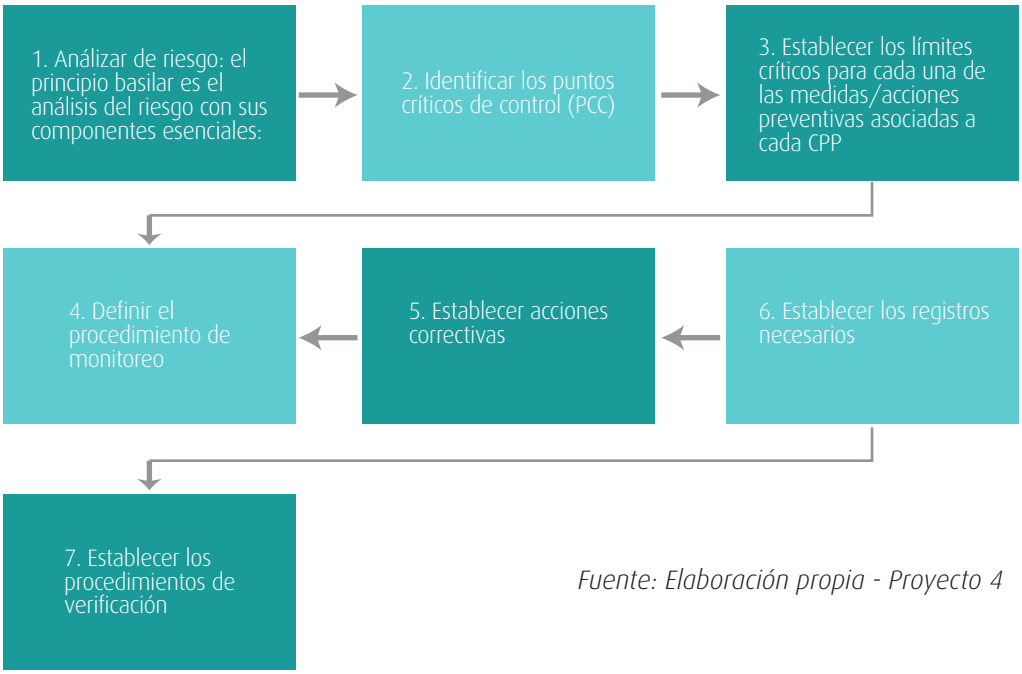
social y ejercicios de derechos y deberes entre la ciudadanía y el Estado.

En términos del fortalecimiento de la participación ciudadana, la Circular Externa 0060 de 2015 del Ministerio de Salud y Protección Social reglamenta los procedimientos para los ejercicios de derechos y deberes de la ciudadanía para participar en mecanismos de control, veedurías y exigibilidad de derechos ante las autoridades y entidades prestadora de los servicios de salud nacional.

2.7.3 El método de análisis de riesgos y puntos críticos de control (HACCP)

El Método de análisis de riesgo y puntos críticos de control (HACCP por sus siglas en inglés), adopta un enfoque sistémico por lo que es posible su aplicación en la identificación y análisis de riesgos que afectan el acceso, uso y calidad en la prestación de servicios de salud. Este método es un instrumento preventivo con la capacidad de anticiparse a los potenciales problemas a través de medidas para el seguimiento, monitoreo y control de los puntos críticos de control (PCC) identificados para la gestión de los riesgos. En general, no difiere en sus etapas de otros métodos básicos orientados a la gestión del riesgo como se puede observar en la Gráfica 7.

Gráfica 7. Proceso de operación del sistema de análisis de riesgos y control de puntos críticos



Fuente: Elaboración propia - Proyecto 4

Analizar el riesgo: Es el punto de partida del método y tiene dos componentes: i) La evaluación del riesgo, que consiste en la estimación de daños derivados de la exposición humana a los peligros causados por la falta de acceso, uso y calidad en la prestación de los servicios de salud; ii) La Gestión del riesgo, dada como un proceso orientado a establecer las reglas para llegar a aceptar, minimizar o reducir el riesgo evaluado y para seleccionar y aplicar estrategias adecuadas para su control.

Identificación de los puntos críticos de control (PCC): Consiste en identificar una fase, proceso o procedimiento donde es posible prevenir, eliminar o reducir el peligro (ganar seguridad) y son puntos donde el control del proceso puede resultar mucho más eficaz que si se aplica en otros. En la cadena de prestación de servicios de salud pueden ser identificados muchos puntos de control, pero no todos pueden ser considerados críticos. Para el Modelo de IVC, la identificación de los puntos críticos de control se sitúo en torno a las relaciones entre los agentes que se configuran en riesgos que afectan el acceso, uso y calidad, y, como se indicó previamente, agrupados en núcleos que dan cuenta de diversos procesos de operación del SGSSS.

Establecer los límites críticos para determinar cada una de las medidas/acciones preventivas asociadas a los PCC: Una vez identificados los puntos críticos, es necesario establecer los criterios que definen los límites o parámetros entre un producto/resultado aceptable, o no aceptable. En el caso del Modelo de IVC, se llevó a cabo una valoración de grado de tolerancia sobre el conjunto de riesgos y priorizar los de mayor impacto para el sistema. Sobre esta base, como se detalla en el capítulo "Sistema de Monitoreo para la inspección, vigilancia y control en el Sistema General de Seguridad Social (SIMIV): Una propuesta basada en la gestión de riesgos desde el ámbito territorial"[12] se aplicó un análisis estructural para definir puntos críticos de control, situándose en los riesgos de mayor incidencia y se procedió a la definición de un procedimiento para establecer las señales de alerta a cada uno de los riesgos priorizados para la IVC a nivel territorial.

El procedimiento de monitoreo: Las actividades de monitoreo son fundamentales para la correcta operación del sistema de gestión de riesgos. Para el Modelo de IVC la principal herramienta de monitoreo es el sistema de indicadores proveniente del Proyecto mencionado. Sin embargo, en algunos casos, este monitoreo debe ser complementado con las observaciones directas (por ejemplo, en la habilitación), con información producida por otras entidades, así como la contrastación permanente con los planes de salud territorial y las metas fijadas por los entes territoriales respecto a la garantía del acceso, uso y calidad.

[12] *A cargo del Instituto de Salud Pública de la Universidad Javeriana (código 35865). Investigadora Principal: Julia Isabel Eslava R.*

Entre más estandarizadas y objetivas sean los parámetros/límites establecidos, más efectivo será el monitoreo. También se requiere de la disponibilidad oportuna de los datos y de su análisis para implementar las acciones de vigilancia y/o medidas correctivas cuando se presentan las desviaciones de los criterios establecidos.

Al interior del Modelo de IVC se prevé un monitoreo continuo pero condicionado por la variabilidad o grado de inercia del riesgo bajo observación y la periodicidad con que se generan los datos. Por ejemplo, la cobertura de población atendida en la IPS o la asignación de citas pueden permitir un monitoreo continuo con periodicidad más frecuente (mensual, trimestral), pero la conformación de las redes de servicios será más estática puesto que la normativa prevé variaciones cada 5 años.

Establecer las acciones correctivas: Seguido al monitoreo y como respuesta inmediata según la evidencia encontrada, se ponen en marcha acciones correctivas cuando haya lugar activando el proceso de vigilancia y seguimiento a los planes de mejora.

Establecer los registros necesarios: El sistema de análisis de riesgo y puntos de control debe ser documentado con al menos dos tipos de información:

• El plan de gestión de riesgos, el seguimiento a su cumplimiento y el control inteligente para verificar su eficacia.

• El registro de toda la información recabada y las mediciones efectuadas, que en el marco del modelo de IVC se complementa con el sistema de información para el monitoreo que se describe el capítulo "Sistema de Monitoreo para la inspección, vigilancia y control en el Sistema General de Seguridad Social (SIMIV): Una propuesta basada en la gestión de riesgos desde el ámbito territorial"

Establecer los procedimientos de verificación: Se deben realizar acciones para verificar la eficacia y el funcionamiento del plan de mejoramiento que comprende, por un lado, las revisiones periódicas, definidas sobre la base de la complejidad y las características del proceso y los resultados a ser obtenidos (en nuestro caso en función de los núcleos de IVC), así como de la gravedad de los riesgos identificados. Por el otro, la inspección de las actividades críticas para la seguridad y calidad en la atención de la población que así lo ameriten (ejemplo: habilitación de IPS en relación con la ocurrencia de eventos adversos, etc.).

2.7.4 Administración del Riesgo en el MECI

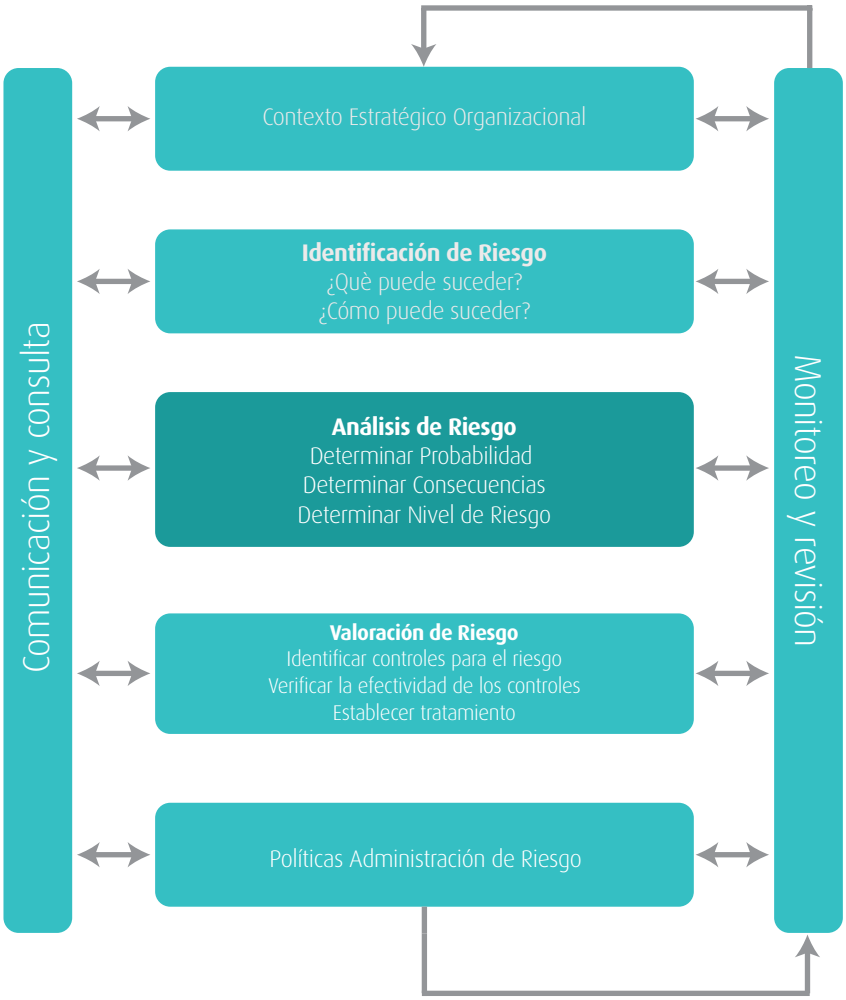
El Modelo Estándar de Control Interno (MECI) para el Estado colombiano, se configura como una herramienta para evaluar la estrategia, la gestión y los propios mecanismos de evaluación del proceso administrativo de las empresas del sector público. Entendiendo el dinamismo que

caracteriza la operación del sector público, la administración del riesgo contribuye a garantizar la eficiencia y eficacia de las acciones, dado que permite definir las estrategias de mejoramiento continuo que mejor responden al grado de madurez de la entidad (Departamento Administrativo de la Función Pública, 2014).

El principal objetivo de aplicar MECI en la planeación organizacional, es el control o mitigación de los riesgos inherentes a la operación y que la entidad aumente la probabilidad de lograr los objetivos constitucionales y legales para los que fue creada (Departamento Administrativo de la Función Pública, 2014).

Para MECI, la siguiente gráfica muestra el proceso inherente a la administración de riesgos.

Gráfica 8. Procesos para la administración del riesgo



Fuente: Departamento Administrativo de la Función Pública (2011)

Análisis del contexto estratégico: Se refiere a la identificación de los factores internos o del entorno que pueden generar riesgos para el desarrollo de las actividades en la entidad, por ejemplo: factores económicos, medioambientales, políticos, sociales, tecnológicos, de infraestructura, de personal, o de características de los procesos.

Identificación del riesgo: Partiendo del análisis del contexto estratégico, debe llevarse a cabo un análisis causal de los eventos que pueden afectar el logro de los objetivos de la entidad. Cada uno de los funcionarios debe estar relacionado con los procesos que desempeña, y, en consecuencia, con los factores que pueden influir negativamente su resultado, por lo que el análisis para la identificación de posibles amenazas debe llevarse a cabo con todos los integrantes el equipo y usando una herramienta que permita sistematizar los resultados del ejercicio.

Análisis del riesgo: En este punto se busca establecer la probabilidad de ocurrencia de un evento indeseado y sus consecuencias, a fin de orientar la clasificación del riesgo. Para esto se deben considerar los siguientes aspectos.

- Probabilidad de ocurrencia
- Impacto potencial
- Impacto de confidencialidad de la información
- Impacto de credibilidad o imagen
- Impacto legal
- Impacto operativo

Valoración del riesgo: Es el resultado de la evaluación del riesgo con los controles definidos para los procesos. En este punto es fundamental el conocimiento y claridad sobre la estructura procedimental de la entidad, de forma que sea posible tomar decisiones sobre la adaptación o reformulación de los controles a implementar.

Políticas de Administración del Riesgo: Es un conjunto de procesos y mecanismos desarrollados por la alta gerencia y por todo el personal para garantizar, razonablemente, el logro de los objetivos (Departamento Administrativo de la Función Pública, 2011). Estas políticas pueden ser:

- *Preventivas:* aquellas que actúan para eliminar las causas del riesgo

- *Correctivas:* aquellas que permiten el restablecimiento de la actividad, después de ser detectado un evento no deseable y la modificación de las acciones que propiciaron su ocurrencia.

2.8 Pasos para la implementación del Modelo en el ámbito territorial

La adopción del modelo Integrado para la IVC de los riesgos de acceso, uso y calidad en la prestación de servicios, en el ámbito territorial, implica realizar las siguientes actividades que conforman el alistamiento para su implementación:

1. Conformar un equipo funcional dentro de entidad territorial. Implica involucrar a los funcionarios de las dependencias de la Dirección Territorial de Salud con responsabilidades en seguimiento del aseguramiento en salud, la calidad de las redes de atención, la participación social y del sistema de información y atención al usuario, entre otras.

2. Compilar la documentación de los procesos de IVC existentes en la entidad territorial y realizar la armonización con aquellos que se presentan en el presente documento y corresponden al "Modelo Integrado para la inspección, vigilancia y control de los riesgos de acceso, uso y calidad en la prestación de servicios de salud, en el ámbito territorial"

3. Socializar las características del modelo de gestión de IVC basada en riesgos a los funcionarios de la entidad territorial y las EPS, ESE, hospitales y clínicas presentes en el municipio.

4. Definir un plan de acción en el que se definan los recursos tecnológicos, el talento humano requerido y cronograma para la implementación de los procedimientos, el seguimiento y evaluación de su desarrollo y resultados.

2.9 Procesos y procedimientos del Modelo Integrado para la IVC de los riesgos de acceso, uso y calidad en la prestación de servicios, en el ámbito territorial

En la siguiente tabla se resumen los procesos del Modelo Integrado de IVC, con los correspondientes procedimientos, los cuales se describen de manera detallada en la Tabla 9.

Tabla 9. Los procesos y procedimientos del Modelo Integrado para la IVC de los riesgos de acceso, uso y calidad en la prestación de servicios, en el ámbito territorial

Dimensiones estratégicas del modelo	Procesos		
	Inspección	**Vigilancia**	**Evaluación de implementación**
	Procedimientos		
Acceso - uso y calidad	Planeación de la gestión del riesgo para acceso, uso y calidad	Planear las actividades locales de vigilancia	Realizar el seguimiento, medición y análisis de los resultados del proceso de vigilancia
	Inspección de la red de prestadores en el área de influencia	Determinar la capacidad institucional inicial y definir plan operativo de vigilancia los prestadores y aseguradores	Identificar e implementar las acciones para fortalecer el proceso de vigilancia
	Inspección a la afiliación y representación del afiliado por EPS	Ejecutar las visitas de vigilancia a los vigilados	
	Inspección de Estándares de Habilitación	Concertar los planes de mejoramiento con las IPS y EPS	
	Inspección a las rutas integrales de atención	Realizar seguimiento a los planes de mejoramiento definidos por IPS y EPS	
	Inspección a la seguridad del paciente	Evaluar los planes de mejoramiento definidos en términos del cambio en la capacidad institucional	
	Inspección al trato digno		
	Inspección a la sostenibilidad financiera de las IPS en el área de influencia		
	Seguimiento o Control inteligente		
	Identificación de puntos clave, necesidades de información, funcionamiento del sistema etc., de manera que se puedan implementar acciones para fortalecer el proceso	Determinar la capacidad institucional inicial	Identificar e implementar las acciones para fortalecer el proceso de vigilancia
Participación Social y Protección al usuario en acceso, uso y calidad		Realizar seguimiento a los planes de mejoramiento definidos por IPS y EPS Evaluar los planes de mejoramiento definidos en términos del cambio en la capacidad institucional	
	Definición de los riesgos objeto de inspección o control social para el acceso, uso y calidad	Acompañar las visitas de vigilancia por parte de las Organizaciones de Control Social	
	Definición del objeto a inspeccionar por parte de las Organizaciones de Contro social	Concertar el plan de mejoramiento con los vigilados y las Organizaciones de Control Social	
	Recolección de información para inspección por parte de las Organizaciones de Control Social	Realizar seguimiento a los planes de mejoramiento por parte de las Organizaciones de Control Social	
	Análisis de información y elaboración de informes de control social	Utilización de la información procedente de los mecanismos de protección al usuario (PQRD y desacato a la Tutela) en la vigilancia.	
	Utilización de la información procedente de los mecanismos de protección al usuario (PQRD y desacato a tutela) en la inspección		
	Seguimiento o Control inteligente		
	Análisis de información y elaboración de informes de control social	Realizar seguimiento a los planes de mejoramiento por parte de las Organizaciones de Control Social	

2.9.1 La inspección

El proceso de inspección realiza la identificación y monitoreo de los riesgos que afectan el acceso, uso y calidad. Al ser el primer proceso para para la implementación del modelo, permite a las entidades territoriales la selección de los núcleos de riesgos que resultan ser más significativos y se ajustan a las capacidades, competencias y prioridades establecidas en los planes territoriales de salud y planes de desarrollo, entre otros instrumentos de planeación.

- Objetivos del componente de Inspección

Objetivo general:

Realizar la identificación, caracterización y priorización de los riesgos relacionados con el acceso oportuno, uso efectivo y calidad a los servicios de salud en el ámbito territorial, para identificar las desviaciones o correspondencias con los niveles esperados o previstos en relación con las metas y márgenes de tolerancia a los riesgos.

Objetivos específicos:

• Recolectar de forma sistemática, periódica y continua los datos necesarios para dar cuenta del comportamiento de los riesgos asociados a los núcleos críticos de acceso, uso y calidad.

• Informar a los responsables del proceso de vigilancia y, cuando aplique, a las instancias de control de nivel superior, sobre las desviaciones encontradas en el comportamiento de los actores territoriales del Sistema.

• Retroalimentar a los agentes del Sistema en el ámbito territorial sobre los niveles de riesgo, de manera que puedan diseñar e implementar estrategias para gestionar los riesgos. Es decir, informa al proceso de vigilancia.

- Alcance del proceso de Inspección

Por inspección se entiende la identificación, caracterización y priorización de los riesgos asociados a la cadena de prestación de los servicios de salud, en el ámbito territorial. El proceso aplica para las instancias de las entidades territoriales con funciones asociadas a la IVC del SGSSS y comprende los niveles municipales y departamentales, en correspondencia con las competencias asignadas según la regulación vigente, los principios de subsidiariedad y concurrencia según capacidades.

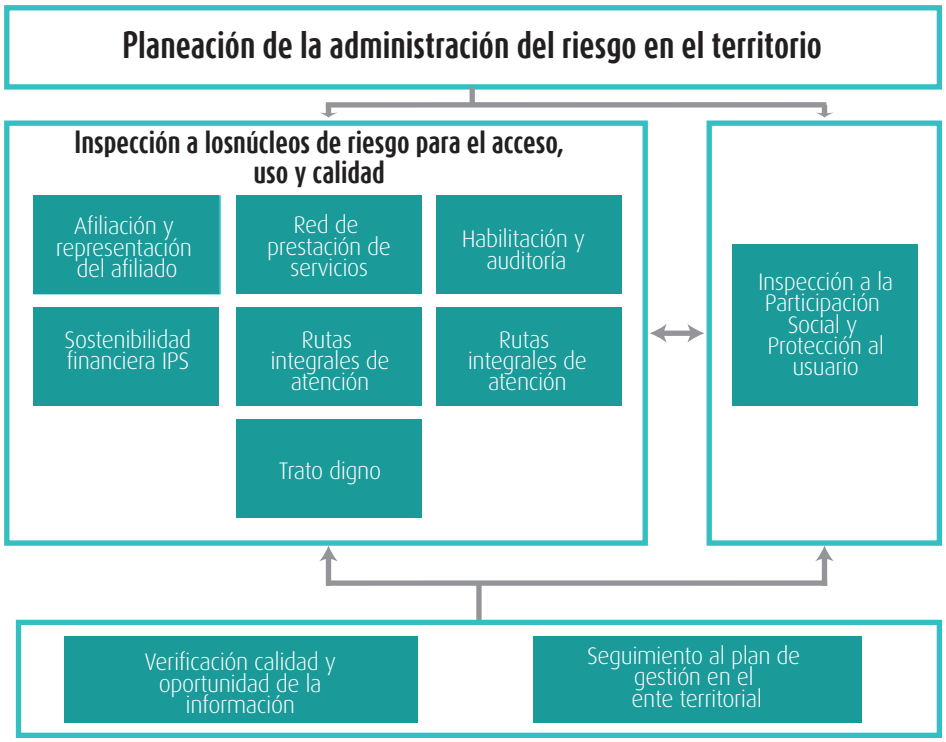
A partir de los núcleos de riesgo asociados al funcionamiento territorial del Sistema, así como de las necesidades de información para dar cuenta de ellos, se procede a hacer la especificación de cada uno de los procedimientos que conforman el proceso de Inspección.

En este sentido, resulta importante recalcar que el proceso y los procedimientos que lo componen, no constituyen una herramienta para la verificación del cumplimiento normativo, sino más bien, una guía que aporta a la consolidación de buenas prácticas en las Entidades Territoriales para la supervisión de riesgos. Para mantener los

principios de cooperación armónica y subsidiaridad que deben primar entre las entidades que conforman la administración pública, el Modelo de IVC propone, dentro de sus mecanismos de decisión, articulaciones con la SNS para el manejo apropiado de casos que representen una amenaza para el goce efectivo del derecho a la salud para los ciudadanos.

Finalmente, es importante recalcar que el proceso diseñado requiere de la cooperación coordinada de los actores que ejercen funciones de IVC en el nivel territorial (ejecutivo, organismos de control y control social), de manera que se generen capacidades para el reporte y la autogestión de información por parte de los vigilados, la colaboración de la sociedad civil y los demás organismos que interactúan para conformar la red de controladores del sistema en el marco de sus competencias. En la Gráfica 9 se presenta el proceso de inspección con sus procedimientos.

Gráfica 9. Procedimiento de Inspección



Fuente: Elaboración propia

Las características del proceso de Inspección del Modelo Integrado para la IVC de los riesgos de acceso, uso y calidad en la prestación de servicios, en el ámbito territorial, se presentan de manera esquemática en Tabla 10.

Tabla 10. Características del proceso de Inspección

Nombre del proceso: Inspección de riesgos relacionados con acceso, uso y calidad en la prestación de servicios de salud, en el ámbito territorial

Objetivo del proceso: Realizar el monitoreo, seguimiento y evaluación a los riesgos relacionados con acceso oportuno, uso efectivo y calidad a los servicios de salud en el ámbito territorial, mediante la identificación de las desviaciones o correspondencias con los estándares establecidos para la toma de decisiones de prevención y mitigación.

Alcance: El proceso de inspección se inicia con la caracterización de los riesgos núcleos de gestión; continúa con la planeación de la gestión de riesgos para el acceso, uso y calidad; y culmina con la generación de reportes de alertas según niveles de riesgo para el proceso de vigilancia, para los actores involucrados e instancias de IVC del nivel superior.

ACTIVIDADES /PROCEDIMIENTOS:

Planeación de la gestión del riesgo para acceso, uso y calidad	Inspección a las rutas integrales de atención
Inspección de la red de prestadores en el área de influencia	Inspección a la seguridad del paciente
Inspección a la afiliación y representación de afiliadol	Inspección al trato digno
Inspección de Estándares de Habilitación	Inspección a la sostenibilidad financiera de las IPS en el área de influencia

ENTIDADES / ÁREAS RESPONSABLES DEL PROCESO: La Dirección Territorial de Salud, la secretaría o dependencia con funciones de autoridad sanitaria es la líder del proceso de inspección de Modelo Integrado para la IVC de los riesgos de acceso, uso y calidad en la prestación de servicios, en el ámbito territorial. Las áreas involucradas y responsables del proceso son aquellas encargadas del seguimiento del aseguramiento, la auditoría de la calidad de la atención, la participación social y del sistema de información y atención al usuario.

ENTRADAS:	**SALIDAS:**
Normatividad y lineamientos de Supervisión Basada en Riesgos: circulares de SNS, Regulación de MINSALUD, Política PAIS, Regulaciones, lineamientos y guías técnicas de seguridad del paciente, regulaciones y lineamientos para las redes integrales de atención en salud y las rutas integrales de atención en salud.	
Sistemas de información: - SIVIGILA, Registro Individual de Prestaciones de salud (RIPS),Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS), SOGC, Sistema de Gestión de Hospitales Públicos[13] (SIHO) - Registro Único de Afiliados al Sistema de Salud (RUAF) - Base de datos Única de Afiliados del Fosyga (BDUA) - Cuenta de alto costo - Sistema de Información para el Modelo de IVC-SIMIV-Territorial[14]	Plan de gestión del riesgo para el acceso, uso y calidad en la prestación de servicios de salud. Comunicados de alerta temprana
Documentación secundaria: - Análisis de Situación de Salud (ASIS) - Planes Territoriales de Salud - Rutas de atención integral en salud - Informes del Sistema de análisis de peticiones, quejas, reclamos y denuncias (PQRD) - Informes de la red de controladores, incluyendo informes de Asociaciones de Usuarios, Veedurías y otras Organizaciones de control social - Informes financieros y balances de IPS y EPS. Metas de tamizaje para Protección Específica y Detección Temprana (PyD) para EPS - Reporte de eventos adversos - Informe de Tutelas y desacato a tutelas	Informe y remisión al grupo responsable del proceso de vigilancia y retroalimentación a las entidades vigiladas con destinatario

PROCESOS RELACIONADOS

Vigilancia del acceso, uso y calidad en la prestación de servicios de salud, en el ámbito territorial

REGISTROS /ARCHIVOS

Informe de análisis de riesgo.	Matriz de priorización de vigilados de alto riesgo.

[13] *De la Dirección General de Calidad de Servicios del Ministerio de Protección Social de Colombia*

[14] *Sigla adoptada para el Sistema de Monitoreo de Inspección y Vigilancia Territorial, producto del Proyecto P4 del Programa*

A continuación, se procede a hacer la especificación de cada uno de los procedimientos que conforman el proceso de Inspección.

2.9.2 Procedimiento de planeación de la gestión del riesgo para el acceso, uso y calidad

OBJETIVO: Realizar, para el ámbito específico del territorio, la evaluación de los riesgos para el acceso, uso y calidad en la prestación de los servicios de salud teniendo en cuenta el núcleo de riesgos y los efectos de los daños potenciales, con la finalidad de seleccionar estrategias adecuadas para su prevención, mitigación o definir correctivos, las cuales son plasmadas en un plan territorial de gestión de riesgos.

ALCANCE: Inicia con la identificación del contexto estratégico para el territorio en cuestión y finaliza con la definición y monitoreo del plan de gestión del riesgo adoptado.

DEFINICIONES:

• **Riesgo:** Probabilidad de sufrir daños o pérdidas, sea por una eventualidad genérica o por el hecho de exponerse a los peligros que los causan y que puede ser medida o verificada a través de los efectos que produce.

• **Riesgo en salud:** Se define como "la probabilidad de que se produzca un resultado adverso o corresponde a un factor que aumenta esa probabilidad" (Organización Mundial de la Salud, 2002).

• **Prevención de los riesgos en salud:** Es el conjunto de acciones individuales y colectivas orientadas a la reducción de los riesgos de enfermar o morir. El objetivo es minimizar la pérdida de bienestar evitando, mitigando o reduciendo al mínimo la probabilidad de daño, mediante intervenciones compartidas entre el Estado, la comunidad, las entidades promotoras de salud (EPS), otras Empresas Administradoras de Planes de Beneficios y los sectores cuyas acciones tienen incidencia en la salud de las personas.

• **Supervisión basada en riesgos (SBR):** Es un proceso continuo en el que una entidad o regulador evalúa e identifica los riesgos para la consecución de su objetivo regulatorio, e involucra la capacidad de los intermediarios para identificar y gestionar los riesgos (Giuffrida, Pinzón-Fonseca, & Piñeros-García, 2015; Balcom & Pargaonker, 2010).

• **Análisis de riesgo:** Acción que comprende, por un lado, la evaluación del riesgo, entendida como la identificación de los daños y la estimación de sus efectos y, por el otro, la gestión del riesgo mediante el establecimiento de reglas para minimizar o reducir el riesgo evaluado y para seleccionar y aplicar las estrategias adecuadas para su control.

• **Puntos críticos de control (PCC):** Son los puntos donde el control del proceso resulta ser eficaz.

• **Contexto estratégico:** Se refiere a factores internos o del entorno (de tipo económico, político, social, tecnológico, de infraestructura, de personal,

de características de los procesos o medio ambiental) que pueden generar riesgos.

• **Políticas de administración del riesgo:** Conjunto de procesos y mecanismos desarrollados por la alta gerencia y por todo el personal para garantizar, razonablemente, el logro de los objetivos (Departamento Administrativo de la Función Pública, 2011).

• **Mecanismos preventivos:** Son aquellos que actúan para eliminar las causas del riesgo y prevenir su ocurrencia o materialización.

• **Mecanismos correctivos:** Son aquellos que permiten el restablecimiento de la actividad después de ser detectado un evento no deseable, con la modificación de las acciones que propiciaron su ocurrencia.

GENERALIDADES Y POLITICAS: La gestión integral del riesgo en salud, adaptada a las características particulares de cada territorio, es de vital importancia para manejar las consecuencias de la marcada heterogeneidad que caracteriza las diversas regiones del país. Si bien es importante recalcar que deben existir indicadores trazadores que permitan la comparación entre departamentos y municipios, también es fundamental que se tenga en cuenta la necesidad de identificar mecanismos que permitan reconocer y actuar acorde con el contexto para maximizar la eficiencia en el uso de los recursos del sistema.

De esta manera, el diseño de estrategias de gestión sensibles al contexto de cada departamento y municipio, constituye una cuestión fundamental para manejar adecuadamente el reto metodológico y técnico que imponen las diferencias en la estructura poblacional, el perfil epidemiológico y la dispersión de los colectivos en el territorio.

Con esto en mente, cada territorio debería establecer los mecanismos más viables en su contexto, para operar el sistema de gestión integral del riesgo en salud y las metas que se propone alcanzar en relación con unos márgenes de tolerancia definidos, puesto que estos deben determinarse con base en la disponibilidad de la oferta de servicios de salud y el perfil especifico de la población, por supuesto, sin perjuicio de la normatividad vigente y el Goce Efectivo del Derecho (GED) de los usuarios del sistema.

Este procedimiento se desarrolló con base en los lineamientos para la administración de riesgos establecidos en el Modelo Estándar de Control Interno (MECI) del Departamento Administrativo de la Función Pública (2014)[15], y tiene por objeto generar un eje articulador que permita facilitar la operación territorial del Modelo de IVC. El procedimiento presenta las características básicas para la definición y priorización de riesgos a vigilar en el territorio, de conformidad con las competencias de las entidades territoriales de salud.

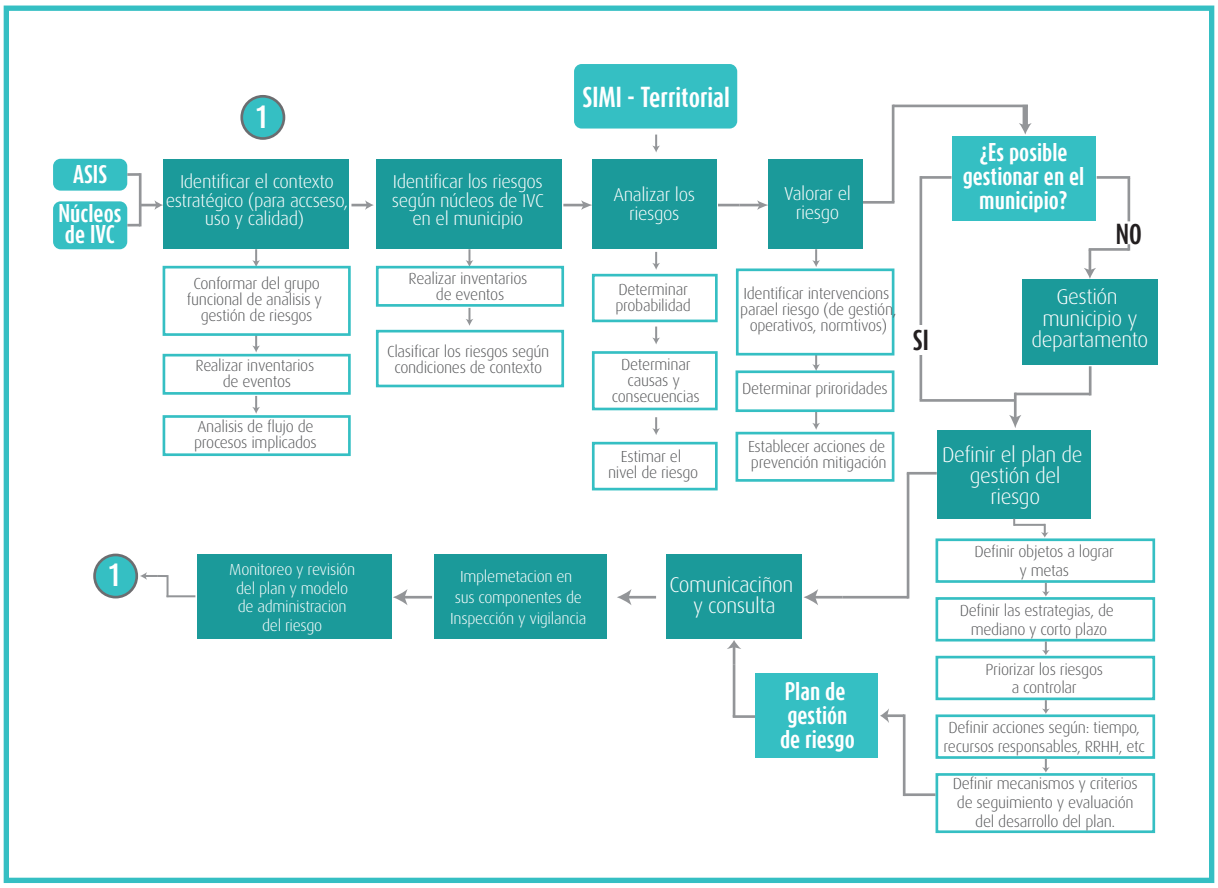
A continuación, se presentan el formato de descripción y diagrama de flujo de este procedimiento.

[15] *Basado en el modelo COSO (Committee on Sponsoring Organisations of the Treadway Commission's), adaptado para Colombia por el Icontec mediante la Norma Técnica NTC5254, actualizada y reemplazada en 2011 por la Norma Técnica NTC-ISO31000.*

Tabla 11. Procedimiento de Planeación de la gestión del riesgo para acceso, uso y calidad

No.	Actividad	Responsable /Dependencia	Descripción de la actividad	Salida /Evidencia
1	Identificación del contexto estratégico	Grupo funcional de IVC - Dirección Territorial de Salud	Conformar grupo funcional de análisis y gestión de riesgos. Realizar inventarios de eventos. Análisis del flujo de procesos implicados.	• Matriz del identificación de eventos y flujo de procesos implicados
2	Identificación de los riesgos según núcleos de IVC en el municipio	Grupo funcional de IVC - Dirección Territorial de Salud	Realizar inventario de los riesgos. Clasificación de los riesgos según condiciones del contexto.	• Matriz de evaluación de los riesgos
3	Análisis de los riesgos identificados	Grupo funcional de IVC - Dirección Territorial de Salud	Determinar la probabilidad, determinar causas y consecuencias y estimar el nivel de riesgo.	
4	Valoración de riesgo eidentificación de intervenciones	Grupo funcional de IVC - Dirección Territorial de Salud	Identificar estrategias de intervención del riesgo, y establecer prioridades para la acción acorde con el nivel de riesgo.	• Matriz de riesgos identificados (de gestión, operativos, normativos), determinando las prioridades y las acciones a seguir (correctivos o preventivos)
5	Definición del plan de gestión del riesgo	Grupo funcional de IVC - Dirección Territorial de Salud	Definir objetivo a lograr, definir estrategias de mediano y corto plazo, priorizar los riesgos. Definir acciones según tiempo, recursos, responsables y recursos humanos	• Plan de gestión con objetivos, metas, estrategias de corto y mediano plazo, priorización de riesgos, cronograma, mecanismos de seguimiento y evaluación del desarrollo del plan
6	Comunicación y concertación del plan	Grupo funcional de IVC - Dirección Territorial de Salud	Comunicar las acciones según tiempo, recursos, responsables y recursos humanos	• Plan validado, concertado y apropiado a nivel institucional.
7	Implementación	Grupo funcional de IVC - Dirección Territorial de Salud	Implementar las acciones según tiempo, recursos, responsables y recursos humanos	• Registros e informes de implementación
8	Monitoreo y revisión del plan y modelo de gestión del riesgo	Grupo funcional de IVC - Dirección Territorial de Salud	Monitorear y revisar el plan de gestión de riesgo según acciones, tiempo, recursos, responsables y recursos humanos	• Documento de revisión del cumplimiento del plan

Diagrama de Flujo. Procedimiento de Planeación de la gestión del riesgo para acceso, uso y calidad



2.9.3 Procedimiento de Inspección de la red de prestadores en el área de influencia

OBJETIVO: Analizar la suficiencia de la red de servicios en el territorio y evaluar la accesibilidad a la misma por parte de la población residente en el área de influencia.

ALCANCE: Inicia con la revisión y mapeo de los servicios de salud en el territorio, continúa con el análisis de las características de la red y finaliza con el reporte a aseguradores y la solicitud del plan de mejoramiento para garantizar el acceso oportuno, la utilización adecuada y la calidad de la atención.

DEFINICIONES

• **Red de Prestadores de Servicios:** Se define como el conjunto de instituciones prestadoras de servicios de salud que trabajan de manera organizada y coordinada en un proceso de integración funcional orientado por los principios de complementariedad, subsidiariedad y demás lineamientos del sistema de referencia y contra referencia.

• **Conformación de la red de prestadores de servicios de salud:** En la conformación de la red, se deben atender estándares administrativos, financieros y técnicos que permitan garantizar una adecuada capacidad instalada y proveer servicios acordes con la población usuaria.

• **Verificación de la habilitación de los servicios a contratar:** Las entidades territoriales y las EPS deben implementar los mecanismos necesarios para verificar que los prestadores de servicios de salud que hacen parte de la red, se encuentren habilitados para la prestación de los servicios.

GENERALIDADES Y POLITICAS: La inspección de la red de prestadores de servicios de salud (IPS) busca determinar si los territorios (municipios y departamentos) cuentan con la oferta de servicios que garantice la disponibilidad de una red para la atención adecuada de la población y que los aseguradores puedan cumplir con los planes de beneficios que administran, en condiciones de calidad, oportunidad y eficiencia, y con procesos de referencia y contra-referencia para las personas en el Sistema.

En cumplimiento del principio de disponibilidad de servicios, ligado al derecho fundamental a la salud, las entidades territoriales deben definir y caracterizar la oferta en el área geográfica de su influencia. Las direcciones departamentales de salud deben contar con una caracterización del estado de la red en su jurisdicción, de manera que sea posible establecer el nivel de riesgo del departamento y, a su vez, las entidades municipales deben conocer esta red a fin orientar y garantizar que las poblaciones tengan acceso a los servicios que se requieran para atender los eventos de salud que los afectan.

Los registros diligenciados por los prestadores en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS) aportan a las entidades territoriales insumos fundamentales para desarrollar un "mapeo del riesgo de red territorial", y definir rutas de atención y convenios inter-departamentales cuando se identifique una red con vacíos en términos de complejidad, o donde la existencia de servicios de alta complejidad no sea viable. Así, la inspección de la red de prestadores del área de influencia se convierte en un punto clave para la estructuración de las Rutas Integrales de Atención en Salud, por medio de las cuales se busca dar una respuesta eficiente a las necesidades en salud de la población y resolver los requerimientos de atención por fuera del departamento, manteniendo costos razonables y tiempos aceptables para garantizar el bienestar de los usuarios.

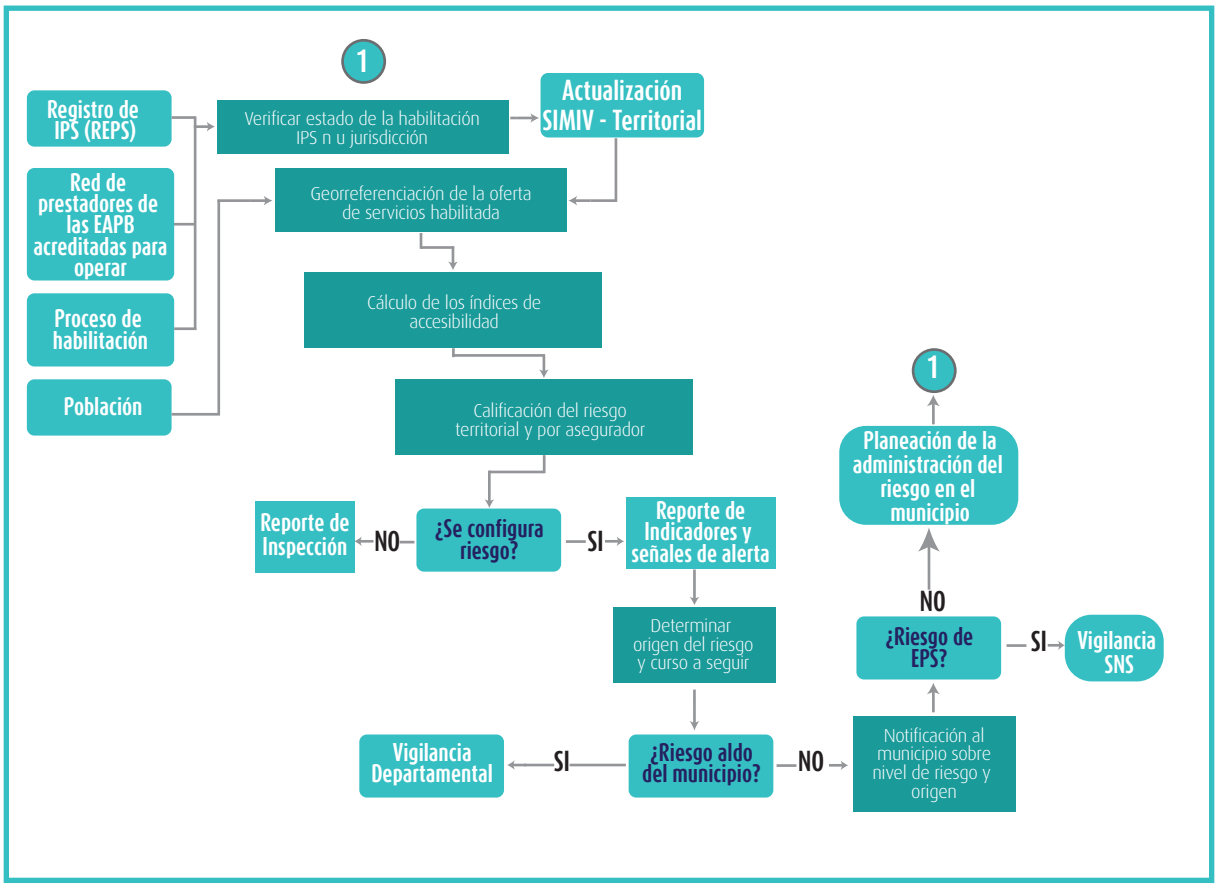
La caracterización de este procedimiento se presenta a continuación en la Tabla 12.

Tabla 12. Inspección de la red de prestadores en el área de influencia

No.	Actividad	Responsable /Dependencia	Descripción de la actividad	Salida /Evidencia
1	Verificación del estado de habilitación de prestadores	Profesional designado - Grupo funcional de I VC de la Dirección Territorial de Salud	Consultar la base virtual del REPS, teniendo en cuenta la red que reporte la EPS.	Reporte de habilitación de los prestadores del territorio.
2	Georreferenciación de la oferta de servicios	Profesional designado - Grupo funcional de I VC de la Dirección Territorial de Salud	Utilizar el aplicativo o plataforma disponible.	Mapa de servicios de salud en el territorio
3	Cálculo de los índices de accesibilidad locativa y de suficiencia de la red[16]	Profesional designado - Grupo funcional de I VC de la Dirección Territorial de Salud	Revisar la información disponible en SNS, y el "Manual de Habilitación de Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud"	
4	Calificación del riesgo territorial por asegurador	Profesional designado - Grupo funcional de I VC de la Dirección Territorial de Salud	Podrá consultarse por REPS (módulo redes). La DTS verifica la habilitación (en máx. 60 días hábiles) y reporta en el módulo. Si no cumple, el asegurador tiene 30 días para ajustar y volver a presentarse, de lo contrario entra a control por SNS.	Aplicativo de clasificación del riesgo diligenciado
5	Determinación del origen del riesgo y curso a seguir	Profesional designado - Grupo funcional de I VC de la Dirección Territorial de Salud	Verificar en el REPS el criterio de habilitación que no se cumple	Reporte de indicadores de riesgo y señales de alerta
6	Notificación al Departamento y SNS y pasa al proceso de vigilancia según nivel de riesgo y origen	Profesional designado - Grupo funcional de I VC de la Dirección Territorial de Salud	Realizar informe para envío a entes de control y vigilados (IPS y/o EPS)	IRetroalimentación a vigilados y a grupo de vigilancia

[16] *Servicios de componente primario y complementario con estándares de operación en red definidos por el asegurador.Para precisar este aspecto hay que consultar el "Manual de Habilitación de Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud".*

Diagrama de Flujo. Inspección de la red de prestadores en el área de influencia



2.9.4 Procedimiento de Inspección de las Rutas Integrales de atención en salud

OBJETIVO: Verificar el desarrollo y asegurar el cumplimiento de los procesos definidos para las Rutas de Atención Integral en Salud (RIAS), con el fin de garantizar la ejecución de las actividades y el logro de las metas, la adecuada destinación y utilización de los recursos, y la calidad y efectividad en la prestación de los servicios.

ALCANCE: Comprende la evaluación del cumplimiento de la norma por parte de los actores territoriales del sistema para las RIAS y en particular en lo relacionado con las actividades de gestión integral del riesgo en salud colectivo mediante el Plan de intervenciones colectivas e individuales a través de las actividades de Protección Específica y Detección Temprana (PyD).

DEFINICIONES

• **Rutas de atención integral:** Son una herramienta que integra el manejo del riesgo y de la enfermedad, orientando las intervenciones de la diversidad de instituciones involucradas, con la finalidad de desarrollar procesos y procedimientos concurrentes para la atención integral de la población, e involucrando acciones en diversos entornos (individual, comunitario, laboral, entre otros) por parte, tanto de prestadores primarios, como de los prestadores complementarios.

• **Prevención de los riesgos en salud:** Es el conjunto de acciones individuales y colectivas en salud orientadas a la reducción de los riesgos de enfermar o morir. El objetivo de esta línea de política es minimizar la pérdida de bienestar evitando, mitigando o reduciendo al mínimo la probabilidad de daño, mediante intervenciones compartidas entre el Estado, la comunidad, las EPS y los sectores cuyas acciones tienen incidencia en la salud de las personas.

• **Vigilancia en salud y gestión del conocimiento:** Es el conjunto de procesos sistemáticos y constantes de recolección, análisis, interpretación y divulgación de información, y de investigación para la identificación de las necesidades de salud de la población y de la respuesta de los servicios para el mejoramiento de la salud y la calidad de vida de los colombianos.

•**Enfermedades de Interés en Salud Pública:** Son aquellas enfermedades que presentan un alto impacto en la salud colectiva y ameritan una atención y seguimiento especial. En este grupo se incluyen: enfermedades infecciosas cuyo tratamiento requiere seguimiento de manera estricta y secuencial en el manejo de antibiótico-terapia para evitar el desarrollo de resistencias, con grave impacto sobre la colectividad; enfermedades de alta prevalencia que de no recibir control y seguimiento constante y adecuado constituyen un factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades de mayor gravedad, secuelas irreversibles, invalidez y muerte prematura;

y, enfermedades de alta transmisibilidad y poder epidémico que requieren de una atención eficaz para su control.

• **Plan de Intervenciones Colectivas (PIC):** Conjunto de intervenciones, procedimientos y actividades a cargo del Estado, dirigidas a promover la salud y calidad de vida, la prevención y control de los riesgos y daños en salud de alta externalidad para alcanzar las metas prioritarias en salud definidas en el Plan Decenal de Salud Pública, las cuales son complementarias a las acciones de promoción, prevención y atención previstas en los Planes Obligatorios de Salud.

• **Detección Temprana:** Es el conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones que permiten identificar en forma oportuna y efectiva la enfermedad, facilitan su diagnóstico precoz, el tratamiento oportuno, la reducción de su duración y el daño causado, evitando secuelas, incapacidad y muerte.

• **Protección Específica:** Es el conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones tendientes a garantizar la protección de los afiliados frente a un riesgo específico, con el fin de evitar la presencia de la enfermedad.

GENERALIDADES Y POLITICAS: La planeación y estructuración de respuestas a las necesidades en salud de la población, deben desarrollarse siguiendo el principio de cooperación armónica entre los actores del Sistema, teniendo en cuenta el perfil epidemiológico de los afiliados y sus cambios, la dinámica de la demanda de servicios, la evolución de las tecnologías y conductas médicas, el aumento de consumo de insumos médicos o sus precios y la incidencia de eventos de alto costo, entre otros. Con esto se espera que cada actor diseñe e implemente un conjunto comprensivo de estrategias para la gestión del riesgo de la población a su cargo y, con esto, disminuir la siniestralidad ligada a situaciones prevenibles y la probabilidad de incurrir en pérdidas económicas asociadas.

Por lo tanto, resulta vital la capacidad de anticiparse a los eventos de interés en salud pública, las enfermedades y los traumatismos para que no se presenten, o si lo hacen, su evolución y consecuencias sean lo menos severas posibles, mediante:

· La identificación de las circunstancias y condiciones que inciden en la aparición y desenlace de la enfermedad, las cuales son individuales, colectivas y del entorno donde se vive, trabaja o deambula.

· La clasificación de las personas según se vean afectadas por las circunstancias y condiciones detectadas que puedan afectar su salud.

· El diseño y puesta en marcha de acciones para eliminar, disminuir o mitigar esas circunstancias y condiciones.

Teniendo en cuenta que la Gestión Integral del Riesgo en Salud (GIRS) se estructura sobre un paradigma preventivo aplicable tanto a individuos como a grupos poblacionales, el componente

colectivo busca actuar sobre algunos de los determinantes proximales y distales de la salud, de tal forma que se reduzca la probabilidad de nueva morbilidad; igualmente, propende por controlar la probabilidad de ocurrencia de eventos producidos por deficiencias en los servicios de salud. Por su parte, el conjunto de acciones individuales se orienta a reducir la exposición a eventos de interés en salud pública, garantizar el manejo integral de la enfermedad en caso de que se presente y a reducir los riesgos derivados de la gestión clínica de la enfermedad (seguridad de los pacientes).

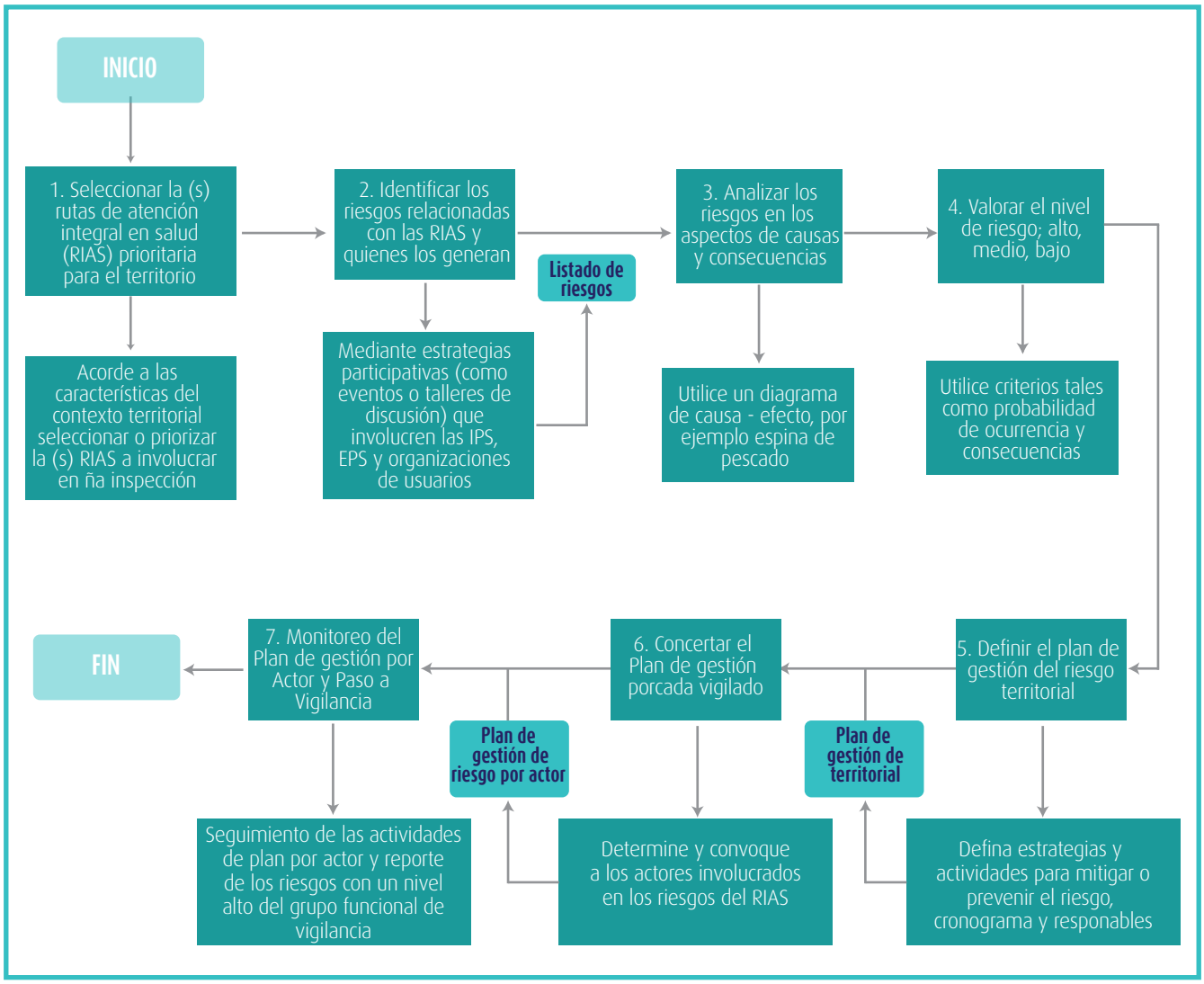
En este orden de ideas, la GIRS no es responsabilidad de un solo miembro del Sistema, sino que requiere ser vista como el resultado de la interacción efectiva, eficiente, armónica y coordinada de las funciones de los agentes en el marco regulatorio existente. Así las cosas, el MSPS determinó algunos lineamientos para la organización del Plan Territorial de Salud a través de la Resolución 1536 (2015), en donde se exponen los roles y responsabilidades de cada uno de los actores frente a la planeación y gestión de servicios y recursos en el Sistema, para la garantía del derecho a la salud. En concordancia con el modelo propuesto por el MSPS, las EPS deben desarrollar la caracterización de sus afiliados a fin de brindar los insumos necesarios para el desarrollo de los Planes Territoriales de Salud (PTS) por parte de las Direcciones Locales de Salud y estas a su vez deben desarrollar los respectivos Análisis de Situación de Salud (ASIS) para la priorización de acciones encaminadas al fortalecimiento el Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), para vigilar la puesta en marcha de estrategias orientadas por las EPS en articulación con sus IPS, para la inducción de la demanda a los servicios de Protección Específica y Detección Temprana (PyD), y para la aplicación de las Guías de Atención Integral para las enfermedades de interés en salud pública de obligatorio cumplimiento.

Se presentan las características del procedimiento de aplicación de las RIAS, en la Tabla 13.

Tabla 13. Inspección a la aplicación de rutas de atención integral en salud

No.	Actividad	Responsable /Dependencia	Descripción de la actividad	Salida /Evidencia
1	Seleccionar la(s) ruta de atención integral en salud (RIAS) prioritaria para el territorio	Profesional designado - Grupo funcional la Dirección Territorial de Salud	Acorde con las características del contexto territorial seleccionar o priorizar la(s) RIAS a involucrar en la inspección	Definición de la RIAS prioritaria
2	Identificar los riesgos relacionadas con las RIAS y quienes los generan	Profesional designado - Grupo funcional la Dirección Territorial de Salud	Mediante estrategias participativas (como eventos o talleres de discusión) que involucrar las IPS, EPS y organizaciones de usuarios	Listado de riesgos
3	Analizar los riesgos en los aspectos de causas y consecuencias	Profesional designado - Grupo funcional la Dirección Territorial de Salud	Utilizar un diagrama de causa-efecto, por ejemplo espina de pescado	Matriz de análisis de riesgos
4	Valorar el nivel de riesgo: alto, medio, bajo	Profesional designado - Grupo funcional la Dirección Territorial de Salud	Utilizar criterios tales como probabilidad de ocurrencia y consecuencias	Informe de análisis y priorización de riesgos
5	Definir el plan de gestión del riesgo territorial	Profesional designado - Grupo funcional la Dirección Territorial de Salud	Definir estrategias y actividades para mitigar o prevenir el riesgo, cronograma y responsables	Documento del Plan de gestión territorial
6	Concertar el Plan de gestión por cada vigilado.	Profesional designado - Grupo funcional la Dirección Territorial de Salud	Determinar y convocar a los actores involucrados en los riesgos del RIAS	Documento del Plan de gestión por actor
7	Monitoreo del Plan de Gestión por Actor y Paso a vigilancia	Profesional designado - Grupo funcional la Dirección Territorial de Salud	Hacer seguimiento a las actividades del plan por actor y reporte de los riesgos con un nivel alto al grupo funcional de vigilancia	Documento de monitoreo y Oficio de remisión a vigilancia

Diagrama de Flujo. Inspección a la aplicación de rutas de atención integral en salud



2.9.5 Proceso de Inspección al cumplimiento de los estándares de habilitación

OBJETIVO: Realizar por parte de las Direcciones Territoriales de Salud el seguimiento periódico y sistemático a los indicadores del REPS y a los registros presentados por las EPS e IPS de acuerdo con lo establecido en las Resoluciones 2003 de 2014 y 1446 de 2006, a efectos de que se cuente con la información necesaria sobre su funcionamiento y la calidad de la atención en la Entidades Territoriales.

ALCANCE: Inicia con la recepción y validación de datos de vigilados en el REPS, continúa con el cruce de datos con el Sistema de Información para la Calidad y finaliza con la calificación, categorización del riesgo y envío de equipos de auditoria para el proceso de vigilancia al prestador, cuando sea necesario.

Dada la legislación vigente, este procedimiento es de competencia de las entidades departamentales o distritales de salud, por lo cual debe ser realizado en concurrencia con la entidad local (Resolución 1441 de 2013, 2013) .

DEFINICIONES

• **Autoevaluación:** Consiste en el análisis que hace el prestador sobre las condiciones de habilitación definidas en el Manual de Inscripción de Prestadores de Servicios de Salud y de Habilitación de Servicios de Salud, y la posterior declaración de su cumplimiento en el REPS.

• **Inscripción y habilitación:** Todo prestador de servicios de salud debe estar inscrito en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS) y tener al menos un servicio habilitado. La inscripción y habilitación debe realizarse en los términos establecidos en el Manual de Inscripción de Prestadores de Servicios de Salud y Habilitación de Servicios de Salud adoptado en la Resolución 2003 del 2014 del MSPS.

• **Visita:** Acción mediante la cual se informa personalmente de las situaciones, hechos, conductas o estado de los sujetos de visita, trasladándose al lugar para su reconocimiento o inspección, de acuerdo con la necesidad y programación definida por la Dirección Territorial de Salud (DTS).

• **Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS):** Base de Datos en la cual se incorporan y registran: los datos del prestador (instituciones prestadoras de servicios de salud, profesionales independientes y servicios de transporte especial de pacientes); y la información de servicios del prestador en cada entidad departamental o distrital de salud. Las DTS son las responsables de su administración y verificación para posterior envió al MSPS en donde se consolida la información. En esta Base se puede consultar el listado de prestadores de servicios de salud que se encuentran habilitados por cada entidad departamental o distrital de salud, de conformidad con el SOGC.

• **Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de Atención en Salud (SOGC) del SGSSS:** Es el Conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país.

• **Prestadores de Servicios de Salud:** Se consideran como tales las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, los Profesionales Independientes de Salud y los Servicios de Transporte Especial de Pacientes.

• **Profesional independiente:** Es toda persona natural egresada de un programa de educación superior de ciencias de la salud de conformidad con la Ley 30 de 1992 o las normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan, con facultades para actuar de manera autónoma en la prestación del servicio de salud, para lo cual podrá contar con personal de apoyo de los niveles de formación técnico o auxiliar.

• **Sistema Único de Habilitación:** Es el conjunto de normas, requisitos y procedimientos mediante los cuales se establece, registra, verifica y controla el cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico-administrativa de los prestadores de servicios de salud, indispensables para la entrada y permanencia en el Sistema. Estas normas y requisitos buscan dar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación de servicios y son de obligatorio cumplimiento plimiento por parte de los Prestadores de Servicios de Salud y las EPS.

• Sistema de Información para la calidad: Las EPS, Direcciones Territoriales de Salud e IPS deben contar con el Sistema que les permita informar y orientar a los usuarios acerca de los niveles de calidad de los servicios de salud y en el conocimiento de características del SGSSS, de manera que puedan tomar decisiones informadas en el momento de ejercer sus derechos y deberes.

GENERALIDADES Y POLITICAS: El Sistema Único de Habilitación es el conjunto de normas, requisitos y procedimientos mediante los cuales se establece, registra, verifica y controla el cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera, y de capacidad técnico administrativa, indispensables para la entrada al mercado y la permanencia de los aseguradores y prestadores en el sistema. Al mismo tiempo, busca dar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación de los servicios de salud y garantizar niveles mínimos de cumplimiento sobre la cualificación del talento humano, la infraestructura y los servicios ofertados.

La verificación del cumplimiento de los estándares de habilitación por parte de los prestadores inscritos en el REPS puede hacerse efectivo en un periodo de hasta seis meses cuando el solicitante se inscribe por primera vez; sin embargo, el certificado de funcionamiento se expide con base en el resultado de la autoevaluación

que este presenta el cual, en ocasiones, no se ajusta a las condiciones reales del servicio y puede poner en riesgo la seguridad de los pacientes. En este sentido, la intervención oportuna de las entidades territoriales frente a los servicios que no cumplen con los requisitos de habilitación, es una tarea fundamental para garantizar la disponibilidad y la calidad de los servicios en su área de influencia.

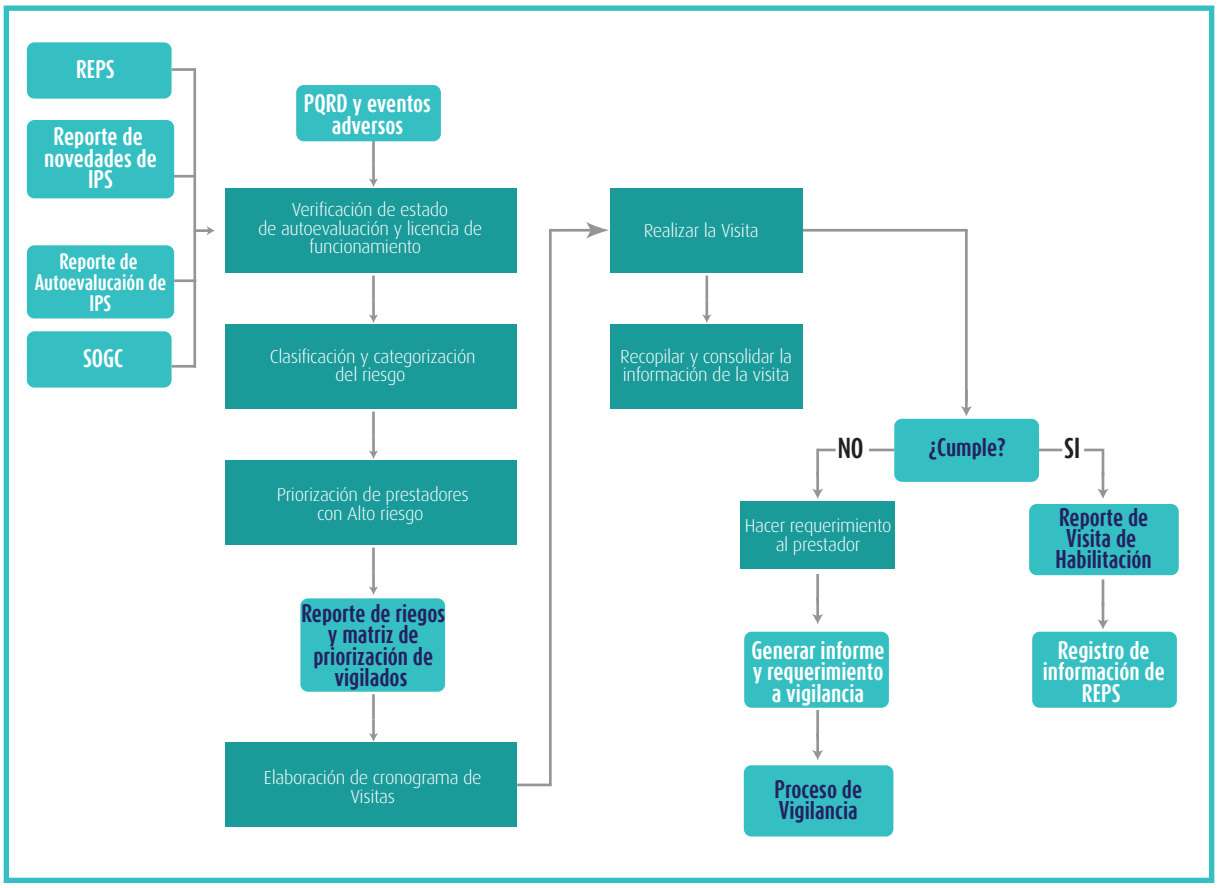
Este procedimiento cuenta con varias entradas y la priorización de visitas se debe hacer con base en lo consagrado en la Resolución 2003 de 2014; sin embargo, la verificación de estándares no debe ser una actividad reactiva únicamente a los nuevos ingresos en el REPS, o a los vencimientos de términos de habilitación de los prestadores inscritos previamente, sino que debe incluir la búsqueda activa de prestadores no autorizados por la respectiva entidad territorial, en articulación con la comunidad civil organizada, las agremiaciones y otras entidades, de acuerdo con lo consagrado en la Ley 715 (2001).

Así, el procedimiento de inspección a los estándares de habilitación presenta entradas relacionadas con las condiciones particulares de cada prestador en el territorio, y requiere ponderar el riesgo de incumplimiento con base en el aplicativo de autoevaluación, pues si bien es imposible visitar al prestador inmediatamente tras su inscripción, existen servicios que por sus características y el grupo al que pertenecen, presentan mayores riesgos de incumplimiento de estándares que ponen en riesgo la integridad de los usuarios y, por lo tanto, deben ser priorizados.

Tabla 14. Inspección al cumplimiento de los estándares de habilitación

No.	Actividad	Responsable /Dependencia	Descripción de la actividad	Salida /Evidencia
1	Verificación de estado de autoevaluación y licencia de funcionamiento.	Profesional designado - Grupo funcional de la DTS	Examinar la habilitación de los diferentes prestadores por municipio mediante el REPS	Registro REPS
2	Clasificación y categorización del riesgo	Profesional designado - Grupo funcional de la DTS	Separar y ordenar los riesgos	Aplicativo de clasificación del riesgo diligenciado
3	Priorización de prestadores con alta probabilidad de incurrir en riesgo durante la prestación del servicio	Profesional designado - Grupo funcional de la DTS	Diferenciar los prestadores según su probabilidad de generar un riesgo.	Reporte de riesgos y matriz de priorización vigiados
4	Elaboración del cronograma anual de visitas	Profesional designado - Grupo funcional de la DTS	Diseñar cronograma de visitas	Cronograma anual de visitas
5	Realización de la visita	Profesional designado - Grupo funcional de la DTS	Hacer seguimiento a los prestadores para analizar los riesgos	Lista de chequeo para habilitación
6	Recopilación y consolidación de la i nformación de la visita	Profesional designado - Grupo funcional de la DTS	Realizar acta del seguimiento realizado	Informe de visita de verificación de estándares
7	Archivo de los documentos de la visita	Profesional designado - Grupo funcional de la DTS	Archivar acta de seguimiento	Archivo
8	Requerimiento al prestador, cuando haya lugar, y dejar registro de resultado en el REPS	Profesional designado - Grupo funcional de la DTS	Presentar el acta u oficio al prestador de la información recolectada según visita e inscribirlo en la REPS	Oficio de solicitud de explicaciones
9	Toma de medidas según conformidad de la respuesta	Profesional designado - Grupo funcional de la DTS	Definir medidas según conformidad	Oficio de cancelación de licencia de funcionamiento
10	Registro de evidencia en el REPS	Profesional designado - Grupo funcional de la DTS	Chequear la información en el REPS	Registro

Diagrama de Flujo. Inspección al cumplimiento de los estándares de habilitación



2.9.6 Procedimiento de Inspección a la seguridad del paciente

OBJETIVO: Verificar y asegurar la correcta aplicación de mecanismos para la gestión del riesgo asociado a la prestación de los servicios de salud, en la jurisdicción de cada entidad territorial

ALCANCE: Inicia con la revisión de indicadores secundarios y continua con la caracterización del riesgo para finalmente generar el monitoreo a la gestión del riesgo clínico.

DEFINICIONES

• **Seguridad del paciente:** Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.

• **Falla de la atención en salud:** Deficiencia para realizar una acción prevista según lo programado o la utilización de un plan incorrecto, lo cual se puede manifestar mediante la ejecución de procesos incorrectos (falla de acción) o mediante la no ejecución de los procesos correctos (falla de omisión), en las fases de planeación o de ejecución. Las fallas son, por definición, no intencionales.

• **Evento adverso:** Es el resultado de una atención en salud que de manera no intencional produjo daño. Para categorizar un evento en la atención como evento adverso, se requiere la existencia simultánea de la siguiente triada: Cause lesión o daño al paciente, no es intencional y ocurre con ocasión de la atención en salud. Los eventos adversos pueden ser prevenibles y no prevenibles:

• **Evento adverso prevenible:** Resultado no deseado, no intencional, que se habría evitado mediante el cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial disponibles en un momento determinado.

• **Evento adverso no prevenible:** Resultado no deseado, no intencional, que se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial.

• **Sistema de gestión del evento adverso:** Se define como el conjunto de herramientas, procedimientos y acciones utilizadas para identificar y analizar la progresión de una falla a la producción de daño al paciente, con el propósito de prevenir o mitigar sus consecuencias.

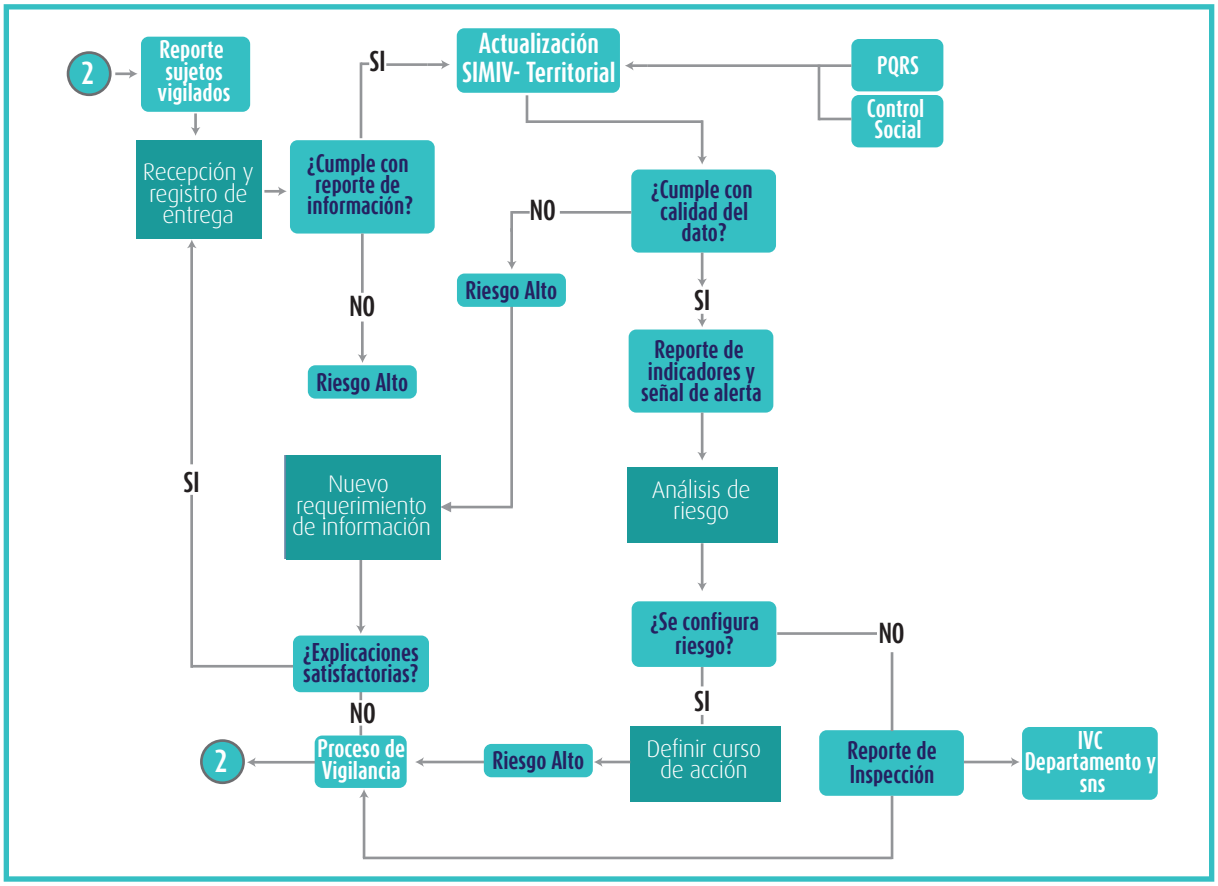
• **Acciones de reducción de riesgo:** Son todas aquellas intervenciones que se hacen en estructuras o en procesos de atención en salud para minimizar la probabilidad de ocurrencia de un incidente o evento adverso. Tales acciones pueden ser proactivas, como el análisis de modo de falla y el análisis probabilístico del riesgo; o pueden ser reactivas, como aquellas derivadas del aprendizaje obtenido luego de la presentación del incidente o evento adverso, como por ejemplo el análisis de ruta causal.

Se presentan las características del procedimiento en la Tabla 15.

Tabla 15. Inspección la seguridad del paciente

No.	Actividad	Responsable /Dependencia	Descripción de la actividad	Salida /Evidencia
1	Solicitud del Reporte de información para los sujetos vigilados	Vigilado - Unidad Primaria Generadora de Datos	Solicitar el reporte de eventos adversos discriminados por tipo de situación (tecnología biomédica)	Comprobante de reporte de información a SISPRO
2	Análisis de la entrega y verificación des explicaciones	Profesional a cargo – Grupo funcional de la DTS	Recepción y validación de información. Identificación de vigilados que cumplieron o no con el reporte y explicaciones de la información.	Informes analizados en base de datos
3	Análisis de los riesgos	Profesional a cargo – Grupo funcional de la DTS	Análisis de causa-efecto. Calificación y categorización del riesgo del vigilado	
4	Elaboración de plan de gestión del riesgo.	Profesional a cargo – Grupo funcional de l a DTS	Revisión de estrategias para mitigar el riesgo de eventos adversos.	Documento del plan de gestión de riesgo.
5	Seguimiento y paso a vigilancia.	Profesional a cargo – Grupo funcional de l a DTS	Alerta sobre nivel de riesgo al vigilado.	Informe de inspección de la seguridad del paciente

Diagrama de Flujo. Inspección la seguridad del paciente



• Procedimiento de Inspección de la Sostenibilidad financiera de las IPS

OBJETIVO: Verificar la existencia de procedimientos para la revisión de la información financiera que, en el marco de la Gestión Integral de Riesgo, valore la sostenibilidad de los prestadores de servicios de salud en el área de la DTS.

ALCANCE: Inicia con la recepción de información de los vigilados relacionada con los informes de auditoría, los principales motivos de glosa y las acciones desarrolladas para prevenirlas. Continúa con la elaboración de un concepto técnico que informa de la situación fiscal del prestador y la gestión de riesgos asociados. Finaliza con la comunicación a la SNS en caso de encontrarse situaciones críticas de sostenibilidad para los prestadores.

DEFINICIONES

• Margen de solvencia: Relacionado con la liquidez que debe tener una entidad para responder en forma adecuada y oportuna por sus obligaciones con terceros, sean proveedores de bienes o prestadores de servicios de salud o usuarios.

• Concepto Técnico: Documento que contiene la evaluación del requisito formal predefinido, la coherencia con el documento de red aprobado, el flujo financiero proyectado y las condiciones en que se puede viabilizar.

GENERALIDADES Y POLITICAS: La gestión del riesgo financiero está regulada en la normatividad colombiana a partir de la Ley 1122 (2007) y el Decreto 2702 (Decreto 2702 de 2014), y corresponde al esfuerzo más reciente por reducir los riesgos asociados al sostenimiento económico del sistema. Desde una perspectiva general, la normativa adopta los lineamientos propuestos en el Acuerdo de Basilea, que propenden por garantizar la sostenibilidad económica de las entidades, de forma que tengan la posibilidad de afrontar pérdidas en el futuro, sin que eso implique su quiebra y la propagación del riesgo al resto del sistema.

Los problemas financieros en el Sistema han sido una constante en los últimos años. La percepción de los actores es la de una crisis generalizada relacionada con el incumplimiento de los pagos entre los agentes, que afecta la oportunidad y la calidad en la prestación de los servicios a los usuarios, al tiempo que pone en riesgo la sostenibilidad financiera de los prestadores y se limita la disponibilidad de servicios, por lo que se considera de suma importancia la verificación de las cuentas por cobrar y los procedimientos asociados en las IPS.

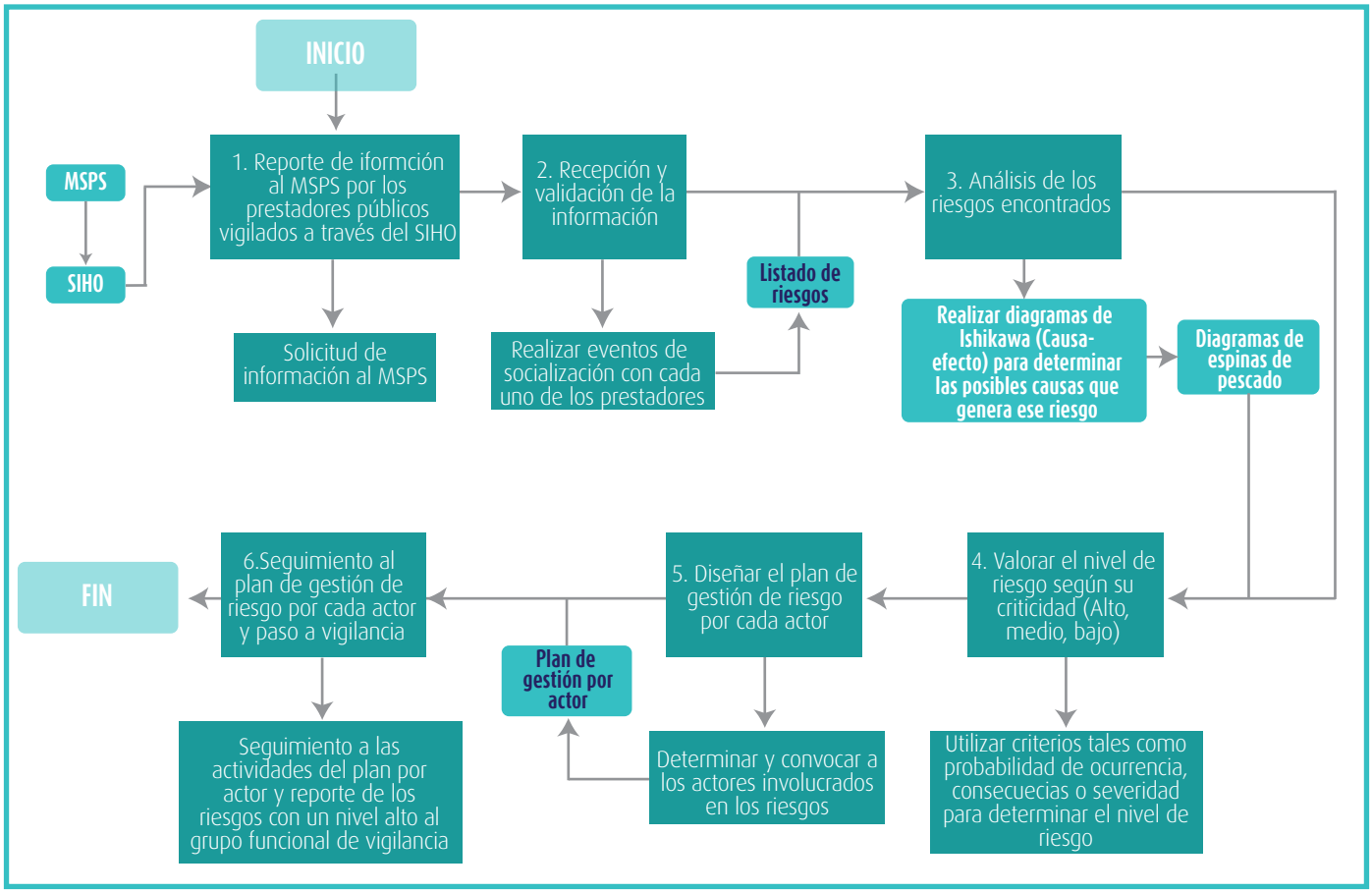
La vigilancia a la gestión administrativa y financiera de las IPS usa la información reportada en los artículos 057, 058, 059 y 060 de la Circular Única actualizada a 2017 (Superintendencia Nacional de Salud, 2007), y requiere que las entidades territoriales reporten ante los organismos de control para generar los mecanismos para el pago oportuno de la deuda en territorios específicos.

Por otro lado, los actores consideran al sistema de facturación y auditoría de cuentas un punto crítico donde es indispensable el control; por lo tanto, el diseño de procedimientos que permitan a las IPS mejorar la calidad del sistema de facturación y evitar glosas será de gran utilidad para garantizar la sostenibilidad y la continuidad en la prestación de los servicios.

Tabla 16. Inspección de la sostenibilidad financiera de las IPS en el área de influencia

No.	Actividad	Responsable /Dependencia	Descripción de la actividad	Salida /Evidencia
1	Reporte de información al MSPS por los prestadores públicos vigilados a través del SIHO	Vigilado	Solicitar información al MSPS.	Comprobante de reporte de información
2	Recepción y validación de información.	Recepción y validación de información.	Realizar eventos de socialización con cada uno de los prestadores.	Listado de riesgos
3	Análisis de los riesgos encontrados.	Profesional a cargo – Oficina de IVC de la entidad territorial	Realizar diagramas de Ishikawa (Causa –efecto) para determinar las posibles causas que generan ese riesgo	Diagramas de espinas de pescado
4	Valorar el nivel de riesgo: Alto, medio, bajo	Profesional a cargo – Oficina de IVC de la entidad territorial	Utilizar criterios tales como probabilidad de ocurrencia, consecuencias o severidad para determinar el nivel de riesgo	Informe de análisis de priorización de riesgos.
5	Diseñar el plan de gestión de riesgo financiero por cada actor (facturación, glosas, etc.)	Profesional a cargo – Oficina de IVC de la entidad territorial	Determinar y convocar a los actores involucrados en los riesgos	Documento del plan de gestión de riesgo por actor
6	Seguimiento al plan de gestión de riesgo por actor y paso a vigilancia.	Profesional a cargo – Grupo funcional de l a DTS	Seguimiento a las actividades del plan por actor y reporte de los riesgos con un nivel alto al grupo funcional de vigilancia	Documento de monitoreo y oficio de remisión a vigilancia

Diagrama de Flujo. Inspección de la sostenibilidad financiera de las IPS en el área de influencia



2.9.7 Proceso de Inspección al trato digno a los usuarios del sistema

OBJETIVO: Verificar la existencia de mecanismos para garantizar la dignidad humana y el buen trato a los pacientes en los servicios de salud.

ALCANCE: Inicia con la solicitud del reporte de acciones y la gestión interna de mecanismos dirigidos a la sensibilización de los profesionales de salud y continúa con la implementación de acciones encaminadas al empoderamiento ciudadano sobre sus derechos en el sistema.

DEFINICIONES:

• **Comité de Ética Hospitalaria:** Instancia institucional que tiene como finalidad propender por la humanización en la atención a los pacientes y garantizar el mejoramiento de la calidad en la prestación del servicio público de salud.

• **Trato digno:** Característica de la atención en salud que garantiza una actitud de servicio humano hacia los pacientes, mientras reciben el tratamiento médico que requieren y se evitan los riesgos relacionados con problemas éticos en la atención

GENERALIDADES Y POLITICAS: El literal h del artículo 40 de la ley 1122 (2007) propone los códigos de conducta y buen gobierno como un mecanismo a través del cual se propician los escenarios para una autorregulación sensible a las necesidades de los usuarios o clientes externos, lo cual tiene como única finalidad la satisfacción a cabalidad de los requerimientos planteados por el usuario, a partir de una lógica en donde prime la valoración del individuo, el respeto, la cordialidad, la orientación, la comunicación permanente y el trato humanizado en general. Adicionalmente, cabe recordar que, por mandato constitucional y legal, se debe brindar atención preferencial a los niños, niñas y adolescentes, al adulto mayor, mujeres en embarazo y personas con discapacidad.

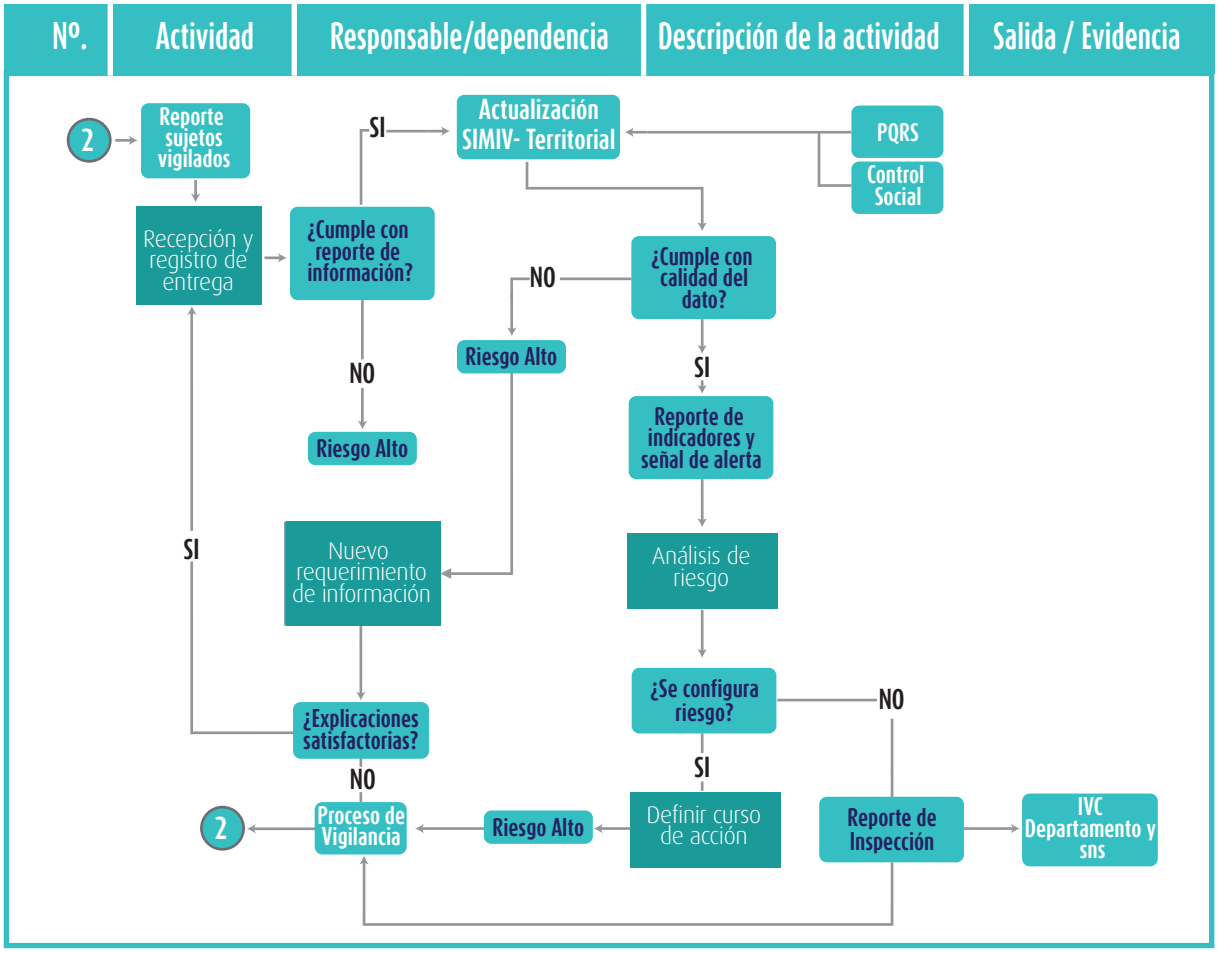
Con el objetivo de satisfacer la demanda de una atención en salud que responda con un sentimiento y una actitud de servicio humano hacia los pacientes mientras reciben el tratamiento médico, unido a la gran cantidad de riesgos relacionados con problemas éticos en la atención identificados por los actores, se incluye este núcleo en el Modelo de IVC, con el fin de permitir a la autoridad sanitaria conocer la existencia de mecanismos internos (dirigidos al personal de la IPS y EPS) y externos (encaminados a lograr el empoderamiento de los usuarios) para la garantía de una atención digna en las diferentes instituciones del sistema.

Las capacitaciones y talleres para la humanización del servicio han sido el resultado del llamado constante del MSPS y las ligas de usuarios de los servicios de salud, por lo que constituyen una estrategia crítica para prevenir comportamientos de los profesionales que atenten contra la dignidad de los pacientes y pongan en riesgo la aceptabilidad y la continuidad de los servicios. En segundo lugar, se considera necesario que los pacientes conozcan sus derechos, de manera que los ejerzan y eviten ser victimizados en los servicios.

Tabla 17. Inspección al trato digno

No.	Actividad	Responsable /Dependencia	Descripción de la actividad	Salida /Evidencia
1	Solicitud del reporte de información por los sujetos vigilados	Vigilado – Unidad Primaria Generado de Datos	Solicitar el reporte de las acciones presentadas por los ciudadanos a las instituciones en cuanto al trato que reciben dentro de estas	Comprobante de reporte de información
2	Identificar los riesgos relacionados con el trato digno de los usuarios y el motivo por lo cual lo presentan	Profesional a cargo – Oficina de tecnología de la información de la entidad territorial	Mediante estrategias de socialización (eventos, talleres, charlas) que involucren a las EPS, IPS y Asociaciones de usuarios.	Listado de riesgos
3	Análisis de la información	Profesional a cargo – Oficina de IVC de la entidad territorial	Utilizar diagramas de espina de pescado para determinar las causas y consecuencias del riesgo.	Diagramas de espinas de pescado.
4	Valorar el nivel de riesgo (alto, medio y bajo)	Profesional a cargo – Oficina de IVC de la entidad territorial	Utilizar criterios tales como probabilidad de ocurrencia, consecuencias o severidad para determinar el nivel de riesgo	Oficio del análisis y priorización de riesgos.
5	Diseñar el plan de gestión de riesgo territorial	Profesional a cargo – Oficina de IVC de la entidad territorial	Definir estrategias y actividades para mitigar o prevenir el riesgo, cronograma y sus responsables	Documento del plan de gestión de riesgo territorial.
6	Diseñar el plan de gestión de riesgo por cada actor	Profesional a cargo – Oficina de IVC de la entidad territorial	Determinar y convocar a los actores involucrados en los riesgos	Documento del plan de gestión de riesgo por actor.
7	Seguimiento al plan de gestión de riesgo por actor y paso a vigilancia	Profesional a cargo – Oficina de IVC de la entidad territorial	Hacer seguimiento a las actividades del plan por actor y reporte de los riesgos con un nivel alto al grupo funcional de vigilancia	Documento de monitoreo y Oficio de remisión a vigilancia.

Diagrama de Flujo. Inspección al trato digno



2.9.8 Proceso de Inspección a la Participación Social y Protección de los Usuarios del sistema[17]

La participación social se entiende como el proceso de interacción social para intervenir en la gestión y dirección de los procesos decisorios de salud, respondiendo a intereses individuales y colectivos. Es un mecanismo mediante el cual los actores de la sociedad civil organizada fiscalizan la eficiencia, efectividad y calidad de un servicio.

Está dividida en la participación ciudadana y la participación comunitaria (Decreto 1757 , 1994). La participación ciudadana comprende el ejercicio de los deberes y derechos del individuo, para propender por la conservación de la salud personal, familiar y comunitaria y aportar a la planeación, gestión, evaluación y veeduría en los servicios de salud (Decreto 1757 , 1994).

Las funciones de las diversas formas de participación social en el Sistema de Salud son i) vigilar la calidad y oportunidad de los servicios de salud y planes de beneficios; ii) velar por la defensa del derecho a la salud; iii) apoyar a los usuarios con el cumplimiento de sus derechos; iv) informar a las IPS-EPS, cuando la calidad del servicio prestado no satisface la necesidad de sus afiliados y vigilar que se tomen los correctivos del caso; v) proponer medidas que mejoren la oportunidad y la calidad técnica y humana de los servicios de salud (Decreto 1757 , 1994); y vi) tomar acción frente al incumplimiento por parte del asegurador o prestador, a fin de evitar la materialización de riesgos que atentan contra la accesibilidad y la aceptabilidad de los servicios, especialmente aquellos relacionados con el trato digno y el respeto de derechos a usuarios.

En este sentido, el ejercicio de control social a cargo de la comunidad civil organizada, promovido por la SNS, se configura como una herramienta para orientar, corregir, supervisar la planeación y prestación eficiente de los servicios que ofrece el sistema. Por lo tanto, se considera necesario establecer mecanismos para el seguimiento y monitoreo de las actividades desarrolladas al interior de estas organizaciones, así como la responsabilidad de los diferentes agentes del sistema como IPS, EPS, entes territoriales y SNS, en el sentido de incluir y tener en cuenta la labor de control social para elaborar planes de mejora frente a las deficiencias de los servicios de salud y, especialmente, en la toma de decisiones de estos agentes basados en la participación social.

De la misma manera, es deber de la dirección de salud departamental, distrital o municipal, organizar un servicio de atención a la comunidad a través de las dependencias de participación social, para canalizar y resolver las peticiones e inquietudes de los ciudadanos. Para el adecuado servicio de atención a la comunidad a través de la dirección territorial de salud, se debe al menos: i) elaborar los consolidados de las inquietudes y demandas recibidas, indicando las instituciones o dependencias responsables de

[17] *Este procedimiento se fundamenta en el proyecto de Participación Social y Protección al Usuario, desarrollado por la OISS.*

absolver dichas demandas y la solución que se le dio al caso; y ii) exigir que las EPS e IPS entreguen información sistematizada periódicamente a las oficinas de atención a la comunidad y garantizar que estas instituciones tomen las medidas correctivas necesarias frente a la calidad de los servicios (Decreto 1757 , 1994) y (Circular No 054, 2009).

Con base en el diagnóstico de la efectividad de la participación social en las instituciones del sector salud[18], se identificaron los riesgos que impiden que las Asociaciones de Usuarios, Veedurías Ciudadanas y demás formas de participación puedan realizar una inspección y vigilancia efectiva del acceso, uso y calidad en la prestación de los servicios de salud.

En el Modelo de IVC, la Participación Social y la Protección de los Usuarios se integra como uno de los núcleos de riesgo dada la obligación de autoridades locales de propiciarla y apoyarla para superar las limitaciones que tiene y lograr incidir realmente en la gestión de los riesgos en salud. Sin embargo, se considera además un componente transversal ya que la idea es que se ocupe de la inspección y vigilancia de los demás núcleos del Modelo de IVC en su calidad de usuarios del Sistema, dando así la perspectiva de las necesidades y expectativas de la población en el mejoramiento del acceso, uso y calidad de los servicios de salud.

De igual manera, es importante mencionar que el núcleo de la participación social se concibe como un elemento de apoyo a las direcciones departamentales, distritales y municipales de salud, en el marco de la corresponsabilidad para un control social efectivo al Sistema de Salud. Adicionalmente, tiene en cuenta la labor de otras instituciones con responsabilidades en el ámbito del control territorial y la participación como son las contralorías, las procuradurías, las personerías y las defensorías. Todas estas instituciones incentivan el control social, trabajan en la gestión del conocimiento, capacitación y formación a los ciudadanos, en el ejercicio de sus derechos y protección a la vulneración y promueven y apoyan las veedurías ciudadanas.

En el marco del modelo de IVC, la Participación Social (PS) y Protección de los Usuarios (PU) del SGSSS, se articula a la inspección con tres propósitos centrales:

- Ejercer desde la entidad territorial inspección a los riesgos y responsabilidades que deben cumplir los vigilados (EPS-IPS) en los procesos de participación y protección a los usuarios (inspección a la participación y protección).
- Incorporar la participación de los usuarios y los ciudadanos en el seguimiento, monitoreo y evaluación a los diferentes núcleos de riesgos para el acceso, uso y calidad de los servicios.
- Implementar como insumo la información producto de la protección al usuario, para realizar seguimiento, monitoreo y evaluación a los núcleos de inspección.

[18] *Realizado por el proyecto de Participación Social y Protección al Usuario.*

En la Tabla 18 se presentan las características del proceso.

Tabla 18. Caracterización del proceso de Inspección a la participación y protección al usuario

Nombre del proceso: Inspección a la Participación Social y Protección al usuario en los núcleos de riesgo para el acceso, uso y calidad

Objetivo del proceso: Incorporar la participación de los usuarios, la comunidad y los ciudadanos en el seguimiento, monitoreo y evaluación a los diferentes núcleos de riesgos para el acceso, uso y calidad de los servicios. Verificar el cumplimiento del ejercicio efectivo de participación ciudadana sobre los actores del SGSSS, mediante requerimientos de información y medios de prueba, con el propósito de apoyar el ejercicio del control social en salud, y favorecer el acceso, uso y calidad de los servicios.

Alcance: La inspección por parte de los usuarios y los ciudadanos, se realiza sobre los riesgos y las instituciones del SGSSS y se ejerce con los mecanismos dispuestos por la normatividad actual para la participación institucional a través de las Asociaciones de Usuarios, Veedurías Ciudadanas, Asociaciones de Pacientes, representantes de los usuarios ante el Comité de Ética Hospitalaria, ante el Comité Técnico Científico, integrantes del COPACO, etc.). La inspección que realizan las diversas formas de participación, se limita a las competencias establecidas en el Decreto 1757 de 1994.

Inicia con la solicitud de informes de gestión a los actores del sistema. Continúa con la revisión y validación de los datos, los cuales son clasificados y retroalimentados para los agentes. Finaliza con la actualización de las bases de datos de participación ciudadana.

ACTIVIDADES /PROCEDIMIENTOS:

Definición de los riesgos objeto de inspección o control social para el acceso, uso y calidad	Análisis de información y elaboración de informes de control social
Recolección de información para inspección por parte de las organizaciones de control social	Utilización de la información procedente de los mecanismos de protección al usuario (PQRD y desacato a tutela) en la inspección

ENTIDADES / ÁREAS RESPONSABLES DEL PROCESO: Dependencia o instancia encargada de la Participación Social en la entidad territorial en articulación con la dependencia o instancia encargada de la Inspección, Vigilancia y Control en la entidad territorial.

ENTRADAS:	SALIDAS:
- Informes sobre la calidad de los servicios. - Informes de rendición de cuentas. - Informes sobre PQRD en salud de diferentes instituciones y de vulneración del derecho a la salud: IPS, EPS, ET, Defensoría, Contraloría, Personería, Procuraduría.	- Plan de inspección o control social para riesgos priorizados en el acceso, uso y calidad de los servicios. - Reporte con la información recolectada para el control social con los hallazgos sobre los riesgos para el acceso, uso y calidad de los servicios, de acuerdo con los diferentes núcleos propuestos por el modelo de IVC. - Propuestas para mejorar la calidad por parte de las instancias de participación.

PROCESOS RELACIONADOS

Inspección de los riesgos al acceso, uso y calidad; vigilancia

REGISTROS /ARCHIVOS

- Actas de reuniones mensuales de las EPS con las Asociaciones de usuarios.
- Informes de Asociaciones de usuarios, veedurías, comités de ética Hospitalaria.
- Informes de seguimiento y plan de mejora entregado por parte de las EPS-IPS.

• Procedimiento de definición de los riesgos objeto de inspección o control social para el acceso, uso y calidad

OBJETIVO: Identificar los riesgos para el acceso, uso y calidad de los servicios por parte de las organizaciones de control social.

ALCANCE: Las organizaciones de control social presentes en el municipio, deben ser convocadas para hacer parte del grupo funcional de análisis de riesgos. En este marco, identifican, clasifican y analizan los riesgos partiendo de los núcleos de riesgos del Modelo de IVC y participan en el diseño del "Plan de inspección o control social para riesgos priorizados en el acceso, uso y calidad de los servicios".

DEFINICIONES

• **Riesgo en salud:** El Informe sobre la Salud en el Mundo de 2002 define el riesgo en salud como "la probabilidad de que se produzca un resultado adverso o como un factor que aumenta esa probabilidad" (Organización Mundial de la Salud, 2002).

• **Prevención de los riesgos en salud:** Es el conjunto de acciones individuales y colectivas orientadas a la reducción de los riesgos de enfermar o morir. El objetivo es minimizar la pérdida de bienestar evitando, mitigando o reduciendo al mínimo la probabilidad de daño, mediante intervenciones compartidas entre el Estado, la comunidad, las entidades promotoras de salud (EPS), otras Administradoras de Planes de Beneficios y los sectores cuyas acciones tienen incidencia en la salud de las personas.

• **Control social:** El control social se constituye como una forma de participación ciudadana y una herramienta para la garantía de los derechos. Es un derecho de los colombianos para hacer seguimiento y evaluar la gestión pública y verificar si lo programado corresponde con las necesidades. Permite orientar, corregir, rectificar las decisiones de la administración con el fin de contribuir al logro de los objetivos propuestos, la eficiente y transparente utilización de recursos y la prestación equitativa de los servicios. (Departamento Administrativo de la Función Pública , 2006)

• **Alianza o Asociación de Usuarios:** Es una agrupación de afiliados del régimen contributivo o subsidiado del SGSSS, que tienen derecho a utilizar unos servicios de salud, de acuerdo con su régimen, y que velan por la calidad del servicio y la defensa del usuario.

• **Comité de Participación Comunitaria:** Instancia del orden territorial que debe conformarse en todos los municipios y que se establece según las disposiciones legales, como un espacio de concertación entre los diferentes actores sociales y el Estado.

• **Veeduría en salud:** Mecanismo o acciones para la realización del control social en salud, ejercida a nivel ciudadano, institucional y comunitario, con el fin de vigilar la gestión pública, los resultados de la misma, la prestación de los servicios y

la gestión financiera de las entidades e instituciones que hacen parte del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

GENERALIDADES Y POLITICAS: El primer paso para el control social, es establecer con claridad el objeto a evaluar o monitorear. En el Modelo de IVC, el objeto de inspección por parte de los ciudadanos es la identificación de riesgos para el acceso, uso y calidad de los servicios, lo cual se relaciona con las responsabilidades de las instituciones del SGSSS.

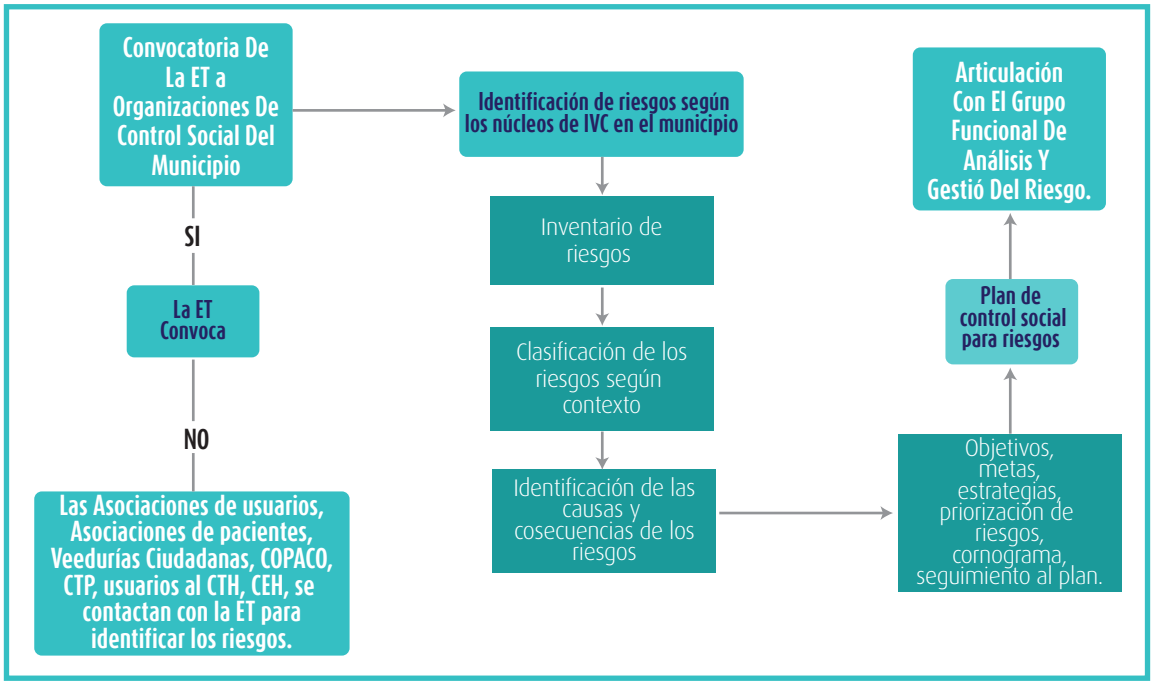
El control social implica hacer observaciones, sugerencias y denuncias. (Departamento Administrativo de la Función Pública , 2006).

Las características del procedimiento se presentan en la Tabla 19.

Tabla 19. Definición de los riesgos objeto de inspección por parte de las organizaciones de control social

No.	Actividad	Responsable /Dependencia	Descripción de la actividad	Salida /Evidencia
1	Realización de inventario de los riesgos	Organizaciones de Contro Social – SS y oficina de participación social	Revisando la cadena de atención en salud.	Matriz de Inventario de riesgos
2	Clasificación de los riesgos	Organizaciones de Control Social – SS y oficina de participación social	Según las condiciones del contexto y los núcleos de gestión de riesgos del Modelo Integral de IVC	Matriz de evaluación de riesgos
3	Análisis de los riesgos	Organizaciones de Control Social – SS y oficina de participación social	Definición de las causas y consecuencias de los riesgos, y definir los niveles: alto, medio bajo, acorde con criterios tales como probabilidad de ocurrencia, severidad de los resultados	Matriz de causas y consecuencias de los riesgos
4	Formulación del Plan de inspección o control social	Organizaciones de Control Social – SS y oficina de participación social	Acorde con los riesgos priorizados en el acceso, uso y calidad de los servicios. El plan contará con objetivos, metas, estrategias de corto y mediano plazo, priorización de riesgos, cronograma, mecanismos de seguimiento y evaluación de la efectividad	Documento del plan de gestión de riesgo.

Diagrama de Flujo. Definición de los riesgos objeto de inspección por parte de las organizaciones de control social



• Procedimiento de recolección de información para inspección por parte de las organizaciones de control social

OBJETIVO: Recolectar la información requerida para la inspección a los riesgos identificados para el acceso, uso y calidad de los servicios por parte de las Organizaciones de Control Social.

ALCANCE: Se inicia con la definición de la información requerida de acuerdo con el Plan de inspección o control social para riesgos priorizados en el acceso, uso y calidad de los servicios y termina con la recepción de la misma, para su procesamiento y análisis.

DEFINICIONES

• Métodos e Instrumentos y para la recolección de información: Tres métodos primarios constituyen la base para la recolección de datos cualitativos: la observación, la entrevista en profundidad y la observación en grupos. Los instrumentos son aquellos documentos en los cuales se operacionalizan los objetivos, los indicadores y los conceptos del estudio en la forma de variables, categorías o temas y, generalmente, asumen el formato de cuestionarios o guías.

• Construcción de guías: Una guía es una lista de temas, que despliega los indicadores, variables, categorías. Esta lista debe tener como substrato un conjunto de conceptos que constituyen todas las facetas del objeto de investigación y apunta a recolectar los puntos de vista de los entrevistados.

• La medición: Proceso de vincular conceptos abstractos con indicadores empíricos. Implica registrar datos observables que representan los conceptos o variables que el investigador tiene

en mente. En términos cualitativos se relaciona con capturar verdaderamente la "realidad que deseo capturar".

• **Requisitos para un instrumento de medición: Confiabilidad:** Grado en que su aplicación repetida al mismo sujeto u objeto, produce resultados iguales. Validez: grado en que un instrumento realmente mide la variable que pretende medir.

• **Derecho de petición**: Toda persona tiene derecho a presentar peticiones respetuosas a las autoridades, por motivos de interés general o particular, y a obtener pronta resolución completa y de fondo sobre la misma. Toda actuación que inicie cualquier persona ante las autoridades implica el ejercicio del derecho de petición consagrado en el artículo 23 de la Constitución Política, sin que sea necesario invocarlo. Mediante él, entre otras actuaciones, se podrá solicitar: el reconocimiento de un derecho, la intervención de una entidad o funcionario, la resolución de una situación jurídica, la prestación de un servicio, requerir información, consultar, examinar y requerir copias de documentos, formular consultas, quejas, denuncias y reclamos e interponer recursos (Ley 1755, 2015)

• **Peticiones de documentos y de información:** Estas peticiones deberán resolverse dentro de los diez (10) días siguientes a su recepción. Si en ese lapso no se ha dado respuesta se entenderá, para todos los efectos legales, que la respectiva solicitud ha sido aceptada y, por consiguiente, la administración ya no podrá negar la entrega de dichos documentos al peticionario y, como consecuencia, las copias se entregarán dentro de los tres (3) días siguientes (Ley 1755, 2015).

• **Peticiones mediante las cuales se eleva una consulta:** deberán resolverse dentro de los treinta (30) días siguientes a su recepción. Cuando excepcionalmente no fuere posible resolver la petición en los plazos señalados, la autoridad debe informar esta circunstancia al interesado, antes del vencimiento del término señalado en la ley, expresando los motivos de la demora y señalando a la vez el plazo razonable en que se resolverá o dará respuesta, que no podrá exceder del doble del inicialmente previsto (Ley 1755, 2015).

• **Presentación y radicación de peticiones:** Las peticiones podrán presentarse verbalmente y deberá quedar constancia de la misma, o por escrito, y a través de cualquier medio idóneo para la comunicación o transferencia de datos. Las autoridades podrán exigir que ciertas peticiones se presenten por escrito y pondrán a disposición de los interesados, sin costo a menos que una ley expresamente señale lo contrario, formularios y otros instrumentos estandarizados para facilitar su diligenciamiento. Ninguna autoridad podrá negarse a la recepción y radicación de solicitudes y peticiones respetuosas (Ley 1755, 2015). Estas peticiones deben contener por lo menos: la designación de la autoridad a la que se dirige; los nombres y apellidos completos del solicitante y de su repre¬sentante y o apoderado, si es el caso, con indicación de su documento de identidad y de la dirección donde recibirá correspondencia. El peti¬cionario podrá agregar el número

de fax o la dirección electrónica; el objeto de la petición; las razones en las que fundamenta su petición, la relación de los documentos que desee presentar para iniciar el trámite y la firma del peticionario cuando fuere el caso.

• **Deberes especiales de los personeros distritales y municipales y de los servidores de la Procuraduría y la Defensoría del Pueblo:** Los servidores de la Procuraduría General de la Nación, de la Defensoría del Pueblo, así como los Personeros distritales y municipales, según la órbita de competencia, tienen el deber de prestar asistencia eficaz e inmediata a toda persona que la solicite, para garantizarle el ejercicio del derecho constitucional de petición. Si fuere necesario, deberán intervenir ante las autoridades competentes con el objeto de exigirles, en cada caso concreto, el cumplimiento de sus deberes legales. Así mismo, recibirán en sustitución de dichas autoridades, las peticiones, quejas, reclamos o recursos que aquellas se hubieren abstenido de recibir y se cerciorarán de su debida tramitación (Ley 1755, 2015).

• **Rechazo de las peticiones de información por motivo de reserva:** Toda decisión que rechace la petición de informaciones o documentos, indicará en forma precisa las disposiciones legales que impiden la entrega de información o documentos pertinentes y deberá notificarse al peticionario (Ley 1755, 2015).

• **Derecho de petición ante organizaciones privadas para garantizar los derechos fundamentales:** Toda persona podrá ejercer el derecho de petición para garantizar sus derechos fundamentales ante organizaciones privadas (Ley 1755, 2015).

GENERALIDADES Y POLITICAS. Posterior a la elaboración del plan de inspección o control social para riesgos en el acceso, uso y calidad de los servicios, se hace necesario recolectar la información requerida para cumplir con este plan de inspección.

Esta información se solicitará a las diferentes instituciones del sector, tales como las Secretarías de Salud, entidades vigiladas, entidades objeto del control social y otras instituciones a nivel municipal con funciones de control y defensa a la vulneración de los derechos humanos, tales como: Contraloría departamental, distrital o municipal, procuradurías regionales, provinciales y distritales, personerías municipales, defensorías regionales.

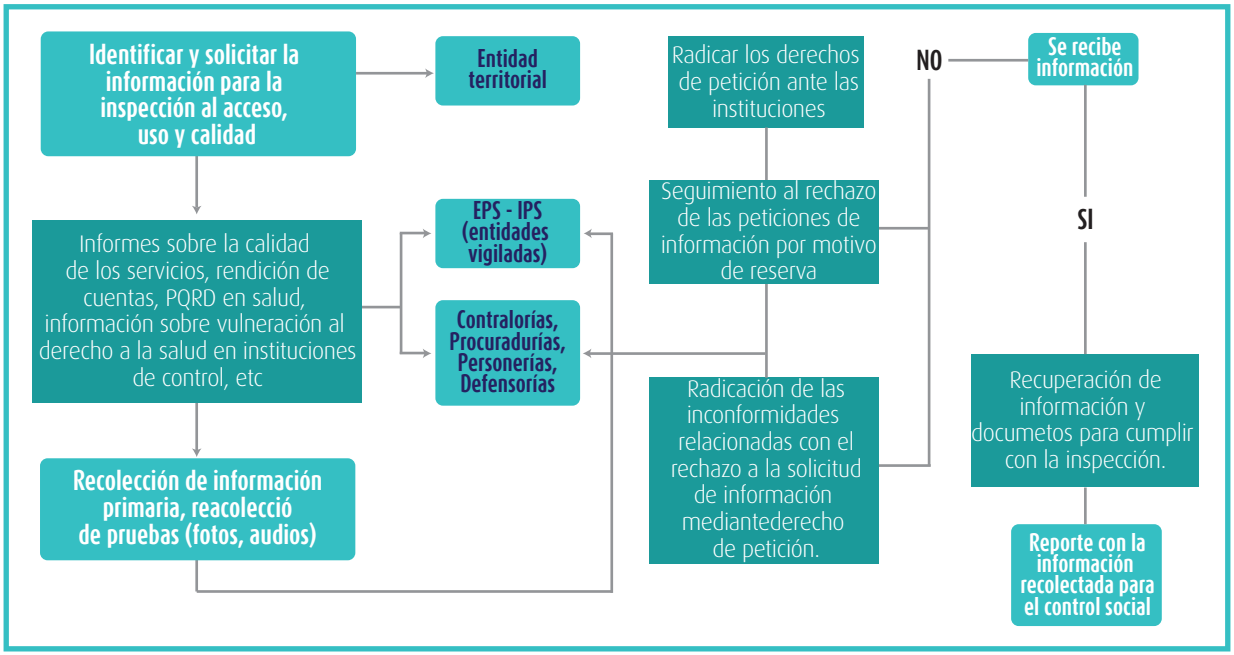
La información incluye: Informes sobre la calidad de los servicios, informes de rendición de cuentas, informes sobre PQRD en salud, información sobre vulneración al derecho a la salud en instituciones de control, etc. Adicionalmente, se recolectará información primaria mediante visitas de observación en donde se aplicarán entrevistas y encuestas diseñadas por parte de las organizaciones de control social. De igual manera, es posible acceder a la información secundaria generada por las entidades en medios tales como: publicaciones de la entidad, páginas web, informes de control interno, etc.

La solicitud de información a las instituciones por parte de los ciudadanos, está respaldada por la normatividad vigente en los siguientes preceptos: i) La petición de información ante las autoridades se constituye como un derecho fundamental, avalado por la Ley 1755 de 2015; ii) la información solicitada por las veedurías es de obligatoria respuesta. (Artículo 16 de la Ley 850 de 2003); iii) las EPS e IPS deben suministrar la información a las Asociaciones o ligas de usuarios que sea requerida siempre y cuando no goce de reserva legal (Circular 047 de 2007 y Circular 048 de 2008); y iv) es deber de la entidad territorial controlar la adecuada canalización y resolución de inquietudes y peticiones que realicen los ciudadanos en ejercicio de sus derechos y deberes, ante las empresas promotoras de salud (Decreto 1757 de 1994).

Tabla 20. Recolección de información para Inspección por parte de las Organizaciones de Control Social

No.	Actividad	Responsable /Dependencia	Descripción de la actividad	Salida /Evidencia
1	Identificación de la información y la institución a la cual se solicitará	Organizaciones de Control Social – SS y oficina de participación social	Mediante derecho de petición. Esta información se requiere para cumplir con el "Plan de inspección o control social para riesgos priorizados en el acceso, uso y calidad de los servicios"	Derechos de petición dirigidos a las instituciones para solicitud de información
2	Recolección de información primaria y secundaria	Organizaciones de Control Social – SS y oficina de participación social	Implica el Diseño y posterior utilización de instrumentos, de recolección de datos o el desarrollode guías de entrevistas, formatos de encuestas, y guías y estrategias para visitas de observación para levantar pruebas (fotos, audios, etc.)	Reporte con la información recolectada para el control social.
3	Radicación de los derechos de petición	Organizaciones de Control Social – SS y oficina de participación social	Dirigido a las instituciones y autoridades a las cuales se solicitará la información.	Derechos de petición radicados.
4	Seguimiento al rechazo de las peticiones de información por motivo de reserva	Organizaciones de Control Social – SS y oficina de participación social	Se recibirá la notificación de la institución que rechaza la petición de información o documentos, la cual deberá indicar de forma precisa las disposiciones legales que impiden la entrega de información o documentos pertinentes.	Notificaciones de rechazo a la solicitud de información o documentos, por motivo de reserva.
5	Si existe inconformidad para la entrega de información, las Organizaciones de control social podrán acudir a las procuradurías regionales, provinciales y distritales, personerías municipales, defensorías regionales, las cuales se cerciorarán de la debida tramitación.	Organizaciones de Control Social – SS y oficina de participación social	Radicar ante las procuradurías regionales, provinciales y distritales, personerías municipales o defensorías r egionales, de las inconformidades relacionadas con el rechazo a la solicitud de información mediante derecho de petición.	Radicado ante las procuradurías regionales, provinciales y distritales, personerías municipales o defensorías regionales.
6	Recepción de información y documentos para cumplir con la inspección.	Organizaciones de Control Social – SS y oficina de participación social		Reporte con la información recolectada para el control social.

Diagrama de Flujo. Recolección de información para Inspección por parte de las Organizaciones de Control Social



• Procedimiento para el análisis de información y elaboración de informes de control social

OBJETIVO: Analizar la información recolectada y elaborar informes de control social para la inspección a los riesgos identificados para el acceso, uso y calidad de los servicios por parte de las Organizaciones de Control Social.

ALCANCE: A partir de la información recolectada y todos los insumos para el control social, se elabora el Informe con los hallazgos sobre los riesgos para el acceso, uso y calidad de los servicios, de acuerdo con los diferentes núcleos propuestos por el Modelo Integrado para la IVC de los riesgos de acceso, uso y calidad en la prestación de servicios, en el ámbito territorial.

DEFINICIONES:

• **Análisis de información**: forma parte del proceso de adquisición y apropiación de los conocimientos acumulados en distintas fuentes de información. El análisis busca identificar la información útil, es decir, aquella que interesa a partir de una gran cantidad de datos y su objetivo es obtener ideas relevantes de distintas fuentes. De los datos se extrae y procesa la información para toma de decisiones. El análisis parte de la recopilación de datos a la interpretación, gracias al empleo de métodos y técnicas de investigación (Sarduy, 2007).

• **Competencias en la elaboración de informes y propuestas de mejora:** Las Asociaciones de Usuarios, informan a las instancias IPS-EPS, si la calidad del servicio prestado no satisface la necesidad de

sus afiliados (Artículo 14 Decreto 1757 de 1994). Las Veedurías en Salud remiten a las autoridades correspondientes los informes que se desprendan de la función de control y vigilancia en relación con los asuntos que son objeto de veeduría (Ley 850 de 2003). Las Asociaciones de Usuarios y el Comité de Ética Hospitalario tienen la función de proponer las medidas que mejoren la oportunidad y la calidad técnica y humana de los servicios de salud, preserven su menor costo y vigilan su cumplimiento (Artículo 14 Decreto 1757 de 1994).

• **Mecanismos para intervenir ante los riesgos de la gestión pública:** corresponden a la acción de tutela, la acción de cumplimiento, la acción popular, la acción de grupo, la denuncia y la queja.

- Acción de tutela: Mecanismo que cualquier persona puede usar para solicitarle a un juez la protección rápida y efectiva de sus derechos fundamentales cuando estos son amenazados o violados por una autoridad pública o por particulares (Ministerio de la Proteccion Social, 2006).

- Acción de cumplimiento: Sirve para hacer cumplir una norma o un acto administrativo que impone deberes y obligaciones a una entidad que está reacia a cumplirlos (Ministerio de la Proteccion Social, 2006), se basa en el artículo 87 de la Constitución Política y se desarrolla en la Ley 393 de 1997.

- Acción popular: Mecanismo para la defensa y protección de los derechos e intereses colectivos, es decir, aquellos que afectan el patrimonio, el espacio, la seguridad pública, la moral administrativa, la libre competencia económica, el ambiente y la salud pública (Ministerio de la Proteccion Social, 2006). Están consagradas en el artículo 88 de la Constitución Política, desarrollado por la Ley 472 de 1998.

- Acción de grupo: La acción de grupo o de clase es la garantía constitucional de carácter judicial que permite a una pluralidad de personas, constituidas como grupo, acudir ante la justicia para reclamar la reparación del daño ocasionado a un derecho fundamental, a un derecho o interés colectivo, o a un derecho de carácter patrimonial de cada uno de los miembros de ese conjunto de personas, cuando el daño sea producido para todos por una misma causa (Ministerio de la Proteccion Social, 2006).

- Denuncia: Es el acto de poner en conocimiento de la autoridad aquellos hechos que constituyen un delito, es decir, una infracción a la Ley penal. Los delitos relacionados con la gestión pública son aquellos actos que enturbian, alteran, obstaculizan o impiden el normal funcionamiento de las entidades públicas, o que llevan a que su gestión no se desarrolle con objetividad, rectitud, honradez, diligencia y eficacia. Las denuncias se presentan ante los organismos de control (Ministerio de la Proteccion Social, 2006).

- Queja: Es la manifestación de inconformidad de una persona respecto a la conducta oficial realizada u omitida por uno o varios servidores públicos o particulares que ejercen funciones públicas, con el fin de que el Estado despliegue en su contra la acción disciplinaria y el poder punitivo. Las quejas se pueden interponer ante la institución, la Procuraduría, Defensoría o Personerías (Ministerio de la Proteccion Social, 2006).

GENERALIDADES Y POLITICAS: Se adelanta el análisis de la información recolectada, mediante actividades y siguiendo criterios tales como: seguimiento a los núcleos de inspección a riesgos para el acceso, uso y calidad, comparación entre indicadores, datos o cifras; comparación entre la acción realizada y la acción programada, lo dispuesto en las disposiciones legales, y las necesidades ciudadanas, etc.

Con estos insumos se realizará el informe de control social que contará con los hallazgos, los datos, cifras, indicadores de seguimiento y monitoreo a riesgos; el análisis de los núcleos (comparación entre lo encontrado y el estándar); el aporte de pruebas o evidencias; las sugerencias o recomendaciones para corregir el problema; y las conclusiones.

Si es el caso, y según la gravedad de los hallazgos, se interpondrán mecanismos jurídicos como tutelas, acciones de cumplimiento, acciones populares, acciones de grupo o PQRD, ante las instancias pertinentes.

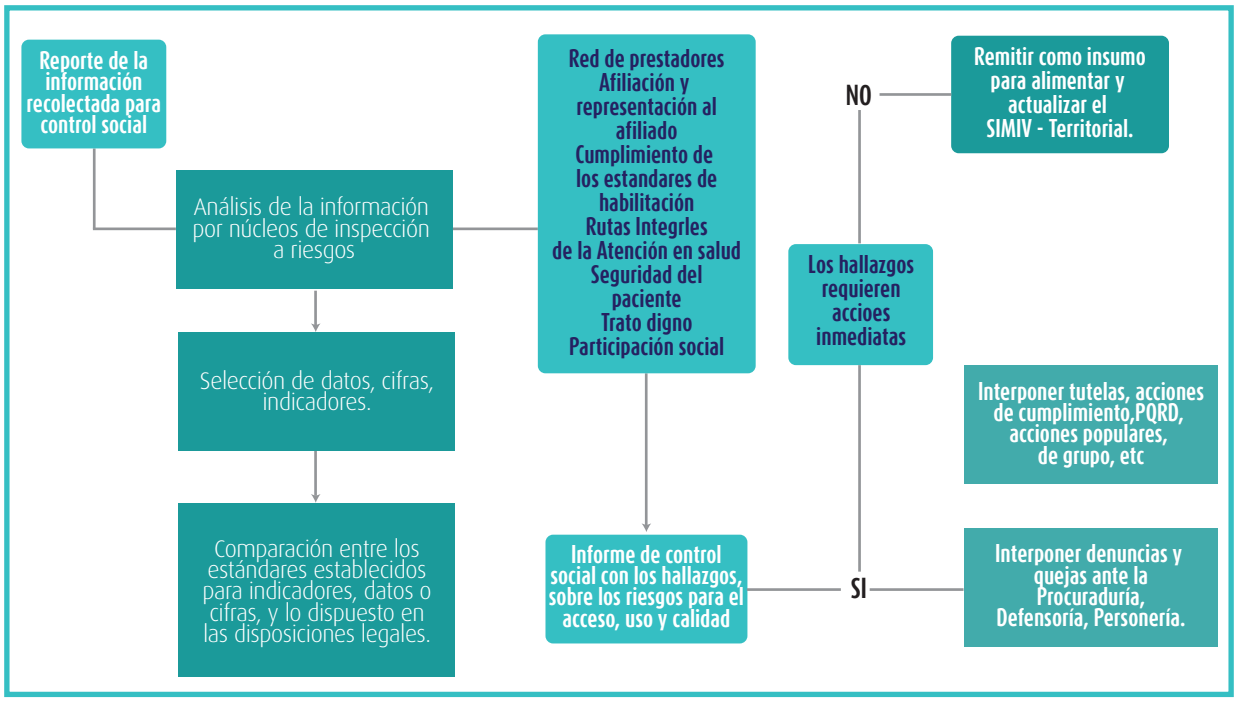
Cuando se trate de quejas o denuncias, los ciudadanos deben acudir ante los organismos de control correspondientes: contraloría departamental, distrital o municipal, procuradurías regionales, provinciales y distritales, personerías municipales o defensorías regionales.

Finalmente, el informe de control social es un insumo para alimentar y actualizar el SIMIV-Territorial. (Sistema de información del Modelo de Inspección y Vigilancia Territorial).

Tabla 21. Análisis de información y elaboración de informes de control social

No.	Actividad	Responsable /Dependencia	Descripción de la actividad	Salida /Evidencia
1	Selección de datos disponibles para realizar el seguimiento y monitoreo a los diferentes núcleos de inspección a riesgos para acceso, uso y calidad.	Organizaciones de Control Social – SS y oficina de participación social	Implica compilar las cifras e indicadores disponibles a partir de la información recolectada.	Reporte de indicadores, seleccionados para el seguimiento y monitoreo a los riesgos para el acceso, uso y calidad.
2	Análisis de los diferentes núcleos de inspección a riesgos.	Organizaciones de Control Social – SS y oficina de participación social	Comparando los estándares establecidos para los indicadores, datos o cifras, y las acciones realizadas frente a la acción programada, y lo dispuesto en las disposiciones legales correspondientes, etc.	Informe de control social con los hallazgos, sobre los riesgos para el acceso, uso y calidad de los servicios, de acuerdo con los diferentes núcleos propuestos por el modelo de IVC.
3	Interposición de mecanismos jurídicos ante los organismos de control y protección a los derechos, si es necesario.	Organizaciones de Control Social – SS y oficina de participación social	Emplear mecanismos tales como tutelas, acciones de cumplimiento, PQRD, si es necesario.	Tutelas, acciones de cumplimiento, PQRD.
4	Remisión del informe de control social, como insumo para alimentar y actualizar el SIMIV-Territorial.	Organizaciones de Control Social – SS y oficina de participación social		Radicación del informe de control social al SIMIV-Territorial.

Diagrama de Flujo. Análisis de información y elaboración de informes de control social



• Procedimiento para la utilización de la información procedente de los mecanismos de protección al usuario (PQRD y desacato a tutela) en la inspección

OBJETIVO: Incorporar la información procedente de PQRD y desacato a fallos de tutela como insumo para el seguimiento, monitoreo y evaluación de las deficiencias en el acceso, uso y calidad en la prestación de los servicios de salud, identificando cuáles elementos son vulnerados en cuanto a la protección del derecho a la salud.

ALCANCE: El proceso inicia con la entrega de información sistematizada sobre PQRD por parte de las EPS e IPS a la dirección de salud y finaliza cuando la dirección elabora los consolidados de las inquietudes y demandas recibidas, indicando las instituciones o dependencias responsables de absolver dichas demandas. Se realiza un reporte por vigilado y se envía a vigilancia, según los riesgos identificados.

DEFINICIONES

• Derecho de petición: El derecho de petición es un derecho fundamental que tienen todas las personas para hacer peticiones respetuosas, de interés general o particular, ante las autoridades públicas o ante los particulares que cumplen alguna función pública, con el fin de que sean resueltas pronto y de una forma efectiva (Valdés & Molina, 2001).

• **PQRD:** En el Sistema de Salud se constituyen en un derecho de petición, amparado por la Ley 1755 de 2015, por medio de la cual se regula este derecho. Una queja o reclamo está definida como una expresión de insatisfacción hecha a una organización, con respecto a sus productos, en donde se espera una respuesta o resolución. La queja refleja una manifestación de inconformidad, disgusto o descontento, y se puede presentar mediante manifestación verbal o escrita del usuario, por deficiencia en el servicio o calidad de la atención. La información procedente de PQRD, tutelas y desacatos a fallos de tutela permite prevenir la ocurrencia, minimizar el impacto y realizar seguimiento a eventos de alto riesgo que ponen en peligro el cumplimiento de los principios y fundamentos del servicio público esencial de Seguridad Social en Salud, y tomar decisiones en materia de IVC para proteger los derechos de los usuarios, en especial su derecho al acceso al servicio de atención en salud, individual y colectiva, en condiciones de accesibilidad, oportunidad, disponibilidad, aceptabilidad y estándares de calidad.

• **Tutela:** La acción de tutela es un mecanismo que cualquier persona puede usar para solicitarle a un juez la protección rápida y efectiva de sus derechos fundamentales cuando estos son amenazados o violados por una autoridad pública o por particulares (Ministerio de la Proteccion Social, 2006). El éxito de la tutela, radica en la rapidez con que se debe agotar el proceso, ya que una vez que el juez profiere la sentencia que protege un derecho fundamental, debe hacerla cumplir en un término de 48 horas. En caso de que no se cumpla, el juez dispone de mecanismos como el incidente de desacato para hacerla cumplir.

• **Desacato a tutela:** Incumplimiento de una sentencia de tutela.

• **Incidente de desacato:** Es un instrumento jurídico con el que cuentan las personas a quienes se les ha protegido un derecho fundamental por vía tutela. Su fin es presionar el cumplimiento inmediato de la orden impartida por un juez, con la amenaza de una sanción jurídica o multa a los funcionarios o particulares que hayan vulnerado el derecho (López, Serrano, & Nuñez, 2010). Proceso de intervención en el caso de los desacatos: se establece en Decreto 2591 de 1991.

• **Atención al público:** El propósito de esta dependencia es brindar un trato respetuoso, considerado y diligente a todas las personas sin distinción, así como garantizar la atención personal al público, como mínimo durante cuarenta (40) horas a la semana, atender a todas las personas, establecer un sistema de turnos acorde con las necesidades del servicio y las nuevas tecnologías para la ordenada atención de peticiones, quejas, denuncias o reclamos, expedir, hacer visible y actualizar anualmente una carta de trato digno al usuario (Artículo 7 de la Ley 1437 de 2011).

• **Sujetos de especial protección constitucional:** El artículo 11 de la Ley 1751 de 2015, define como sujetos de especial protección constitucional a los niños, niñas y adolescentes, mujeres en estado de embarazo, desplazados, víctimas de violencia y del conflicto armado, la población adulta

mayor, personas que sufren de enfermedades huérfanas y personas en condición de discapacidad. Esta misma Ley establece que su atención en salud no estará limitada por ningún tipo de restricción administrativa o económica y las instituciones que hagan parte del sector salud deberán definir procesos de atención intersectoriales e interdisciplinarios que le garanticen las mejores condiciones de atención (Ley 1751 , 2015) (Ley 1098, 2006), (Decreto 860, 2010), artículo 130 (Ley No. 1438 , 2011), (Ley 1384, 2010), (Resolución 4496, 2012), (Ley 1388, 2010).

GENERALIDADES Y POLITICAS: La participación del usuario o del "cliente" en el servicio de salud, está considerada como requisito indispensable de los programas de evaluación y mejora de la calidad y el objetivo de estas evaluaciones es conocer la realidad para saber qué hacer para mejorarla. La importancia de la información procedente de los usuarios es incuestionable en los programas de evaluación y mejora de la calidad de los servicios de salud (Hernández, 1995). La gran mayoría de usuarios y muchos líderes se refieren a la tutela y el derecho de petición como mecanismos para obtener respuestas efectivas del Estado y de las instituciones de salud. Es una forma de intermediación entre el Estado y la sociedad civil, creada por la constitución del 1991 para defender los derechos ciudadanos (Delgado & Gallego, 2006) (Delgado & Vázquez, 2009).

Las entidades vigiladas deben establecer un sistema de trámites y análisis de PQRD, que debe servir de insumo para elaborar el plan de mejoramiento de la calidad en la prestación de los servicios y a la vez servirá de registro interno de la SNS para evaluar a cada entidad vigilada ((Decreto 1757 , 1994) (Circular 047, 2010), 048 de 2008 y Circular 01 de 2014).

De acuerdo con la circular 054 del (2009), las Direcciones de Salud (departamentales, distritales y municipales) deben exigir a través del servicio de atención a la comunidad de las EPS e IPS, información sistematizada y periódica sobre las PQRD y garantizar que tomen las medidas correctivas necesarias frente a la calidad de los servicios.

El MSPS expidió la Circular 021 (2012), dirigida a entidades territoriales, EPS, IPS con el asunto de cumplir a cabalidad los fallos de tutela. Según la misma norma, el incumplimiento o retardo de la orden judicial dará lugar a la imposición de las sanciones previstas en las normas vigentes, para lo cual la SNS deberá adelantar las actuaciones que en el marco de sus competencias le corresponden.

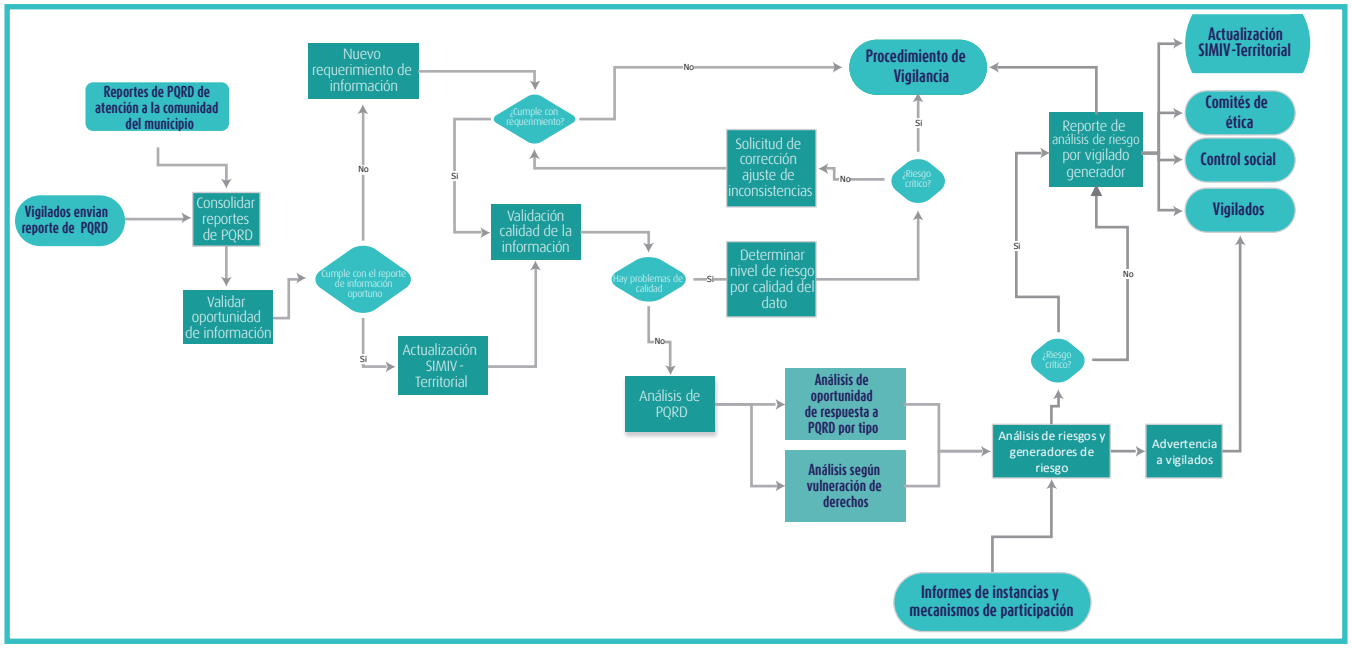
El modelo de participación incluye tambien la información que aportan otras insituciones de control y protección a la vulneación de derechos, como las personerías municipales cuya función es la vigilancia del derecho de petición y el requerimiento ante las autoridades para su cumplimiento, las contralorías territoriales que atienden las solicitudes de ciudadanos y las procuradurías regionales que trabajan para evitar la vulneración a derechos.

La descripción del procedimiento se presenta en la Tabla 22.

Tabla 22. Utilización de la información procedente de los mecanismos de protección al usuario (PQRD y desacato a la tutela) en la Inspección

No.	Actividad	Responsable /Dependencia	Descripción de la actividad	Salida /Evidencia
1	Identificación de la información y la institución a la cual se solicitará	Organizaciones de Control Social – SS y oficina de participación social	Mediante derecho de petición. Esta información se requiere para cumplir con el "Plan de inspección o control social para riesgos priorizados en el acceso, uso y calidad de los servicios"	Derechos de petición dirigidos a las instituciones para solicitud de información
2	Recolección de información primaria y secundaria	Organizaciones de Control Social – SS y oficina de participación social	Implica el Diseño y posterior utilización de instrumentos, de recolección de datos o el desarrollo de guías de entrevistas, formatos de encuestas, y guías y estrategias para visitas de observación para levantar pruebas (fotos, audios, etc.)	Reporte con la información recolectada para el control social.
3	Radicación de los derechos de petición	Organizaciones de Control Social – SS y oficina de participación social	Dirigido a las instituciones y autoridades a las cuales se solicitará la información.	Derechos de petición radicados.
4	Seguimiento al rechazo de las peticiones de información por motivo de reserva	Organizaciones de Control Social – SS y oficina de participación social	Se recibirá la notificación de la institución que rechaza la petición de información o documentos, la cual deberá indicar de forma precisa las disposiciones legales que impiden la entrega de información o documentos pertinentes.	Notificaciones de rechazo a la solicitud de información o documentos, por motivo de reserva.
5	Si existe inconformidad para la entrega de información, las Organizaciones de c ontrol social podrán acudir a las procuradurías regionales, provinciales y distritales, personerías municipales, defensorías regionales, las cuales se cerciorarán de la debida tramitación.	Organizaciones de Control Social – SS y oficina de participación social	Radicar ante las procuradurías regionales, provinciales y distritales, personerías municipales o defensorías regionales, de las inconformidades relacionadas con el rechazo a la solicitud de información mediante derecho de petición.	Radicado ante las procuradurías regionales, provinciales y distritales, personerías municipales o defensorías r egionales.
6	Recepción de información y documentos para cumplir con la inspección.	Organizaciones de Control Social – SS y oficina de participación social		Reporte con la información recolectada para el control social.

Diagrama de Flujo. Utilización de la información procedente de los mecanismos de protección al usuario (PQRD y desacato a la tutela) en la Inspección



2.9.9 El proceso de la vigilancia del acceso, uso y calidad de prestación de servicios de salud.

La vigilancia en el Modelo Integrado para la IVC de los riesgos de acceso, uso y calidad en la prestación de servicios, en el ámbito territorial, está enfocada al seguimiento de los riesgos críticos priorizados al acceso, uso y calidad en la prestación de servicios, y el desarrollo de acciones de intervención con las instituciones involucradas, con el propósito de lograr mejoramientos en la atención que redunden en la garantía de la atención en salud para todos los ciudadanos. El enfoque de este componente está desarrollado acorde con el marco conceptual ya mencionado y con énfasis en los lineamientos de supervisión basada en riesgos (SBR) de la SNS y al riesgo operacional en salud definido por el MSPS (Resolucion 1740, 2008). Implica fomentar la planeación y la coordinación de actores del sistema de salud ya que, dado que la inspección se enfoca en mostrar las deficiencias en acceso, uso y calidad, la vigilancia deberá concentrarse en el mejoramiento de los procesos que permitan mitigar o corregir los riesgos críticos observados.

Se trabaja sobre las entidades de prestación de servicios de salud y las entidades promotoras de salud, que son las encargadas de la gestión del riesgo de la población objetivo, y el énfasis son aquellas entidades que durante el proceso de inspección se identifiquen con niveles de riesgo para quedar bajo vigilancia. El propósito es contribuir a minimizar la posibilidad de que una entidad no logre los estándares de atención y acceso y uso efectivo de los servicios de salud para su población asistida.

OBJETIVOS DEL COMPONENTE DE VIGILANCIA

Objetivo general:

Orientar, asesorar y asistir la implementación de estrategias de mejoramiento para que las instituciones que operan a nivel local cumplan con las normas, guías y manuales de procedimientos tendientes a mejorar el acceso, uso y calidad en la prestación de servicios de salud.

Objetivos específicos:

– Determinar la capacidad institucional de las IPS y EPS para garantizar el acceso, uso y calidad de la atención.

– Propender por el diseño e implementación de planes de mejoramiento en las IPS y EPS locales.

– Monitorear y evaluar la implementación y efectividad de los planes de mejoramiento desarrollados por las instituciones locales.

Las características del proceso de vigilancia del modelo de IVC se presentan en la Tabla 23.

Tabla 23. Proceso de Vigilancia del acceso, uso y calidad de en la prestación de servicios de salud

Nombre del proceso: Vigilancia del acceso, uso y calidad en la prestación de servicios de salud.	
Objetivo del proceso: Realizar el monitoreo, seguimiento y evaluación a las acciones para corregir las desviaciones o no correspondencias con los niveles esperados o previstos (metas y margen de tolerancia) de los riesgos relacionados con acceso oportuno, uso efectivo y calidad a los servicios de salud en el ámbito territorial.	
Alcance: El proceso de vigilancia se inicia con la información de los niveles observados y no adecuados de acceso, uso y calidad por parte del proceso de Inspección expresados en alertas sobre riesgos asociados con estas dimensiones. Continúa con la asesoría y orientación a las Instituciones para que establezcan los planes de mejoramiento. Termina con la verificación de la efectividad de los planes establecidos por las instituciones sujetas a vigilancia.	
ACTIVIDADES /PROCEDIMIENTOS:	
Determinar la capacidad institucional inicial y definir plan operativo de vigilancia del ente territorial.	Realizar seguimiento a los planes de mejoramiento definidos por IPS y EPS.
Ejecutar las visitas de vigilancia a los vigilados.	Evaluar los planes de mejoramiento definidos por IPS y EPS.
Concertar los planes de mejoramiento con las IPS Y EPS.	
ENTIDADES / ÁREAS RESPONSABLES DEL PROCESO: Dependencia o instancia encargada de la Inspección, Vigilancia y Control en salud en la entidad territorial.	
ENTRADAS:	**SALIDAS:**
·Informe de hallazgos de Inspección ·Informe de control social con los hallazgos sobre los riesgos para el acceso, uso y calidad de los servicios, de acuerdo con los diferentes núcleos propuestos por el modelo de IVC ·Reporte de análisis de PQRD y desacato a tutelas	·Plan de acción de la vigilancia ·Matriz de priorización de IPS y EPS ·Plan de mejoramiento institucional establecido ·Programa de seguimiento a planes de mejoramiento ·Plan de mejoramiento del proceso de vigilancia
PROCESOS RELACIONADOS	
Inspección del acceso, uso y calidad en la prestación de servicios de salud; Participación social en la inspección del acceso, uso y calidad en la prestación de servicios de salud, control del acceso, uso y calidad en la prestación de servicios de salud.	
REGISTROS /ARCHIVOS	
·Acta de visita de Vigilancia ·Informe inicial del diagnóstico institucional antes de implementar el plan de mejoramiento. ·Actas de seguimientos	·Informe de seguimiento al plan de mejoramiento establecido ·Información de situación crítica para el proceso de Control

2.9.10 Procedimientos del proceso de Vigilancia del acceso, uso y calidad de los servicios de salud

• Procedimiento para determinar la capacidad institucional inicial y definir el plan operativo de la vigilancia del ente territorial

OBJETIVO: determinar la capacidad institucional y definir el plan operativo de la vigilancia del ente territorial; implica evaluar la capacidad de las IPS y EPS y definir el plan operativo de la vigilancia en las instituciones priorizados por la inspección.

ALCANCE: este procedimiento inicia con la caracterización y priorización de las IPS y EPS, y así definir el plan operativo de la vigilancia en las instituciones o municipios, acorde con los riesgos priorizados por la inspección.

DEFINICIONES:

• **Instituciones Prestadoras de servicios de salud:** Son las instituciones que prestan servicios de salud en un municipio. También denominadas IPS.

• **Entidades promotoras de salud:** Entidades promotoras de Servicios de salud: Encargadas de la administración de los planes de beneficios del régimen subsidiado y contributivo lo que incluye la afiliación y representación del usuario ante el Sistema y la organización de las redes de servicios requerida para la satisfacción de la demanda en salud

• **Capacidad institucional:** Es el grado de cumplimiento de las normas de habilitación y adopción de las normas técnicas para la prestación de servicios de salud.

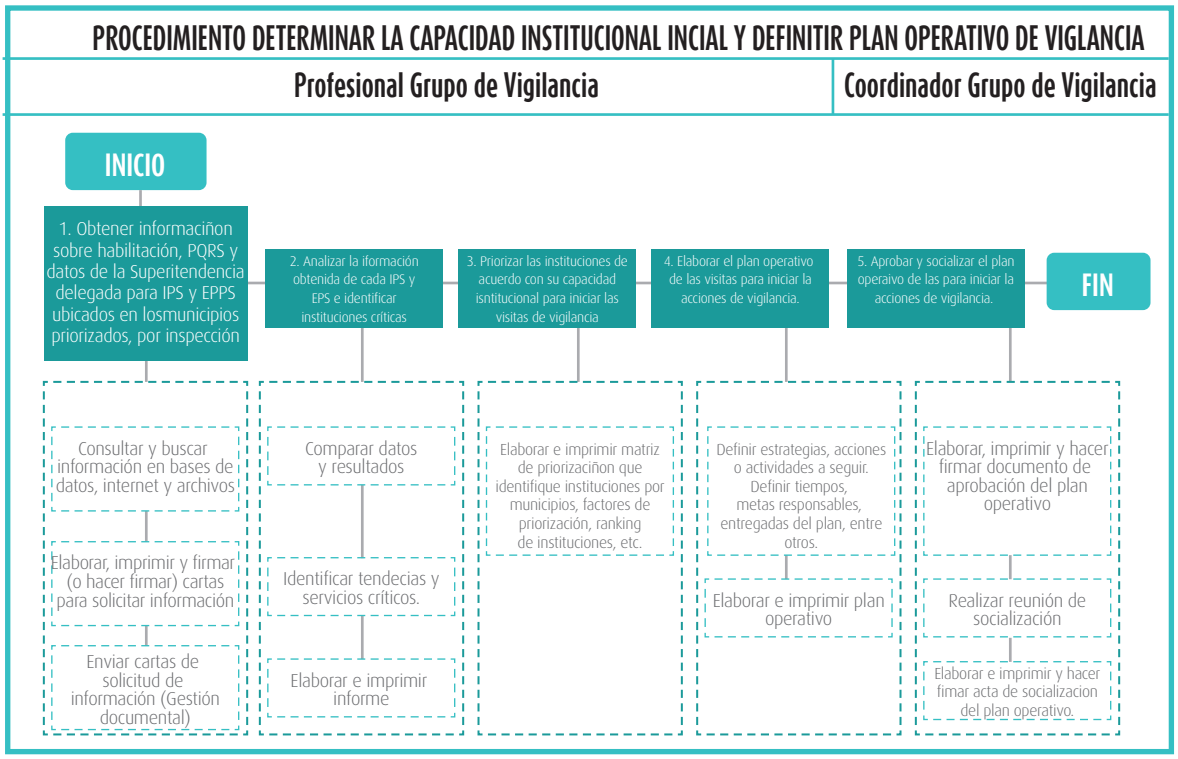
• **Plan operativo de la Vigilancia:** Es el conjunto de actividades a implementar para propender por el mejoramiento de la capacidad institucional de las IPS y EPS en un municipio.

• **Habilitación:** Es el conjunto de normas, requisitos y procedimientos mediante los cuales se establece, registra, verifica y controla el cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico administrativa, indispensables para la entrada y permanencia en el Sistema, los cuales buscan dar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación de servicios y son de obligatorio cumplimiento por parte de los Prestadores de Servicios de Salud y las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EPS).

• **Certificación:** Es el proceso en el cual, de forma voluntaria, una tercera parte diferente al productor y al comprador se encarga de validar y asegurar por escrito que un producto o servicio cumple con unos requisitos previamente especificados.

Tabla 24. Determinar la capacidad institucional inicial y definir plan operativo de Vigilancia del ente territorial

No.	Actividad	Responsable /Dependencia	Descripción de la actividad	Salida /Evidencia
1	Obtención de información de las instituciones prestadoras de servicios (IPS) y EPS sobre habilitación, certificación, PQRD y datos de la Superintendencia delegada en las áreas geográficas y/o municipios priorizados por la Inspección.	Profesional designado - Grupo funcional de vigilancia	Consultar y buscar información en bases de datos y archivos. Elaborar cartas para solicitud de información.	•Cartas y correos electrónicos de solicitud de la información •Archivos físicos y electrónicos
2	Análisis de la información obtenida de las IPS y EPS e identificar instituciones critícas.	Profesional designado - Grupo funcional de vigilancia	Comparar datos y resultados. Identificar tendencias y servicios críticos. Elaborar e imprimir informe.	•Informe preliminar del diagnóstico de la capacidad institucional en los municipios priorizados por la Inspección
3	Priorización de las instituciones de acuerdo con su capacidad institucional para iniciar las visitas de vigilancia.	Profesional designado - Grupo funcional de vigilancia	Elaborar matriz de priorización que identifique instituciones, factores de priorización, ranking de instituciones, etc.	•Matriz de priorización de IPS y EPS en cada municipio.
4	Elaboración de plan operativo de las visitas para iniciar las acciones de vigilancia.	Profesional designado - Grupo funcional de vigilancia	Definir estrategias, acciones o actividades a seguir. Definir tiempos, objetivos, metas, responsables, entregables, e ntre otros.	•Plan operativo de visitas de vigilancia
5	Aprobación y socialización del plan operativo de las visitas para iniciar las acciones de vigilancia.	Profesional designado - Grupo funcional de vigilancia	Elaborar y firmar el documento de aprobación del plan operativo. Realizar reunión de socialización.	•Plan operativo de la vigilancia aprobado. •Acta de socialización del plan operativo



• Procedimiento para Ejecutar las visitas de Vigilancia a las IPS y EPS

OBJETIVO: Verificar la capacidad de la institución sujeta a Vigilancia para garantizar el acceso, uso y calidad en la prestación de los servicios de salud.

ALCANCE: Inicia con el plan operativo para la realización de la vigilancia y finaliza con la generación del informe de visitas donde se determina la capacidad de la institución para garantizar el acceso, uso y calidad en la prestación de los servicios de salud.

DEFINICIONES:

• **Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud:** Son las instituciones que prestan servicios de salud en un municipio. También denominadas IPS.

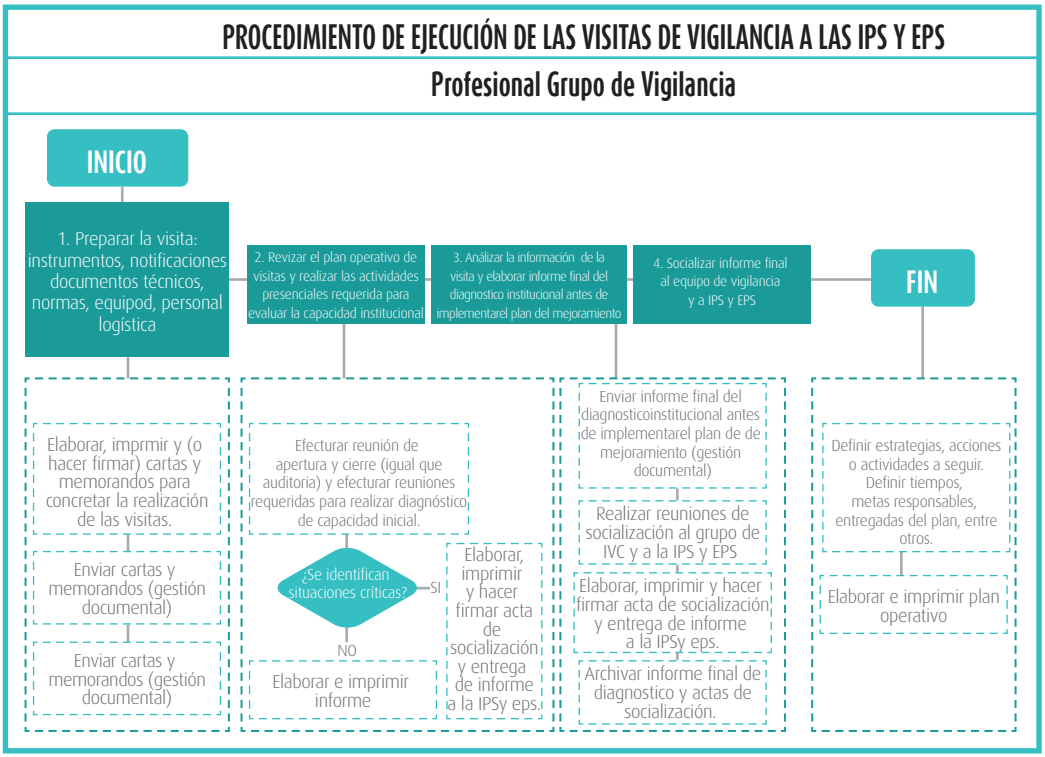
• **Entidades promotoras de Servicios de salud:** Encargadas de la administración de los planes de beneficios del régimen subsidiado y contributivo lo que incluye la afiliación y representación del usuario ante el sistema y la organización de las redes de servicios requerida para la satisfacción de la demanda en salud.

• **Capacidad institucional:** Es el grado de cumplimiento de las normas de habilitación y adopción de las normas técnicas para la prestación de servicios de salud.

• **Actividades presenciales:** Serie de actividades en terreno (instalaciones de la IPS o la EPS) requeridas para evaluar la capacidad institucional.

Tabla 25. Ejecución de las visitas de Vigilancia a IPS y EPS

No.	Actividad	Responsable /Dependencia	Descripción de la actividad	Salida /Evidencia
1	Preparación de la visita: instrumentos, notificaciones, documentos técnicos, normas, personal, logística	Profesional designado - Grupo funcional de vigilancia	Elaborar y hacer firmar cartas para concertar la realización de l as visitas. Realizar la logística pertinente para la realización de las visitas.	·Cartas y correos electrónicos de solicitud de recursos para la visita ·Cartas y correos electrónicos de notificación de la visita ·Lista de chequeo de recursos necesarios para la visita
2	Revisión del plan operativo de visitas y realización de las actividades presenciales requeridas para evaluar la capacidad institucional NOTA: Si se identifica una situación crítica que genere riesgo para la atención del usuario se debe notificar de inmediato al proceso de Control para el inicio de acciones	Profesional designado - Grupo funcional de vigilancia	Efectuar reunión de apertura, cierre y efectuar reuniones requeridas para realizar diagnóstico de capacidad inicial. Diligenciar instrumentos, formatos, listas de chequeo y realizar actas de las visitas efectuadas.	·Acta de visita de vigilancia ·Instrumentos de soporte diligenciados ·Información de situación crítica al proceso de Control
3	Análisis de la información y resultados de la visita y elaborar informe final de diagnóstico institucional antes de implementar el plan de mejoramiento	Profesional del grupo de vigilancia. Acompañado por integrantes del comité de control social de las Asociaciones de Usuarios de cada Institución	Realizar medidas de indicadores, comparar resultados, evaluar, entre otros. Además, elaborar y validar informe final de diagnóstico.	·Informe final de diagnóstico institucional antes de implementar el plan de mejoramiento
4	Socialización del informe final al equipo de Vigilancia y a la entidad vigilada	Profesional del grupo de vigilancia. Acompañado por integrantes del comité de control social de las Asociaciones de Usuarios de cada Institución	Realizar reuniones de socialización al grupo de IVC y a la IPS y EPS. Elaborar acta de socialización del informe. Enviar informe final de diagnóstico institucional antes de implementar el plan de mejoramiento.	·Acta de socialización con el equipo de Vigilancia ·Carta de remisión del informe final (proceso gestión documental)


PROCEDIMIENTO DE EJECUCIÓN DE LAS VISITAS DE VIGILANCIA A LAS IPS Y EPS
Profesional Grupo de Vigilancia
INICIO
1. Preparar la visita: instrumentos, notificaciones documentos técnicos, normas, equipod, personal logística
2. Revizar el plan operativo de visitas y realizar las actividades presenciales requerida para evaluar la capacidad institucional
3. Análizar la información de la visita y elaborar informe final del diagnostico institucional antes de implementarel plan del mejoramiento
4. Socializar informe final al equipo de vigilancia y a IPS y EPS
FIN
Elaborar, imprmir y (o hacer firmar) cartas y memorandos para concretar la realización de las visitas.
Enviar cartas y memorandos (gestión documental)
Enviar cartas y memorandos (gestión documental)
Efecturar reunión de apertura y cierre (igual que auditoria) y efecturar reuniones requeridas para realizar diagnóstico de capacidad inicial.
¿Se identifican situaciones críticas?
SI
NO
Elaborar, imprimir y hacer firmar acta de socialización y entrega de informe a la IPSy eps.
Elaborar e imprimir informe
Enviar informe final del diagnosticoinstitucional antes de implementarel plan de de mejoramiento (gestión documental)
Realizar reuniones de socialización al grupo de IVC y a la IPS y EPS
Elaborar, imprimir y hacer firmar acta de socialización y entrega de informe a la IPSy eps.
Archivar informe final de diagnostico y actas de socialización.
Definir estrategias, acciones o actividades a seguir. Definir tiempos, metas responsables, entregadas del plan, entre otros.
Elaborar e imprimir plan operativo

• Procedimiento para Concertar planes de mejoramiento con IPS y EPS

OBJETIVO: Garantizar el establecimiento del plan de mejoramiento por parte de la IPS y la EPS de acuerdo con los resultados de verificación de la capacidad institucional.

ALCANCE: Inicia con la notificación de solicitud a la IPS o EPS del plan de mejoramiento de la capacidad institucional y finaliza con el documento final de plan de mejoramiento establecido por la institución.

DEFINICIONES:

• **Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud:** Son las instituciones que prestan servicios de salud en un municipio. También denominadas IPS.

• **Entidades promotoras de Servicios de salud:** Encargadas de la administración de los planes de beneficios del régimen subsidiado y contributivo lo que incluye la afiliación y representación del usuario ante el sistema y la organización de las redes de servicios requerida para la satisfacción de la demanda en salud

• **Capacidad institucional:** Es el grado de cumplimiento de las normas de habilitación y adopción de las normas técnicas para la prestación de servicios de salud.

• **Plan de mejoramiento:** Permite visualizar el proceso de mejora que se inicia, a partir de los problemas identificados (resultados no deseados de los indicadores), siguiendo una ruta de la auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud en los procesos auditados. En él se establecen las acciones de mejora en la que se deben describir las actividades que se han definido como parte de este, generando responsabilidades en cuanto a personas, tiempo estimado para su ejecución, espacio, motivo y forma para desarrollarlas para garantizar el cumplimiento del plan que se pone en marcha.

Tabla 26. Concertación de planes de mejoramiento con las IPS y EPS

No.	Actividad	Responsable /Dependencia	Descripción de la actividad	Salida /Evidencia
1	Solicitud de la elaboración del plan de mejoramiento a la IPS o EPS de acuerdo con el acta e informe final de diagnóstico institucional antes de implementar el plan de mejoramiento. NOTA: Si la IPS o EPS no define un plan de mejoramiento se debe informar por escrito al proceso de Control para dar inicio a las acciones de Control.	Profesional designado - Grupo funcional de Vigilancia	Elaborar cartas para solicitar la elaboración y la ejecución del plan de mejoramiento.	•Carta de solicitud a la IPS o EPS de la elaboración del plan de mejoramiento •Información de situación crítica al proceso de Control
2	Elaboración y envío del plan de mejoramiento institucional.	Institución Prestadora de servicios o EPS		•Plan de mejoramiento propuesto
3	Análisis y valoración de la coherencia del plan de mejoramiento recibido. NOTA: Esta actividad puede ser repetitiva hasta obtener una concertación final del plan en la siguiente actividad.	Profesional designado - Grupo funcional de vigilancia, Integrantes del comité de control social de las Asociaciones de Usuarios de cada Institución.	Identificar el diagnóstico, objetivos, metas, estrategias y actividades planteadas. Identificar los recursos asignados al plan. Elaborar y hacer firmas cartas de ajustes al plan de mejoramiento.	•Cartas o correos electrónicos dirigidos a la IPS o EPS con retroalimentación sobre el plan de mejoramiento propuesto (Proceso de Gestión Documental)
4	Verificación de los ajustes al plan de mejoramiento por parte de la IPS o EPS, acorde con las retroalimentaciones que sean efectuadas.	Profesional designado - Grupo funcional de vigilancia	Validar cambios efectuados, realizar cartas para confirmar ajustes solicitados al plan de mejoramiento.	•Carta de notificación dirigida a la IPS o EPS validando la versión definitiva del plan de mejoramiento (Proceso de Gestión Documental)
5	Socialización del plan de mejoramiento final al interior del equipo de Vigilancia y retroalimentar a la IPS o EPS	Profesional designado - Grupo funcional de vigilancia, Integrantes del comité de control social de las Asociaciones de Usuarios de cada Institución	Realizar reunión de socialización al grupo de IVC. Elaborar y hacer firmar actas de socialización al plan propuesto por parte de la IPS y EPS al interior del grupo de IVC.	•Plan de mejoramiento institucional establecido •Acta de socialización del plan de mejoramiento (al interior del Grupo de IVC). Se sugiere firmar un acta de compromiso al cumplimiento del plan de mejoramiento. •Comunicado a la IPS o EPS confirmando el plan de mejoramiento

• Procedimiento para realizar seguimiento a los planes de mejoramiento definidos por las IPS y EPS

OBJETIVO: Realizar el seguimiento al cumplimiento en la ejecución de las acciones, parciales o definitivas, propuestas en los planes de mejoramiento establecidos por las instituciones priorizadas para Vigilancia.

ALCANCE: Inicia con la notificación de solicitud a las IPS y EPS de las evidencias requeridas (informes, documentos, adecuaciones, visitas, entre otros) para verificar el cumplimiento parcial o definitivo de las acciones definidas en el plan de mejoramiento de la capacidad institucional y termina con la notificación de dicho cumplimiento.

DEFINICIONES:

• **Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud:** Son las instituciones que prestan servicios de salud en un municipio. También denominadas IPS.

• **Entidades promotoras de Servicios de Salud:** Encargadas de la administración de los planes de beneficios del régimen subsidiado y contributivo lo que incluye la afiliación y representación de usuario ante el sistema y la organización de las redes de servicios requerida para la satisfacción de la demanda en salud.

• **Capacidad institucional:** Es el grado de cumplimiento de las normas de habilitación, certificación y adopción de las normas técnicas para la prestación de servicios de salud.

• **Plan de mejoramiento:** Permite visualizar el proceso de mejora que se inicia, a partir de los problemas identificados (resultados no deseados de los indicadores) siguiendo una ruta de la auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud en los procesos auditados. En él se establecen las acciones de mejora en la que se deben describir las actividades que se han definido como parte de este, generando responsabilidades en cuanto a personas, tiempo estimado para su ejecución, espacio, motivo y forma para desarrollarlas para garantizar el cumplimiento del plan que se pone en marcha.

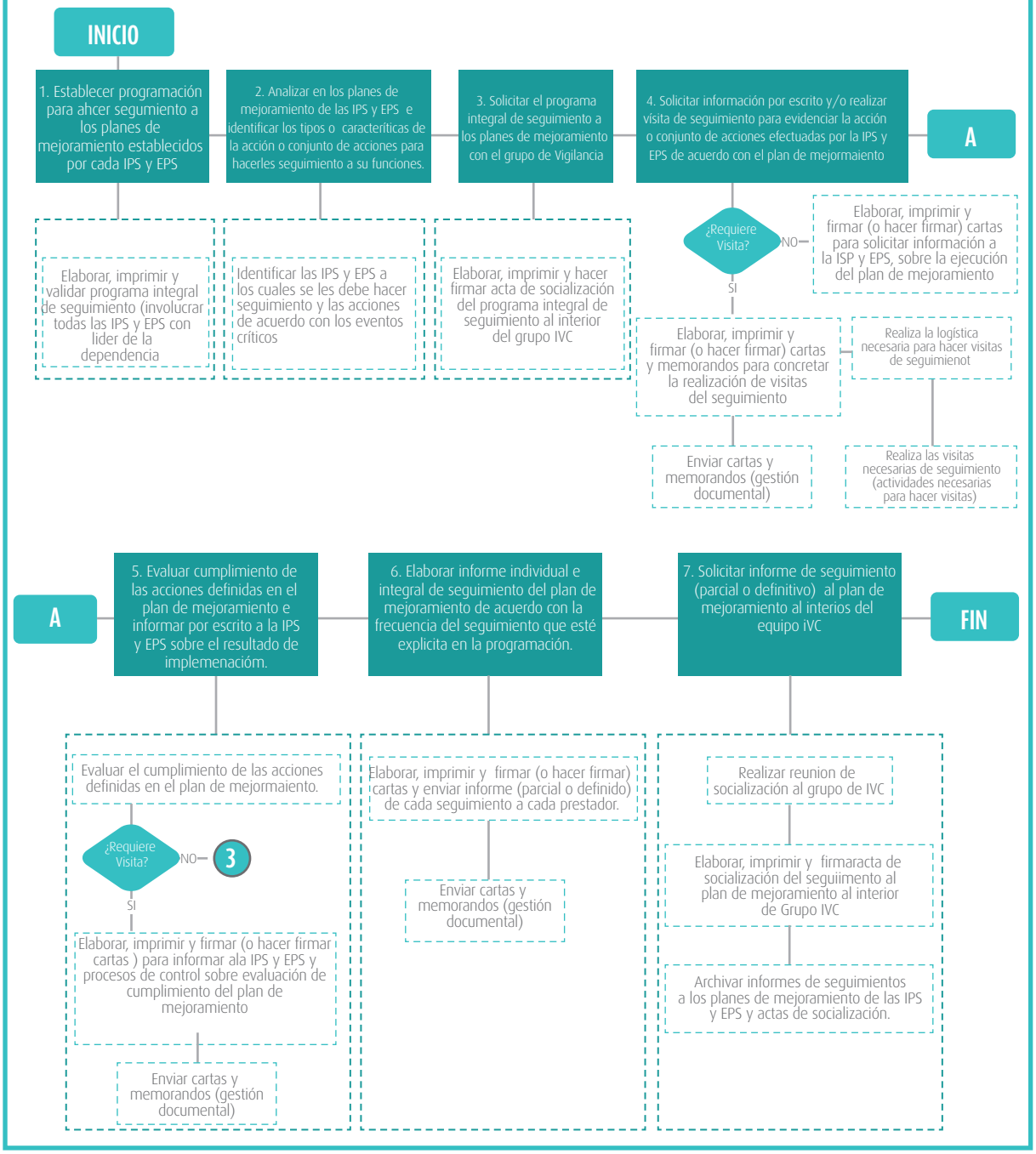
• **Evidencias requeridas:** Son el conjunto de información o acciones que las IPS o EPS debe suministrar oportunamente y que igualmente el Grupo de Vigilancia debe confrontar para determinar si las acciones definidas en el plan de mejoramiento se han implementado y cumplido satisfactoriamente o no.

Tabla 27. Seguimiento a planes de mejoramiento definidos por las IPS y EPS

No.	Actividad	Responsable /Dependencia	Descripción de la actividad	Salida /Evidencia
1	Establecimiento de programación para hacer seguimiento a los planes de mejoramiento establecidos por cada una de las IPS y EPS NOTA: Se debe realizar una programación integral para cada una de las IPS y EPS	Profesional designado - Grupo funcional de Vigilancia	Elaborar y validar programa integral de seguimiento, involucrando a todas las IPS y EPS con su respectivo líder de dependencia.	·Programa de seguimiento a planes de mejoramiento aprobado
2	Análisis de los planes de mejoramiento e identificación de los tipos o conjuntos de acciones para hacerles seguimiento a su cumplimiento	Profesional designado - Grupo funcional de Vigilancia	Identificar las IPS y EPS a las cuales se les debe hacer s eguimiento y las acciones a seguir de acuerdo con los eventos críticos.	·Relación de características o tipos de acciones identificadas en el plan de mejoramiento
3	Socialización de la programación integral de seguimiento a los planes de mejoramiento con el Grupo de Vigilancia	Profesional designado - Grupo funcional de Vigilancia	Realizar reunión de socialización al grupo de IVC. Elaborar y hacer firmar acta de socialización del programa integral de seguimiento al interior del grupo de IVC.	·Acta de socialización
4	Solicitud escrita de información o visita de seguimiento para evidenciar la acción o conjunto de acciones efectuadas por las IPS y EPS de acuerdo con el plan de mejoramiento. NOTA: Si se requiere hacer visita deberá realizarse todo el alistamiento logístico necesario para realizar la misma	Profesional designado - Grupo funcional de vigilancia	Elaborar cartas para solicitar información a las IPS y EPS sobre la ejecución del plan de mejoramiento, también para concertar la realización de las visitas de seguimiento. Realizar la logística pertinente para hacer las visitas de seguimiento. Realizar las visitas de seguimiento.	·Carta de solicitud de evidencias de acción o conjunto de acciones ejecutadas por el prestador primario de acuerdo con lo establecido en el plan de mejoramiento ·Actas de seguimiento del plan de mejoramiento
5	Evaluación del cumplimiento de las acciones definidas en el plan de mejoramiento e informar por escrito a la IPS o EPS sobre el resultado de la implementación. NOTA: Si la acción o conjunto de acciones no se han implementado y el no cumplimiento podría colocar en riesgo al usuario, debe informarse de inmediato por escrito al proceso de Control para dar inicio a sus respectivas acciones.	Profesional designado - Grupo funcional de vigilancia	Evaluar el cumplimiento de las acciones definidas en el plan de mejoramiento. Elaborar y hacer firmar cartas para informar a las IPS y EPS sobre la evaluación de cumplimiento del plan de mejoramiento.	·Cartas dirigidas a la IPS o EPS con retroalimentación sobre cumplimiento de la implementación o ejecución del plan de mejoramiento ·Información de situación crítica al proceso de Control
6	Elaboración de informe individual e integral de seguimiento al plan de mejoramiento de acuerdo con la frecuencia de verificación que esté explícita en la programación.	Profesional designado - Grupo funcional de vigilancia	Elaborar y hacer firmar informe individual de cada seguimiento realizado.	·Informe de seguimiento (parcial o definitivo) del plan de mejoramiento
7	Socialización de informe de seguimiento (parcial o definitivo) al plan de mejoramiento al interior del equipo de IVC.	Profesional designado - Grupo funcional de vigilancia	Realizar reunión de socialización al grupo de IVC. Elaborar y hacer firma acta de socialización del seguimiento al plan de mejoramiento al interior del grupo de IVC.	·Acta de socialización al equipo de IVC del informe de seguimiento (parcial o definitivo) del plan de mejoramiento

PROCEDIMIENTO PARA REALIZAR SEGUIMIENTO A LOS PLANES DE MEJORAMIENTO DEFINIDOS POR LAS IPS Y LAS EPS

Profesional Grupo de Vigilancia



• Procedimiento para Evaluar los planes de mejoramiento

OBJETIVO: Establecer los cambios en los riesgos al acceso, uso y calidad de la provisión de servicios, relacionados con la implementación de las estrategias planteadas por cada uno de los actores para mitigar los riesgos identificados en cada uno de los núcleos priorizados.

ALCANCE: Inicia con el informe de seguimiento del plan de mejoramiento y termina con el informe de evaluación de los cambios observados en la evaluación del acceso, uso y calidad de los servicios.

DEFINICIONES:

• **Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud:** Son las instituciones que prestan servicios de salud en un municipio. También denominadas IPS.

• **Entidades promotoras de Servicios de Salud:** Encargadas de la administración de los planes de beneficios del régimen subsidiado y contributivo lo que incluye la afiliación y representación del usuario ante el sistema y la organización de las redes de servicios requerida para la satisfacción de la demanda en salud.

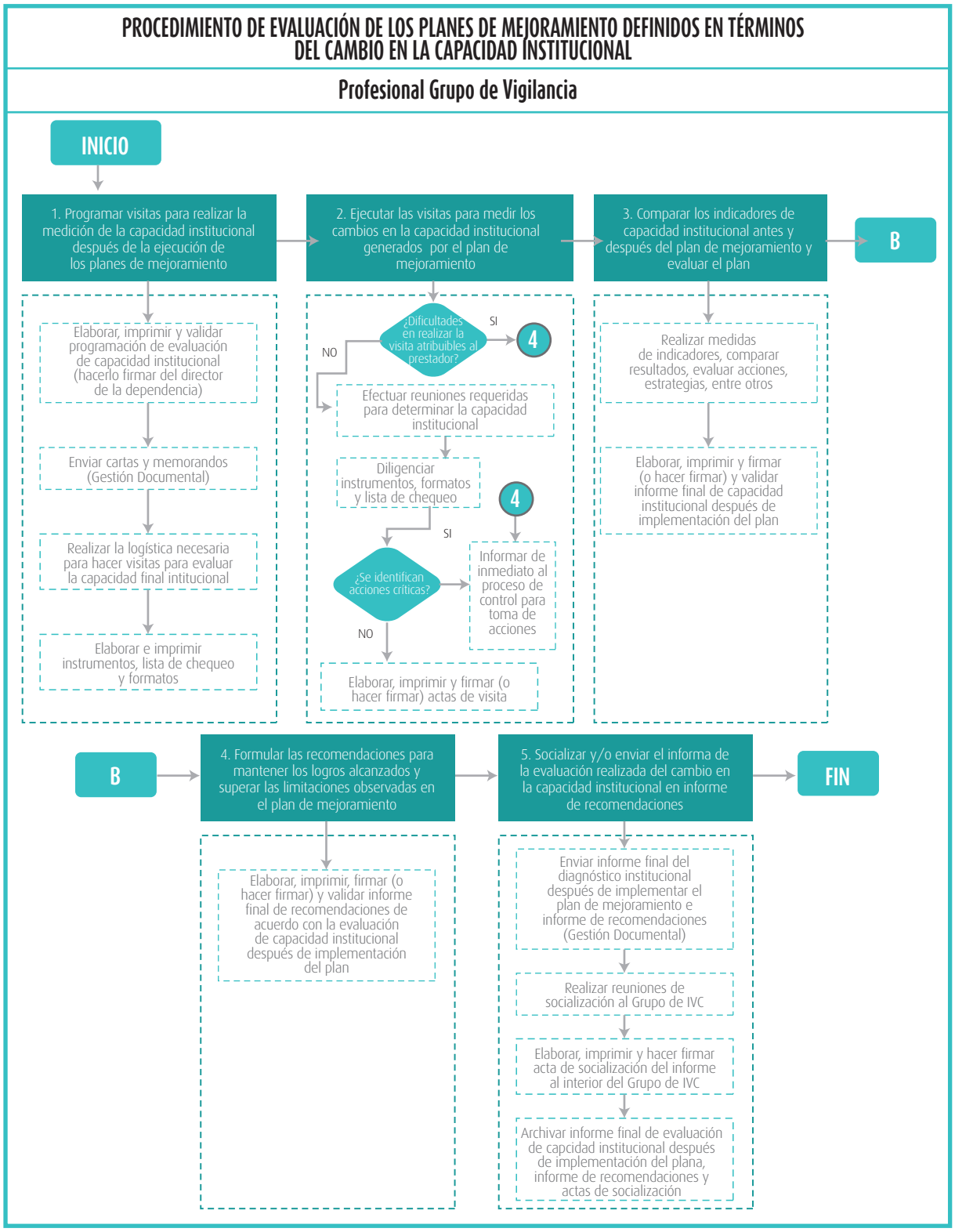
• **Capacidad institucional**: Es el grado de cumplimiento de las normas de habilitación y adopción de las normas técnicas para la prestación de servicios de salud.

• **Plan de mejoramiento:** Permite visualizar el proceso de mejora que se inicia a partir de los problemas identificados (resultados no deseados de los indicadores), siguiendo una ruta de la auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud en los procesos auditados. En él se establecen las acciones de mejora en la que se deben describir las actividades que se han definido como parte de este, generando responsabilidades en cuanto a personas, tiempo estimado para su ejecución, espacio, motivo y forma para desarrollarlas para garantizar el cumplimiento del plan que se pone en marcha.

• **Evidencias requeridas:** Son el conjunto de información o acciones que la IPS o EPS debe suministrar oportunamente y que igualmente el Grupo de Vigilancia debe confrontar para determinar si las acciones definidas en el plan de mejoramiento se han implementado y cumplido satisfactoriamente o no.

Tabla 28. Evaluación de los planes de mejoramiento de las IPS y EPS

No.	Actividad	Responsable /Dependencia	Descripción de la actividad	Salida / Evidencia
1	Programación de visitas y solicitud de información para la evaluación de cambios en los riesgos de la provisión de servicios, acorde con las estrategias definidas en los planes de mejoramiento.	Profesional designado - Grupo funcional de vigilancia	Elaborar programación de evaluación de las instituciones. Realizar logística pertinente para realizar visita y solicitud de información institucional.	·Programación de visitas institucionales. ·Comunicados para concertar las visitas y solicitud de información. ·Lista de chequeo de recursos necesarios para la visita.
2	Ejecución de visitas para medir los cambios en los riesgos priorizados y relacionados con el plan de mejoramiento. Nota: En caso que no se pueda ejecutar la visita, se notificará inmediatamente al proceso de Control.	Profesional designado - Grupo funcional de vigilancia	Efectuar reuniones requeridas en las instituciones. Diligenciar instrumentos, formatos y listas de chequeo.	·Actas de visita. ·Información complementaria. ·Información de situación al proceso de Control
3	Comparación de los cambios por núcleos de riesgo antes y después del plan de mejoramiento	Profesional designado - Grupo funcional de vigilancia	Realizar medidas de indicadores, comparar resultados, evaluar acciones, estrategias.	Informe final institucional después de implementar el plan de mejoramiento, evaluando el cambio en los núcleos de riesgos
4	Formulación de recomendaciones para mantener los logros alcanzados y superar las limitaciones observadas en el plan de mejoramiento.	Profesional designado - Grupo funcional de vigilancia	Elaborar, hacer firmar y validar informe final de recomendaciones de acuerdo con la evaluación de riesgos institucional después de la implementación del plan.	·Informe de recomendaciones
5	Socialización o envío del informe de la evaluación realizada con el reporte del cambio en los núcleos de riesgo por institución y recomendaciones finales.	Profesional designado - Grupo funcional de vigilancia	Enviar informe final por institución después de implementar el plan de mejoramiento e informe de recomendaciones. Realizar reuniones de socialización al grupo de IVC. Elaborar acta de socialización y archivar informe de evaluación de capacidad institucional después de la implementación del plan.	·Acta de socialización del informe de diagnóstico (al equipo de IVC de la evaluación). ·Carta de remisión del informe final del diagnóstico institucional después de implementar el plan de mejoramiento e informe de recomendaciones.


PROCEDIMIENTO DE EVALUACIÓN DE LOS PLANES DE MEJORAMIENTO DEFINIDOS EN TÉRMINOS DEL CAMBIO EN LA CAPACIDAD INSTITUCIONAL
Profesional Grupo de Vigilancia
INICIO
1. Programar visitas para realizar la medición de la capacidad institucional después de la ejecución de los planes de mejoramiento
2. Ejecutar las visitas para medir los cambios en la capacidad institucional generados por el plan de mejoramiento
3. Comparar los indicadores de capacidad institucional antes y después del plan de mejoramiento y evaluar el plan
B
Elaborar, imprimir y validar programación de evaluación de capacidad institucional (hacerlo firmar del director de la dependencia)
Enviar cartas y memorandos (Gestión Documental)
Realizar la logística necesaria para hacer visitas para evaluar la capacidad final intitucional
Elaborar e imprimir instrumentos, lista de chequeo y formatos
¿Dificultades en realizar la visita atribuibles al prestador?
SI
NO
4
Efectuar reuniones requeridas para determinar la capacidad institucional
Diligenciar instrumentos, formatos y lista de chequeo
4
SI
¿Se identifican acciones críticas?
Informar de inmediato al proceso de control para toma de acciones
NO
Elaborar, imprimir y firmar (o hacer firmar) actas de visita
Realizar medidas de indicadores, comparar resultados, evaluar acciones, estrategias, entre otros
Elaborar, imprimir y firmar (o hacer firmar) y validar informe final de capacidad institucional después de implementación del plan
B
4. Formular las recomendaciones para mantener los logros alcanzados y superar las limitaciones observadas en el plan de mejoramiento
5. Socializar y/o enviar el informa de la evaluación realizada del cambio en la capacidad institucional en informe de recomendaciones
FIN
Elaborar, imprimir, firmar (o hacer firmar) y validar informe final de recomendaciones de acuerdo con la evaluación de capacidad institucional después de implementación del plan
Enviar informe final del diagnóstico institucional después de implementar el plan de mejoramiento e informe de recomendaciones (Gestión Documental)
Realizar reuniones de socialización al Grupo de IVC
Elaborar, imprimir y hacer firmar acta de socialización del informe al interior del Grupo de IVC
Archivar informe final de evaluación de capcidad institucional después de implementación del plana, informe de recomendaciones y actas de socialización

2.9.11 Proceso de Participación Social en la Vigilancia del acceso oportuno, uso adecuado y calidad de los servicios de salud.

La participación social se entiende como un elemento de apoyo a las direcciones departamentales, distritales y municipales de salud, en el marco de la corresponsabilidad para un control social efectivo al Sistema de Salud. La vigilancia se concentra en fomentar y verificar el mejoramiento de los procesos para garantizar el acceso, uso y calidad adecuada en la provisión de servicios de salud.

Cuando se identifiquen irregularidades, los ciudadanos deberán acudir ante los organismos de control encargados de atender dichas irregularidades: contraloría departamental, distrital o municipal, procuradurías regionales, provinciales y distritales, personerías municipales, defensorías regionales. Si es el caso, también se interpondrán mecanismos jurídicos como tutelas, acciones de cumplimiento, acciones populares, acciones de grupo, quejas, denuncias, PQRD, ante las instancias pertinentes.

Tabla 29. Caracterización del proceso de participación social en la vigilancia del acceso, uso y calidad de los servicios de salud

Nombre del proceso: Participación Social en la Vigilancia del acceso, uso y calidad de los servicios.	
Objetivo del proceso: Apoyar por parte de organizaciones de participación y control social en salud procesos de mejoramiento institucional en IPS y EPS para favorecer el acceso, calidad, aceptabilidad y oportunidad de los servicios para la población.	
Alcance: Inicia con la recepción del reporte de inspección sobre el alto riesgo en la categorización del vigilado, y finaliza con el seguimiento a los planes de mejoramiento.	
ACTIVIDADES /PROCEDIMIENTOS:	
Acompañamiento de las visitas de Vigilancia a las IPS y EPS delterritorio	Seguimiento al plan de mejoramientopor parte de las Organizaciones de Control Social
Vigilancia de responsabilidades en materia de participación social y protección al usuario	Utilización de la información procedente de los mecanismos de protección al usuario (PQRD y desacato a la Tutela) en la Vigilancia
Concertación del plan de mejoramiento con los vigilados y las Organizaciones de Control Social	
ENTIDADES / ÁREAS RESPONSABLES DEL PROCESO: Grupo de Vigilancia de la entidad Territorial, oficinas de Atención a la comunidad de la dirección de salud y de los vigilados, Organizaciones de Control Social –Secretarias de Salud	
ENTRADAS:	**SALIDAS:**
·Informe de control social con los hallazgos. ·Plan de mejoramiento y compromisos por parte de losvigilados. ·Acta de visita de Vigilancia firmada en conjunto con las Organizaciones de Control Social. ·Informe de control social con los hallazgos sobre los riesgos para el acceso, uso y calidad de los servicios	- Acta de visita de Vigilancia - Plan de mejoramiento institucional por entidad - Reporte enviado a la SNS por actor que presente incumplimiento
PROCESOS RELACIONADOS	
Inspección y control del acceso, uso y calidad de los servicios de salud	
REGISTROS /ARCHIVOS	
Informe de seguimiento a los planes de mejoramiento.	Informe de evaluación a los planes de mejoramiento.

2.9.12 Procedimientos del Proceso de Vigilancia y la Participación Social y la Protección a los usuarios para el acceso, uso y calidad de los servicios.

• Procedimiento de acompañamiento de las visitas de Vigilancia por parte de las Organizaciones de Control Social

OBJETIVO: Acompañar, en calidad de observadores, al grupo de Vigilancia de la entidad territorial a las visitas de Vigilancia para verificar los hallazgos encontrados en el informe de control social, sobre los riesgos para el acceso, uso y calidad de los servicios.

ALCANCE: Inicia con el acompañamiento a la preparación de la visita y finaliza con la asistencia a la socialización del informe final de la visita.

DEFINICIONES:

• **Auditoría:** Proceso sistemático que obtiene y evalúa objetivamente la evidencia con respecto a eventos específicos. La auditoría requiere que exista un estándar o criterio contra el cual evaluar, acumular evidencia, es decir información que sirva para determinar el grado de correspondencia entre las declaraciones y los criterios establecidos (Superintendencia Bancaria de Colombia, 2005).

• **Técnicas para el levantamiento de información:** Son las mismas que se reconocen normalmente en el trabajo de auditoría para la acumulación de evidencia. Estos procedimientos se denominan pruebas sustantivas, incluyen pruebas de verificación, la inspección física, la observación, confirmación y comprobación.

• **Inspección física:** comprende un escrutinio cuidadoso o revisión detallada de la documentación y examen físico de recursos tangibles frente al cual se constata técnicamente, frente a un objeto, lugar o situación, sus características o atributos.

• **Observación:** Consiste en verificar de forma directa, mediante el uso de los sentidos, los hechos y las circunstancias relacionados con el desarrollo y documentación de los procesos; para su aplicación se debe definir qué se va a observar, determinar cuándo y dónde se va a efectuar la observación, ir al sitio o lugar de los hechos y anotar los aspectos importantes observados. Esta técnica permite visualizar directamente procedimientos, procesos o incluso el trabajo de la entidad supervisada, por ejemplo, la estructura de la organización, directivos, instalaciones físicas, etc.

• **Comprobación:** Consiste en examinar los soportes y registros que apoyan o sustentan una afirmación mediante la obtención de evidencia suficiente que certifique que se ajustan a los criterios establecidos y pruebe que los documentos requeridos son válidos. Su aplicación debe precisar la situación objeto de comprobación, lectar documentos y demás soportes, evidencias suficientes que demuestren veracidad y validez, registrar e informar los resultados.

GENERALIDADES Y POLÍTICAS: Para realizar las visitas de Vigilancia, los profesionales de la entidad territorial serán acompañados por los integrantes de control social de cada institución, con el objeto de verificar los hallazgos registrados en el informe de control social sobre los riesgos priorizados.

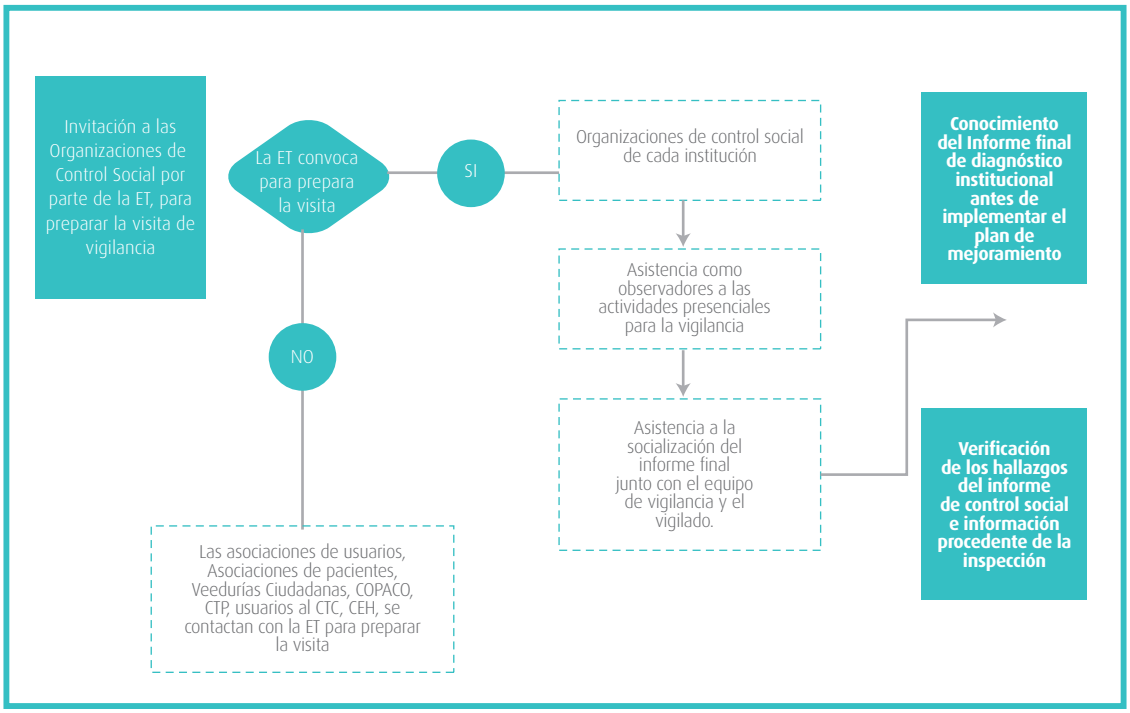
La vigilancia por parte de los usuarios y los ciudadanos, se realizará en las instituciones del SGSSS (EPS-C, EPS-S e IPS públicas, privadas o mixtas), y se ejercerá con las formas o mecanismos dispuestos por la normatividad actual para la participación institucional (Asociaciones de Usuarios, Veedurías Ciudadanas, Asociaciones de Pacientes, representantes de los usuarios ante el Comité de Ética Hospitalaria, representantes de los usuarios ante el Comité Técnico Científico, integrantes del COPACO, etc.). La Vigilancia que realicen las diversas formas de participación se delimita a las competencias establecidas en el Decreto 1757 de 1994.

El proceso de participación para la vigilancia al acceso, uso y calidad de los servicios, contempla medidas de control tales como interponer denuncias mediante mecanismos jurídicos como tutelas, derechos de petición, acciones de cumplimiento, ante instancias de control como la contraloría departamental, distrital o municipal, las procuradurías regionales, provinciales y distritales, las personerías municipales y defensorías regionales.

Tabla 30. Procedimiento de acompañamiento a las visitas de Vigilancia por parte de las Organizaciones de Control Social

No.	Actividad	Responsable /Dependencia	Descripción de la actividad	Salida /Evidencia
1	Preparación de la visita para verificar los hallazgos encontrados en el informe de control social.	Grupo de vigilancia de la entidad territorial, oficina de participación social y organizaciones de control social	Realizar visita y verificar los hallazgos sobre los riesgos para el acceso, uso y calidad de los servicios.	· Invitación a la preparación de la visita. ·Acta de asistencia a la preparación de la visita.
2	Asistencia como observadores a las actividades presenciales	Grupo de vigilancia de la entidad territorial, oficina de participación social y organizaciones de control social – SS	Realizar la vigilancia a los riesgos identificados en el acceso, uso y calidad de los servicios.	·Acta de visita de Vigilancia
3	Asistencia la socialización del informe final	Grupo de vigilancia de la entidad territorial, oficina de participación social y organizaciones de control social – SS	Asistir con el equipo de Vigilancia y el vigilado a la socialización del informe final.	·Acta de asistencia a la socialización de la visita. Conocimiento del Informe final de diagnóstico institucional antes de implementar el plan de mejoramiento.

Diagrama de Flujo. Procedimiento de acompañamiento a las visitas de Vigilancia por parte de las Organizaciones de Control Social



• Procedimiento de vigilancia de responsabilidades en materia de participación social y protección a los usuarios.

OBJETIVO: Revisar el ejercicio efectivo de las acciones de participación ciudadana, con el propósito de apoyar el ejercicio del control social en salud para favorecer el acceso, calidad, aceptabilidad y oportunidad de los servicios para los usuarios del SGSSS.

ALCANCE: Inicia con la recepción del reporte de inspección sobre el alto riesgo en la categorización del vigilado, frente a sus responsabilidades en materia de participación y protección al usuario y finaliza con el seguimiento a los planes de mejoramiento.

DEFINICIONES:

• **Control social:** El control social es un derecho de los colombianos para hacer seguimiento, evaluar y vigilar la gestión pública, verifica si lo programado corresponde con las necesidades. El control social permite orientar, corregir, rectificar las decisiones de la administración con el fin de contribuir al logro de los objetivos propuestos, la eficiente y transparente utilización de recursos y la prestación equitativa de los servicios. El control social hace observaciones, sugerencias y denuncias.

• **Alianza o Asociación de Usuarios:** Es una agrupación de afiliados del régimen contributivo y subsidiado del SGSSS, que tienen derecho a utilizar unos servicios de salud, de acuerdo con su sistema de afiliación, y que velan por la calidad del servicio y la defensa del usuario.

• **Comité de Ética Hospitalaria:** Grupo institucional que tiene como finalidad, defender los derechos de los usuarios, la humanización en la atención a los pacientes y garantizar el mejoramiento de la calidad en la prestación del servicio público de salud.

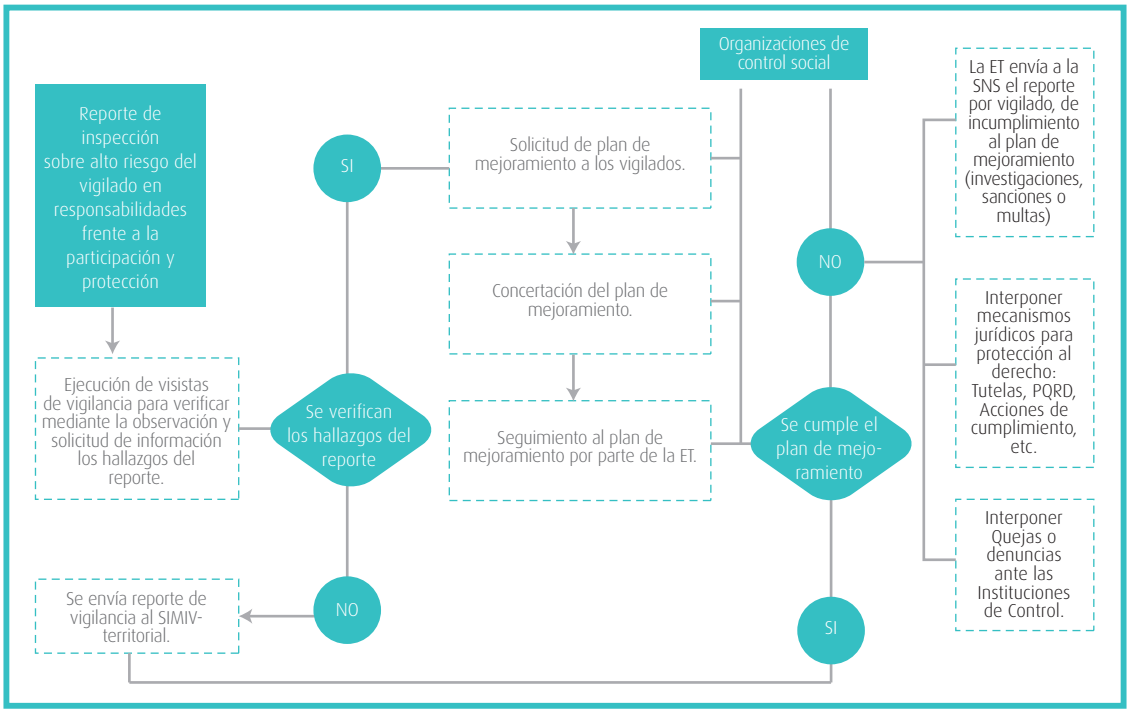
• **Comités de Participación Comunitaria:** Espacio de concertación entre los diferentes actores sociales y el Estado, que deben existir en todos los municipios según las disposiciones legales.

• **Veeduría en salud:** El control social en salud puede ser realizado a través de la veeduría en salud, que puede ser ejercida a nivel ciudadano, institucional y comunitario, a fin de vigilar la gestión pública, los resultados de la misma, la prestación de los servicios y la gestión financiera de las entidades que hacen parte del SGSSS.

Tabla 31. Vigilancia de las responsabilidades en materia de Participación Social y Protección al Usuario

No.	Actividad	Responsable /Dependencia	Descripción de la actividad	Salida /Evidencia
1	Ejecución de las visitas de Vigilancia a las IPS y EPSdel territorio	Grupo de Vigilancia de la entidad Territorial, oficinas deAtención a la comunidad de la dirección de salud y de los vigilados. Organizaciones de control social–SS	Verificación o requerimiento de información que confirma los hallazgos delreporte de inspección sobre el alto riesgo en la categorización del vigilado, frente a sus responsabili-dades en materia de participación y protección al usuario.	Acta de visita de Vigilancia en donde se verificará el reporte de Inspección sobre el alto riesgo en la categorización del vigilado, frente a sus responsabilidades en materia de participación y protección al usuario.
2	Concertación del plan de mejoramiento respecto a las responsabilidades en materia de participación social y protección al usuario.	Grupo de vigilancia de la entidad Territorial, oficinas de Atención a la comunidad de la Dirección de salud y de los vigilados. Organizaciones de control social –SS	Se indican las acciones correctivasa partir del acta de visita del plan de mejoramiento	Plan de mejoramiento de la entidad vigilada, en donde se incluyen las medidas correctivas para superar las causas del alto riesgo en la categorización del vigilado, frente a sus responsabilidades en materia de participación y protección al usuario.
3	Realización, desde la dirección de salud, del seguimiento al plan de mejoramiento.	Grupo de vigilancia de la entidad Territorial, oficinas de Atención a la comunidad de la Dirección de salud.Organizaciones de control social–SS Seguimiento a que las EPS e IPS tomen las medidas correctivas, definidas en sus planes de mejoramiento	Seguimiento a que las EPS e IPS tomen las medidas correctivas, definidas en sus planes de mejoramiento	Informe de evaluación y seguimiento a los planes de mejoramiento (se evalúa el cumplimiento de actividades y acciones que permitan superar las causas de alto riesgo en la categorización del vigilado, frente a sus responsabilidades en materia de participación y protección al usuario)
4	Informe a la SNS, desde la Dirección de Salud, cuando se incumplan los planes de mejoramiento propuestos y no se logre reducir los riesgos identificados en acceso, uso y calidad de los servicios	Grupo de vigilancia de la entidad Territorial, oficinas de Atención a la comunidad de la Dirección de salud–SS	Para que la SNS realice las investigaciones y aplique las medidas de control que correspondan por el incumplimiento de las responsabilidades en participación y protección al usuario.	Reporte enviado a la SNS por vigilado con incumplimiento a los planes de mejoramiento (delegada de protección al usuarioy delegada deprocesos administrativos).

Diagrama de Flujo. Vigilancia de las responsabilidades en materia de Participación Social y Protección al Usuario



• Procedimiento de concertación del plan de mejoramiento con los vigilados y las Organizaciones de Control Social

OBJETIVO: Acordar el plan de mejoramiento entre la entidad territorial, la institución vigilada y las organizaciones encargadas del control social, con el fin de que se tomen los correctivos necesarios para modificar los hallazgos encontrados en el informe de control social, sobre los riesgos para el acceso, uso y calidad de los servicios.

ALCANCE: Inicia con el envío por parte de la entidad territorial del plan de mejoramiento realizado por el vigilado, para la revisión por parte de las Organizaciones de control social y finaliza con socialización y concertación del plan mediante un acta de compromiso.

DEFINICIONES:

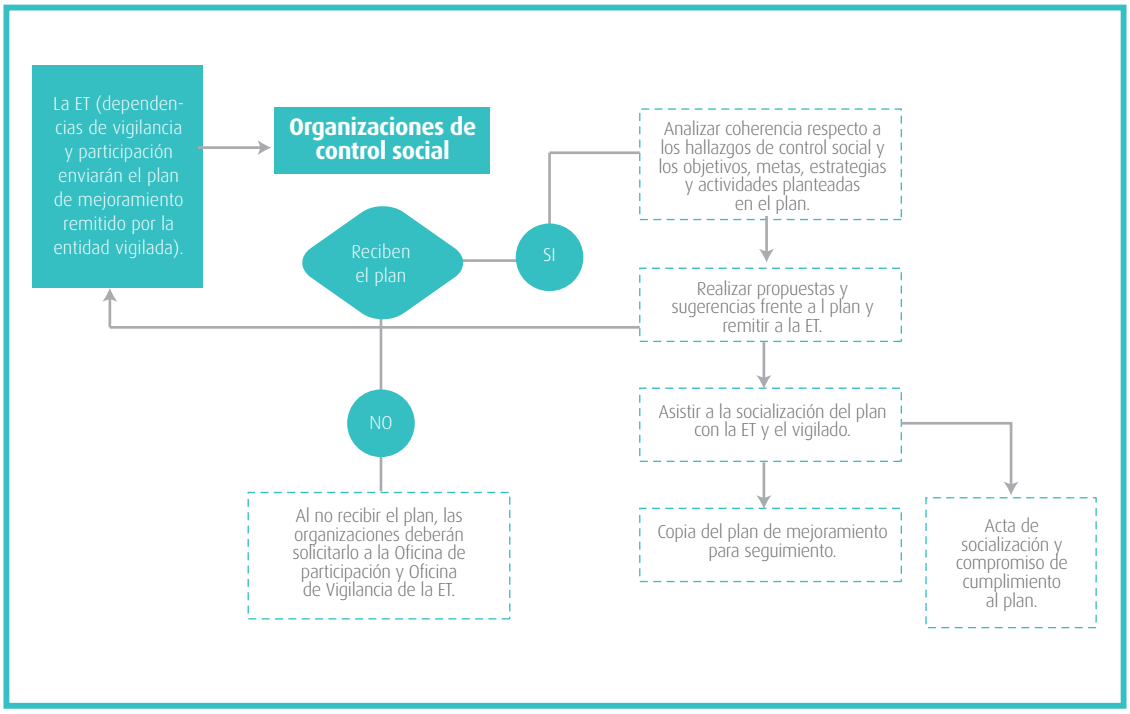
• **Plan de mejoramiento:** Proceso de mejora que se inicia a partir de los problemas identificados (resultados no deseados de los indicadores), siguiendo una ruta de la auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud en los procesos auditados. En él se establecen las acciones de mejora en la que se deben describir las actividades que se han definido como parte de este, generando responsabilidades en cuanto a personas, tiempo estimado para su ejecución, espacio, motivo y forma para desarrollarlas para garantizar el cumplimiento del plan que se pone en marcha.

• **Concertación:** Acuerdo, pacto o convenio que se realiza entre vigilantes y vigilados sobre las actividades, tiempos y estrategias para modificar una situación de riesgos para el acceso, uso y calidad de los servicios.

Tabla 32. Concertación del plan de mejoramiento con los vigilados y las Organizaciones de Control Social

No.	Actividad	Responsable /Dependencia	Descripción de la actividad	Salida /Evidencia
1	Solicitud de la elaboración del plan de mejoramiento a las instituciones vigiladas	Grupo de Vigilancia de la entidad territorial, oficina de participación social Direcciones u Oficinas de Calidad y Aseguramiento - SS	De acuerdo con el informe de Vigilancia que prioriza IPS y EPS y sus núcleos de riesgo	Oficios de solicitud de elaboración del plan de mejoramiento a las instituciones vigiladas.
2	Envío del plan de mejoramiento	Grupo de Vigilancia de la entidad Territorial, oficina de participación social y Organizaciones de Control Social -SS	Mandar el documento del plan de mejoramiento de las instituciones vigiladas a las Organizaciones de Control Social.	Oficios de remisión del plan de mejoramiento a las Organizaciones de Control Social.
3	Revisión y análisis de la coherencia del plan recibido.	Organizaciones de Control Social.Grupo de Vigilancia de la entidad Territorial, oficina de participación social y -SS	Realizar propuestas y sugerencias pertinentes frente a este plan y enviar al grupo de Vigilancia de la entidad territorial, para que sean remitidas a la institución vigilada, respecto a los hallazgos identificados en el informe de control social.	Oficios de remisión de la propuesta de ajuste al plan por parte de las Organizaciones de Control Social a la entidad territorial.
4	Invitación a las Organizaciones de Control Social.	Grupo de Vigilancia de la entidad Territorial, oficina de participación social y Organizaciones de Control Social -SS	Socializar y concertar el plan de mejoramiento por parte del equipo de Vigilancia, en donde asistirá la institución vigilada y se firmará un acta de socialización y de compromiso por parte del vigilado.	Acta de socialización y de compromiso al cumplimiento del plan de mejoramiento.
5	Entrega de copia del plan de mejoramiento	Grupo de Vigilancia de la entidad Territorial, oficina de participación social y Organizaciones de Control Social -SS	Mandar copia a las organizaciones de control social, para su respectivo seguimiento según cambios respectivos realizados.	Copia del plan de mejoramiento de la entidad vigilada a las Organizaciones de Control Social.
6	Análisis por parte de las instituciones vigiladas	Entidades vigiladas Grupo de Vigilancia de la entidad Territorial, oficina de participación social - SS	Plantear las propuestas y recomendaciones de las veedurías a través de las asociaciones de usuarios para su posible implementación.	Informe de análisis de las propuestas o recomendaciones de control social
7	Informe de análisis de las propuestas o recomendaciones de control social	Entidades vigiladas Grupo de Vigilancia de la entidad Territorial, oficina de participación social Direcciones u Oficinas de Calidad y Aseguramiento - SS	Presentar oficio de medidas correctivas respecto a la calidad de los servicios prestados por las EPS y IPS	Informe de medidas correctivas adoptadas

Diagrama de Flujo. Concertación del plan de mejoramiento con los vigilados y las Organizaciones de Control Social



• Procedimiento de seguimiento a los planes de mejoramiento por parte de las Organizaciones de Control Social

OBJETIVO: Hacer seguimiento y evaluar el cumplimiento por parte de las instituciones vigiladas de los objetivos, metas, actividades y estrategias, especificadas en el plan de mejoramiento concertado para superar los hallazgos en relación con las brechas en acceso, uso y calidad, identificadas en las actividades de Vigilancia y control social.

ALCANCE: Inicia con la identificación de los compromisos adquiridos por parte de los vigilados y finaliza con elaboración del informe de evaluación y seguimiento a los planes de mejoramiento de la institución vigilada, el cual se remitirá a la dependencia de vigilancia y de participación social de la entidad territorial. Si es el caso, se interpondrán mecanismos jurídicos ante las instancias pertinentes o denuncias y quejas ante los organismos de control.

DEFINICIONES:

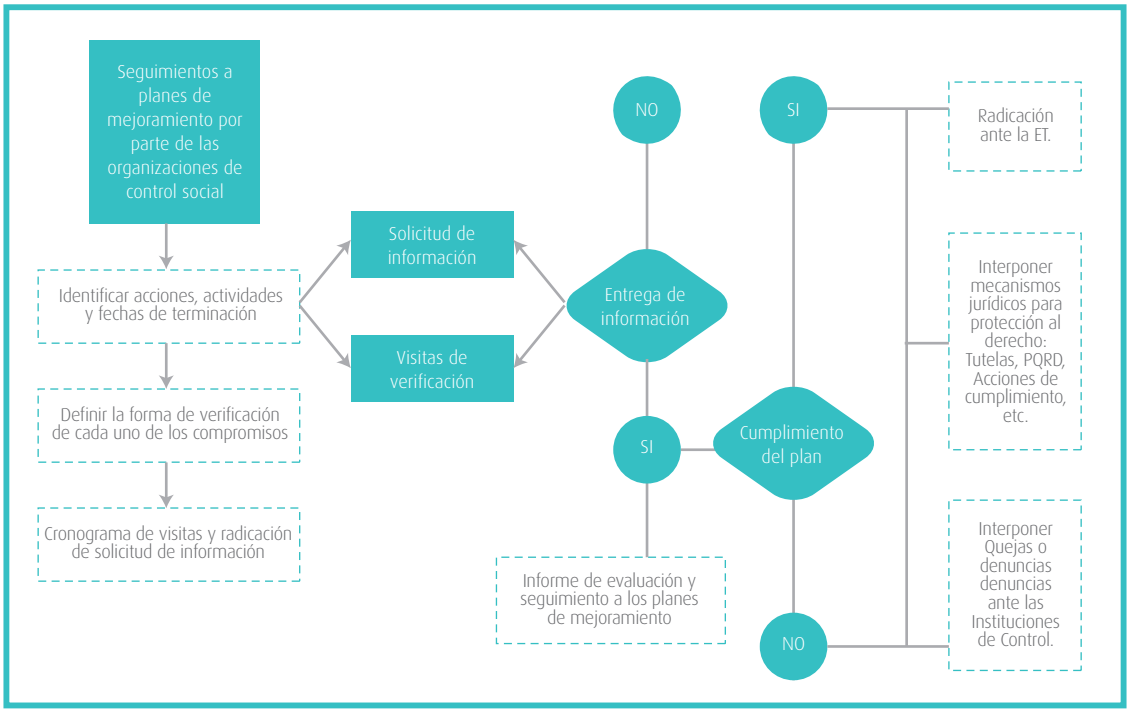
• **Plan de mejoramiento:** Permite visualizar el proceso de mejora que se inicia a partir de los problemas identificados (resultados no deseados de los indicadores), siguiendo la ruta de la auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud en los procesos auditados. En él se establecen las acciones de mejora en la que se deben describir las actividades que se han definido como parte de este, generando responsabilidades en cuanto a personas, tiempo estimado para su ejecución, espacio, motivo y forma para desarrollarlas para garantizar el cumplimiento del plan que se pone en marcha.

• **Evidencias requeridas:** Son el conjunto de información o acciones que el prestador primario debe suministrar oportunamente y que igualmente el Grupo de Vigilancia debe confrontar para determinar si las acciones definidas en el plan de mejoramiento se han implementado y cumplido satisfactoriamente o no.

Tabla 33. Realizar seguimiento a los planes de mejoramiento por parte de las Organizaciones de Control Social

No.	Actividad	Responsable /Dependencia	Descripción de la actividad	Salida /Evidencia
1	Identificación de las acciones o actividades y sus fechas de terminación.	Organizaciones de Control Social – SS y Oficina de Participación Social	Realizar cronograma de seguimiento de las acciones identificadas.	Reporte con las acciones, actividades y fechas de terminación.
2	Definición de la forma de verificación de cada uno de los compromisos.	Organizaciones de Control Social – SS y Oficina de Participación	Solicitud de información al vigilado mediante derecho de petición o visita para verificación.	Matriz con las acciones, actividades, fechas de terminación y la forma de verificación.
3	Elaboración de un cronograma de visitas.	Organizaciones de Control Social – SS y Oficina de Participación	Realizar cronograma de verificación de los compromisos de la entidad vigilada, de acuerdo con las fechas de finalización.	Cronograma de visitas.
4	Visitas de verificación y envío de las solicitudes de información.	Organizaciones de Control Social – SS y Oficina de Participación	Levantar actas de las visitas de verificación de los compromisos	Actas de visitas para verificación de compromisos. Radicados con la solicitud de información al vigilado.
5	Elaboración del Informe de evaluación y seguimiento a los planes de mejoramiento	Organizaciones de Control Social – SS y Oficina de Participación	Proceder con el acta de evaluación y seguimiento de la institución vigilada y remisión a la dependencia de Vigilancia y de participación social de la entidad territorial a los planes de mejoramiento.	Informe de evaluación y seguimiento a los planes de mejoramiento de la institución vigilada, radicado ante la entidad territorial. El informe debe contener los siguientes puntos: • Descripción del hallazgo en el informe de control social. • Causa identificada del hallazgo • Acción de mejora propuesta en el plan • Actividad y descripción de la actividad • Fecha de terminación de las actividades propuestas en el plan • Actividades cumplidas • Actividades vencidas • Porcentaje de avance de ejecución • Observaciones y recomendaciones
6	Imposición de mecanismos jurídicos	Organizaciones de Control Social. – SS y Oficina de Participación	Revisar tutelas y demás mecanismos para la protección al derecho a la salud por el incumplimiento en los planes.	Tutelas, acciones de cumplimiento, colectivas, de grupo, etc.
7	Imposición de denuncias o quejas ante los organismos de control: personerías, procuradurías, contralorías, defensorías.	Organizaciones de Control Social. – SS y Oficina de Participación	Buscar los diferentes mecanismos jurídicos que se presentan en los organismos de control del municipio	Radicados de las denuncias o quejas ante los organismos de control del municipio.

Diagrama de Flujo. Realizar seguimiento a los planes de mejoramiento por parte de las Organizaciones de Control Social



• Procedimiento para la utilización de la información procedente de los mecanismos de protección al usuario (PQRD y desacato a la Tutela) en la vigilancia

OBJETIVO: Incorporar la información procedente de PQRD y desacato a fallos de tutela como insumo para advertir y orientar sobre la protección al derecho a la salud y tomar decisiones para proteger los derechos de los usuarios.

ALCANCE: Inicia con la ejecución de las visitas de Vigilancia para verificación o requerimiento de información que confirmará los hallazgos, de acuerdo con el reporte de análisis de riesgo por vigilado, según PQRD y desacato a tutelas, remitido por inspección y finaliza con el reporte por parte de la dirección de salud a la SNS sobre las instituciones vigiladas que no cumplieron los planes de mejoramiento.

DEFINICIONES:

• Derecho de petición: El derecho de petición es un derecho fundamental que tienen todas las personas para hacer peticiones respetuosas, de interés general o particular, ante las autoridades públicas o ante los particulares que cumplen alguna función pública, con el fin de que sean resueltas pronto y de una forma efectiva (Valdés & Molina, 2001).

• **PQRD:** En el sistema de salud se constituyen en un derecho de petición, amparado por la Ley 1755 de 2015, por medio de la cual se regula este derecho. Una queja o reclamo está definida como una expresión de insatisfacción hecha a una organización con respecto a sus productos, en donde se espera una respuesta o resolución. La queja refleja una manifestación de inconformidad disgusto o descontento y se puede presentar mediante manifestación verbal o escrita por parte del usuario por deficiencia en el servicio o calidad de la atención.

• **Tutela:** Es un mecanismo que cualquier persona puede usar para solicitarle a un juez la protección rápida y efectiva de sus derechos fundamentales cuando estos son amenazados o violados por una autoridad pública o por particulares (Ministerio de la Protección Social, 2006). El éxito de la tutela radica en la rapidez con que se debe agotar el proceso, ya que una vez que el juez profiere la sentencia que protege un derecho fundamental debe hacerla cumplir en un término de 48 horas. En caso de que no se cumpla, el juez dispone de mecanismos como el incidente de desacato para hacerla cumplir.

• **Desacato a tutela:** Incumplimiento de una sentencia de tutela.

• **Incidente de desacato:** Es un instrumento jurídico con el que cuentan las personas a quienes se les ha protegido un derecho fundamental por vía tutela. Su fin es presionar el cumplimiento inmediato de la orden impartida por un juez, con la amenaza de una sanción jurídica o multa a los funcionarios o particulares que hayan vulnerado el derecho (López, Serrano, & Núñez, 2010).

• **Atención al público:** El propósito de esta dependencia es brindar un trato respetuoso, considerado y diligente a todas las personas sin distinción, así como garantizar la atención personal al público, como mínimo durante cuarenta (40) horas a la semana, atender a todas las personas, establecer un sistema de turnos acorde con las necesidades del servicio y las nuevas tecnologías para la ordenada atención de peticiones, quejas, denuncias o reclamos, expedir, hacer visible y actualizar anualmente una carta de trato digno al usuario (Artículo 7 de la Ley 1437 de 2011).

• **Sujetos de especial protección constitucional:** El artículo 11 de la Ley 1751 de 2015, define como sujetos de especial protección constitucional a los niños, niñas y adolescentes, mujeres en estado de embarazo, desplazados, víctimas de violencia y del conflicto armado, la población adulta mayor, personas que sufren de enfermedades huérfanas y personas en condición de discapacidad. Esta misma Ley, establece que su atención en salud no estará limitada por ningún tipo de restricción administrativa o económica y las instituciones que hagan parte del sector salud deberán definir procesos de atención intersectoriales e interdisciplinarios que le garanticen las mejores condiciones de atención. (Ley 1751, 2015) (Ley 1098, 2006), (Decreto 860, 2010),

artículo 130 (Ley No. 1438, 2011), (Ley 1384, 2010), (Resolución 4496, 2012), (Ley 1388, 2010).

GENERALIDADES Y POLÍTICAS: Las entidades vigiladas (EPS, IPS) deben establecer un sistema de trámites y análisis de PQRD, el cual debe servir de insumo para elaborar el plan de mejoramiento de la calidad en la prestación de los servicios y a la vez sirve de registro interno de la SNS para evaluar a cada entidad vigilada (Decreto 1757 de 1994, Circular 047 de 2007, 048 de 2008 y Circular 01 de 2014).

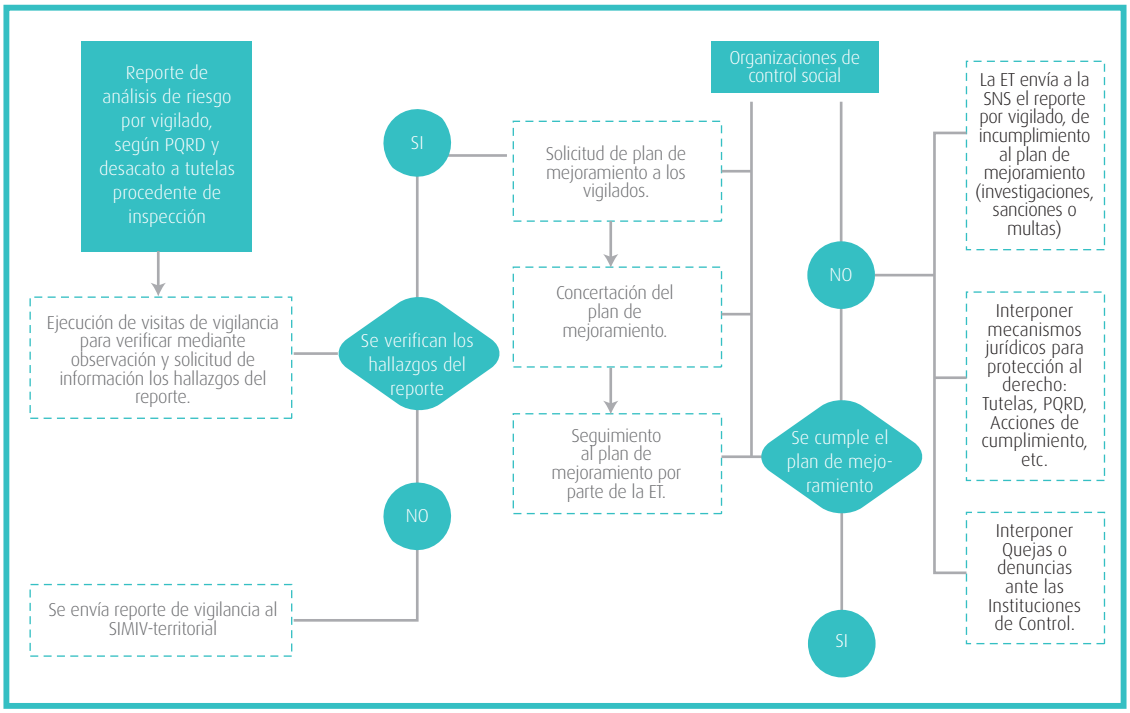
De acuerdo con la circular 054 de 2009, las Direcciones de Salud (departamentales, distritales y municipales) deben exigir a las EPS e IPS, a través del servicio de atención a la comunidad, información sistematizada y periódica sobre las PQRD y garantizar que tomen las medidas correctivas necesarias frente a la calidad de los servicios.

El Ministerio de Salud y Protección Social expidió la Circular 021 en el año 2012, dirigida a entidades territoriales, EPS e IPS, con el asunto de cumplir a cabalidad los fallos de tutela. Así, el incumplimiento o retardo de la orden judicial dará lugar a la imposición de las sanciones previstas en las normas vigentes, para lo cual la Superintendencia Nacional de Salud deberá adelantar las actuaciones que en el marco de sus competencias le corresponden (Circular 021, 2012).

Tabla 34. Utilización de la información procedente de los mecanismos de protección al usuario (PQRD y desacato a la tutela) en la Vigilancia

No.	Actividad	Responsable /Dependencia	Descripción de la actividad	Salida /Evidencia
1	Visitas de Vigilancia	Grupo de Vigilancia de la entidad Territorial, oficinas de Atención a la comunidad de la Dirección de salud, EPS e IPS - SS	Realizar visitas para verificación o requerimiento de información que confirmen los hallazgos de acuerdo con el reporte de análisis de riesgo por vigilado, según PQRD y desacato a tutelas, remitido por inspección.	Acta de visita de Vigilancia en donde se verificará el reporte de análisis de riesgo por vigilado, según PQRD y desacato a tutelas.
2	Concertación del plan de mejoramiento	Grupo de Vigilancia de la entidad territorial, oficinas de Atención a la comunidad de la Dirección de salud, EPS e IPS. Organizaciones de control social - SS	Indicar las acciones correctivas a partir de las PQRD identificadas y verificadas y entrega de este plan a las organizaciones de control social para su seguimiento.	Plan de mejoramiento de la entidad vigilada, en donde se incluyen las medidas correctivas para superar las causas de las PQRD y desacato a tutelas.
3	Seguimiento por parte de la dirección de salud, al plan de mejoramiento propuesto	Grupo de Vigilancia de la entidad Territorial, oficinas de Atención a la comunidad de la Dirección de salud. Organizaciones de control social - SS	Verificar y evaluar los planes de mejoramiento propuestos a partir de las PQRD y seguimiento a que las EPS e IPS tomen las medidas correctivas	Informe de evaluación y seguimiento a los planes de mejoramiento (se evalúa el cumplimiento de actividades y acciones que permitan superar las PQRD) y el desacato a tutelas.
4	Presentación de los informes relacionados con el seguimiento al cumplimiento de los planes de mejora	Organizaciones de Control Social	Socialización del seguimiento a los planes de mejora en los que se incluirá las PQRD y desacato a tutelas, por parte de las asociaciones de usuarios.	Informe de evaluación y seguimiento a los planes de mejoramiento (se evalúa el cumplimiento de actividades y acciones que permitan superar las PQRD) y el desacato a tutelas.
5	Informe a la SNS cuando se incumplan los planes de mejoramiento propuestos y no se logren reducir los riesgos identificados en acceso, uso y calidad de los servicios	Grupo de Vigilancia de la entidad territorial, oficinas de Atención a la comunidad de la Dirección de salud – SS.	Reportar el no cumplimiento o desacato de los organismos para la imposición de multas o sanciones a las que haya lugar (Control).	Reporte enviado por la ET a la SNS por vigilado con incumplimiento a los planes de mejoramiento a partir de PQRD y el incumplimiento a fallos judiciales por parte de los vigilados (desacato a tutela) (Delegada de protección al usuario, grupo de instrucción y seguimiento a providencias judiciales y Delegada de procesos administrativos)
6	Evaluación de la necesidad de interponer mecanismos jurídicos para la protección al derecho a la salud por el incumplimiento en los planes.	Organizaciones de Control Social.	Evaluar mecanismos jurídicos de la protección al derecho de la salud.	Tutelas, acciones de cumplimiento, colectivas, de grupo, etc.
7	Evaluación de necesidad de interponer denuncias o quejas ante los organismos de control: Personerías, Procuradurías, Contralorías, Defensoría.	Organizaciones de Control Social.	Analizar y evaluar las denuncias.	Radicados de las denuncias o quejas ante los organismos de control del municipio.

Diagrama de Flujo. Utilización de la información procedente de los mecanismos de protección al usuario (PQRD y desacato a la tutela) en la Vigilancia



3 REFERENCIAS

Aday L, Andersen R. . (1974). A Framework for the Study of Access to Medical Care. . *Health Serv Res. 1974; 9(3):208-20.*

Aday L, Andersen R. . (1992). Marco teórico para el estudio de acceso a la atención médica. *Washington.*

Aguilera-Verduzco, M. (s.f). Supervisión Basada en Riesgo. Reunión de Capacitación Conjunta ASSAL–IAIS–FIDES (págs. 1-74). *Buenos Aires: Asociación de Supervisores de Seguros de América Latina.*

Balcom, J., & Pargaonker, N. (2010). The road to risk-based supervision: Lessons from Chile. Journal Of Securities Operations & Custody, 3(3), 228-240.

Beck, U. (2002). La sociedad del riesgo global (Segunda ed.). (J. Alborés-Rey, Trad.) *Madrid: Siglo.*

Betancourt, J., & Pineda, F. (2015). Participacion social y proteccion al usuario. *Bogotá: Programa IVC Colciencias.*

Bhuyan. (2004). Health promotion through self-care and community participation: Elements of a proposed programme in the developing countries. *BMC Public Health, 4(11), 1-12.*

Castaño, R. (1998). ¿Cómo medir calidad? Revista Vía Salud 1998; tercer trimestre, pp7-13.
Cawston, Mercer, & Barbour. (2009). Involving deprived communities in improving the quality of primary care services: does participatory action research work?. *BMC Health Services Research, 7(88), 1-9.*

Cendex. (2015). Factores condicionantes de los mercados, agentes e instituciones en el sector salud en relación con la regulación y la inspección, vigilancia y control en el Sistema General de Bogotá.

CENDEX, FES. (2015). Propuesta de Modelo Prototipo para la IVC en el ámbito Territorial. Segunda Versión. Documento Técnico GPES /1744B-15. *Bogotá D.C. Circular 021, Cumplimiento cabal a fallos de tutela (Ministerio de Salud y Protección Social 18 de Mayo de 2012).*

Circular No 054 *(Supersalud. 05 de Junio de 2009).*

Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. (2008). Subsanar las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. *http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/69830/1/WHO_IER_CSDH_08.1_spa.pdf: WHO.*

Congreso de Colombia. (9 de enero de 2007). Ley 1122 de 2007. *Bogotá, Colombia.*

Congreso de la República. (1990). Ley 10. Colombia.

Congreso de la República. (6 de Julio de 1991). Constitucion Política. Recuperado el 26 de Febrero de 2015, de Sitio Web del Senado de la República de Colombia: *http://www.senado.gov.co/images/stories/Informacion_General/constitucion_politica.pdf*

Congreso de la República. (23 de Diciembre de 1993). Ley 100 de 1993 "Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones". *Recuperado el 2 de Octubre de 2015, de Sitio web de la Alcaldía Mayor de Bogotá: http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=5248*

Congreso de la República. (2001). Ley 715.

Congreso de la República. (9 de Enero de 2007). Ley 1122 de 2007 por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. *Recuperado el 2 de Ocubre de 2015, de Sitio web de la Alcaldía Mayor de Bogotá: http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=22600*

Congreso de la República. (16 de Febrero de 2015). Ley Estatutaria 1751. Obtenido de Sitio web del Ministerio de Salud y la Protección Social: *http://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf*

Congreso de la República. (16 de Febrero de 2015). Ley Estatutaria 1751 de 2015 Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. Obtenido de Sitio web del Ministerio de Salud y la Protección Social: *http://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf*

Congreso de la República. (2015). Ley Estatutaria en Salud, Ley 1751. *Colombia.*

Constitución Política de Colombia (1991).

Contaduría General de la Nación. (2015). Categorías de los municipios y departamentos. Recuperado el 2 de Octubre de 2015, de Sitio web de la Contaduría General de la Nación: *http://www.contaduria.gov.co/wps/portal/internetes/!ut/p/b1/04_Sj9CPykssy0xPLMnMz0vMAfGjzOINzPyDTEPdQoM9zX2MDTyDAoJdAkPNjY3CTIAKIkEKcABHA7z6g-D6cShwMyLSfuwKnL3NKdIPciAB_X4e-bmpgW5oaGhEeWKAAcWLNs!/dl4/d5/L2dJQSEvUUt3QS80SmtFL1o2XzMwNDAwOEJSNkw1TDgwSVJHRks*

Curcio-Curcio, P. (2007). Metodología para la evaluación de políticas públicas de salud. *Politeia, 30(38), 59-85.*

Decreto 1757, por el cual se organizan y se establecen las modalidades y formas de participación social en la prestación de servicios de salud, conforme a lo dispuesto en el numeral 1del artículo 4del Decreto-ley 1298 de 1994. *(Diario Oficial 41477 del 05 de agosto de 1994).*

Decreto 2462, Por medio del cual se modifica la estructura de la Superintendéncia Nacional de Salud *(Diario Oficial No. 48.967 del 07 de Julio de 2013).*

Decreto 2702 de 2014. (23 de diciembre de 2014). *Bogotá, Colombia.*

Decreto 860, Por el cual se reglamenta parcialmente la Ley 1098 de 2006 *(16 de marzo de 2010).*

Decreto No. 2462 (Diario Oficial de la República de Colombia No 48967. Ministerio de Salud y Protección Social. *07 de Noviembre de 2013).*

Delgado, & Gallego. (2006). Conocimientos, Opiniones y Experiencias con la Aplicación de las Políticas de Participación en Salud en Colombia. *Rev Salud Pública, 3(8), 150-167.*

Delgado, M., & Vázquez, M. (2009). Percepción de usuarios y líderes comunitarios sobre su capacidad para influenciar en la calidad de los servicios de salud: un estudio de casos, de Colombia y Brasil. *Cad Saude Pública, Rio de Janeiro, 25(1), 169-178.*

Departamento Administrativo de la Función Pública . (2006). Participación en el Control Social a la Gestión Pública. *Módulo 1.*

Departamento Administrativo de la Función Pública. (2011). Guía para la administración del riesgo (Cuarta ed.). *Bogotá: Departamento Administrativo de la Función Pública.*

Departamento Administrativo de la Función Pública. (2014). Manual Técnico del Modelo Estándar de Control Interno para el Estado colombiano MECI 2014. *Bogotá: Departamento Administrativo de la Función Pública.*

Donabedian. (1992). Evaluación de la calidad de la atención médica. En: Investigaciones sobre servicios de salud: una antología. Washington, DC: OPS/OMS, 1992:382-404. *(Publicación Científica; 534).*

Eslava, J., Camelo, F., Torres, A., Mejía, M., & Vasquez, E. (2015). "Desarrollo de un Sistema de Monitoreo, de intervenciones regulatorias y de inspección, vigilancia y control en el Sistema General de Seguridad Social en Salud". *Bogota : Programa de IVC Colciencias.*

Frenk. (1985). El concepto y la medición de accesibilidad. *Salud pública de México.;27(5):438–453.*

Frenk, J. (1992). Marco teórico para el estudio de acceso a la atención médica. *Washington.*

Germán, Z., Cardillo, J., & Chacón, E. (2011). Aportes Metodológicos para el Diseño de Sistemas de Supervisión de Procesos Continuos. *Información Tecnológica, 22(3), 97-114.*

Girón, S., & et al. (2015). Evaluación de procesos de Inspección, Vigilancia y Control del Sistema General de Seguridad Social en Salud-Informe Final. *Fundación FES, Programa IVC-Colciencias. Cali.*

Giuffrida, A., Pinzón-Fonseca, D. A., & Piñeros-García, C. A. (2015). Supervisión Basada en Riesgos, la nueva apuesta de la Supersalud. Monitor Estratégico(7), 8-16.

Gold, M. (1998). Beyond coverage and supply: measuring access to healthcare in today's market." . *Health Serv Res 33(3 Pt 2): 625-652; discussion 681-624.*

Hall, A. G., C. H. Lemak, et al. . (2008). Expanding the definition of access: it isn't just about health insurance." . *J Health Care Poor Underserved 19(2): 625-638.*

Harrington. (2001). Citizen Participation in the UK Health Care System: The Role of the Law. *European Journal of Health Law, 8, 243-256.*

Hernández, P. (1995). Los métodos de participación del usuario en la evaluación y mejora de la calidad de los servicios sanitarios. *Revista Española de Salud Pública, 69, 163-175.*

Jiménez-Oróstegui, O. L., Guerrero-Guevara, I. G., & Illidge-Benjumea, L. C. (2014). La integralidad de las acciones de control en el contexto de la Red de Controladores del Sector Salud. *Monitor Estratégico(5), 29-32.*

Kenny, Hyett, & Sawtell. (2013). Community Participation in Rural Health: A Scoping Review. *Health Services Research, 13(64), 1-8.*

Kuhlthau, K. A. ((2011).). Measures of availability of health care services for children. *Acad Pediatr 11(3 Suppl): S42-48.*

Leape, L. L., Brennan, T. A., Laird, N., Lawthers, A. G., Localio, A., & Barnes, B. A. (1991). The nature of adverse events in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study II. *New England Journal of Medicine(324), 377-384.*

Ley 1098, Por la cual se expidel el código de la infancia y la Adolescencia *(08 de Noviembre de 2006).*

Ley 136, Por la cual se dictan normas tendientes a modernizar la organización y el funcionamiento de los municipios *(02 de Junio de 1994).*

Ley 1384, Ley Sandra Ceballos, por la caul se establecen las acciones para la atención integral del cáncer en Colombia *(Diario Ofical 47.1085 19 de Abril de 2010).*

Ley 1388, Por el derecho a la vida de los niños con cáncer en Colombia *(Congreso de Colombia 26 de Mayo de 2010).*

Ley 1751, Por medio de la Cual se Reglamenta el Derecho Fundamental a la Salud y se Dictan otras Disposiciones *(Congreso de Colombia. Diario Oficial 49427 16 de Febrero de 2015).*

Ley 1755, Por medio del cual se regula el derecho fundamental de petición y se sustituye un título del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Adminsitrativo *(Diario Oficial 49559 30 de junio de 2015).*

Ley No. 1122 *(Congreso de Colombia. Diario Oficial 46506 Bogotá D.C 09 de Enero de 2007).*

Ley No. 1438 *(Congreso de Colombia. Diario Oficial No 47957 Bogotá D.C 19 de Enero de 2011).*

Lleras-Pizarro, M. (1943). Derecho de policía: ensayo de una teoría general. *Bogotá: Librería Editorial La Gran Colombia.*

López, Serrano, & Nuñez. (2010). El incidente de desacato en las sentencias de tutela de los jueces de Bogotá, Medellín, Cali y Neiva. *Jurid Manizales Colombia, 7(1), 93-116.*

Lozano-De León, G. (2011). Supervisión basada en Riesgo: Experiencia en el Mercado asegurador Mexicano. Seminario regional sobre regulación y supervisón de Seguros IAIS-ASSAL (págs. 1-34). *Buenos Aires: Asociación de Supervisores de Seguros de América Latina.*

Luhmann, N. (2006). Sociología del Riesgo. (S. Pappe, B. Erker, & L. Segura, Trads.) *Mexico: Universidad Iberoamericana.*

Malagón, G., Poton, G., & Reynales, J.,. (2014). Auditoria en salud, Para una gestión eficiente, 3ra edición. *Editorial Medica Panamericana.*

Martín García, M., Ponte Mittelbrun, C., & Sánchez Bayle, M. (2006). Participación Social y orientación comunitaria en los servicios de salud.

Martínez Ponce de León, J. G. (2007). Introducción al Análisis de Riesgos. *México D.F.: Limusa Noriega Editores.*

Méndez, & Vanegas. (2010). Priorización de las Garantías Explícitas en Salud: ¿es posible la participación social? *Cuad Med Soc, 50(1), 66-52.*

Ministerio de la Proteccion Social. (3 de Abril de 2006). Decreto 1011. *Recuperado el 13 de Marzo de 2015, de sitio web del Ministerio de Salud y la Protección Social: http://www.minsalud.gov.co/Normatividad/DECRETO%201011%20DE%202006.pdf*

Ministerio de la Protección Social. (30 de Marzo de 2007). Decreto 1018 de 2007 Por el cual se modifica la estructura de la Superintendencia Nacional de Salud y se dictan otras disposiciones. *Recuperado el 2 de Octubre de 2015, de Sitio web de la Superintendencia Nacional de Salud: http://www.supersalud.gov.co/supersalud/LinkClick.aspx?fileticket=qN2sb2bzruA%3D&tabid=77*

Ministerio de la Protección Social. (2008). Proyecto Evaluación y Reestructuración de los Procesos, Estrategias y Organismos Públicos y Privados encargados de adelantar las Funciones de Vigilancia y Control del Sistema de Salud. *Bogotá: Imprenta Nacional.*

Ministerio de la Protección Social. (20 de Mayo de 2008). Resolucion 1740. *Obtenido de Sitio web del Ministerio de Salud y Protección Social: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Resoluci%C3%B3n_1740_de_2008.pdf*

Ministerio de la Protección Social. (20 de Mayo de 2008). Resolucion 1740 de 2008 Por la cual se dictan disposiciones relacionadas con el Sistema de Administración de Riesgos para las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo . *Obtenido de Sitio web del Ministerio de Salud y Protección Social: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Resoluci%C3%B3n_1740_de_2008.pdf*

Ministerio de Salud. (2014). Decreto 903. *Colombia.*

Ministerio de Salud y Protección Social. (7 de Noviembre de 2013). Decreto 2462 de 2013 Por medio del cual se modifica la estructura de la Superintendencia Nacional de Salud. *Recuperado el 8 de Octubre de 2015, de Sitio web del Senado de la República de Colombia: http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/decreto_2462_2013.html*

Ministerio de Salud y Protección Social. (6 de mayo de 2013). Resolución 1441 de 2013. *Bogotá, Colombia.*

Ministerio de Salud y Protección Social. (2014). Modelo de veeduría social juvenil a los servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes. *Bogotá D.C.*

Ministerio de Salud y Protección Social. (28 de mayo de 2014). Resolución número 00002003 de 2014.

Ministerio de Salud y Protección Social. (3 de diciembre de 2015). Decreto 2353 DE 2015. Por el cual se unifican y actualizan las reglas de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, se crea el Sistema de Afiliación Transaccional y se definen los instrumentos para garantizar la continuidad en la afiliación y el goce efectivo. *Bogotá, Colombia.*

Ministerio de Salud y Protección Social. (11 de Mayo de 2015). Resolucion 1536 de 2015 Por la cual se establecen disposiciones sobre el proceso de planeacion integral para la salud. *Recuperado el 14 de Octubre de 2015, de Sitio web de la ANDI: http://www.andi.com.co/cdm/Documents/Bolet%C3%ADn%2094/Resoluci%C3%B3n%201536%20del%202015.PDF*

Ministerio de Salud y Protección Social. (17 de febrero de 2016). Resolución 0429 de 2016.

Montecinos-Montecinos, E. E. (2007). Límites del enfoque de las políticas públicas para definir un problema público. *Cuadernos de Administración, 20(33), 323-335.*

Nelson, B. (1993). La formación de una agenda: el caso del maltrato a los niños. En L. Aguilar, Problemas públicos y agenda de gobierno (págs. 105-140). *México: Miguel Ángel Porrúa.*

Organización de las Naciones Unidas . (2004). Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CESCR). *Chile.*

Organización Iberoamericana de Seguridad Social. (23 de Junio de 2015). Situación y Efectividad de los Mecanismos de Participación Social y Protección al Usuario para la Inspección Vigilancia y Control del Acceso Oportuno, el Uso Adecuado y la Calidad en la Prestación del Servicio del SGSSS Colombiano. *Bogotá, Colombia.*

Organización Mundial de la Salud . (1978). (1978), "ALMA-ATA Atención Primaria en Salud". *Ginebra .*

Organización Mundial de la Salud . (1986). "Carta de Ottawa – Primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud". *Ottawa .*

Organización Mundial de la Salud . (2006). "Ninth Futures Forums on Health Systems Governance and Public Participation". *Copenhagen.*

Organización Mundial de la Salud. (2002). Informe sobre la salud en el mundo 2002 - Reducir los riesgos y promover una vida sana. Ginebra: WHO. *Obtenido de http://www.who.int/whr/2002/en/whr02_es.pdf?ua=1*

Organización Panamericana de la Salud . (2007). La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. *Washington D.C: OPS. doi:9275326991*

Paganini, J. (1993). Calidad y eficiencia en la atención hospitalaria. . OPS serie HSS/silos-30. *Washington, DC; Organización Panamericana de la Salud.*

Pérez Brito, C. (2004). Participación para el desarrollo: un acercamiento desde tres perspectivas. *Revista del CLAD Reforma y Democracia. Caracas.*

Pérez, L. P., Mejía, I. M., & Gamba, E. A. (2009). Sobre la teoría de decisiones bajo incertidumbre de VNM: antecedentes, extensiones y el papel de la racionalidad acotada de H. Simon. *Revista Mexicana de Economía Agrícola y de los Recursos Naturales, 2(3), 45-89.*

Presidencia de la República. (5 de Diciembre de 1995). Decreto 2150 de 1995 Por el cual se suprimen y reforman regulaciones, procedimientos o trámites innecesarios existentes en la Administración Pública. *Recuperado el 5 de Octubre de 2015, de Sitio web de la Alcaldía Mayor de Bogotá: http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=1208#HojaVida*

Preve, L. A. (2009). Gestión de riesgo: un enfoque estratégico. *Buenos Aires: Temas Grupo Editorial.*

Puerta, C., & Agudelo, A. (2012). Modalidades de interacción en el Régimen Subsidiado de Salud de Medellín: Participación y Estrategias Sociales. *Hacia la promoción de la salud, 17(1), 13-28.*

Quek, C., & Wahab, A. (2000). Real-time integrated process supervision. Engineering Applications of Artificial Intelligence, *13(6), 645-658.*

Resolución 1210, Por la cual se crean Centros de Atención al Ciudadano de la Superintendencia Nacional de Salud en el Territorio Nacional *(Superintendencia Nacional de Salud 01 de 07 de 2014).*

Resolución 4496, Por la cual se organiza el Sistema Nacional de Información en Cáncr y se crea el Observatorio Nacional de cáncer *(Ministerio de Salud y Protección Social 28 de Diciembre de 2012).*

Rivadeneira, A. G. (2014). Marco conceptual y legal sobre la gestión de riesgo en Colombia: Aportes para su implementación. *Monitor Estratégico(5), 4-11.*

RM., A. (1995). Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? . *J Health Soc Behav;36(1):1-10.*

Rodríguez S, Roldán P. . (2008). Estimación de los determinantes del acceso a los servicios de salud en la Región Caribe . *Rev Econ Caribe.*

Ruano. (2013). The role of social participation in municipal-level health systems: the case of Palencia, Guatemala. *Glob Health Action, 6, 1-11.*

Salud, S. N. (15 de Marzo de 2015). Centros de atención al Ciudadano en el País. *Obtenido de www.supersalud.gov.co*

Salud, S. -S. (2010). Circular 047. 255.

Sarduy, Y. (2007). El análisis de información y la investigación cuantitativa y cualitativa. *Revista Cubana de Salud Pública, 33(2).*

Saridis, G. N. (1988). Entropy formulation of optimal and adaptive control. IEEE *Transactions on Automatic Control, 33(8), 713-721.*

Simon, H. (2003). La racionalidad limitada en ciencias sociales: hoy y mañana (Primera ed.). (W. González, Ed.) *España: Netbiblo, S.L.*

SNS. (Noviembre de 2010). Circular 047. 255. *Colombia.*

Superintendencia Bancaria de Colombia. (2005). Documento de metodología de inspección . *Bogotá D.C.*

Superintendencia Nacional de Salud . (2015). Veeduría Ciudadana en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. *págs. 1-8.*

Superintendencia Nacional de Salud. (30 de noviembre de 2007). Circular Externa 047. Circular única. *Bogotá, Colombia.*

Superintendencia Nacional de Salud. (Septiembre de 2011). Implementación sistema red de controladores del sector Salud. *Recuperado el 2 de Octubre de 2015, de Sitio web de la SNS: http://www.supersalud.gov.co/supersalud/LinkClick.aspx?fileticket=kdYIQelP02o%3d&tabid=716&mid=2218*

Superintendencia Nacional de Salud. (2015). Supervisión Basada en Riesgos: Un modelo de vigilancia innovador. *Bogotá: Superintendencia Nacional de Salud. Obtenido de http://www.supersalud.gov.co/supersalud/LinkClick.aspx?fileticket=IROzotKLvck%3D&tabid=38*

Tanahashi, T. (1978). Health service coverage and its evaluation. *Bulletin of the World Health Organization,, 56(2), 295-303.*

UT-Universidad Javeriana-FES. (2012). SIG-Programa IVC. *Bogotá.*

Valdés, & Molina. (2001). Aprender de los Sucedido. Análisis de las quejas presentadas ante la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. *Salud Pública de México, 43(5).*

Wang, W., Li, H., & Zhang, J. (2003). A hybrid approach for supervisory control of furnace temperature. *Control Engineering Practice, 11(11), 1325-1334.*

LC, M. (2005). "Las reformas de salud en América Latina y el Caribe: su impacto en los principios de la seguridad social." *CEPAL, ONU.*

Mears, A., J. Vesseur, et al. (2011). "Classifying indicators of quality: a collaboration between Dutch and English regulators." *Int J Qual Health Care 23(6): 637-644.*

Ramirez-Sanchez, T. J., P. Najera-Aguilar, et al. (1998). "[Perception of the quality of care in the health services in Mexico. perspective of the users]." *Salud Publica Mex 40(1): 3-12.*

DE LA REGULACIÓN CORRIENTE A LA RECTORÍA CONSTITUCIONAL

Jaime Ramírez Moreno
Stephanie Puerto García
Lina María Rodríguez

COLCIENCIAS
GOBIERNO DE COLOMBIA
Pontificia Universidad JAVERIANA Bogotá
INSTITUTO DE Salud Pública
FES
FUNDACIÓN HORIZONTES PROFESIONALES
OISS ORGANIZACIÓN IBEROAMERICANA DE SEGURIDAD SOCIAL

CAPÍTULO: De la Regulación Corriente a la Rectoría Constitucional

Autores
Jaime Ramírez Moreno
Stephanie Puerto García
Lina María Rodríguez

Evaluadora:
Yolanda Zapata Bermudez

Programa:
Desarrollo y Evaluación de un Modelo Integrado de IVC del Acceso Oportuno, el Uso Adecuado y la Calidad en la Prestación de Servicios en el SGSSS Colombiano.

Proyecto:
Factores Condicionantes de los Mercados, Agentes e Instituciones en el Sector Salud en Relación con la Regulación y la Inspección, Vigilancia y Control en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Fechas de ejecución:
Octubre de 2013 a Abril 2015

Institución ejecutora:
Instituto de Salud Pública, Pontificia Universidad Javeriana.

Investigador Principal:
Jaime Ramírez Moreno

Equipo Técnico:
Vanessa Suelt Cock
Coinvestigadora

Stephanie Puerto García
Auxiliar de Investigación

Lina María Rodríguez Moreno
Coinvestigadora

María Yaneth Pinilla
Consultora

Luisa Fernanda Suarez
Consultora

Angélica María Hoyos
Auxiliar de Investigación

Elisa Umaña,
Auxiliar de Investigación

Elvis Alexander Olaya
Auxiliar de Investigación

María Cristina Hernandez Hurtado
Auxiliar de Investigación

Mariana Tafur Rueda
Estudiante de Maestría de Desarrollo Rural, PUJ

COLCIENCIAS · GOBIERNO DE COLOMBIA · Pontificia Universidad Javeriana Bogotá · Instituto de Salud Pública · FES · Fundación Horizontes Profesionales · OISS Organización Iberoamericana de Seguridad Social

CAPÍTULO

DE LA REGULACIÓN CORRIENTE A LA RECTORÍA CONSTITUCIONAL

Autores
Jaime Ramírez Moreno
Stephanie Puerto García
Lina María Rodríguez

TABLA DE CONTENIDO

1 LA REGULACIÓN Y LA IVC EN TIEMPOS DE CRISIS 161

2 METODOLOGÍA 167

2.1 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN 167

2.1.1 Ontología y epistemología. 168
2.1.2 Enfoque de métodos mixtos. 168
2.1.3 La muestra y los participantes. 169
2.1.4 Estrategia de investigación - fenomenología social y análisis temático. 171

3 PROBLEMAS GLOBALES DEL SISTEMA 172

3.1 LEGITIMIDAD Y DERECHOS (L&D) 172

3.1.1 Violación sistemática del derecho a la salud 173
3.1.2 Ausencia de IVC 173
3.1.3 Eficacia de la IVC 174
3.1.4 Percepción de ilegitimidad 175
3.1.5 Corrupción 176
3.1.6 Incumplimiento de la normatividad 177
3.1.7 Conflictos entre los intereses de los agentes del sistema 177

3.2 ESTABILIDAD Y CAMBIO 179

3.3 CRISIS FINANCIERA GENERALIZADA 181

3.3.1 Crisis financiera de los agentes 182
3.3.2 Crisis de intermediación 184

3.4 CRISIS REGULATORIA GENERALIZADA 186

3.4.1 Fallas regulatorias 186
3.4.2 Información incompleta 187
3.4.3 Fallas en el diseño de instrumentos regulatorios 187
3.4.4 Inconsistencia temporal 187
3.4.5 Ausencia regulatoria 188
3.4.6 Fallas de política 188
3.4.7 Espacios para la toma de decisiones 189

3.5 FACTORES QUE AFECTAN EL ACCESO, USO Y CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD 192

3.5.1 Factores positivos 192
3.5.2 Factores negativos 193
3.5.3 Modelo de atención 193
3.5.4 Problemas de información que no ayudan a tomar decisiones sobre el acceso y las autorizaciones 194
3.5.5 Pagos de las eps a las ips 194
3.5.6 Ausencia de auditoria médica y baja valoración de los resultados de las atenciones 195
3.5.7 Falta de oportunidad en las citas 195
3.5.8 Calidad 195
3.5.9 Soluciones para mejorar el acceso, uso y calidad de los servicios de salud 196

3.6 PROBLEMAS GLOBALES DEL SISTEMA 196
3.7 CALIDAD DE LA REGULACIÓN 198
3.8 CALIDAD DE LA IVC 199
3.9 EXPECTATIVAS GLOBALES SOBRE EL RUMBO DEL SISTEMA 100

4 EL SISTEMA DE SALUD TAL COMO LO VIVEN LOS AGENTES: UNA CONSTRUCCION BASADA EN LOS HECHOS 203

4.1 UN MUNDO ATOMIZADO E INSEGURO 203
4.2 LA REGULACIÓN ACTIVA CONSTITUCIONAL Y LAS CONSECUENCIAS DE LA T-760 206
4.3 LA INTERVENCIÓN DIRECTA EN EL SISTEMA Y LA INTEGRACIÓN DE LAS FUNCIONES DE REGULACIÓN, FINANCIAMIENTO Y ASEGURAMIENTO 208
4.4 LA LEY ESTATUTARIA Y LA RECTORÍA CONSTITUCIONAL 210

5 BIBLIOGRAFÍA 212

1 LA REGULACIÓN Y LA IVC EN TIEMPOS DE CRISIS

La mezcla conceptual de la Regulación[1] y la práctica de la Inspección, Vigilancia y Control (IVC)[2] en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) se torna problemática porque proviene de dos realidades institucionales e históricas, que rara vez se encuentran en el mismo sistema institucional. Su punto de convergencia, o mejor, su punto de concurrencia gravita en la observación del comportamiento de los agentes en términos del cumplimiento de los objetivos normativos y funcionales en el sistema y su punto de diferenciación radica, en términos prácticos y reales en Colombia, en que la regulación se encuentra orientada a facilitar las transacciones entre los agentes institucionales del sistema, por ejemplo, las relaciones entre los afiliados y el sistema, por medio de la cotización y la afiliación obligatoria; las transacciones entre el Fosyga y las EPS a través del POS y la UPC; y las relaciones entre las EPS y las IPS a través de los contratos y los pagos, con una especial ausencia de las relaciones reales entre las IPS, los médicos y los usuarios y pacientes en términos de acceso, uso y calidad.

A su vez, la IVC se encargó fundamentalmente del establecimiento y seguimiento de sistemas de información para la vigilancia y control de los agentes, en términos de cumplimiento de las condiciones de permanencia, especialmente a través de la Circular Única derivada de las funciones de policía administrativa y del control interno gubernamental. Al diversificarse el sistema de salud como un Sistema General de Seguridad Social de carácter obligatorio, con delegación de las funciones de gestión del aseguramiento

[1] *La regulación como concepto y como práctica gubernamental se origina institucionalmente en Colombia como una de las funciones primordiales del estado moderno en los años 90, en donde se considera que Colombia debe pasar de un Estado proveedor de servicios públicos que se relacionan directamente con la sociedad, a un Estado regulador que actúa en el marco de sistemas generales y plurales de servicios sociales, con participación pública y privada, en la que su función principal consiste en la definición de las políticas, el financiamiento y la regulación propiamente dicha de los agentes privados, delegatarios de las funciones públicas, mediante la observación del desempeño, el establecimiento de incentivos y la penalización de sus fallas. Estas transformaciones de las funciones esenciales del Estado se manifestaron con mayor fuerza en los servicios sociales tales como salud, servicios públicos domiciliarios y, en algunos casos, en educación.*

[2] *La inspección la vigilancia y el control son de larga tradición en Colombia, desde la formación del Estado colonial, la constitución del 86 y las diferentes reformas constitucionales, en donde el Estado ejerce funciones de policía administrativa, relacionadas con el orden público, y con la capacidad de realizar un seguimiento continuo a través de la vigilancia, la inspección y el control de las instituciones públicas, para garantizar su buen funcionamiento y, de alguna forma, proteger a los ciudadanos a través de organizaciones especializadas que surgieron como organismos adscritos a las instituciones del poder ejecutivo, especialmente de los ministerios, con amplios campos de actuación que van desde los requerimientos de información, el establecimiento de multas y la intervención directa y el control administrativo de las entidades bajo su jurisdicción. Como un caso especial, la Superintendencia Nacional de Salud surge para vigilar y controlar la actuación del Seguro Social en el cumplimiento de la política nacional en salud en los años 70 y se va transformando en una Superintendencia Nacional de carácter sectorial en los años 90 con funciones que incluyen la vigilancia de las instituciones públicas, incluidos los municipios y departamentos, y después de la ley 100 con la inspección, la vigilancia y el control de agentes privados delegatarios de funciones públicas como las EPS, IPS y las cajas de compensación familiar.*

y provisión de servicios por parte de agentes particulares y públicos descentralizados, las funciones de intervención y provisión de servicios se transformaron inicialmente de la provisión publica directa, a la regulación de las transacciones, realizadas en un principio por el Consejo Nacional de Seguridad Social, (CNSS), el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), y el Ministerio de Hacienda y Crédito Público (MHCP), cambiando posteriormente hacia una regulación más orientada al mercado por la Comisión de Regulación en Salud (CRES), y, ante la inoperancia de los anteriores mecanismos, por los Jueces y la Corte Constitucional, en un proceso que hemos denominado de la regulación corriente a la regulación y rectoría constitucional y a la inspección, vigilancia y control del cumplimiento de las funciones públicas de los privados por parte de la Superintendencia Nacional de Salud (SNS).

En los sistemas, en los mercados de los seguros y en los servicios de salud se considera que existen grandes fallas en su funcionamiento, derivadas de la imposibilidad, en algunos casos leves y en otros muy fuertes, de comprender la naturaleza de los problemas de salud por parte de los ciudadanos, usuarios y pacientes y de transformar las percepciones y necesidades en demandas oportunas de servicios, originando lo que podría denominarse una falla del lado de la demanda, acompañada de la gran variabilidad en la identificación especifica de los tratamientos y de los resultados de las intervenciones, lo que a su vez podría denominarse la gran falla del lado de la oferta. La combinación de las fallas mencionadas hace que, desde el punto de vista teórico y conceptual, se considere globalmente que existen grandes fallas para responder por los problemas de salud cuando su organización se centra en las interacciones de mercado, bien sea de los seguros de salud o de los servicios. Ya lo decía Arrow "... *Cuando el mercado falla en su misión de alcanzar una situación óptima, la sociedad tiende a reconocer, en cierta medida, esa deficiencia y aparecerán instituciones sociales no comerciales con el propósito de subsanarla"* (Arrow, 1963).

En este estudio, se entiende la regulación como un conjunto de reglas y mecanismos que restringen, y por tanto cambian, las relaciones entre los agentes, las instituciones y los mercados, en la búsqueda de metas de interés público, mediante la solución de fallas de la organización pública y/o imperfecciones de los mercados, tales como la selección adversa y el riesgo moral, entre otros. Según Baldwin et al, (1998), existen tres formas en las que el Estado actúa como ente regulador: la forma más estrecha, la intermedia y la más amplia, siendo la diferencia entre estas, el grado de regulación del Estado. La primera comprende únicamente reglas explicitas definidas por el Estado, mientras que la tercera incorpora todos los mecanismos de control tanto explícitos como implícitos. Wallack et al (1991) definieron cuatro modelos de regulación: 1) el modelo de elección, caracterizado por la baja intervención, pues el Estado solo regula para corregir las fallas de mercado; 2) el modelo directivo, donde el

Estado utiliza su rol de comprador y de regulador para estimular algunos servicios; 3) el modelo restrictivo, donde el Estado limita lo que está a disposición del mercado; y 4) el modelo prescriptivo, donde el Estado define los criterios para la oferta de servicios en el mercado.

Sin embargo, la intervención del Estado como agente regulador también ha sido cuestionada en función de los resultados obtenidos, tales como las fallas de información, la captura regulatoria y la debilidad de los mecanismos de incentivos para corregir el comportamiento de los agentes y la débil capacidad para introducir sanciones y penalizaciones (Joskow P. , 2005).

Este comportamiento que mezcla concurrencia[3] y especialización[4] de funciones, es percibido por los agentes regulados como parte de una misma cosa, el control formal gubernamental de requisitos, en donde se piden auto reportes de información sin sistemas de verificación, basados en inspecciones y vigilancias que tengan en cuenta a los afiliados y usuarios del sistema. La mayor debilidad de la regulación, desde el punto de vista de la política regulatoria, consistió en la creencia casi absoluta de que las funciones de agencia y representación de los intereses de los afiliados y usuarios, constituidos formalmente por las EPS y las IPS, estaban funcionando bien y lo que ocurría en el Sistema eran leves desviaciones, posibles de corregir mediante incentivos al buen desempeño, especialmente a través de nuevas normas.

Desde el punto de vista de los jueces, pacientes, usuarios y afiliados, la debilidad superior de la regulación y el control consiste en la ausencia de criterios claros de defensa de los intereses públicos relacionados con los derechos de los afiliados y ciudadanos que, a pesar de sus formas de delegación, son responsabilidad gubernamental y estatal. De ahí la consideración de la Corte de que el Estado hace parte de las circunstancias que constituyen la violación sistemática del goce efectivo del derecho a la salud.

Los criterios que hacen eficaces los mecanismos de regulación y control los constituyen la existencia de normas sociales de autorregulación y autocontrol, que se fueron perdiendo en el desarrollo del sistema, por cuanto los agentes perciben que la multiplicidad de la regulación normativa entra en contradicción, hasta el punto en donde cada comportamiento oportunista y contrario al interés público puede encontrar una norma justificadora que lo ampare. De igual forma, perciben que la IVC está muy lejos, tan

[3] *La concurrencia es una categoría que utilizamos cuando más de una entidad pública se encarga formalmente de realizar funciones relacionadas con el comportamiento de los agentes y que impliquen la realización de formas de control, penalización y/o incentivos, refiriéndose específicamente a que entidades como la Procuraduría, la Controlaría y, en algunos casos, la Defensoría del Pueblo realizan funciones de IVC y a las formas como la Corte Constitucional ha venido sustituyendo las funciones regulatorias del Ministerio de Salud, del Consejo Nacional de Seguridad Social y de la Comisión de Regulación en Salud.*

[4] *La especialización hace referencia a la búsqueda de una definición normativa y organizacional que se encargue en forma exclusiva de las funciones de la IVC en el sector salud, en este caso la Superintendencia Nacional de Salud que fue redefiniendo sus funciones a través del tiempo, pero sin lograr eliminar la asignación de las mismas funciones a otros entes de control como los municipios, los departamentos, la Procuraduría, la Contraloría, la Defensoría y las Personerías. En los momentos críticos, cuando no se realiza en forma efectiva la IVC y las fallas en el funcionamiento de los sistemas públicos afectaron a los ciudadanos, estos recurrieron a la tutela, como una forma más efectiva de protección de los derechos en general y de restauración de las obligaciones directas de los agentes mediante la obligación de prestar servicios negados por ellos.*

lejos que no puede saber si los auto reportes son ciertos o falsos y, lo peor de todo, los agentes perciben que, más allá de pedir reportes, su capacidad de sancionar es demasiado baja, prácticamente inexistente, de acuerdo con la propia experiencia de los vigilados.

Los vacíos regulatorios fueron llenados por la Corte Constitucional, convertida en regulador de reguladores y los vacíos de IVC quedaron por largo tiempo sin solución, hasta tal punto que los agentes la perciben como lejana e inoperante.

Frente a la pregunta final de las entrevistas hechas a los agentes en el marco del estudio del que hace parte el presente proyecto, en donde se indagó acerca de si se requería más regulación o más autorregulación, más autocontrol o más IVC, en coro respondieron: más regulación, más control, pero efectivo, no de normas y de escritorio. Los agentes regulados comprenden que, en medio de la actual crisis definida por la existencia de un sistema atomizado de autoprotección de los agentes, será necesaria una intervención directa del Estado que no solo controle y regule a los agentes desde fuera, sino principalmente desde dentro, mediante la intervención. Al ser muchos los posibles intervenidos, la estructura institucional y normativa del MSPS y de la SNS se quedará corta, dando la sensación, también resaltada por los agentes, de que el sistema no mejorará y se desgastará en crisis sucesivas, a tal punto que la legitimidad se vea seriamente cuestionada.

Desde el punto de vista institucional y organizacional, es confuso cuál es la institución reguladora en el sistema. Algunos consideraron que lo apropiado era el Consejo Nacional de Seguridad Social, otros consideraron que la CRES, no siendo claro si la regulación es una función esencial del MSPS. Lo único claro es que el Gobierno debe intervenir porque de alguna forma es el responsable. Con las actuales intervenciones de EPS e IPS, el Gobierno sustituye las funciones de los agentes, dando la imagen de que la división de funciones institucionales de dirección, regulación, aseguramiento y provisión de servicios en tiempos de crisis, debe ser reemplazada por la palabra intervención, no importa de parte de quien sea, si del MSPS o de la SNS.

En estas circunstancias, la vieja estructura del sistema es sustituida por una intervención de facto de los agentes, acompañada de un seguimiento constitucional que realiza la Corte Constitucional para que el MSPS y la SNS hagan bien su tarea. ¿Hasta dónde será posible esta solución? Muchas son las dudas, puesto que la estructura del MSPS y la SNS están hechas para tiempos corrientes y no para tiempos de crisis. La intervención directa gubernamental requiere estructura, instrumentos y recursos nuevos, del tipo Unidades Especiales y recursos económicos especiales (Fondos de Garantías). La característica de las crisis consiste en que los instrumentos regulatorios y de control corrientes no funcionan y la intervención gubernamental, para ser efectiva, es necesaria a gran escala; cosa que es poco probable en las actuales circunstancias.

En tiempos de crisis, la regulación y el control normalmente van sustituyendo la operación de los agentes y preparando las condiciones para retirarse en el mediano plazo, como en la crisis financiera, cuando el Gobierno interviene y administra los bancos hasta recuperar la confianza del público y de los deudores para asumir sus deudas, preparando el terreno para el regreso a tiempos normales de regulación pública y control gubernamental. Esta consideración de tiempo y velocidad de los acontecimientos dará poco espacio para reestructuraciones tradicionales o para poner en funcionamiento en forma rápida el decreto de reestructuración de la SNS con el enfoque de riesgo, pues el riesgo es sistémico y lo que se necesita es un sistema de priorización de las intervenciones y de recursos financieros necesarios, evitando caer en el error, presentado en la intervención de SaludCoop, de resolver un problema operativo y financiero complejo con una intervención administrativa y burocrática. La intervención debe ser real, en el sentido de que el Gobierno debe asumir las obligaciones de las entidades intervenidas y no solo su control administrativo.

Cuando los dispositivos normales fallan, todo se hará sobre el camino y el dispositivo para las soluciones en el camino deben ser veloces, por lo menos las financieras y las operativas, para garantizar el rescate. Los agentes aseguradores y prestadores actúan con pesimismo, retroalimentando la crisis. El Estado debe actuar con éxito para recuperar el optimismo.

Si la regulación en tiempos de crisis se transforma en intervención, la IVC también. Se requiere de una acción común. Podría decirse que, desde su inicio, las Unidades Especiales de Intervención sean mixtas. Esto daría la sensación de la existencia de un dispositivo nuevo, acorde con las circunstancias y con nuevas legitimidades. El desarrollo de las intervenciones o su final: Reestructuración o liquidación de EPS e IPS marcan los destinos de nuevas realidades institucionales en el sistema. La reestructuración solo es posible si los propietarios de las aseguradoras y de los hospitales reaccionan y se capitalizan en nuevas estructuras de propiedad y organización, de lo contrario las liquidaciones sucesivas entrarán en pánico haciendo necesaria la "estatización", por llamarlo de alguna manera, y el surgimiento de un nuevo sistema público de seguros en salud.

Son tiempos de grandes soluciones, no de pequeñas reestructuraciones de la operación corriente del MSPS y la SNS. Tal vez sea el momento de reconocer la verdadera magnitud de los problemas, y la SNS debe jugar un papel primordial en ese proceso para que su intervención sea exitosa.

Las circunstancias actuales son vistas, por la mayoría de los agentes, como una crisis compleja que combina problemas financieros con bajos niveles de legitimidad de los agentes, crisis regulatoria y baja oportunidad y calidad de la IVC. Por otra parte, los afiliados y usuarios perciben que hay una situación en la que se ven enfrentados a

grandes riesgos e incertidumbre sobre sus derechos, lo que los lleva a prever que la duración de la situación sea relativamente larga y con mucha incertidumbre sobre el éxito de la acción gubernamental.

La idea de un incrementalismo burocrático no será posible con los ritmos actuales; hay que poner la totalidad de la maquinaria gubernamental al servicio de una estrategia de estabilización del sistema, de la cual la intervención es solo su primera fase, después vendrán las reestructuraciones, las fusiones y el refinanciamiento. De su éxito depende la configuración futura del Sistema, ya sea en términos de funciones públicas centralizadas o funciones autónomas descentralizadas. La Regulación Publica y el Control deben prefigurar sus propias instituciones, que de seguro serán estructuradas desde una lógica operativa y financiera, y no aquellas constituidas desde una lógica puramente normativa y burocrática. Actuar más y con mejores instrumentos será la norma de supervivencia institucional del MSPS y de la SNS y, a través de ellos, la supervivencia del Sistema de Salud.

2 METODOLOGÍA

El objetivo fundamental del estudio fue la indagación de la posición de los agentes públicos y privados frente a las funciones de regulación e Inspección, Vigilancia y Control, frente a los problemas relacionados con el buen funcionamiento del Sistema de Salud colombiano y la valoración de sus expectativas en términos de estabilidad y cambio en el futuro. Este proceso reveló que actualmente se reconoce por parte de los agentes la existencia de una crisis en el sistema de salud, al mismo tiempo que se propusieron alternativas para superarla.

Para entender el contexto de crisis en el Sistema de Salud y valorar las expectativas futuras de los agentes frente a las decisiones regulatorias y de control, se tomaron como referencia los problemas y sus soluciones, mencionados por la exposición de motivos de las propuestas de reforma presentadas en 2014, especialmente de la Ley Estatutaria (2015) y el proyecto de Ley Ordinaria, así como el Decreto 2642 (2013) para la reestructuración de la SNS.

La identificación de los problemas evidenció la complejidad del Sistema y la multiplicidad de agentes que lo componen. Para capturar y entender dicha complejidad se estimó necesario entablar una conversación en profundidad, a través de entrevistas con diversos agentes, cuya selección tuvo en cuenta su representatividad en el sector al que pertenecen y los diferentes intereses que ostentan, considerando dentro de ellos a los directivos y dueños que están en condiciones de tomar decisiones sobre el futuro de sus propias entidades e instituciones, de tal forma que en la reconfiguración del Sistema queden plasmadas sus expectativas.

2.1 Diseño de Investigación

En esta sección se explican los distintos elementos del diseño de investigación, como son la perspectiva epistemológica y ontológica, el enfoque y los métodos utilizados, la estrategia de investigación y la teoría y conceptos pertinentes, entre otros.

2.1.1 Ontología y epistemología

Esta investigación se planteó desde el paradigma constructivista. En concordancia, el estudio adoptó una posición ontológica relativista, que supone que la realidad es una "construcción múltiple", es decir, que se construye desde una diversidad de visiones, aceptando la existencia de múltiples realidades e intereses materiales e institucionales (Denzin, N. K., Lincoln, Y.S;, 2011).

Acorde con esta orientación ontológica, se adoptó una visión epistemológica subjetivista, reconociendo que investigador e investigado se moldean mutuamente y crean el conocimiento en un ejercicio conjunto (Denzin, N. K., Lincoln, Y.S;, 2011). Es como si participaran en un laberinto de espejos en el cual observan y son observados simultáneamente los comportamientos y las decisiones de los mismos.

2.1.2 Enfoque de métodos mixtos

En este proyecto se utilizaron métodos de investigación cuantitativos y cualitativos, que, tomados en conjunto, permiten profundizar en la comprensión de las expectativas e intereses estudiados. Este enfoque corresponde con lo que ha dado en llamarse métodos mixtos. Según Venkatesh, Brown y Bala (2013), esta estrategia es valiosa porque abre la posibilidad de aprovechar las fortalezas de los enfoques cualitativo y cuantitativo, titativo, y atenuar sus respectivas debilidades. Para estos autores, los métodos mixtos ofrecen una visión más detallada y amplia de lo que podrían arrojar los enfoques cualitativo y cuantitativo de manera individual. Mientras que la entrevista en profundidad o semi-estructurada permite entrar en el detalle y da acceso a las narrativas de los participantes, la encuesta ofrece amplitud, al permitir la recopilación de información de muchos sujetos sobre diferentes aspectos de un fenómeno. Como resultado de esta mezcla, los investigadores pueden alcanzar inferencias más precisas y acertadas.

Por su parte, Osawa y Pongpirul (2014), argumentan que el método mixto brinda la oportunidad de contar con un mayor conglomerado de percepciones divergentes y complementarias. Esto puede llevar a conclusiones diferentes desde los datos cualitativos y cuantitativos, o a resultados complementarios que se refuercen. En el primer caso, los métodos mixtos enriquecen la comprensión del tema y de las interrelaciones involucradas, así como la teoría utilizada, y en el segundo, proporcionan una visión holística sobre el tema estudiado, contribuyendo a la consolidación de teorías. Según estos autores, las bondades del método mixto para los sistemas de salud permiten al investigador "...ver los problemas desde múltiples perspectivas, [...] desarrollar un entendimiento más completo de un problema, triangular resultados, cuantificar idearios difíciles de medir, ilustrar los contextos de algunas tendencias, examinar procesos, [...] y capturar el panorama macro de un sistema."

En el caso particular de este estudio, los métodos mixtos se aplicaron a través de un diseño incrustado de modelo dominante (Castañer, M., Oleguer, C., & Anguera, M., 2013). Dicho diseño consiste en que algún tipo de datos, ya sean cualitativos o cuantitativos, dominan la investigación, mientras que el otro tipo de datos es secundario y tiene la función de complementar los datos dominantes. En este caso, los datos que dominan son los datos cualitativos recogidos a través de las entrevistas, mientras que los datos cuantitativos arrojados por las encuestas tienen un papel de complementariedad, sirviendo para sintetizar algunos temas específicos investigados en el estudio.

2.1.3 La muestra y los participantes

El muestreo cualitativo busca comprender el fenómeno examinado, trabajando con muestras seleccionadas intencionalmente. Para ello, se eligen individuos y contextos desde los cuales se pueda aprender mucho sobre el tema estudiado (Mayan, 2011). Con esto en mente, los participantes en las entrevistas fueron seleccionados por su condición de agentes del sistema de salud, que conocen y pueden dar cuenta de los intereses de su sector a través de decisiones en el ámbito público o privado. Las muestras buscan obtener profundidad y captar intereses particulares para hacer un recuento detallado de las visiones ostentadas por los actores y valorar su posición con respecto a los procesos que ocurren en el Sistema.

Para identificar a los agentes se elaboró la Gráfica 2 (que se puede apreciar en el numeral 4.2) donde se plasmaron los distintos tipos de relaciones que pueden existir en el Sistema y los diversos agentes que están sujetos a ellas. La selección estuvo sujeta a la disponibilidad de los individuos y su deseo de participar en las entrevistas (Bryman, 2008). En total, se realizaron 40 entrevistas entre julio y octubre de 2014 y cada entrevistado firmó un consentimiento informado en el que autorizaba o negaba la grabación de la entrevista y la inclusión de citas textuales en este informe. El número de entrevistados para cada grupo de agentes se muestra en la Gráfica 1.

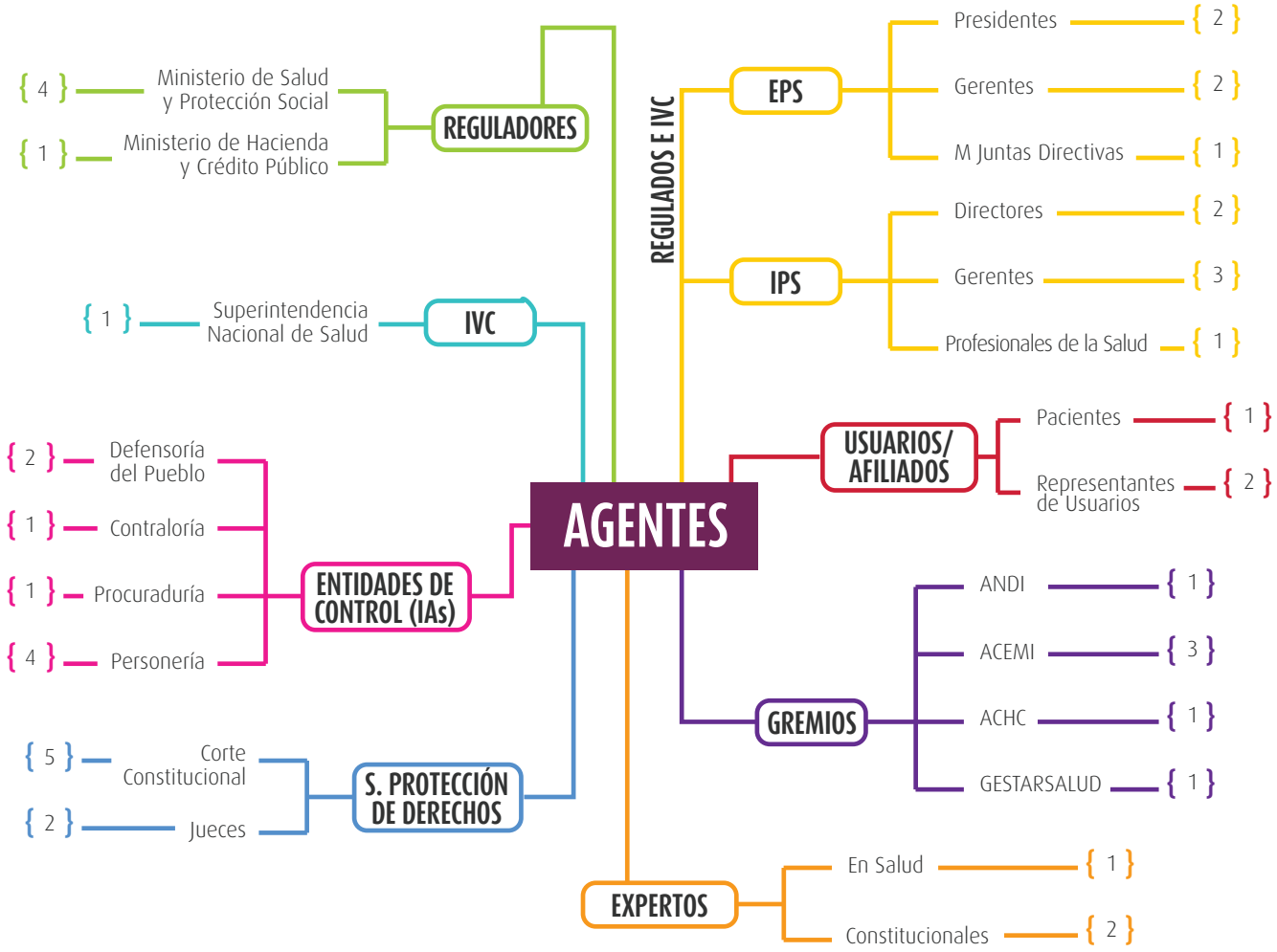
Vale la pena precisar que los entrevistados provienen en su mayoría de Bogotá, por cuanto las sedes de las entidades que representan se encuentran en esta ciudad, pero también de los Departamentos de Valle y Tolima. La selección de los municipios se hizo tomando como referencia el Índice de Tamaño Funcional que clasifica los municipios del país en 7 niveles, de acuerdo con "la magnitud de las funciones urbanas de cada municipio" (Fresneda, O., Moreno, P. & Alfonso, O., 1998)[5]. La intención al tomar este Índice como referencia fue seleccionar ciudades y

[5] *Los indicadores que dan cuenta de esa función urbana son: 1. El tamaño de la población; 2. El número de establecimientos y trabajadores por rama de actividad económica; 3. La actividad bancaria y financiera; 4. La cantidad de Instituciones Prestadoras de Salud de alcance local y regional; 5. La cobertura en educación secundaria; y 6. Factores fiscales (Impuestos recaudados de industria, comercio y servicios, Ingresos propios municipales y sobretasa a la gasolina).*

municipios que dieran cuenta de los distintos niveles de magnitud en el país. Se tomó a Bogotá por representar el primer grupo de clasificación, denominado como "Centro metropolitano nacional", y también por ser donde se alberga el nivel central de Gobierno. La ciudad de Cali fue escogida como representante del segundo grupo "Centro metropolitano regional". Para incorporar el nivel de "Centro regional mayor", se recogieron datos en la ciudad de Ibagué, mientras que El Espinal sirvió como referente de los municipios que integran el nivel "Centro sub regional mayor".

Finalmente, el municipio de Calima (Darién) permite dar cuenta del nivel de "Centro local".

Gráfica 1. Número de entrevistas analizadas por grupos de agentes



Fuente: Elaboración propia

2.1.4 Estrategia de investigación - Fenomenología social y análisis temático

La estrategia de investigación es un componente del proceso de investigación cualitativa, que "pone en movimiento los paradigmas" (Denzin, N. K., Lincoln, Y.S;, 2011) es decir, que permite conectar los presupuestos constructivistas con la realidad empírica que se está estudiando. Para procesar, interpretar y analizar los datos recabados se recurrió a la estrategia de fenomenología social, aplicándola a través del análisis temático.

La fenomenología social concuerda con la perspectiva epistemológica subjetivista adoptada en esta investigación, ya que de igual manera acepta que las personas estudiadas son las que construyen el conocimiento, al atribuirle significado a la realidad social. Siguiendo a Mieles, Tonon y Alvarado (2012), en la fenomenología social "...el significado subjetivo de la experiencia [de las personas es] lo que constituye el tema de estudio."

El análisis temático que se aplicó para materializar la estrategia de fenomenología social se define como un proceso para organizar, identificar, analizar y reportar patrones o temas encontrados en el cuerpo de datos estudiado, con el fin de alcanzar una mejor comprensión del fenómeno explorado (Mieles B., M. D., Tonon, G., & Alvarado Salgado, S. V. , 2012); (Vaismoradi, M., Turunen, H., & Bondas, T., 2013). Según Vaismoradi, Turunen & Bondas (2013), esto se logra rompiendo los textos de las entrevistas en conjuntos pequeños de contenido, que luego se describen en detalle. Los autores agregan que, al buscar patrones en los datos, es natural que el análisis temático requiera identificar los factores comunes en el contenido de las entrevistas examinadas, proceso que está compuesto por las familiarizaciones con los datos, codificación, creación de categorías, identificación y definición de temas y etapas (Green, J., Willis, K., Hughes, E., Small, R., Welch, N., Gibbs, L., & Daly, 2007); (Andersson, 2014).

En esta investigación los temas concuerdan con los objetivos del proyecto en el sentido de reflejar la posición y los intereses de los agentes frente a la regulación y el control. Para simplificar la terminología, se habla de categorías y subcategorías de análisis, siendo las primeras, equivalentes a lo que se ha descrito como temas, mientras que las sub categorías corresponden a las categorías propiamente dichas. Siguiendo estas denominaciones, las categorías son: 1. Los problemas globales del Sistema, que comprenden las subcategorías de la legitimidad y derechos, los factores que afectan el acceso, la estabilidad y cambio, la crisis financiera y la crisis regulatoria; 2. La calidad de la regulación, que incluye la calidad de los instrumentos, expectativas de cambios, especialización y concurrencia, la calidad de la política y la ley estatutaria; 3. La calidad de la IVC que abarca la especialización, efectividad, expectativas y reestructuración; y 4. Las expectativas de los agentes con la idea de salud MIA y las expectativas frente al futuro.

3 PROBLEMAS GLOBALES DEL SISTEMA

Se presentan a continuación, las percepciones y los intereses de los agentes, en lo relativo a los problemas globales del sistema de salud, desde el lente de las vivencias cotidianas de los agentes y sus experiencias concretas dentro del sistema de salud, al responder a la pregunta: ¿Cuáles son los problemas que los agentes consideran importantes y cómo los entienden?

Para representarlo se han organizado de acuerdo con las siguientes subcategorías que permiten entender los hechos sobre los problemas globales del sistema: 1. Legitimidad y derechos; 2. Factores que afectan el acceso, uso y calidad de los servicios de salud; 3. Estabilidad y cambio; 4. Crisis financiera generalizada; y 5. Crisis regulatoria generalizada. Estas subcategorías exploran temáticas que afectan en forma general a la totalidad de los agentes del Sistema y que hacen que sea percibido por los agentes como no viable en el futuro, en términos de garantizar la continuidad y permanencia de los agentes, o como un sistema que no es capaz de garantizar los derechos en forma efectiva.

3.1 Legitimidad y derechos (L&D)

La legitimidad y los derechos en el sistema aluden a la forma como la totalidad de los agentes, incluidos los reguladores, representan conceptualmente las manifestaciones, prácticas o hechos cotidianos que afectan los derechos de afiliación y uso de los servicios y que, dada su continuidad, terminan afectando su legitimidad y la materialización de los derechos en salud.

Para investigar las posiciones de los agentes frente a los problemas del sistema de salud en la perspectiva de la legitimidad y los derechos, se buscó responder los siguientes interrogantes: ¿Hasta qué punto creen los agentes que existe una violación sistemática del derecho a la salud y cómo entienden esa situación? ¿En qué medida consideran que hay una ausencia de IVC? Si estiman que la IVC es eficaz o ineficaz, ¿cuáles son las formas en que eso se manifiesta? ¿Qué rasgos de ilegitimidad identifican en el sistema y en qué consisten? ¿De qué manera se evidencia la corrupción en el sistema, cómo la definen los

entrevistados y qué soluciones plantean frente a ese fenómeno? ¿Cómo se entiende el incumplimiento en las interacciones que se dan al interior del sistema? Por último, ¿En qué consisten los conflictos que surgen entre los intereses de distintos agentes del sistema?

3.1.1 Violación sistemática del derecho a la salud

Los jueces y la Corte Constitucional, (CC), entienden la violación del derecho a la salud y los problemas para garantizarlo, como un conjunto de hechos asociados a la casuística de las tutelas tipificadas en muchas razones, desde la negación del derecho a la afiliación, hasta la negación de los servicios. En las narrativas de los usuarios se mencionan los hechos relacionados con la asignación de citas, las demoras por periodos largos con los especialistas y la entrega incompleta de medicamentos.

Estas ideas tienen eco en los hechos narrados por las IPS, mientras que al interior de las EPS la posición es difusa. A pesar de que estas últimas aceptan la ocurrencia de la violación de derechos, no reconocen que sea una situación de carácter sistemático, y menos aún consideran que las razones que sustentan la vulneración del derecho estén asociadas a su actuación como aseguradoras.

Para los expertos, en su gran mayoría la violación del derecho a la salud sucede y seguirá presentándose mientras el modelo impuesto en el sistema esté supeditado a los incentivos económicos y de rentabilidad de los agentes. Un experto constitucional dijo que "desde el punto de vista de los derechos, de la jurisprudencia global, es un desarrollo de la modernidad que está ligado precisamente a la incorporación del concepto de dignidad humana."

Para algunos jueces y funcionarios de la Corte Constitucional, la violación del derecho a la salud es una realidad, razón por la que ha debido intervenir; las tutelas son la evidencia de esta situación en la que la violación del derecho se percibe como sistemática. Como lo explica un Magistrado de la Corte, los agentes no cuentan con información veraz proporcionada por el MSPS sobre el incremento o descenso de las tutelas, lo que refuerza la idea de la violación sistemática del derecho a la salud. Siguiendo al Magistrado, esto se puede resolver, pero para hacerlo se necesita más tecnología y personal que permita a la SNS tener la información sobre la atención que reciben los usuarios.

3.1.2 Ausencia de IVC

Los agentes coinciden en que no ha habido vigilancia y control oportunos para restringir las actuaciones de los agentes en el sistema. Incluso los directivos del MSPS consideran que el sistema cuenta con la normatividad necesaria, pero existe un claro problema de carencia en lo relativo a IVC. Hasta los directivos y gerentes de las EPS y Hospitales consideran que la capacidad

para inspeccionar, vigilar y controlar a los agentes es muy baja.

Como producto de la situación mencionada se han generado efectos perversos para el funcionamiento del Sistema. Un Magistrado de la Corte asegura que, si contáramos con un sistema consolidado de IVC, los usuarios verían que sus necesidades se satisfacen efectivamente, descartando la idea de acudir a la tutela.

Parece acertado afirmar que la ausencia de IVC puede incrementar la falta de legitimidad del Sistema, así como el potencial de vulneración de los derechos en salud. La legitimidad podría verse afectada por la falta de vigilancia y control, en tanto que esa ausencia degenera en un sistema de salud permisivo, donde todo puede pasar y los límites a los comportamientos inadecuados son difusos o no se aplican. Se resalta que la ausencia de IVC también ha conducido a que se recurra al sistema de protección tutelar como último recurso, y ha permitido que ciertos agentes incumplan sus responsabilidades y deberes, como en el caso del Fosyga. Estos constituyen ejemplos claros de situaciones que pueden incrementar la percepción de falta de legitimidad. Adicionalmente, el recurso a la tutela pone de manifiesto la relación entre la violación del derecho a la salud y la precariedad del sistema de IVC.

Al explorar con mayor detalle la ausencia de IVC, y al asociarlo con la subcategoría de crisis regulatoria generalizada, la SNS y algunos expertos constitucionales creen que existe una gran cantidad de normas inconsistentes a través del tiempo, muchas de ellas contradictorias, que dificultan su cumplimiento, motivando acciones oportunistas de los agentes en favor de sus propios beneficios y acusando a los demás de las fallas en el cumplimiento de sus funciones en el sistema.

3.1.3 Eficacia de la IVC

Los agentes indican que la falta de contundencia en la IVC ha incidido en que las EPS puedan hacer lo que les plazca. Adicionalmente, señalan varias fallas asociadas con el proceso de aplicar la IVC al nivel departamental y municipal, así como lo inoportuno e inoperante de las acciones de la SNS para dar respuesta a los riesgos sistémicos en salud. Es de resaltar que no hubo opiniones que rescataran puntos positivos de la IVC, o su eficacia. El énfasis, por el contrario, estuvo en los factores que demuestran la ineficacia de la IVC, representada en casos simbólicos como los de SaludCoop y Caprecom, la ausencia de mecanismos de control descentralizado en los departamentos y municipios o la baja capacidad de la SNS frente a la actuación de los hospitales. Incluso el mismo Superintendente de Salud plantea que a la SNS le hace falta capacidad, pues requiere profesionales con una mayor diversidad de experticias y especialidades.

Podría afirmarse que la Superintendencia de Salud tiene demasiadas funciones y pocos recursos e instrumentos que le permitan cumplir con

sus responsabilidades institucionales y se concentra en algunos casos individuales relacionados con los riesgos de los agentes, pero no tiene una perspectiva de los riesgos globales del Sistema y tampoco tiene capacidad correctora cuando se trata de los riesgos financieros de los agentes, especialmente de las EPS.

Desde el punto de vista de la relación entre las normas, la política regulatoria y la IVC, se mencionan problemas relacionados con la falta de definición de la naturaleza pública o privada de los recursos de la salud y la seguridad social, y con la falta de claridad sobre el papel de las aseguradoras en el sistema, especialmente relevante dado que se delegan funciones públicas a particulares.

En el contexto de la gran explosión y contaminación normativa, la SNS debería ser omnipresente, estar en todas partes, y la sociedad así parece exigirlo y al no ser así, su nivel de aceptación social e institucional es bastante cuestionado hasta el punto de considerar que la falta de IVC afecta la legitimidad del Sistema.

3.1.4 Percepción de ilegitimidad

En lo que se refiere a la legitimidad, los prestadores resaltan que la ilegitimidad del Sistema puede estar asociada a barreras en la oportunidad, acceso y uso de los servicios de salud. La ilegitimidad surge porque los usuarios se enfrentan constantemente a la tardanza en asignación de citas, de tal forma que "el ciudadano que va y pide una cita y se la dan para dentro de 6 meses y tiene un cáncer, pues se siente atropellado, creo que eso golpea todos los días a la gente, por eso se van para urgencias cuando tienen gripa, la gente trata de defenderse como puede [y] como son tantos todos los días [eso] golpea muchísimo la credibilidad", según el testimonio de un usuario. También se plantean las demoras asociadas a los trámites relacionados con autorizaciones, como un aspecto que deslegitima el Sistema, porque "ya el paciente logra meterse a urgencias o logra que le den la cita o se espera los 6 meses, va donde el médico y el...médico le formula unas cosas [pero] entonces [se las] niegan... me parece que eso destruye la credibilidad del Sistema totalmente". Los ejemplos reflejan la necesidad de tener un amigo a su interior para acceder a los servicios efectivamente, así como ineficiencia en la asignación de citas y autorizaciones, factores que repercuten en la falta de legitimidad.

A diferencia de los agentes prestadores, los entrevistados de los entes de control no resaltan posibles fuentes de la ilegitimidad del Sistema, pero sí indican algunas formas en que se manifiesta esa ilegitimidad. En esa dirección, el Asesor de la Defensoría Delegada para la Salud aduce que "el Sistema ha perdido legitimidad. Precisamente el volumen de quejas y las tutelas son una expresión de la incredulidad [en el Sistema]...Tenemos casos en que la gente acude primero a la SNS o a la Defensoría, antes de ir a pedir la cita..."

Para las EPS, la ilegitimidad es el resultado de todas las fallas que se han ido presentando en el Sistema y del protagonismo de importantes instituciones políticas, entre las cuales está la Presidencia de la República, así como de casos muy especiales que los medios de comunicación se encargan de generalizar.

Entre los reguladores, especialmente en el MSPS, se argumenta que el Sistema ha ido recuperado la legitimidad, porque el usuario cada vez reporta una vivencia más favorable del servicio: "Las mediciones de experiencia siempre han sido mucho mejores que las de percepción del Sistema y hoy estamos llegando casi al 73% de experiencia positiva", afirma el Viceministro de Salud. Desde su perspectiva, para reversar esa situación es necesario retribuir más a la gente y para lograrlo se requiere de un modelo de atención nuevo, reubicar las iniciativas de aseguramiento, humanizar el Sistema y fortalecer la configuración en redes integrales de servicios.

Finalmente, la legitimidad y los derechos también sufren en la medida en que la vigilancia sobre los agentes del Sistema es precaria y se centra en factores financieros, dejando de lado la calidad de los servicios. Todos estos factores generan una imagen negativa a los ojos de los usuarios y reducen la posibilidad de que el derecho de los ciudadanos a la salud se respete y garantice.

3.1.5 Corrupción

Los agentes discuten múltiples aspectos de la corrupción, incluyéndola como un factor prevalente en el Sistema. También se plantea el debate sobre si los orígenes de la corrupción están en el sector público o en el privado. Finalmente, algunos agentes usan el caso de SaludCoop para ejemplificar lo que es la corrupción, pero mientras unos identifican a las EPS como las culpables de esa situación, otros ponen la responsabilidad sobre la SNS.

Entre los entrevistados de las entidades de control, EPS, los jueces, el grupo de expertos, los usuarios y la SNS, varios de ellos reconocen que la corrupción es un problema central del Sistema de Salud, puesto que la corrupción permea todos los espacios, constituyendo el problema principal del país.

Partiendo de muchos testimonios, la corrupción se puede entender como un factor deslegitimador, porque permea el accionar de los agentes aseguradores y del inspector, como pasó con el caso SaludCoop, al generar efectos perversos para el Sistema y debilitar la importancia del bien público. En ese sentido, el derecho a la salud también podría verse menoscabado si los intereses privados se imponen sobre los colectivos. Por otra parte, los diferentes enfoques planteados

para enfrentar la corrupción sugieren que la consolidación de la legitimidad del Sistema puede alcanzarse si se fortalecen los organismos de control y la labor de IVC, asegurando sanciones efectivas e impidiendo la perpetuación de comportamientos indebidos y corruptos. También se sugirió el retorno a un seguro público de la mano de una veeduría internacional. Sin embargo, algunos agentes también descalificaron la estrategia de mayor control, afirmando la imposibilidad de superar la corrupción, y se apartaron de la idea de volver a un seguro público, porque puede ser un nicho de corrupción.

Finalmente, según algunos testimonios la corrupción parecería tejerse en las relaciones público-privadas, con el segundo sector jugando un papel primordial en el proceso, lo que posiciona a los agentes privados como actores centrales en el proceso de deslegitimación del Sistema.

3.1.6 Incumplimiento de la Normatividad

Jueces, magistrados de la Corte Constitucional, municipios, departamentos, así como usuarios, destacan el problema del incumplimiento de las normas y de la regulación en el Sistema de Salud, lo que se presenta en la medida en que las normas que lo regulan existen, pero no se cumplen, están en el papel, pero no se aplican en la práctica.

Los entrevistados de las IPS y las entidades de control insisten en la idea de que no es suficiente que existan normas y puntualizan sobre el tema de la impunidad: "...todos saben que la posibilidad de que violar la norma les signifique algo es bajita, entonces uno necesita menos normas, pero con menos impunidad..." afirmó un gerente de hospital.

La situación de incumplimiento de normas, en las múltiples formas que puede asumir, se puede entender como un factor que le resta legitimidad al Sistema, porque genera desorden en su interior y fallas en su operación, situación que puede producir una imagen negativa a los ojos de los usuarios y de la opinión pública. La condición de impunidad, al permitir el incumplimiento, también puede incidir en la ilegitimidad del mismo.

3.1.7 Conflictos entre los intereses de los agentes del Sistema

A pesar de los esfuerzos por establecer en la estructura del Sistema un esquema de especialización de funciones y de agentes, la mayoría de agentes considera que existen grandes conflictos entre intereses, especialmente entre aseguradores y prestadores que se va generalizando entre los agentes del financiamiento, la regulación y el control.

La mayoría de los entrevistados identifican como causantes de los conflictos entre los intereses de IPS y EPS, la búsqueda del lucro económico y la falta de pago de las aseguradoras a las prestadoras, la integración vertical y la intermediación de

las aseguradoras en el Sistema. Al final todos los agentes coinciden al afirmar que los conflictos entorpecen el cumplimiento de los objetivos del Sistema de Salud colombiano, como lo son mantener la población sana y buscar la recuperación de la salud.

Por su parte, los usuarios perciben que la falta de pagos de las aseguradoras a las prestadoras ha provocado los conflictos que hoy se viven en el Sistema, ya que comprometen la garantía del acceso de los afiliados a la prestación de los servicios de salud.

Algunos de los entrevistados estiman que la integración vertical es una práctica que genera conflictos entre los intereses: "El asegurador pertenece a la cadena de conservación de la salud con muchos otros, y el prestador pertenece a la cadena de la recuperación de la salud, entonces estamos integrando elementos de dos cadenas que son opuestas, por eso es que creo que se convierte en un conflicto de interés, más que en una cosa que beneficie el sector", como afirma un representante de los prestadores.

Se plantean adicionalmente conflictos entre los intereses del Estado y los agentes aseguradores o los gremios que los agrupan. En la medida en que esa delegación abre la puerta para que los aseguradores obtengan beneficios, surge un conflicto entre la salud como una responsabilidad pública y la salud como un medio para fines privados. En el caso de conflictos entre el Estado y los gremios, un experto en salud recuerda haber asistido a reuniones en las que sí "el Ministro empieza a...regular de alguna forma el tema de medicamentos, se convierte en un blanco [de] los gremios, porque allí hay unos intereses económicos...y cuando hay plata de por medio" surgen esos conflictos.

Estos conflictos acumulados alrededor de múltiples hechos erosionan la legitimidad del Sistema de Salud porque el Estado se retrae, dejando de velar por el interés común, y como resultado se fortalece el interés de actores individuales, que no representan una responsabilidad pública. Por la misma razón, se pueden ver afectados los derechos de los usuarios a la salud, en la medida en que los diversos agentes entran a incidir en el acceso, uso y calidad de los servicios que reciben los usuarios. Por otra parte, los testimonios demuestran que la legitimidad del sistema también se ve amenazada cuando ciertos grupos de interés ostentan el poder de moldear y delimitar las decisiones políticas que deberían estar en cabeza de funcionarios del Estado. Así mismo, el hecho de que un tema tan crucial como el de los medicamentos esté a la merced de los intereses de terceros, implica que estos actores tienen poder para definir aspectos que pueden afectar la forma en que se materializan los derechos de los usuarios a la salud.

Todos los actores perciben que en el Sistema de Salud prevalece el interés financiero de algunos agentes, por encima de la salud. Algunos de ellos indican que las reglas de juego se han construido de tal manera que prima el criterio financiero. Además, algunos actores destacan que lo financiero adquiere prevalencia debido a que la IVC concentra sus funciones en este aspecto.

De manera complementaria, los usuarios manifiestan que las EPS y el Sistema de Salud están orientados fundamentalmente al tema económico, razón por la que se descuida el Goce Efectivo del Derecho.

La primacía de lo financiero y procedimental frente a la salud y los riesgos y beneficios amparados, contribuye a la pérdida de legitimidad del Sistema, porque en lugar de ser un medio para alcanzar el Goce Efectivo del Derecho, lo financiero se convierte en su fin último, lo que termina violentando los derechos de los afiliados, al generar barreras en el acceso, el uso y la calidad de los servicios de salud.

Al acumular los hechos explicativos mencionados por los agentes en la subcategoría de "legitimidad y derechos", la mayoría de los agentes se forman la idea de un pluralismo atomizado, en donde la polución normativa y los instrumentos de regulación no logran la convergencia de intereses hacia el bien común y la protección de los derechos en el Sistema. Los agentes reguladores actúan muy experimentalmente, con grandes inconsistencias temporales, altos grados de incumplimiento de la normatividad y corrupción, y en medio de millones de datos las decisiones entran en contradicción unas con otras.

En medio de las grandes incertidumbres normativas y regulatorias, la IVC no encuentra el camino para priorizar hechos y agentes supervisados, dedicándose a todos y a ninguno a la vez, generando la idea de que la IVC pide muchas cosas a los vigilados, pero no las usa de manera efectiva para generar mejoras en el Sistema.

En ese escenario de incertidumbres marcado por la ineficacia de la IVC, surge la Corte Constitucional como un agente regulador que, a través de la jurisprudencia, trata de corregir los vacíos dejados por los encargados de la IVC. Sin embargo, dicha regulación emite muchas ordenes simultáneas, como es el caso de la sentencia T-760, sin lograr impactar a los agentes aseguradores y prestadores, poniendo la totalidad de la responsabilidad en el Gobierno Nacional, el MSPS y la SNS. Como resultado general, se observa mucho escepticismo frente a la capacidad de las leyes y los decretos de corregir los problemas sociales del Sistema, y en cuanto a la capacidad de construir consensos sociales que generen decisiones legítimas.

3.2 Estabilidad y cambio

Esta subcategoría examina los problemas del Sistema, al preguntar: ¿Para los agentes la estabilidad del sistema es una realidad o, por el contrario, se requieren cambios para consolidarla, y en qué consistirían dichas transformaciones, o cómo deben llevarse a cabo? En consecuencia, dentro de esta subcategoría los entrevistados hablan de los cambios estructurales que requiere el Sistema de Salud y discuten cuál es la mejor vía para reglamentar la Ley Estatutaria de Salud aprobada en 2014[17].

[17] *Y sancionada en el 2015 como la Ley Estatutaria en salud 1751 de 2015.*

A partir de las declaraciones de los agentes de las IPS es acertado inferir que la estabilidad del Sistema dependería de que se efectúen cambios estructurales relacionados con la modificación real de su estructura, incluyendo la redefinición de las instituciones aseguradoras y prestadoras, así como las bondades de los mercados que combinan relaciones complejas entre instituciones públicas y privadas en su actuación. Así mismo, se entiende que la estabilidad de la Ley Estatutaria y del Sistema se consigue reglamentando dicha Ley a través de medidas que promuevan el diálogo democrático y el reconocimiento social de los problemas, en instancias de concertación, tales como el CNSSS, y mecanismos intermedios. Todo esto, dado que el Congreso y los partidos políticos no tienen gran credibilidad en los temas de salud.

Los agentes de las IPS se pronuncian en torno a los dos temas: frente a la necesidad de efectuar cambios estructurales para que el Sistema funcione mejor, aludiendo a la regulación representada en la Ley 100; y frente a las leyes relacionadas con salud en general, o en particular, las reglas y normas que regulan el papel de los aseguradores y su sistema de remuneración.

En lo que se refiere al proceso de reglamentación de la Ley Estatutaria, se plantea que dicho proceso debe darse al interior del Congreso de la República. Definidos constitucionalmente como derechos, los servicios de salud deben avanzar en los medios para volverlos efectivos; aunque no queda claro exactamente cómo debe hacerse (si por la vía del decreto, o la legislación), sí se entiende que es necesario reglamentar la Ley Estatutaria, y que el proceso debe involucrar cuerpos colegiados reguladores como el Congreso o en el CNSSS y sobre todo una amplia participación de los usuarios y la ciudadanía.

Por otra parte, desde la experiencia de los reguladores, se entiende que los cambios estructurales deseables que podrían brindar estabilidad al Sistema tienen que ver con la creación de una forma de administración de los recursos, alrededor de la reestructuración del Fosyga y del nuevo modelo de atención, redefiniendo las dinámicas de aseguramiento, fortaleciendo las redes de servicios y transformando la cultura para que el Sistema sea más humano. Alcanzar la estabilidad también involucraría un proceso de cambio al interior del MSPS para ejercer el alto gobierno regulatorio, con rapidez y con criterios técnicos e informados, que permitan mejorar la comunicación con otras instituciones del alto gobierno.

Desde la SNS, los cambios estructurales necesarios tienen que ver con la implementación de un sistema de supervisión por riesgos, que ya está siendo estructurado y que podría resolver multiplicidad de problemas en el Sistema, incluidos los de crisis financiera y pagos de las EPS a las IPS. A su vez, desde la perspectiva de las entidades de control, estos cambios deseables de fondo involucran la consolidación de sistemas fuertes de IVC y que el Sistema de Salud prescinda de las EPS. Se presume que esto aportaría significativamente a su estabilidad.

En el grupo de expertos solo unos pocos reflexionan sobre la estabilidad y el cambio. Al referirse

a los cambios estructurales, plantean que el Congreso de la República no "va de la mano con ese tipo de problemas estructurales [sino que responde] a otro tipo de apreciaciones".

En cuanto al proceso de reglamentación de la Ley Estatutaria se cree que optar por el decreto reglamentario es tomar una posición muy sectorial y equivocada, porque "no obedece a unos consensos, no obedece a la visión de otros sectores, no obedece a espacios en los cuales haya un debate amplio y consensuado". Por eso se insiste en que "se debe seguir por la vía de buscar un consenso nacional donde los diferentes sectores sociales y las diferentes instituciones se expresen y manifiesten". Aunque no es claro si en este proceso se debe proponer un nuevo proyecto de Ley Ordinaria, es evidente que la reglamentación de la Ley Estatutaria debe apartarse del decreto y permitir la concatenación de acuerdos, diálogos y consensos.

Falta, en razón de la experiencia de 20 años vividos por los agentes regulados, el reconocimiento de que la vía normativa es muy limitada y, en el caso de los múltiples decretos, se considera que sus efectos sobre el comportamiento de los regulados son mínimos; es necesario reconocer que la inestabilidad del Sistema y su poca capacidad para cambiar y lograr estabilidad es un hecho real que no puede exógenamente corregirse con "decreticos", como popularmente los denominan en el Sistema. No existe ninguna mención específica de decretos exitosos, sino que más bien se reconocen gestiones de personas.

Tal vez la clave sea pasar de la gestión de personas, en virtud de la cual se cuenta con "más Ministro que Ministerio, más Superintendente que Superintendencia y más Contralora que Contraloría", a un sistema con más gestión regulatoria directa y más especificación de la IVC en forma institucional. El problema de la estabilidad no es de superhéroes, es de instituciones fuertes que transformen los compromisos normativos en una realidad, con beneficios para los agentes del Sistema, que por ese camino movilicen la estabilidad y confianza frente a la sociedad.

3.3 Crisis financiera generalizada

Al indagar en las percepciones de los entrevistados sobre los problemas del Sistema de Salud, esta subcategoría busca entender el grado en que ellos perciben la crisis financiera como un problema central en la concatenación de la crisis actual, y los factores puntuales que, según su perspectiva, componen esta crisis, incluyendo el fenómeno de la intermediación y la valoración que hacen del mismo.

Los hechos problemáticos organizados como mecanismos explicativos a través de la subcategoría de crisis financiera, constan de dos partes: la crisis financiera propiamente dicha y la denominada crisis de intermediación. Surge, en opinión de los entrevistados, un incumplimiento en los pagos entre los agentes del Sistema que afecta la oportunidad, la integralidad y la calidad de las atenciones recibidas por los pacientes, y la

denominación de crisis es asociada con la incapacidad de los aseguradores y prestadores de resolver, por sí solos, los problemas de liquidez y la ausencia de mecanismos de garantías estabilizadoras, tales como fondos de garantías. Aunque su reconocimiento es aceptado por la mayoría de los reguladores y los regulados, sus consecuencias sobre los derechos son muy disímiles entre los agentes. El mismo Ministro ha sustentado en múltiples oportunidades que la crisis actual del Sistema se manifiesta como una crisis financiera que afecta su totalidad, y el propio Superintendente consideró que, en la medida en que afecta a los agentes aseguradores más grandes y a muchos hospitales, la crisis financiera se convierte en un riesgo sistémico que no puede ser resuelto mediante medidas administrativas de intervención, sin instrumentos financieros y corporativos que involucren el esfuerzo financiero de los propietarios, de los agentes, y del propio Estado, como reasegurador de última instancia de los riesgos de los agentes, para la protección del servicio público de la salud.

La crisis financiera tiene muchos canales y hechos sobre los cuales manifiesta sus consecuencias, especialmente con los aseguradores convertidos en administradores del flujo corriente de recursos públicos, sin realizar inversiones privadas para superar sus problemas de endeudamiento crónico, fortaleciendo la idea de que actúan como intermediarios de un flujo de caja de los contribuyentes, sin involucrar los recursos de los propietarios, muchas veces invisibles para el público y con estructuras corporativas deficientes.

La casuística de los hechos se presenta con grandes alarmas y casos simbólicos y representativos en muchos aseguradores, hospitales y clínicas, hasta el punto en que el sistema de crédito bancario ha venido retirando sus operaciones en el Sistema, esperando a que las cosas mejoren cuando el Estado intervenga.

Los hechos asociados en esta situación se presentan a continuación por los agentes, empezando por la SNS y el MSPS, y terminando en crónicas de deudas y falta de capacidad de pago relatadas por los otros agentes.

3.3.1 Crisis financiera de los agentes

El Superintendente de Salud sostiene que los dos problemas centrales en salud son sistémicos, de naturaleza financiera, frente a los cuales la SNS no tiene muchas posibilidades de intervenir. Explica que esos problemas son "sistémicos, grandes, sobre las cuales no se puede tomar ninguna medida porque si se toma la medida que correspondería tomar acabamos con el Sistema, y esas dos entidades son SaludCoop y Caprecom. Claro que hay que liquidar SaludCoop y Caprecom; la Contralora tiene toda la razón, pero si yo líquido SaludCoop le dejo a la red hospitalaria pública y privada una deuda, que no se va a poder pagar, de un billón de pesos."

Siguiendo al Director de Aseguramiento del Ministerio de Hacienda y Crédito Público, la entidad tiene el plan de crear un fondo de garantías para el sector salud, con el fin de evitar el impacto negativo que podría traer una crisis financiera del mismo. "Lo que se habló fue de un mecanismo de liquidez para el sector y nosotros logramos un mecanismo, que más que de liquidez, es un mecanismo contracíclico para evitar crisis de la salud en el futuro. Sobre todo, pensando en la reforma, establecimos que vamos a partir de cero con las nuevas gestoras y vamos a tratar de tener un mecanismo institucional, que sería el Fondo de Garantías de la Salud, que permita proteger al sector de una crisis financiera y lo asemejábamos mucho más al FOGAFIN".

Por su parte, el Viceministro de Salud Pública coincide con el Ministro de Salud, Alejandro Gaviria, al afirmar que el origen de la crisis financiera del Sistema de Salud se divide en dos partes: el rezago de la pasada crisis financiera en el sector salud, que dejó recobros de casi 6 billones de pesos, y la "crisis de la acotación del aseguramiento" generada por agentes con intereses particulares, como fue el caso de Caprecom y SaludCoop. Se reconoce además que "...los muy malos manejos de los hospitales públicos durante muchos años, realmente los grandes con crisis puntuales, como la del Hospital del Valle, como la del Hospital de Federico Lleras Acosta..." han dejado vacíos financieros que hoy en día es necesario remediar a través de la inyección de dinero en el Sistema de Salud, porque los ingresos corrientes no son suficientes.

Los entrevistados de las EPS indican que los detonantes de la crisis financiera han sido tres: los problemas de información, los recobros y el cálculo de la UPC. En primer lugar, los problemas de información son vistos como un problema de carácter estructural, ya que a menudo causan dificultades en los acuerdos de facturación y pago entre prestadoras y aseguradoras, generando un gran número de glosas en el Sistema.

Con respecto a los recobros, se cree que hay una ausencia de rectoría técnica y estructurada en el país, que ha llevado al aumento desmedido de los recobros. En ese sentido un directivo de EPS, afirma que "durante 18 años no se actualizó el plan de beneficios, excepto en unas contadas cosas que se hicieron mediante el CNSSS, que son medicamentos para VIH, trasplante hepático... Pero de esto, no se incluyó nada. ¿Qué paso? Que en 18 años el Sistema se volvió obsoleto: lo que cubría no respondía las necesidades de la población y se generó un sistema de salud paralelo que es el sistema de los recobros, que además creció de una manera descomunal, que del 2002 al 2010, pasó de 20 mil millones a 2,3 billones de pesos para Colombia".

Los agentes de las IPS identifican tres elementos que, para ellos, han ocasionado la crisis financiera, o problemas financieros al interior del Sistema. Estos son la mala distribución de los recursos, el uso excesivo de la tutela y la inapropiada gestión de los recursos al interior de las IPS.

3.3.2 Crisis de intermediación

La denominada crisis de intermediación es un fenómeno asociado con los hechos relacionados con el papel y las funciones de los aseguradores en el Sistema. De ser vistos normativamente como los agentes que estructuraban el modelo de gestión de riesgos en salud y como puente entre el financiamiento y la entrega de servicios a través de las IPS, son vistos como unos intermediarios improductivos. Muchos relatos de los agentes reafirman esta creencia: los hechos asociados con la negociación de los contratos, la integración vertical y la gestión de un seguro de reembolsos y recobros y no de gestión de riesgo de los afiliados. Los organismos de control como la Contraloría y la Procuraduría reafirman esta posición hasta el punto de considerarlos innecesarios y como fuente de muchos problemas.

Los aseguradores por su parte se autolegitiman como compradores inteligentes, organizadores de la red y representantes de los afiliados. Sin embargo, en los conflictos de intereses de los agentes se considera que el puente de complementariedad entre aseguradores y prestadores se encuentra con problemas y, en algunos casos, el mismo Ministerio ha construido otros puentes como el giro directo y los cambios en la denominación de los aseguradores por gestores, sin involucrar el tema del riesgo financiero derivado de las coberturas relacionadas con el POS.

Los entrevistados de las IPS no tienen una posición muy positiva frente al fenómeno de la intermediación y consideran que ese fenómeno beneficia por encima de todo a las EPS y entorpece el funcionamiento del Sistema de Salud; también señalan que el rol de ellas no está definido con claridad en la normatividad y que no cumplen una función de aseguramiento.

Naturalmente, las percepciones negativas que emiten las IPS sobre el rol intermediador de las EPS, difieren de la posición presentada por las EPS. Según algunos gerentes y presidentes de EPS, estas entidades cumplen el papel de asegurar efectivamente y proveen importantes beneficios al Sistema. Así mismo, el título que se les ha asignado de "intermediadoras" es equivocado y manifiestan que, de ser tan sólo unas intermediadoras, no deberían existir. En ese sentido, los entrevistados señalan cuatro aspectos que le dan valor a su labor de aseguramiento, diferenciándola de la intermediación, que son: el hecho de que las EPS generan valor agregado; son compradores inteligentes que priorizan recursos; agencian la representación de los usuarios; y protegen los recursos financieros de los colombianos.

Frente al primer aspecto, algunos entrevistados afirman que el papel de las EPS consiste en ser unas aseguradoras que trabajan evaluando y priorizando riesgos poblacionales y, a partir de los resultados, diseñan soluciones para todo el grupo poblacional. Esta es la principal diferencia que ellos hallan entre una aseguradora y un intermediario, ya que para ellos el intermediario es un organismo que no genera valor agregado en una cadena de producción. Sin embargo, aceptan que hay unas cuantas EPS que generan ruido en el Sistema, al no cumplir con su rol de aseguradoras como deberían.

Los usuarios entrevistados consideran que sí hay una crisis de intermediación en el Sistema de Salud, causada principalmente por la demora en los pagos de las aseguradoras a las prestadoras, hecho que con bastante frecuencia genera cortes en la prestación de servicios por parte de estas últimas. Esta situación los lleva a sugerir que no deberían existir las EPS, sino que el Gobierno debería encargarse directamente del pago a las IPS.

Algunos funcionarios de la Corte Constitucional y jueces coinciden en que la intermediación de las EPS afecta el Sistema por dos vías: la extracción y concentración de los recursos por parte de los intermediarios, y la ausencia de IVC sobre la intermediación. En ese sentido, un juez recalca la ausencia de IVC sobre este problema, exponiendo el caso de las deudas con los hospitales públicos.

Los mecanismos mediante los cuales los agentes del Sistema perciben el origen y la propagación de la crisis financiera son muy variados. En general, se considera que no es una falta absoluta en las fuentes de financiamiento, sino a la forma como los aseguradores multiplicaron sus portafolios de inversiones en asuntos distintos al de pagar servicios, muchas veces en activos fijos por fuera del Sistema o para financiar integraciones verticales con los recursos de la UPC, sin usar los recursos propios de los propietarios. Los aseguradores consideran que los recobros de los servicios No Pos desfinanciaron a los aseguradores, porque tuvieron que pagar con recursos de la UPC y el Fosyga no ha cumplido con las expectativas de pago de estos reembolsos. A nivel justificativo, creen que los eventos No POS, la baja capacidad de actualización de las nuevas tecnologías en el POS y el cálculo de la UPC, junto con las prácticas de malos aseguradores, configuran el cuadro de los orígenes de la crisis, aunque no dimensionan los efectos sobre el Sistema en términos de oportunidad e integralidad en la prestación de los servicios.

El Ministerio de Salud, por su parte, cree que el origen está en los recobros y las malas prácticas financieras de los agentes y el Ministerio de Hacienda y Crédito Público cree que las cosas no mejorarán hasta que el Sistema no se dote de un fondo de garantías financiado por los aseguradores, por cuanto el espacio y la regla fiscal impiden tomar recursos masivos del presupuesto para financiar quiebras privadas.

Los entrevistados de las EPS indican que los detonantes de la crisis financiera han sido tres: los problemas de información, los recobros y el cálculo de la UPC. En primer lugar, los problemas de información son vistos como un problema de carácter estructural, ya que a menudo causan dificultades en los acuerdos de facturación y pago entre prestadoras y aseguradoras, generando un gran número de glosas en el Sistema.

Lo preocupante de esta situación consiste en que la solución amplia no es percibida como una medida posible en el corto plazo, y que los efectos de la Ley Estatutaria profundizarán los problemas de no lograrse un pacto social de estabilidad financiera en el Sistema.

En términos globales, la crisis financiera y el papel de gestores de reembolsos de los aseguradores, vía recobros de servicios No POS y de los servicios del POS vía UPC, se constituyen en unos de los problemas más graves para los usuarios del Sistema en términos de expectativas futuras. Las intervenciones de la SNS y de las contralorías generan escepticismo e incredulidad, a tal punto que creen que la estabilidad está en peligro o, para usar una expresión del superintendente, los problemas financieros se constituyen en un riesgo sistémico de características impredecibles para los ciudadanos y para el Gobierno.

3.4 Crisis Regulatoria Generalizada

En esta subcategoría se indaga sobre los problemas globales del Sistema, aproximándose a las percepciones de los actores acerca de cuáles son las fallas regulatorias que se identifican y la forma en que las entienden, incluyendo fallas como los problemas de información incompleta, el diseño fallido de instrumentos regulatorios como la UPC y el POS, y la inconsistencia temporal en las normas del Sistema. Esta subcategoría también explora la evaluación que hacen los agentes sobre la existencia de vacíos o ausencia de regulación relacionada con salud, su visión de los errores en la forma como se ha concebido la política y el modelo de salud vigentes, y su opinión en cuanto a la naturaleza de los espacios de toma de decisiones regulatorias, examinando si los conciben como escenarios que deben ser puramente técnicos, de concertación o de consulta.

La totalidad de los agentes, incluyendo los propios reguladores y la SNS, consideran que la vía de la regulación normativa, por intermedio de las leyes y los decretos, está prácticamente agotada, y es tal su sobreutilización que una ley adicional o un decreto entre muchos otros no producirá efectos reales en el Sistema. Se ha generalizado la idea de que se decreta, pero no se cumple y no se cumple porque no se gestiona la regulación y no se vigila, y menos se castiga su incumplimiento.

La crisis de la regulación global sobre el Sistema y la regulación de los mercados es relatada con mucha fuerza y angustia por los agentes. Quizá la única esperanza que tienen algunos prestadores es que se generalice el control de precios de los medicamentos a los procedimientos, y se mantenga intervenido el flujo de recursos a través del giro directo por el MSPS o por el nuevo Fosyga, con sus consecuencias negativas sobre las funciones de los aseguradores.

3.4.1 Fallas regulatorias

Gran parte de los actores perciben fallas regulatorias, pero consideran que esas fallas tienen diferentes explicaciones. Para algunas EPS existen fallas porque la normatividad no se discute ni se ajusta con el transcurso del tiempo "...a veces el exceso de regulación es una falla regulatoria". Explicando esa situación en mayor detalle, un experto constitucional afirma que las fallas regulatorias se presentan porque el modelo se ha construido sobre la marcha, casi experimentalmente, generando

incertidumbre y un panorama normativo muy complejo y abundante. Lo anterior ocasiona que para los agentes del Sistema las reglas de juegos sean confusas y hace que la labor de los entes de control se torne complicada.

3.4.2 Información incompleta

Los agentes entrevistados encuentran que la información incompleta es un problema estructural del Sistema, así como una falla regulatoria del mismo. Reconocen que los sistemas de información actuales son débiles y desarticulados, y resaltan que la vigilancia no se realiza con base en la información disponible, lo que ha dado pie a ineficiencias. También señalan algunos riesgos que se pueden derivar de la ausencia de un sistema de gestión de información. Por último, proponen que el Gobierno debería promover políticas para garantizar información de calidad, oportuna y confiable, así como un mayor uso de ella en la IVC, para la garantía del Gozo Efectivo del Derecho a la Salud.

3.4.3 Fallas en el diseño de instrumentos regulatorios

Siguiendo el testimonio de un par de actores, los instrumentos regulatorios como el POS y la UPC, no han sido asumidos por el regulador con los criterios técnicos necesarios, lo que implicaría comprender su complejidad, contemplando todas las variables que inciden y reconociendo la rapidez de los avances tecnológicos. Esto ha ocasionado muchos problemas, como el de los recobros. El miembro de la Junta Directiva de la Asociación Colombiana de Entidades de Medicina Integral –ACEMI- entrevistado percibe que estas fallas técnicas del regulador no se reconocen fácilmente, porque se ha puesto el acento en temas como la corrupción y el robo de recursos financieros dentro del Sistema. Si bien estos comportamientos se han dado y deben sancionarse, estos no son el centro del problema. El agente lo expresó así: "Entonces, cuando se meten a decir que hay que meter a la cárcel porque se robaron la plata, pues sí, indudablemente eso hay que hacerlo, pero ese no era el problema. El problema era un problema técnico de actualización de POS, de cuántos recursos hacían falta, de cómo están los flujos de recursos entre actores. Y hay corrupción, pero no es que se hayan robado la plata, sino que se pagó en recobros.

3.4.4 Inconsistencia temporal

La inconsistencia temporal en la regulación es vista por algunos actores como el resultado de un gran volumen de normatividad, que responde a temas particulares del momento y se relaciona con los intereses de los funcionarios de turno en el MSPS, generando confusión y desvirtuando el Sistema. En palabras del Superintendente de Salud: "Esta falta de claridad también tiene mucho que ver, o se refleja, en la inconsistencia temporal de las normas porque cuando llega un Ministro interpretan una cosa, cuando llega otro van sacando las normas...pero aquí sentado en este escritorio, ese es mi gran problema ..."

Para el gremio de aseguradores, lo anterior va de la mano con la ausencia de políticas de largo plazo, lo que afecta negativamente a la IVC. En ese sentido, el agente entrevistado afirma: "Colombia es un país experto en hacer normas, pero no en trazar políticas, creando normas para resolver particularidades, no para resolver problemas generales como debe ser la regulación".

3.4.5 Ausencia regulatoria

Para los actores la ausencia de regulación se relaciona con temas de diferente orden en el Sistema. Para el Superintendente de Salud está clara la ausencia de regulación en materia de gobierno corporativo, ausencia de regulación en la definición de quién debe aplicar sanciones en temas como, por ejemplo, incumplimientos de los requisitos de habilitación de los hospitales públicos.

Por otra parte, para la Contraloría, uno de los mayores problemas es la ausencia de regulación sobre los intermediarios (EPS), a quienes percibe con mucho poder y control dentro del Sistema, especialmente sobre los ingresos y la oferta de servicios, diciendo al respecto que el MSPS no cumple su función de regular las EPS y el Fosyga no es un buen árbitro al respecto.

En conclusión, los agentes perciben que la ausencia de regulación contribuye a la crisis regulatoria, porque existen actores y temas muy específicos que no cuentan con regulación o sus reglas son contradictorias y cambiantes a través del tiempo.

3.4.6 Fallas de política

Las fallas de política se plantearon como una forma de aproximarse a las percepciones según las cuales existe un mal diseño de la política de salud, o la concepción y el modelo general del Sistema se considera inadecuado, fallido y problemático. En ese contexto, los diversos agentes entrevistados emitieron sus percepciones acerca de la naturaleza fallida del Sistema, la política o el modelo de salud y problemas con algunas de las normas.

Los agentes aseguradores discutieron la naturaleza errónea de la política y el Sistema de Salud, al privilegiar ciertas prerrogativas tecnológicas sin reglas claras sobre las modificaciones o inclusiones y exclusiones en el POS.

Para los hospitales, uno de los problemas centrales es el hecho de equiparar las políticas de salud con aseguramiento, y no se diferencie claramente entre lo que es la política de salud y la política de aseguramiento. En este sentido, se entiende que la equiparación de salud con aseguramiento y la incapacidad para diferenciar ambas políticas, ha hecho que se dejen de lado elementos humanitarios básicos en la política pública. La idea elemental es que el Sistema está al revés, porque para tener salud uno tiene que comprar el seguro, en lugar de tener salud y comprar el seguro para tener una cobertura económica en casos donde la salud se ve amenazada. Por lo tanto, según el testimonio de uno de los entrevistados de un hospital, el seguro no debería ser la puerta para acceder al Sistema de Salud, sino un respaldo al momento de requerir servicios de salud.

Desde la perspectiva de la SNS no se sabe con claridad si las EPS administran recursos públicos, o más bien administran recursos privados de interés público a la manera de los bancos y las aseguradoras; o más bien son privados y son sometidos a una regulación a la manera de una fábrica que puede hacer con sus recursos lo que quiera, siempre y cuando no contamine el río y produzca lo que tiene que producir. La sola existencia de esa discusión dificulta inmensamente la labor institucional y de regulación. El problema radica en que, por un lado, la Contraloría aduce que los recursos son públicos, pero por el otro, los aseguradores tienen un incentivo constante de generar utilidades. Esta es una incongruencia que genera dificultades en el Sistema.

Desde esta perspectiva, la naturaleza de los recursos puede ser pública o privada, siendo lo importante que las reglas que organizan el Sistema sean coherentes con la naturaleza que se escoja. Y que el rol de los agentes también concuerde con esa naturaleza.

La SNS también enfatiza la importancia de contar con regulación de calidad. Menciona que en la actualidad los aseguradores funcionan con una reglamentación como si fueran privados, y con una organización regida por el código de comercio, pero eso no funciona si no se dispone de una "muy buena regulación".

Uno de los expertos en salud también se refiere a problemas en las normas del Sistema, al condicionar la Ley Estatutaria y el derecho fundamental a la salud a la prerrogativa de sostenibilidad fiscal, quedando el derecho a la salud, como titularidad fundamental que debe ser garantizado en toda su extensión, necesariamente limitado por los recursos, lo que es una especie de contradicción con la idea de los derechos fundamentales.

En lo relativo a los problemas con las normas, algunos usuarios recalcan la naturaleza fallida de la ley 100, identificándola como la fuente de los males del sistema de salud.

También se perciben fallas regulatorias en la forma como se ha concebido el Sistema de Salud, en la medida que las reglas de mercado son las que se imponen. Esto se evidencia en la manera como se distribuyen geográficamente los prestadores, con la concentración en las zonas urbanas de los privados, dejando el resto a los públicos.

3.4.7 Espacios para la toma de decisiones

En lo relativo a la existencia de espacios para la toma de decisiones regulatorias en salud, se identifican tres perspectivas. En primer lugar, está la visión que defiende la necesidad de espacios de concertación y diálogo entre los diversos actores del Sistema, abogando por la recuperación de entidades como el CNSSS. También está la perspectiva según la cual la concertación no es deseable y debe ser sustituida por un ejercicio puramente consultivo, en cabeza del MSPS, donde se tenga en cuenta la opinión de los actores, siendo tomadas las decisiones finales por el Ministerio. Por último, se encuentra la percepción crítica frente a iniciativas como el CNSSS, porque

se considera que su dinámica democrática es cuestionable. Según esta perspectiva, lo que se necesita es volver a la propuesta de la CRES, basada en criterios técnicos que informen las decisiones en salud, y donde dichas decisiones sean independientes del Gobierno. Distintos agentes se pronunciaron al respecto.

Varios entrevistados expresan su agrado por el CNSSS, por ser un espacio que permitía la participación de todos los sectores, facilitando la cohesión social, la discusión entre los agentes, la solución de conflictos y la recuperación de la rectoría del Sistema de Salud. Se insiste, sin embargo, en que las decisiones deben estar en manos del MSPS.

Otros entrevistados que integran el grupo de reguladores no respaldaron la idea del consenso y diálogo entre los agentes, sino que resaltan la necesidad de que el Gobierno consulte con los agentes, así como el retorno a entidades más técnicas y autónomas como la CRES. Entre los que abogaron por un ejercicio puramente consultivo, un Funcionario del MSPS plantea que, a diferencia de la concertación, lo que debe existir son mecanismos de consulta y que el Ministro sea quien tome las decisiones finales.

Como se indica antes, algunos de los agentes han reconocido explícitamente que son necesarios distintos espacios para recuperar la rectoría y la regulación en el Sistema. Lo que cambia es el espacio concreto que consideran adecuado para ello (la CRES, el Consejo Nacional de Seguridad Social o el MSPS). Para algunos entrevistados de los grupos de EPS, IPS, expertos y reguladores quedó claro que se debe optar por la toma de decisiones a partir del diálogo y la concertación. Por su parte, algunos reguladores consideraron que es más oportuno dejarles la toma de decisiones a organismos que sean de naturaleza puramente técnica y autónomos del Gobierno, o recurrir a mecanismos de toma de decisiones que sean solamente consultivos, depositando el poder decisorio exclusivamente en el MSPS. Por lo tanto, se entiende que estas tres vías son posibles como formas de disminuir la crisis regulatoria del Sistema de Salud.

Siguiendo las narraciones de los agentes, los problemas globales del Sistema se expresan como un conjunto de fallas regulatorias que promueven la violación de los derechos por parte de distintos agentes y de normas regulatorias que obstaculizan el desarrollo de la IVC hasta el punto de ser percibida como ineficaz, lo que a su vez deja la puerta abierta para la corrupción y el incumplimiento generalizado de los contratos de delegación de las funciones públicas en particulares, así como el incumplimiento de los contratos entre los aseguradores y prestadores de servicios. También se perciben múltiples conflictos entre distintos agentes que, aunque se señalan como algo natural, también se asocian con un sinnúmero de efectos perversos sobre el Sistema, como la afectación del acceso, uso y calidad con que deberían contar los usuarios.

Los agentes del Sistema entrevistados también sienten que las subcategorías de estabilización y cambio no son lo suficientemente adaptativas para garantizar su equilibrio, dado que se han postergado cambios estructurales necesarios en temas regulatorios, existiendo, además, desacuerdo en cuanto a la forma como se debe reglamentar la Ley Estatutaria.

Por otra parte, hechos como los recobros que crecen exponencialmente, la crisis financiera de las EPS y especialmente los casos de SaludCoop y Caprecom, acompañados de una crisis generalizada de las deudas, configuran un panorama en donde la viabilidad global del Sistema de Salud es fuertemente cuestionada, hasta tal punto que los mismos agentes consideran que su permanencia se encuentra en la incertidumbre.

Los problemas regulatorios aludidos por los entrevistados tienen que ver con la contaminación de las normas que, como tóxicos, ahogan el comportamiento del Sistema. La regulación no es vista como el oxígeno que airea el desempeño de los agentes, sino como un conjunto cultural de normas que genera un pesimismo generalizado frente a los instrumentos normativos y la baja gestión de los reguladores. Se ve al MSPS como un ente muy lejano de los problemas cotidianos, y la creación de instituciones regulatorias especializadas es vista como una oportunidad para la captura y la defensa de intereses específicos, en donde la norma meritocrática es sustituida por la politiquería y la captura regulatoria.

Como resultado final, los agentes consideran que la función de regulación en el Sistema contiene tantas fallas que los mecanismos regulatorios se transforman en una crisis generalizada que obliga a que organismos exógenos a la regulación corriente, como la Corte Constitucional, intervengan para restablecer los derechos y mitigar los desequilibrios, a través de ordenes regulatorias constitucionales.

En ese sentido, la actuación desde el 2008 de la Corte Constitucional en el Sistema con la Sentencia T-760, es vista por los agentes como resultado de la crisis regulatoria generalizada que empieza con la declaratoria de emergencia social por parte del Gobierno. En ese contexto, el Gobierno, en especial el MSPS, consideran que el Sistema se encuentra al borde del colapso hasta tal punto que no hay mecanismos correctivos democráticos para superar la crisis, lo que los lleva a adoptar decisiones coercitivas que solo son resorte de la ley y la actuación del Congreso, tales como la creación de nuevos impuestos, la regulación fuerte de la actuación de los médicos y restricciones a los derechos adquiridos legalmente por los ciudadanos.

Sin embargo, cuando la Corte Constitucional declara la emergencia social como inconstitucional, los agentes consideran que el Sistema es inviable desde el punto de vista regulatorio, y que las decisiones constitucionales son un elemento que le suma incertidumbre e ilegitimidad.

Las leyes posteriores como la Ley 1438 para la reforma del SGSSS (2011) y la reforma fiscal, no logran contrarrestar esta tendencia, y el Gobierno Nacional y los agentes en el Sistema organizan una agenda legislativa de cambios estructurales con las propuestas de Ley Estatutaria y Ley Ordinaria, acompañada de una cruzada contra la corrupción y los comportamientos oportunistas.

Tal vez, en medio de tanta incredulidad, lo que suena como esperanza regulatoria es la necesidad

de consensos sociales, en donde cada agente del Sistema acepte hacer parte de los problemas, en lugar de proclamarse como víctima inanimada de los mismos. Se percibe un llamado a regresar al origen, construir el pacto de legitimidad alrededor de una regulación pertinente que se aplique eficientemente para la solución de los problemas estructurales y cotidianos que, de manera rutinaria, socaban los derechos de los ciudadanos. En general, los problemas globales del Sistema reflejan la necesidad de una ayuda externa, o el desarrollo de una agenda política en donde los agentes principales sean el Congreso de la Republica y la Corte Constitucional.

3.5 Factores que Afectan el Acceso, Uso y Calidad de los Servicios de Salud

Esta subcategoría examina las posiciones de los agentes frente a los problemas asociados al acceso, uso y calidad de los servicios. En ese contexto se busca responder a los siguientes interrogantes: ¿Cuáles son los factores que generan barreras en el acceso, uso y calidad de los servicios de salud, y cómo se manifiestan esas barreras? ¿Qué soluciones proponen los agentes para superar dichas barreras? La subcategoría también explora cuáles son los factores que han permitido eliminar barreras en el acceso, uso y calidad de los servicios de salud.

Las subcategorías, frente a los problemas relacionados con el acceso, uso y calidad de los servicios asociados con los hechos tal como lo viven los aseguradores, prestadores, profesionales de salud, usuarios, afiliados y ciudadanos, se relacionan con factores facilitadores o positivos, tales como el aumento de la cobertura de afiliación y la unificación de los planes de beneficios y la incipiente creación de redes integradas; y con factores negativos que se manifiestan en la ausencia de modelos de atención, insuficiencia de la red de servicios, problemas de información y barreras administrativas, deudas, ausencia de auditoría y representación de los usuarios que traen como consecuencias la inoportunidad y la mala calidad en los servicios

Como característica de esta categoría, basada en los mecanismos y hechos asociados con los servicios en el Sistema, se resalta el bajo nivel de aportes de los aseguradores en términos de agenciamiento y representación de los usuarios, la gestión de riesgos de los afiliados y los problemas administrativos y financieros para la protección de los derechos de los usuarios. Aunque la autovaloración de los aseguradores sobre sus aportes sea catalogada como positiva, los prestadores y los profesionales de la salud consideran que, en lugar de funciones de complementariedad con las IPS, lo que hay son conflictos entre los intereses de los agentes y las expectativas de los usuarios.

3.5.1 Factores positivos

Los agentes entrevistados mencionan varios aspectos positivos relacionados con el acceso, uso y calidad de los servicios de salud. Plantean diferentes procesos que han ayudado a eliminar

barreras en el acceso y uso de los servicios por parte de los usuarios, incluyendo la promoción y fortalecimiento de las redes integradas de servicios, la construcción de camas por parte de distintas IPS, y la eliminación de la encuesta que se usaba para determinar si un afiliado que salía del Régimen Contributivo podía ingresar al Régimen Subsidiado.

3.5.2 Factores negativos

La distribución geográfica de la red no es equitativa, según consideran algunos actores, mientras que otros resaltan las consecuencias negativas de la insuficiencia de red y el aumento en el gasto de bolsillo de los afiliados.

Por su parte, el MSPS no habla de insuficiencia en la red, pero sí resalta la mala distribución y calidad de esta como un problema de acceso y uso de los servicios. La dinámica demográfica ha venido cambiando, por lo que existen lugares donde los hospitales exceden los requerimientos poblacionales. Sin embargo, en la mayoría de sitios son deficientes, especialmente en el entorno del hospital público y en las áreas dispersas.

En oposición, las aseguradoras creen que hay suficiencia en la red y acentúan que el problema está en un crecimiento no planeado de la red de prestación.

Al indagar con los agentes sobre la insuficiencia en la red, ellos aluden a varios aspectos relacionados con el recurso humano en salud. Al respecto, hacen mención de la escasez de especialistas y sub especialistas en los territorios y cuestionan la calidad y educación de los profesionales. También hablan de la falta de recursos económicos en algunas IPS para contratar más profesionales, lo que ha afectado la prestación de los servicios de salud.

Desde la perspectiva de los hospitales el problema no es de número, sino de redes, mecanismos y contratos que garanticen la oportunidad, continuidad y resolutividad de las redes. Los contratos de exclusividad y, en algunos casos, la integración vertical y el proceso de autorizaciones, se constituyen en barreras asociadas a la oferta de los servicios, incluyendo la baja capacidad de los aseguradores para realizar procesos de coordinación y referencia y contra referencia.

3.5.3 Modelo de atención

Los entrevistados manifiestan varios problemas asociados con el modelo de atención, tales como el no reconocimiento de las diferencias regionales a la hora de establecer modelos de atención y las deficiencias en la atención de primer nivel.

Respecto a la necesidad de crear modelos de atención diferenciados, el MSPS tiene un nuevo enfoque orientado a responder esta necesidad, "hay una ruta reglamentaria que incluye varias cosas: el plan nacional de salud pública, análisis de situación de salud, plan territorial de salud, plan de intervenciones colectivas que es donde

estamos en este momento en definición, definición de rutas de atención y modelo diferencial para zonas dispersas y zonas rurales", afirma el Viceministro de Salud.

En relación con los problemas de atención en el primer nivel, se aduce que, al no haber claridad en el papel del médico general, este se convierte en "un remisor al especialista; y los especialistas terminan haciendo de médicos generales. Cuando el especialista hace de médico general entonces al final... [se incrementan] los costos del Sistema, o sea, no sólo el costo de transacción, finalmente, sino el costo asistencial, porque como no hay confianza de uno con otro y no están claros los roles ni hay modelo entonces el mismo paciente, para llegar al diagnóstico o para llegar al estado avanzado donde se le resuelve el tema, se ha gastado mucho más dinero que si hubiese un sistema menos conflictivo, menos alejado y funcionando mejor" afirma un director de hospital de alta complejidad.

3.5.4 Problemas de información que no ayudan a tomar decisiones sobre el acceso y las autorizaciones

Entre los usuarios y los agentes de las IPS, hay quienes consideran que los afiliados no reciben la información necesaria para hacer uso de los servicios de salud (autorización de los servicios, medicamentos y ayudas diagnósticas). La mayoría de los agentes mencionan que las autorizaciones se han convertido en un obstáculo para el acceso a los servicios y destacan que, en algunos casos, las demoras se deben a la prolongación de los procesos dentro las instituciones aseguradoras.

En contraposición, las EPS consideran que las autorizaciones son un mecanismo positivo para ellas, ya que son una especie de aviso de siniestro, en el que el afiliado reserva el servicio que necesita para garantizar su financiación por la EPS y además ayuda a asegurar que la misma encuentre un lugar en el cual se le pueda prestar el servicio requerido al afiliado.

3.5.5 Pagos de las EPS a las IPS

Los actores, usuarios, EPS y reguladores, identifican demoras en los pagos de las EPS a las IPS. Para algunos de ellos el hecho de que los pagos no se efectúen de manera oportuna genera problemas en el acceso a los servicios por parte de los usuarios. Para uno de los reguladores, los pagos entre EPS e IPS son un tema que requiere articularse con otros aspectos del Sistema para que funcione de manera óptima. Aunque reconoce que el tema de los pagos está mejor en el Régimen Contributivo que en el Régimen Subsidiado, considera que es necesario articular la información, el modelo de atención y la forma de pago, de lo contrario se perpetuarán los problemas de pago que existen en la actualidad.

3.5.6 Ausencia de auditoria médica y baja valoración de los resultados de las atenciones

Según el testimonio de un par de agentes, las auditorías médicas están mal enfocadas ya que están centradas en aspectos financieros y no en la calidad del servicio. Frente a la prevalencia de los aspectos financieros, algunos gerentes de hospitales manifiestan que "le hacen una auditoría médica no para mirar la calidad del servicio de salud que están recibiendo los usuarios, sino para ver qué le pueden glosar, y todo se vuelve plata."

3.5.7 Falta de oportunidad en las citas

Las IPS, las entidades de control y los usuarios refieren, como un problema de uso, la falta de oportunidad de las citas en el Sistema debido a la falta de agenda en las IPS o por la insuficiencia en la red. La Asesora de la Personería en Ibagué resalta el impacto que puede generar la falta de oportunidad en las citas cuando los pacientes padecen de enfermedades graves. En sus palabras: "En el tema de autorización de servicios ¿Qué está pasando? No es que las EPS no autoricen el servicio, sí lo autorizan; pero como es que a mí con que me autoricen un servicio, no están cumpliendo con el derecho y el acceso a la salud. ¿Qué pasa? A mí me autorizan el servicio para determinada IPS, yo llego a las IPS y... me dice 'no hay agenda tiene que esperar, nosotros lo llamamos' y en esa espera se pueden demorar tres meses o esperar a que su autorización venza y usted tenga que ir nuevamente a renovarla, antes de poder acceder al servicio. Entonces es como un juego que ya realizan las entidades, (...) mientras tanto, (...) hay gente que no puede esperar, hay gente que tiene enfermedades catastróficas, como el paciente de cáncer, como el VIH, como el renal (...) Esas enfermedades no se pueden dejar de atender de forma inmediata porque, porque las consecuencias son catastróficas".

Por su parte, la mayoría de los directores de hospitales entrevistados creen que hay dos temas que golpean muy duro al usuario: la tardanza en la cita médica común y corriente, y la negación de servicios por parte de las EPS, una vez que logran estar en el servicio.

3.5.8 Calidad

Los agentes entrevistados perciben algunos problemas en la calidad del sistema, por ejemplo, hablan de problemas en la calidad y atención a los afiliados, señalando que si se tuviera una buena atención desde que el paciente entra al Sistema, seguramente se prevendrían enfermedades graves, como la leucemia en niños, el cáncer de cuello uterino o el cáncer de seno, enfermedades graves que son curables si se detectan y atienden a tiempo.

Los usuarios, a su vez, ven que la calidad se ve afectada porque en ocasiones no les dejan elegir la EPS a la que desean afiliarse y porque las

prestadoras no cuentan con una infraestructura que les facilite el tránsito dentro de sus instalaciones a los adultos mayores.

Asimismo, se hace referencia a la mala atención en algunas IPS y a la falta de infraestructura adecuada de las prestadoras que no les permite a los adultos mayores moverse con facilidad dentro de las instituciones.

3.5.9 Soluciones para mejorar el acceso, uso y calidad de los servicios de salud

Los agentes también mencionan algunas soluciones que podrían servir para mejorar el acceso, uso y calidad de los servicios. En esa dirección, algunos entrevistados de los grupos de actores de reguladores e IPS hablan de la necesidad de hacer gestión sanitaria y darles más elementos formales a los modelos de atención, redefiniendo la forma como los pacientes son atendidos, o de usar más indicadores y mediciones con el fin de promover la calidad. Frente al mismo tema, los usuarios manifiestan que se requiere dar una mayor remuneración económica a los médicos, para que presten un buen servicio y, a la vez, proponen eliminar la intermediación para que deje de causar estragos en los pagos de EPS a IPS, y sea el Estado quien se responsabilice directamente por hacer los giros a las IPS.

Frente a este conjunto tan variado de factores que se constituyen en barreras de acceso y baja capacidad de representación de los usuarios, se registran las iniciativas de mejoramiento de las condiciones a través de modelos de atención gestionados directamente por el MSPS como una iniciativa institucional. Sobre él pesan el escepticismo sobre su capacidad de influir en el comportamiento de los aseguradores y la ausencia de recursos humanos y financieros para llevarlos a cabo, así como los problemas de los hospitales públicos y la falta de liquidez para generar nuevas expectativas de remuneración por desempeño de los profesionales de la salud.

Se considera por parte de los prestadores que un nuevo modelo en las viejas estructuras del Sistema y sin recursos adicionales, generará un modelo de índole normativo y no real. Esta situación es muy problemática, porque de la conjunción de los problemas de accesibilidad se alimentan las tutelas y la baja legitimidad. El acceso es el día a día de la legitimidad y en tal sentido es necesario compatibilizar los deseos de mejoramiento con el monto de las inversiones para hacerla realidad en medio de la gran atomización de los agentes y la inexistencia de incentivos convergentes entre aseguradores y prestadores.

3.6 Problemas globales del Sistema

En cuanto al tema de legitimidad y derechos, se puede decir que el problema de la ilegitimidad se entiende como el resultado de la acumulación sucesiva de problemas de distinta naturaleza a lo largo del Sistema, en términos de derechos y servicios, y de las actuaciones imprevistas del

poder ejecutivo, pero también de la forma como se generalizan los problemas en los medios de comunicación.

En el Sistema también se observa una situación de incumplimiento generalizado de las normas y el desarrollo de comportamientos oportunistas por parte de los agentes, con sus manifestaciones más extremas a través de la corrupción, que se inmiscuye en todos sus rincones. Adicionalmente, el incumplimiento se facilita y regenera a causa de la impunidad, ya que se difunde la idea de que violar las normas no genera ningún castigo.

En ese contexto, el Sistema refleja una atomización de los intereses de los agentes, de la mano de la ausencia de jerarquías, y la pérdida de referentes comunes asociados con el interés general. Esta situación se puede describir como un escenario de pluralismo atomizado que permea el Sistema de Salud, de tal forma que la convergencia de intereses, la construcción de referentes colectivos y los consensos se vuelven escasos o difíciles de alcanzar.

Finalmente, frente a la legitimidad y los derechos, queda claro que hay una debilidad estructural en la labor de IVC, relacionada con el exceso de funciones adjudicadas a la SNS y la insuficiente capacidad que tiene para dar cumplimiento a dichas funciones o para responder a riesgos sistémicos, así como con la dudosa aplicación de las funciones de IVC a nivel departamental y municipal, y lo inoportuno e inoperante que resulta la labor de la SNS y los entes de control en la práctica. En definitiva, se requiere de la aplicación efectiva de sanciones más contundentes y drásticas por parte de la SNS.

La crisis regulatoria, como un fenómeno generalizado, se expresa a través de la "polución normativa" y las inconsistencias temporales de la regulación, fenómenos que generan confusión y comportamientos muy contradictorios entre los agentes, además de una muy baja expectativa sobre la estabilidad y el desarrollo futuro del Sistema. Dentro de ese escenario, varios agentes se muestran reacios a invertir recursos propios en él. En estas circunstancias, la regulación debe entenderse como algo más que las normas, en la medida en que es un proceso que requiere de una gestión específica y de la concatenación de consensos que le otorguen legitimidad a las normas y a las decisiones regulatorias.

En ese sentido, se rescata como un hecho positivo el funcionamiento o la construcción de espacios de concertación para lograr acuerdos convergentes entre los agentes, tales como la experiencia relatada del CNSSS. Sin embargo, también se pone en duda que en estos espacios se pueda realizar regulación con instrumentos técnicos. Así mismo, hay quienes, en lugar de rescatar la concertación como parte del proceso regulatorio, destacan la necesidad de organismos técnicos o aquellos que depositan la toma de decisiones exclusivamente en el MSPS.

Se destaca la necesidad de que el Sistema supere la ambivalencia en cuanto a la naturaleza de los recursos, determinando de manera clara hasta dónde son públicos y hasta dónde son privados. Así mismo, es necesario delimitar muy

bien las funciones y el papel que deben cumplir los aseguradores.

Con base en los relatos de los entrevistados, también parece pertinente abandonar la micro-regulación sobre contingencias y coyunturas específicas, que carecen de una visión de largo plazo.

En cuanto a situaciones específicas que se deben remediar, se identifican diversos vacíos regulatorios en lo relativo a las políticas financieras de estabilización y el gobierno corporativo, así como en el régimen de inversiones de los agentes regulados.

En los aspectos relacionados con la información y la administración de los recursos, queda claro que el Sistema necesita una infraestructura administrada por un agente especializado, con mecanismos de centralización de los datos y de los recursos, en donde la totalidad de los agentes puedan efectuar sus operaciones.

El goce efectivo del derecho a la salud requiere de cambios estructurales en el Sistema. En ese sentido, en el balance de los factores que afectan el acceso, uso y calidad de los servicios de salud, pesan mucho más los factores negativos que los factores positivos. Los primeros tienen que ver especialmente con la insuficiencia en la red, la oportunidad en las citas, las autorizaciones y los pagos de EPS a IPS. Se resalta también una gran falencia en la valoración de los resultados, la auditoría médica y la calidad de los servicios.

3.7 Calidad de la Regulación

Los instrumentos regulatorios, principalmente el POS, la UPC y los contratos entre aseguradores y prestadores, no están asociados a los mecanismos de gestión del riesgo, sino a formas retrospectivas de actualización de coberturas y de los precios de la UPC.

Hacia el futuro, la calidad de la política regulatoria debe orientarse hacia una redefinición global de la gestión del MSPS, en donde sus competencias regulatorias sean más proactivas, incluyendo algunas de carácter sancionatorio cuando se trate de circunstancias que pongan en peligro o riesgo la salud de poblaciones en municipios, regiones y departamentos.

La regulación de precios, los pagos por desempeño, la integración vertical y las relaciones entre prestadores y aseguradores son entendidas como prácticas muy discrecionales del ministro de turno, por lo que se pueden convertir en mecanismos de regulación depredadora, vía precios o vía intervenciones, pero también por inconsistencias temporales, como en el caso de la integración vertical, por la existencia de vacíos técnicos o dada la poca claridad en los resultados de los pagos por desempeño.

Muchas esperanzas se plasman como resultado final de la revisión constitucional acerca del Gozo Efectivo del Derecho a la Salud y de las inoperancias de la regla fiscal y las limitaciones sobre la extensión de los derechos. Sin embargo, algunos

creen que, en términos concretos, entre la sentencia T-760 y la Ley Estatutaria no hay diferencias importantes en términos legales y jurisprudenciales y que su impacto en la estructura del Sistema y la configuración de los agentes que lo componen será nulo porque prevalecen muchas limitaciones.

El gobierno y los reguladores en general consideran que ya está como ley de leyes, que hay inconsistencias entre la visión amplia de los derechos y la limitación de los recursos, y que se necesita un consenso informal, no legal, sobre cómo hacer compatibles estas dos cosas.

3.8 Calidad de la IVC

En términos generales, la calidad de la IVC es fuertemente cuestionada por los agentes y por la propia SNS, hasta el punto en que en ésta última se manifiesta que, dada la dispersión regulatoria y el activismo de los organismos de control y la Corte Constitucional, la SNS tiene que "hacer de todo", para lo cual no tiene los instrumentos ni los recursos.

Los agentes consideran que la SNS "pide mucho y hace poco". En ese orden de ideas, se resaltan los altos volúmenes de información pedidos en la circular única y en solicitudes especiales, y se insiste en que el Sistema y los agentes no reciben nada de toda la información recolectada. Por lo tanto, está difundida la idea de que la SNS no utiliza la información de forma adecuada para beneficio del Sistema.

Frente a la autonomía de la SNS, esa entidad se considera efectivamente autónoma de la Presidencia de la República, con excepción de las ocasiones en que se involucra al Fosyga, a los municipios, departamentos y hospitales públicos. También queda clara la influencia de los partidos políticos y los gobernantes locales a través de la Presidencia de la República, situación que muchas veces funciona en detrimento de la autonomía de la SNS.

En el tema de la descentralización, la IVC se percibe muy lejana de los territorios, casi por fuera del Sistema, y muy atomizada en micro-procesos y seguimiento a las normas. De esa manera, se estima que la IVC está poco concentrada en la realidad de los riesgos que afectan a las personas, las regiones o al Sistema en general. A pesar de que se expresa la necesidad de profundizar la descentralización de la IVC en múltiples aspectos, no se evidencian mecanismos o estrategias concretas para fortalecer las entidades territoriales o la misma SNS.

La efectividad de la IVC es fuertemente cuestionada por los agentes, aún en el caso de las intervenciones, como ocurrió con SaludCoop, Caprecom y el Hospital Federico Lleras Acosta. Las críticas se centran en que, a la hora de gestionar la crisis de las instituciones intervenidas, solo se usan instrumentos administrativos y burocráticos, y no los instrumentos técnicos, financieros y organizacionales para la superación de sus problemas.

Se considera que todo depende de la persona del Superintendente y no de la SNS como un conjunto

de instituciones y reglas. En tal sentido, se depende mucho de la discrecionalidad de la persona de turno y no de la legitimidad de la institucionalidad.

Es claro, por otra parte, que la falta de coordinación y la duplicidad de funciones entre los encargados de realizar la IVC obstaculiza la eficiencia con la que se hace. A su vez, no es claro para los agentes cuál es el papel que deberían jugar los distintos entes que llevan a cabo tal actividad.

La transición, desde el enfoque de supervisión de normas al enfoque de supervisión de riesgos realizada por la SNS, no es comprendida por los agentes regulados como un hecho práctico que afecte su comportamiento. En la mayoría de los casos no se hizo mención del decreto de reestructuración y menos de la manera en la que se definen los riesgos que serán sujeto de la IVC. Algo así como riesgos sin agentes, lo cual haría imposible su cumplimiento.

En cuanto a lo que se espera de la IVC, se considera que los mecanismos de autorregulación han perdido totalmente su función en el Sistema y se han convertido en dispositivos de autoprotección de los intereses. Por tal razón, se estima como importante la consolidación de la IVC, la autorregulación misional de distintas entidades, los nuevos consensos sociales y los incentivos. Sin embargo, esto choca con la lógica general de las sentencias T- 760 y T-313, acerca de la confidencialidad de la relación médico-paciente, y la definición de las necesidades y las atenciones por parte de los médicos.

3.9 Expectativas globales sobre el rumbo del Sistema

En el ámbito de las expectativas futuras del Sistema, aparecen residualmente los temas relacionados con la Ley Ordinaria acerca de la creación del Fondo Salud Mía y la redefinición de las aseguradoras como gestoras. Al respecto, las opiniones están bastante polarizadas, entre los defensores del único pagador, entre los que se cuentan muchas IPS, y los críticos del seguro público, entre los cuales se cuentan fundamentalmente las EPS. Como condición que define las expectativas a lo largo de la investigación, estos últimos se tornaron escépticos sobre la ley ordinaria y sobrevive la idea de que por la vía gubernamental es posible una salida como la propuesta del Plan de Desarrollo de crear una institución, denominada ADRES, que le de autonomía al financiamiento con funciones especializadas.

En lo referente a las expectativas de mejoramiento del Sistema, la mayoría de expectativas son negativas, porque a una ley de fines como la Ley Estatutaria, le hacen falta medios. Esta situación podría desestabilizarlo en términos financieros, si los derechos son ilimitados. También podría deslegitimarlo, si las tutelas siguen creciendo y la ciudadanía considera que las leyes no cambian la realidad social en forma práctica.

Desde el punto de vista de los jueces, la Ley Estatutaria en Salud (2015) le adiciona muy poco a los avances de la Sentencia T-760. En ese sentido, estos agentes consideran que las cosas seguirán igual a como han estado desde el año 2008, cuando se expidió la sentencia.

Para el MSPS y el MHCP, es necesario realizar un pacto alrededor de la estabilización del Sistema, en donde se tenga en cuenta la limitación de los recursos y la imposibilidad de adoptar todas las tecnologías en función de la necesidad. En el ambiente institucional y ciudadano, subyace la idea pesimista de que las cosas permanecerán iguales porque los cambios dependen mucho de la gestión de las personas en posiciones directivas, mas no de un cambio en el comportamiento de las instituciones públicas y menos aún de los agentes aseguradores y prestadores.

Como las expectativas son volátiles en el tiempo y cambian mucho de acuerdo con la coyuntura y, dado que la SNS depende más del Superintendente que de su realidad institucional, a pesar de algunas premoniciones acerca de la continuidad del Superintendente anterior, no logramos tener una idea práctica de qué pasaría con quien lo reemplace.

Las expectativas de mejoramiento del Sistema también están condicionadas a la continuidad del Ministro actual, por su capacidad de tomar decisiones serias y alejadas de las presiones políticas.

Los datos analizados en esta investigación han demostrado que, a pesar de los altos niveles de ilegitimidad en el Sistema, en el marco de las interacciones entre los agentes, mecanismos como la cotización, la afiliación obligatoria y la UPC han impedido que colapse. Adicionalmente, al limitar la regulación a la definición de la UPC y la actualización del POS, excluyendo espacios de concertación como lo era el CNSSS, se abandona la posibilidad de regular las operaciones y el desempeño de los agentes en la práctica, dejando el campo libre para la atomización de los intereses y el resquebrajamiento del Sistema.

Las relaciones entre los agentes también ponen en evidencia el nuevo papel asumido por la Corte Constitucional a partir del año 2011 cuando, en medio de la mencionada atomización, esa institución asumió el rol de guardián del derecho a la salud, llamando a la rendición de cuentas y vigilando el cumplimiento de diversos agentes del sistema. De esa manera la Corte pasó de su rol de evaluadora de la normatividad constitucional, a desempeñar acciones de regulación constitucional, emitiendo órdenes administrativas y orientaciones de política a largo plazo. En este contexto, el Ejecutivo debe responder ante la Corte que actúa como juez, mientras que los organismos de control concurren como responsables de la vigilancia en el Sistema, sin mucha diferenciación de sus funciones en la materia.

Ante este panorama, tanto el MSPS como la SNS optan por la intervención directa en el Sistema, mediante el giro directo de los recursos a las IPS por parte del MSPS, y la intervención administrativa de prestadores y aseguradores a cargo de la SNS. Con la generalización de estas medidas, el Estado pasa a tener una injerencia directa sobre el financiamiento, el aseguramiento y la prestación de servicios, buscando remediar los problemas asociados a las deudas de los agentes, que ponen en entredicho la estabilidad económica del Sistema. No obstante, estas medidas de intervención estatal directa no siempre son vistas con buenos ojos por los agentes entrevistados y, para algunos de ellos, no son

adecuadas para superar problemas financieros de carácter sistémico, como lo son las situaciones financieras de entidades como SaludCoop, Caprecom y Coomeva.

Además de la regulación constitucional, también se desencadena una dinámica de rectoría constitucional, suscitada por la aprobación de la Ley Estatutaria y su revisión constitucional. Esto se hace posible ya que esa Ley establece la extensión y características del Gozo Efectivo del Derecho a la Salud, y elimina el criterio fiscal como criterio de exclusión, reestableciendo la relación directa entre los ciudadanos y el Sistema.

En suma, el Sistema ha transitado, de un mundo atomizado caracterizado por la existencia de un número excesivo de normas, hacia un mundo gobernado desde la Corte Constitucional, donde se estima que la regulación constitucional solucionará todos los males del Sistema. Sin embargo, en la medida que la Ley Estatutaria no cuenta con una Ley Ordinaria para su materialización, prevalece la idea de que los cambios pueden quedarse en el papel, ya que, aunque el derecho a la salud sea reconocido en abstracto como un derecho fundamental, esto no es suficiente si no existen los mecanismos necesarios para llevarlo a la práctica.

Al indagar finalmente por las expectativas de los agentes, y en especial por las de los afiliados y ciudadanos, sobre el mejoramiento en el funcionamiento del Sistema de Salud y en la protección del Gozo Efectivo del Derecho a la Salud, la mayoría de los entrevistados consideran que el Sistema seguirá igual, porque ¿de qué sirven los derechos en abstracto, sin medios para conseguirlos?

4 EL SISTEMA DE SALUD TAL COMO LO VIVEN LOS AGENTES: UNA CONSTRUCCIÓN BASADA EN LOS HECHOS

Las visiones del Sistema y su denominación en términos de categorías de referencia para la legitimación y actuación de los agentes, han atravesado diversas metamorfosis sobre lo que estos consideran la característica central de cada una de ellas.

4.1 Un mundo atomizado e inseguro

Dos circunstancias globales de referencia histórica se encuentran grabadas en la memoria de los agentes del Sistema de Salud entrevistados. La primera, conformada por la sentencia T-760 del 2008, por haber redefinido legalmente el derecho a la salud como derecho fundamental y por expedir un conjunto de órdenes constitucionales, dirigidas especialmente al MSPS y la SNS, para garantizar el Gozo Efectivo del Derecho a la Salud, y la segunda, por la Emergencia Social, decretada por el Gobierno en diciembre del 2009 como una forma extraordinaria de corregir, por la vía ejecutiva y reglamentaria, los graves problemas financieros que estaban ocurriendo en forma contingente en el Sistema, poniendo gravemente en riesgo su estabilidad. De la primera, sus recuerdos persisten y se reproducen con la aprobación de la Ley Estatutaria del 2014, que define la salud como un derecho constitucional. La segunda, además de ser declarada inexequible por la Corte Constitucional, se toma como marco de referencia explícito de la crisis y la inestabilidad del Sistema de Salud, especialmente de las instituciones reguladoras y de IVC (MSPS y SNS).

Como imagen global que está guardada en la memoria social de los agentes, se representa al Sistema como un mundo atomizado, caótico y desgobernado, de tal forma que la referencia al Sistema como representación social de objetivos colectivos relacionados con la salud, da paso a la supervivencia de los intereses individuales de las EPS y de los hospitales y clínicas públicos y privados. Tal situación se convierte en la característica central de un sistema que parece un barco a la deriva en un mundo asfixiado por la polución normativa, donde el "sálvese quien

pueda" parece ser la única norma compartida por sus integrantes, con el agravante de que la salvación de unos podría ocasionar problemas para los otros.

Los procesos de atomización en el SGSSS se manifiestan, de acuerdo con la experiencia de los agentes, como un conjunto de problemas globales constituidos por la falta de legitimidad del Sistema y la fragilidad de los derechos de la población. Lo anterior ha sido expresado en términos radicales por médicos y hospitales y clínicas, por el olvido de los temas de la salud de la población y en especial por los temas de oportunidad e integralidad de los servicios que se constituyen, de acuerdo con la T-760, en una violación de los derechos de los pacientes.

Para los aseguradores, este proceso se origina en una falla de la IVC en cuanto no es capaz de diferenciar a "malos aseguradores" de los "que hacen su tarea bien", lo que ha llevado a que el centro de gravedad del Sistema se deslegitime frente a la sociedad, por la inexistencia de un agente que proteja los intereses de los afiliados, en términos de la protección de los riesgos y los servicios incluidos en el POS.

Desde el ámbito de la regulación, los agentes aseguradores consideran que, al crear las categorías de POS asegurable y No POS tutelable, la idea del Sistema como un sistema de seguros sociales con cobertura definida legalmente se pierde, dando origen a un conjunto muy amplio de indefiniciones, denominado zona gris, por la que nadie responde y donde precisamente se concentran las reclamaciones de tutela y la generalización del sistema de recobros. Bajo estas circunstancias, los aseguradores y los prestadores realizan la misma función de agentes de reembolso frente al Fosyga, originando un conjunto de deudas muy grande que afecta la liquidez y desencadena una acumulación de reclamaciones que deslegitiman la operación corriente en el Sistema.

Los agentes y la Corte Constitucional explican estos hechos a partir de la baja capacidad del Sistema para actualizar los contenidos del POS en función de las necesidades y el perfil epidemiológico de la población, y la poca capacidad de la CRES para convocar un proceso participativo con reglas claras de participación y decisión. En tal sentido, critican el que las discusiones se centren en los procedimientos y en los medicamentos, siendo los proveedores y la industria de los medicamentos quienes tienen la mayor participación.

El papel de la IVC en el Sistema es quizá el que cuestionan con mayor vehemencia los agentes, en tanto las actuaciones de IVC se consideran ausentes, ineficaces, de capacidad reducida y, ante todo, para usar la misma expresión del Superintendente, "con incapacidad para responder por los riesgos sistémicos." En un mundo atomizado, el riesgo sistémico es prácticamente absoluto.

La regulación es percibida como una explosión de normas específicas, que producen una respuesta generalizada de incumplimiento, en la

medida que la existencia de múltiples normas hace que estas entren en contradicción, hasta tal punto que cada agente tiene en su mano una norma que lo salva frente a un eventual proceso sancionatorio.

En medio de estas circunstancias, los agentes regulados y vigilados se preguntan ¿por qué la crisis no ha sido de mayor proporción, a tal punto que genere el colapso definitivo en el Sistema? Se ofrecen razones de distinta índole, en especial la permanencia y cumplimiento de los criterios de la cotización y afiliación obligatoria (Flechas Verdes), como forma de regulación legal que mantiene el compromiso general de las obligaciones de la población con el Sistema y de este con la población a través de la afiliación. Derivado de lo anterior, también se recalca la existencia del proceso regulatorio denominado la suficiencia y reconocimiento de la UPC, como un factor que ha desestimulado el colapso del Sistema. Esto se puede ver claramente en la Gráfica 2.

Los intercambios entre el Sistema, representado simbólicamente por el Fosyga y las aseguradoras, asumen la forma de transferencia de recursos a través de la UPC, como forma de pagar los riesgos de los servicios cubiertos por la afiliación. Esto es posible a través de un contrato automático e implícito, de delegación de funciones públicas en los particulares, como lo afirma la Ley 100 de 1993.

En este complejo proceso aparecen los jueces como una red de protección tutelar de los derechos, y la defensoría y las personerías municipales como agentes protectores a través de las tutelas.

Las relaciones entre aseguradores y prestadores se realizan a través de operaciones contractuales y de mercado, en donde el rasgo característico son los conflictos y las deudas. A su vez, algunos gremios de prestadores emplean la integración vertical motivados, no por el objetivo tradicional de economización de los costos de transacción, sino por la intención de limitar el derecho de los afiliados a la libre elección y, en algunos casos, para llevar a cabo procesos de fraude en los recobros y en los reportes de costos para la suficiencia de la UPC, como se ha visto con distintas EPS, en especial SaludCoop.

Las razones del proceso de atomización en el Sistema son muy variadas, pero entre las muchas realidades casuísticas se menciona la perdida de espacios colectivos de concertación y modulación, como lo era el CNSSS, y la incapacidad de la CRES de asumir esta función, por cuanto la regulación se centró exclusivamente en las unidades transadas de UPC y POS y no incluyó, en términos legales y prácticos, el comportamiento y la regulación de las condiciones de operación y el desempeño de los agentes. Aún hoy, en sus expectativas, los agentes regulados insisten en la importancia de estos mecanismos en lugar de las negociaciones bilaterales entre el MSPS y los aseguradores, el MSPS y los prestadores y el MSPS y la industria farmacéutica, cada una en diferentes espacios y con distintos motivos y decisiones, de tal manera que no es posible articular un compromiso sobre la centralidad y estabilidad del Sistema.

4.2 La Regulación Activa Constitucional y las consecuencias de la T-760

Como en una especie de acción de salvamento, la Corte Constitucional convocó, en mayo de 2011, a la totalidad de la institucionalidad colombiana (Presidencia, MHCP, MSPS, Fiscalía, Procuraduría, Defensoría, CRES, SNS, EPS, IPS, Academia, Expertos, Asociaciones de Usuarios) para realizar una rendición de cuentas frente al cumplimiento de la Sentencia T-760, (2008) y para asumir compromisos explícitos para la salvación del SGSSS y la restitución de los derechos vulnerados, mediante el diseño coherente de políticas públicas que promuevan la concordancia entre las ordenes regulatorias y la disponibilidad de recursos para garantizar el goce efectivo de los derechos.

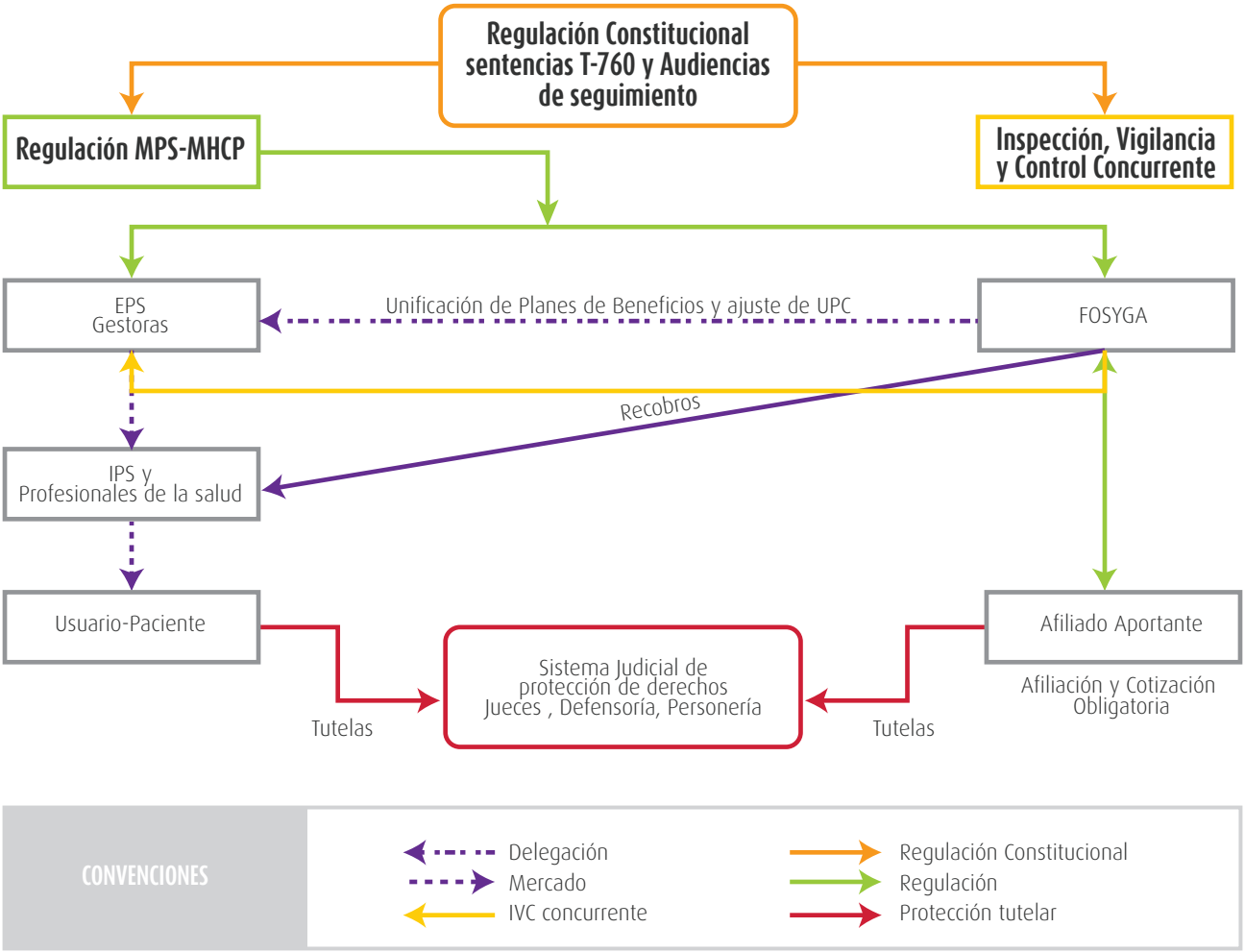
Al actuar de esta manera, la Corte pasa de la acción normativa constitucional a la regulación activa constitucional, como un proceso que implica el establecimiento de metas en "i) precisión, actualización, unificación y acceso a planes de beneficios, ii) sostenibilidad y flujo de recursos, iii) carta de derechos, deberes y desempeño, y iv) cobertura universal y mecanismos de medición de acciones de tutela y divulgación de la sentencia" (Seguimiento Sentencia de la Corte Constitucional en materia de derecho a la salud y la vida, 2011). Para expresarlo con mayor precisión, la misma Corte considera que ella es el "guardián" de los derechos incluidos implícita o explícitamente en la Constitución. En dicha calidad de "vigilante" del derecho fundamental a la salud, esta Sala dará inicio a un trascendental procedimiento de determinación del grado de cumplimiento de las órdenes 16, 17, 18, 21 y 22 de la Sentencia T-760 (2008)

Todos los presentes en la Audiencia fueron rindiendo cuentas y precisando y salvando responsabilidades, por cuanto la Fiscalía anunciaba procesos individuales de penalización por incumplimiento de los derechos, fraude y corrupción. Se pasa así, de un proceso de atomización a un proceso de regulación constitucional, en donde la Corte Constitucional asume la potestad de impartir órdenes administrativas y de definir metas políticas en el tiempo.

Los agentes consideran que el mayor logro de la sentencia lo constituyó la unificación de los Planes de Beneficios entre el Régimen Contributivo y el Régimen Subsidiado y un proceso de ajuste gradual de la UPC, así como el inicio de un proceso concurrente de IVC que involucra, tanto a la SNS, como a la Contraloría, la Procuraduría y la Fiscalía.

Se materializa así, una situación en la que el Ejecutivo le responde al juez constitucional (Líneas Cafés en Gráfica 2) y los organismos de control compiten muy formalmente por la vigilancia de los recursos, la corrupción y el fraude en el sistema (Líneas Amarillas). Tal vez los agentes, especialmente los asociados con el Régimen Subsidiado, consideran exitoso el proceso de unificación de los Planes de Beneficios, pero no las metas globales ni los procesos de concurrencia, sobre todo porque la concurrencia se transforma en actuaciones contradictorias entre la Contraloría y la SNS, y en silencios institucionales de parte de la Fiscalía.

Gráfica 2. La regulación Activa Constitucional



Fuente: Elaboración propia con base en los relatos de los agentes del sistema

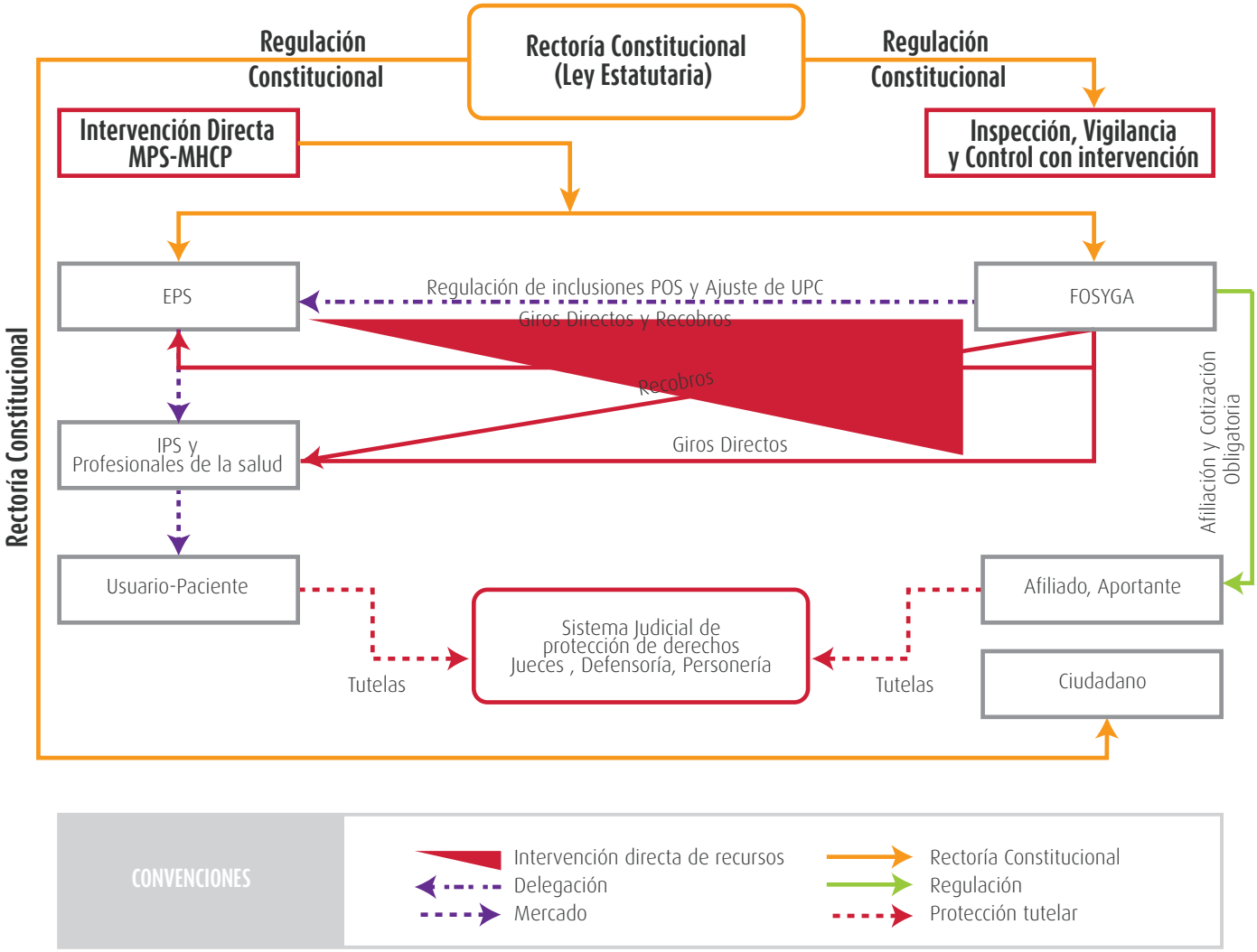
En la Gráfica se resaltan las imposiciones jerárquicas de la Corte Constitucional sobre el MSPS y la SNS, que acá denominamos la categoría de "regulación activa constitucional". No obstante, es importante aclarar que las implicaciones de este proceso no se transforman en regulaciones sobre el desempeño de los agentes aseguradores y prestadores en el SGSSS, y menos aún sobre las responsabilidades de las entidades territoriales.

Si bien las intenciones de la Corte Constitucional eran consideradas como legítimas, los agentes regulados y en especial los aseguradores y los prestadores consideran que su papel era demasiado activo y poco práctico, pues no tenía ojos para ver directamente el funcionamiento del Sistema y menos aún para castigar sus prácticas, ya que eso les compete a las entidades de control y la SNS, quienes en su excesivo centralismo tampoco podrían observar y castigar a los agentes. En algunas entrevistas se afirmó que "Tal vez esto ayude con la legitimidad del sistema... pero servirá poco para corregir los intereses particulares de los agentes".

4.3 La Intervención directa en el Sistema y la integración de las funciones de regulación, financiamiento y aseguramiento

El tiempo transcurre sin cesar en el Sistema y las cosas no mejoran sustancialmente, cada día corre en contra de su legitimidad y, frente a los hechos, el MSPS y la SNS deciden intervenirlo directamente utilizando dos mecanismos: la generalización del giro directo de los recursos administrado por parte del MSPS, y la intervención administrativa de EPS e IPS por parte de la SNS. En este contexto, se va constituyendo el triángulo rojo en la Gráfica, como una forma gráfica de representar las intervenciones directas de las funciones de financiamiento, regulación, aseguramiento y, en algunos casos, la prestación.

Gráfica 3. La intervención pública directa y la rectoría constitucional



Fuente: Elaboración propia con base en los relatos de agentes del sistema

Como una imagen equivalente a la integración vertical en el mercado, se produce la integración vertical en el Estado, mediante la administración de los recursos financieros, no solo a través de la UPC, sino a través del giro directo a los hospitales y clínicas, como una forma de restringir las funciones de aseguramiento delegadas en los particulares, especialmente aquellas asociadas al pago corriente desde el Fosyga a los hospitales y clínicas, que generalmente se hace de forma tardía e inoportuna.

La implementación del giro de los recursos y la intervención de entidades aseguradoras y prestadoras generan múltiples controversias en los regulados. Por un lado, aquellos que consideran que, en conjunto, las propuestas de cambiar la naturaleza de las funciones del Fosyga para trasladarlas a una entidad independiente encargada del recaudo y los pagos, de que sea el Estado el encargado del giro directo a prestadores, y de que las EPS se transformen en Gestoras, son muestra del movimiento hacia un seguro público integrado, con sus correspondientes fantasmas de burocratización y corrupción. Por otro lado, quienes consideran que la eliminación de la intermediación financiera trae grandes beneficios, el mejoramiento de la liquidez y la restitución de la salud como un bien público.

Lo cierto es que la intervención directa ya no es solamente una medida de última instancia, sino una realidad corriente en el Sistema, ya que los problemas de la deuda de sus agentes afectan su estabilidad económica y no cuenta con herramientas del tipo de fondos de garantías para solventar la situación.

La contrapartida más explícita en el comportamiento de los regulados la constituye su baja expectativa sobre el rendimiento futuro de los negocios del aseguramiento, así como la baja disposición a incorporar recursos propios para financiar sus deudas y realizar nuevas inversiones. Lo anterior implica que el problema de las deudas dejó de ser "un problema de los deudores" para convertirse en un problema del Sistema, y más precisamente en un problema del Gobierno Nacional y el MSPS.

Las intervenciones administrativas, al no contar con herramientas financieras globales, impiden, en opinión del Superintendente de la época, darles solución a problemas que, como el de Caprecom, SaludCoop y Coomeva, se convierten en un riesgo sistémico que afecta el funcionamiento de la totalidad del Sistema. Esto conduce a una imagen personalizada de la forma como se administra, que consiste en que el Ministro y el Superintendente hacen las funciones que el cuerpo de bomberos realiza en los incendios: tratar de apagar las deudas, pero sin suficiente combustible para lograrlo.

4.4 La Ley Estatutaria y la Rectoría Constitucional

El proceso de aprobación de la Ley Estatutaria (2015), el retiro de la Ley Ordinaria y la revisión de constitucionalidad de la Corte Constitucional, configuran una nueva realidad en el proceso de toma de decisiones políticas en el Sistema, que denominamos la rectoría constitucional, en la medida que establece en forma modulada, más allá del proyecto de ley aprobado, la extensión, características y mecanismos protectores del goce efectivo del derecho, y suprime las barreras fiscales como criterio de eliminación y exclusión de los beneficios cubiertos. Al reestablecer una relación directa con los ciudadanos se construye una realidad conceptual que la Organización Mundial de la Salud define como Rectoría, en términos de las distintas formas de gobierno entre un sistema y los ciudadanos.

En su forma más institucional, y asociada a la realidad del Sistema de Salud colombiano, la rectoría constitucional incluye la fijación del alcance y contenidos del derecho a la salud en términos del Gozo Efectivo del Derecho a la Salud y la acción de regulación, mediante órdenes constitucionales, sobre el cumplimiento de metas de políticas públicas por parte del MSPS y de la SNS.

La imagen global del Sistema representa un tránsito temporal e institucional, de un mundo atomizado de sobreutilización de instrumentos normativos sobre cada uno de los agentes, a un mundo gobernado por la Corte Constitucional desde las alturas de las sentencias y modulaciones constitucionales.

Al retirarse de la agenda política la Ley Ordinaria, el mundo dirigido por la Corte se queda sin medios económicos necesarios para llevarlo a la práctica. La Ley Estatutaria representa, para los agentes, un avance en la definición formal de los derechos, pero al no estar asociada con las formas de tributación y representación, que hacen posible su materialización, la imagen global del Sistema es la de un mundo extenso en derechos, pero sin recursos para garantizarlos.

El Sistema de Salud se mueve entre dos extremos: el del inicio de la emergencia social, donde prima la autonomía de los agentes en mundos atomizados, y el del mundo regulado por las creencias de que las regulaciones constitucionales son el remedio mágico para sus males. Al final, lo que sí es claro para los regulados, es que la regulación es necesaria y que la IVC no está por fuera del Sistema, como un observador acusador de los vigilados, sino que se constituye en un proceso con herramientas, administrativas y financieras, para corregir los problemas individuales y sistémicos que la sola regulación no puede corregir.

Para terminar, hoy las violaciones de los derechos fundamentales a la salud son vistas como responsabilidad del Estado y se entienden como el resultado de su incompetencia, a través del Gobierno y el MSPS, y este último no cuenta con mecanismos explícitos para hacer que la responsabilidad sea de los aseguradores, de los prestadores y de los profesionales, que establecen una relación más directa con los ciudadanos.

5 BIBLIOGRAFIA

Aday, L., & Andersen, R. (1974). A framework for the study of access to medical care. Health Service Research, Aday LA, Andersen RM. A framework for the study of access to medical care. *Health Service Research.* 1974; 9(3):208-20.

Andersen, R. (1995). Revisiting the behavioural model and acces to medical care: does it matter? . *Journal of Health and Social Behaviour.(36), 1-10.*

Andersson, S. (2014). Learning psychology as a challenging process towards development as well as " studies as usual ": a thematic analysis of medical students ' reflective writing, *491–498.*

Arrow, K. (1963). Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care. *American Economic Review. , No. 53, pp. 941 -973.*

Bryman, A. (2008). Social research methods, Oxford: Oxford University Press.
Castañer, M., Oleguer, C., & Anguera, M. (2013). Métodos mixtos en la investigación de las ciencias de la actividad fisica y el deporte. *Apuntes de Educación Física Y Deportes, 2(112), 31–36.*

Culyer, A. (1971). The nature of the commodity "health care and its efficient allocation. *Oxford Economics Papers, 23, 189-211.*

DeJuSticia (2009). El Derecho a la salud en perspectiva de Derechos Humanos y el sistema de Inspección y Control del Estado Colombiano en materia de quejas de salud. *Procuraduría General de la Nación. Bogotá D.C*

Denzin, N. K., Lincoln, Y.S (2011). Introducción general. La investigación cualitativa como disciplina y como práctica, En: El campo de la investigación cualitativa, *Barcelona, España: Editorial Gedisa, 370 pp, ISBN: 9788497843089.*

Douglas, G., & Miller, J. (1975). Economic Regulation and Domestic Air Transport: Theory and Policy. *Brookings Institution.*

(Fresneda, O., Moreno, P. & Alfonso, O., 1998)
Frenk, J. (1985). El concepto y medición de la accesibilidad. *Salud Pública de México.*

Fresneda, O., Moreno, P. & Alfonso, O. (1998). La red urbana colombiana: una visión a partir del tamaño funcional y la especialización económica de las ciudades. *Santa Fé de Bogotá: Ministerio de Desarrollo Económico.*

Gold, M. (1998). Beyond Coverage and supply:measuring access to health care in today´s market. *Heath Service Research, 33(3), 625-652.*

Green, J., Willis, K., Hughes, E., Small, R., Welch, N., Gibbs, L., & Daly, J. (2007). Generating best evidence from qualitative research: The role of data analysis. Australian and New Zealand Journal of Public Health, 31(6), 545–550. *http://-doi.org/10.1111/j.1753-6405.2007.00141.x*

Hart, H. (1992). EL concepto de derecho. Buenos Aires: Abeledo Perrot.
(Green, J., Willis, K., Hughes, E., Small, R., Welch, N., Gibbs, L., & Daly, 2007)
Holmstrom, B., & P.Milgrom. (1990). "Multi-Task Principal Agent Analysis: Incentive Con-tracts, Asset Ownership and Job Design". *Mimeo, Yale University.*

Kelley, K; Clark, B; Brown, V; Sitzia, J. (2003). Good practice in the conduct and reporting of survey research, International Journal for Quality in Health Care 15 (3), 261-266. Doi:10.1093/intqhc/mzg031.

Kelsen, H. (2009). Teoría pura del derecho. *México D.F.: Porrúa*

Keynes, J. M. (10 de junio de 1930). Mr J. Maynard Keynes nos habla de la crisis mundial. *El Sol.*

Laffont, J., & Tirole, J. (1986). Using Cost Observation to Regulate Firms. *Journal of Political Economy, No. 64, pp. 614-641.*

May, T. (2011). Social surveys: design to analysis, en: May, T. Social research: issues, methods and process, Maidenhead, Berkshire, England: McGraw Hill, Open University Press. *https://www-dawsonera-com.ludwig.lub.-lu.se:2443/readonline/9780335239986/startPage/88*

_____ (2011). Interviewing: methods and process, en: May, T. Social research: issues, methods and process, Maidenhead, Berkshire, England: McGraw Hill, Open University Press. *https://www-dawsonera-com.ludwig.lub.-lu.se:2443/readonline/9780335239986/startPage/88*

Mayan, M.J. (2001). Una introdu (Mieles B., M. D., Tonon, G., & Alvarado Salgado, S. V. , 2012)cción a los métodos cualitativos: Módulo de entrenamiento para estudiantes y profesionales. *QualInstitute Press.*

Mieles Barrera, M. D., Tonon, G., & Alvarado Salgado, S. V. (2012). Investigación cualitativa: el análisis temático para el tratamiento de la información desde el enfoque de la fenomenología social. *Universitas Humanística, 4807(201212), 195–225. Retrieved from http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/univhumanistica/article/view/3648\nhttp://www.redalyc.org/articulo.oa?id=79125420009*

Ministerio de Desarrollo Económico, Viceministerio de Vivienda, Desarrollo Urbano y Agua Potable (1998). La red urbana colombiana: Una visión a partir del tamaño funcional y la especialización económica de las ciudades. *Santafé de Bogotá: Ministerio de Desarrollo Económico.*

Ministerio de la protección social. Proyecto Evaluación y Reestructuración de los Procesos, Estrategias y Organismos Públicos y Privados encargados de adelantar las Funciones de Vigilancia y Control del Sistema de Salud- Informe Final-. [En línea]. *Bogotá, D.C. [Fecha de consulta: junio 20 de 2014]. Capítulo I disponible en:*
http://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/Marco%20Conceptual%20de%20An%C3%A1lisis%20de%20los%20Sistemas%20de%20Salud-%20CAP%201.pdf

---

Orjuela, A., González, L., Pardo, H., Angulo, E., La Tutela y el Derecho a la Salud 2012. [En línea]. Bogotá, D.C. [Fecha de consulta: junio 20 de 2014]. disponible en: <http://www.asivamosensalud.org/media/santafe/lecturas_sugeridas/6265849126fdb7c8e5f828f2c4edc7e7.pdf>

Ozawa, S., & Pongpirul, K. (2014). 10 Best Resources on ... Mixed Methods Research in Health Systems. Health Policy and Planning, 29(3), 323–327. *http://doi.org/10.1093/heapol/czt019*

Pauly, M. (1968). The Economics of Moral Hazard: Comment. *The American Economic Review, , Vol. 58, No. 3, Part 1, (Jun., 1968), pp. 531-537.*

Pizarro, M. (2009). Derecho de policía: ensayo de una teoría general. *Bogotá: Biblioteca Jurídica Diké.*

POSNER, R. (1972). The Appropriate Scope of Regulation in the Cable Television Industry. *Bell Journal of Economics and Management Science, No. 3, pp. 98-129.*

Ramírez, J., Rueda A., Atehortúa, C., Corrales, J., Tobón, D. y Tobón, F. (2010) Las competencias de la Comisión de Regulación en Salud y de la correspondiente reorganización de funciones, de acuerdo con las normas vigentes. Comisión Nacional de Regulación en Salud (CRES). *Bogotá D.C.*

Ruiz, F., Amaya, L., Garavito, L., & Ramírez., J. (2006). Precios y contratos en Salud. (P. d. MPS., Ed.) *Bogota: MPS.*

Sifontes, D. (s.f.). Regulación económica y agencias regulatorias independientes: una revisión de la literatura. *Recuperado el 04 de 2014, de http://www.eumed.net/ce/ds-regulat.pdf*

Spiller, P. (2000). Instituciones y compromiso. *Mexico D,F,: Oxford University Press.*

Stiglitz, J. (1998). La economia delsector publico. Barcelona: Antini Bosch.
Universidad de Antioquia_CRES. (2010). Competencias Regulatorias de la CRES. *Bogota: Uniantioqia.*

Strauss, A. L., Corbin, J. M. (2002). Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada, *Medellín: Universidad de Antioquia, 341 pp. ISBN: 9586556247.*

Tanahashi, T. (1978). Health service coverage and its evaluation. *Bull World Health Organ, 295–303.*

Vaismoradi, M., Turunen, H., & Bondas, T. (2013). Content analysis and thematic analysis: Implications for conducting a qualitative descriptive study. Nursing & Health Sciences, 15(3), 398–405. *http://doi.org/10.1111/nhs.12048*

Venkatesh, V., Brown, S.A., Bala, H. (2013). Bridging the qualitative–quantitative divide: guidelines for conducting mixed methods research in information systems, *MIS Quarterly, 37 (1): 21-54.*

Viscusi, K., Vernnon, J., & Harrington, J. (1995). Economic of regulation and anti-trust. *The MIT Press.*

Wellington, J., Szczerbinski M. (2007). Some qualitative methods considered, en: Wellington, J., Szczerbinski M. Research Methods for the Social Sciences, London: Continuum International Publishing. (pp. 79-99) *Consultado en http://reader.eblib.com/(S(agh2nv4kdeazmwlgfjrli0ks))/Reader.aspx?p=711013&o=103&u=H9204UE1FW0DmHlF39hrLg%3d%3d&t=1411586271&h=1A37266B28BE53D2F8AD407B207F92BAD1D1F216&s=26315765&ut=233&pg=92&r=img&c=-1&pat=n&cms=-1&sd=2#*

Wengraf, T. (2001). Interview 'Facts' as Evidence to Support Inferences to Eventual Theorization/ Representation Models, en: Wengraf, T (Ed.), Qualitative Research Interviewing, London: SAGE Publications. (pp. 2-16). *DOI: http://dx.doi.org/10.4135/9781849209717.n1*

NORMATIVIDAD

• Constitución Política de Colombia [Const]. Julio 7 de 1991 (Colombia).

• Ley 100 de 1993. Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. Diciembre 23 de 1993. D.O. Nº 41.148

• Ley 1122 de 2007. Por la cual se hacen algunas modificaciones al SGSSS y se dictan otras disposiciones. Enero 9 de 2007. D.O. No 46.506

• Ley 1751 de 2015. Ley Estatutaria en salud, Colombia.

• Decreto 1018. Por el cual se modifica la estructura dela Superintendencia Nacional de Salud y se dictan otras disposiciones. 30 de marzo de 2001. D.O. N° 46.586.

• Resolución 1363 De 2008. Por medio de la cual se adopta el Manual de la Calidad de la Superintendencia Nacional de Salud. 29 de septiembre de 2008. D. O. N° 47.132.

• Sentencia C-313 (Corte Constitucional de Colombia), 2014.

• Sentencia T-760 (Corte Constitucional de Colombia), 2008.

PERTINENCIA DE LA INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL EN EL CONTEXTO DEL SISTEMA DE SALUD COLOMBIANO

Rolando Enrique Peñaloza Quintero
Lucia Mina Rosero

COLCIENCIAS
GOBIERNO DE COLOMBIA
Pontificia Universidad JAVERIANA Bogotá
INSTITUTO DE Salud Pública
FES
FUNDACIÓN HORIZONTES PROFESIONALES
OISS ORGANIZACIÓN IBEROAMERICANA DE SEGURIDAD SOCIAL

CAPÍTULO: Pertinencia y Coherencia de las Funciones y Métodos de Intervención Regulatorias de Inspección, Vigilancia y Control

Autores
Rolando Enrique Peñaloza Quintero
Lucia Mina Rosero

Evaluadora:
Yolanda Zapata Bermudez

Programa:
Desarrollo y Evaluación de un Modelo Integrado de IVC del Acceso Oportuno, el Uso Adecuado y la Calidad en la Prestación de Servicios en el SGSSS Colombiano.

Proyecto:
Evaluación de pertinencia y coherencia de las funciones y métodos de intervención regulatorias de Inspección, Vigilancia y Control -IVC.

Fechas de ejecución:
Octubre de 2013 a Abril 2015

Institución ejecutora:
Instituto de Salud Pública, Pontificia Universidad Javeriana.

Investigador Principal:
Rolando Enrique Peñaloza Quintero

Equipo Técnico:
Lucia Mina Rosero
Co-investigadora

Vanessa Suelt Cock
Co-investigadora

Beatriz Eugenia Polania Molano
Auxiliar de Investigación

Julián González Escallón
Auxiliar de Investigación

Jessika Fernandez Ortiz
Auxiliar de Investigación

Cristina Hernández Hurtado
Auxiliar de Investigación

Daniella Ramírez Paz
Pasante de la Carrera de Ciencia Política, PUJ

COLCIENCIAS
GOBIERNO DE COLOMBIA
Pontificia Universidad JAVERIANA Bogotá
INSTITUTO DE Salud Pública
FES
FUNDACIÓN HORIZONTES PROFESIONALES
OISS ORGANIZACIÓN IBEROAMERICANA DE SEGURIDAD SOCIAL

CAPÍTULO

PERTINENCIA DE LA INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL EN EL CONTEXTO DEL SISTEMA DE SALUD COLOMBIANO

Autores
Rolando Enrique Peñaloza Quintero
Lucia Mina Rosero

TABLA DE CONTENIDO

1 INTRODUCCIÓN 223

2 MARCO CONCEPTUAL 224

2.1 DEFINIENDO EL PROBLEMA PÚBLICO 224

2.2 EL CONCEPTO DE POLICÍA ADMINISTRATIVA Y LAS ACTIVIDADES DE IVC 225

2.3 EL CONCEPTO DE RIESGO 226

2.4 LA SUPERVISIÓN A LA GESTIÓN EN EL SISTEMA DE SALUD 228

2.5 DEFINIENDO ACCESO, USO Y CALIDAD 230

3 METODOLOGÍA 232

3.1 CONSTRUCCIÓN DE LA MATRIZ DE MARCO NORMATIVO 232

3.2 TALLER CON LA PARTICIPACIÓN DE ACTORES DEL SECTOR SALUD: EPS, IPS Y ENTIDADES TERRITORIALES 232

3.3 LA APLICACIÓN DE UNA ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA A FUNCIONARIOS DE PERSONERÍAS Y DEFENSORÍAS 233

3.4 PRIORIZACIÓN DE RIESGOS 234

3.4.1 La calificación del riesgo: probabilidad e impacto 235

4 LOS PRINCIPALES RESULTADOS 238

4.1 RESULTADOS DE LA PRIORIZACIÓN DE RIESGOS 238

4.2 EL ANÁLISIS DE PERTINENCIA SOBRE LA BASE DE LOS RIESGOS PRIORIZADOS 240

4.3 RIESGOS PARA LOS CUALES NO SE ENCONTRÓ NORMATIVIDAD ASOCIADA 245

4.4 EL APORTE DE LAS DISCUSIONES EN LA PRIORIZACIÓN 248

4.4.1 Problemas de información asociados al uso de los servicios 253

4.4.2 Problemas de información asociados a la calidad de los servicios 251

4.5 LA PERSPECTIVA DE LOS AGENTES DEL MINISTERIO PÚBLICO SOBRE LAS RESTRICCIONES AL ACCESO, USO Y CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD 251

5 PRINCIPALES CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES DEL ESTUDIO 253

5.1 LAS CONCLUSIONES 253

5.2 ALGUNAS RECOMENDACIONES 255

6 BIBLIOGRAFÍA 257

1 INTRODUCCIÓN

El análisis condensado en este capítulo corresponde a los resultados del proyecto "Evaluación de pertinencia y coherencia de las funciones y métodos de intervención regulatorias de inspección, vigilancia y control". La investigación parte de la presencia de un problema público cuya solución demanda la adopción de medidas de inspección, vigilancia y control (IVC) y con un centro en torno a tres focos de interés: acceso, uso y calidad de los servicios.

Para determinar la pertinencia de la IVC se identificó y priorizó un conjunto de riesgos en salud, a partir de los cuales se quiere establecer si se dispone o no de una normatividad que oriente la forma en que se realizará la supervisión. En consecuencia, los resultados del análisis podrán orientar decisiones relacionadas con el tipo de supervisión del sistema de salud a implementar y sobre cómo hacerlo.

Este capítulo se desarrolla a través de cuatro secciones. La primera, introduce el marco conceptual que guía el análisis, abordando conceptos relativos al problema público y lo que se entiende por policía administrativa y riesgo. En la segunda sección se describe la metodología adoptada para el desarrollo del trabajo, la cual parte de la revisión normativa y de la identificación, calificación y priorización de riesgos, factores estos que, al ser contrastados, llevan a establecer la pertinencia de la IVC en el país.

La sección tres del capítulo presenta los resultados generados al implementar la metodología descrita. Por último, se introducen las principales conclusiones y recomendaciones del trabajo.

2 MARCO CONCEPTUAL

2.1 Definiendo el problema público

La definición y estructuración de un problema público es determinante al concebir el marco conceptual para su evaluación (Curcio, 2007). Los "problemas públicos no son condiciones objetivas en las cuales los hechos son casos dados, por el contrario, el mismo hecho puede ser interpretado de manera diferente por los diversos actores debido a las múltiples concepciones acerca de la naturaleza humana, gobierno y oportunidades sociales" (Dunn W. , 1994, pág. 137).

De acuerdo con Dunn (1994), son cuatro las principales características de los problemas públicos: (i) los de unas áreas afectan los de otras (interdependencia); (ii) los problemas públicos no son datos externos, sino construcciones sociales y políticas de la sociedad determinadas por los valores de quienes las definen (subjetividad); (iii) los problemas públicos están caracterizados por su artificialidad; y, (iv) en torno a los problemas públicos existen tantas soluciones como definiciones (dinámica).

Cuando se toma nota del efecto directo sobre la comunidad antes que, en las organizaciones, se refiere a los problemas públicos como valor específico final. Se tendrían así, problemas públicos de IVC que afectan a un colectivo o al individuo y problemas intermedios de IVC que pueden estar encabezados por la escasez de recursos financieros o humanos y la baja cobertura de los procesos de IVC.

La evaluación conceptual del marco legal existente tiene como objetivo revisar su diseño teórico y analizar su pertinencia (relevancia) y coherencia. "La pertinencia está asociada a la presencia o no de un error tipo III, y la coherencia se relaciona con los objetivos planteados y las actividades a desarrollar para alcanzarlos. Para evaluar tanto la pertinencia como la coherencia se debe contrastar la política con un marco de referencia o un 'deber ser, construido a partir del marco legal existente y del marco conceptual desarrollado" (Curcio, 2007, pág. 68).

La construcción del "deber ser" permitirá realizar la valoración sistemática de los resultados del Programa de IVC, la cual está dada por la comparación de un conjunto de estándares explícitos o implícitos. El "deber ser" parte de la revisión

del marco legal existente frente al tema, con el propósito de "identificar los objetivos y acciones que se deben llevar a cabo para solucionarlo, los cuales deben estar orientados a garantizar un equilibrio entre la intervención sobre las causas y los efectos. Esta construcción teórica del "deber ser" permitirá contar con una referencia para contrastarla de manera conceptual con la que se evalué" (Curcio, 2007, pág. 69).

2.2 El concepto de policía administrativa y las actividades de IVC

La actividad administrativa de inspección, vigilancia y control, ha cambiado a lo largo de la historia, identificándose en una primera instancia con la policía administrativa cuya función era la preservación del orden público en el sentido tradicional. Es decir, para proteger la seguridad, salubridad y tranquilidad de los habitantes en un ámbito territorial específico.

La Corte Constitucional, siguiendo a la doctrina en la Sentencia C-814 (2014), ha señalado que "el poder de policía es una de las manifestaciones asociadas al vocablo policía, que se caracteriza por su naturaleza puramente normativa, y por la facultad legítima de regulación de la libertad con actos de carácter general e impersonal, y con fines de convivencia social, en ámbitos ordinarios y dentro de los términos de la salubridad, moralidad, seguridad y tranquilidad públicas que lo componen. Esta facultad que permite limitar en general el ámbito de las libertades públicas en su relación con estos términos, generalmente se encuentra en cabeza del Congreso de la República, en donde es pleno, extenso y preciso, obviamente ajustado a la Constitución, y, excepcionalmente, también en los términos de la Carta Política está radicado en autoridades administrativas a las cuales se les asigna un poder de policía subsidiario o residual como en el caso de la competencia de las asambleas departamentales para expedir disposiciones complementarias a las previstas en la ley." (Gañán Echavarría, 2017). Se trata de una forma de intervención de la administración pública en la esfera privada de los particulares para el logro de cometidos estatales como es el bienestar social, el orden público, el cumplimiento de los principios y valores constitucionales.

La evolución del concepto de policía administrativa ha sido perceptible en la doctrina europea, específicamente en la española, en la que se sustituyó por un concepto más amplio de características preventivas como la actividad de limitación y control, que adquiere unas particularidades complejas en los aspectos de prevención y de seguimiento de las actividades reguladas que pueden afectar el interés público, y cuya protección importa al Estado para mantener el bienestar y el orden económico.

En Colombia, el concepto doctrinal y legal continúa teniendo un énfasis en el orden público tradicional que proviene de la doctrina francesa, cuya evolución ha estado en manos de la interpretación jurisprudencial. Han sido el Consejo de Estado y la Corte Constitucional las que, de

acuerdo con el marco constitucional actual, le han otorgado al concepto el carácter y las necesidades del Estado contemporáneo. Así, la actividad administrativa de inspección, vigilancia y control debe adoptar un nuevo contenido, no enmarcado meramente en los contenidos del orden público clásico.

La transformación del concepto en Colombia presenta unas dificultades que, en el caso de la salud, implica comprender cómo y quién realiza la inspección, vigilancia y control sobre las actividades de prestación de este servicio. La revisión normativa puede dejar entrever problemas de concurrencia en el ejercicio de control, dispersión normativa y duplicidad de competencias. Se cuenta con un control que ejerce la Superintendencia Nacional de Salud (SNS), la Procuraduría, la Contraloría y los municipios. Esta concurrencia afecta la correcta realización de la actividad administrativa, pues desde la red de controladores, pude no ser claras sus propias competencias. De hecho, la normatividad en la materia es diversa y muy amplia.

El ejercicio de la IVC se refiere a una intervención para lograr la seguridad, la tranquilidad y la salubridad, elementos todos constitutivos del orden público en el derecho francés. De acuerdo a la Sentencia C-557 (Corte Constitucional , 1992)el poder de policía se refiere al "conjunto de acciones concretas, de orden material, de que disponen las autoridades para mantener el orden público y controlar los comportamientos que en la sociedad se dirijan a alterarlo. Es pues un poder material, sin perjuicio de su carácter reglado, como consecuencia de la sumisión de las autoridades a la ley en todo Estado de Derecho".

La Constitución establece que el poder de policía, es decir, la regulación de los derechos y las libertades, están en cabeza del legislador, mientras que el mantenimiento del orden público es responsabilidad y está bajo la unidad de mando de la suprema autoridad administrativa y de sus agentes. Solo de forma subsidiaria y residualmente, las autoridades administrativas con la facultad de expedir actos administrativos normativos de carácter general, ostentan también poder de policía, cuando lo indica la Constitución o el legislador lo permite. Ejemplo de esto son las autoridades administrativas con facultades de regulación y/o reglamentación.

2.3 El concepto de riesgo

En el documento Familias colombianas: Estrategias frente al riesgo, publicado en 2002 por la Misión Social del Departamento Nacional de Planeación, la percepción de riesgo se describe en dos dimensiones, una subjetiva y otra objetiva, indicando que el aseguramiento constituye una forma de canalizar desde una perspectiva objetiva, la visión subjetiva del riesgo. La misma publicación identifica tres aproximaciones a la noción de riesgo. La primera está soportada en la ingeniería de desastres. Otra noción, que se ubica en el plano económico y está asociada a los planteamientos de Varian, Kreps y Pindyck

(Varian, 1978), (Kreps, Notes on the Theory of Choice, Underground Classic in Economics, 1998), (Kreps, A Course in Microeconomic Theory, 1990) y a (Pindyck & Rubinfeld, Dani, 1995), es descrita en el documento como racionalidad individual en sentido estrecho[2]. La tercera noción se describe utilizando la terminología de Elster (1983), como racionalidad colectiva en sentido amplio (Misión Social, 2002).

En el contexto de la ingeniería de desastres, la definición del riesgo involucra otros dos conceptos: amenaza y vulnerabilidad. La vulnerabilidad es definida como la susceptibilidad a determinados eventos (Dilley & Boudreau, 2000, pág. 240)[3]. La relación entre el riesgo y la vulnerabilidad es directa, es decir, a mayor vulnerabilidad, mayor riesgo[4]. Las amenazas que constituyen choques externos o eventos críticos, guardan también una relación positiva con los riesgos. En consecuencia, desde este enfoque, el riesgo estaría definido como la probabilidad de ocurrencia de un evento indeseado, basado en un evento potencialmente dañino y la susceptibilidad de quienes están expuestos[5].

En la ingeniería de desastres, la objetividad del riesgo radica, en primer lugar, en el hecho de que el riesgo es externo al individuo, está fuera de su control, surgiendo la necesidad de incurrir en una protección colectiva. Para este enfoque, el riesgo será óptimo en cuanto su valor sea cero.

Desde la perspectiva de la economía convencional, al definir el riesgo individual es importante la rentabilidad. Se asume que el individuo es adverso al riesgo, como una premisa que sirve de sustento a los sistemas de aseguramiento, a los cuales acuden los individuos para minimizar determinados riesgos y sus respectivos costos.

El interés de los aseguradores está orientado a reducir la probabilidad de ocurrencia de los eventos críticos. En este caso, a medida en que se extienda el nivel de aseguramiento se logra objetivar el riesgo, al punto que el riesgo individual hace parte del colectivo (Misión Social, 2002).

Por último, para el análisis de la perspectiva de racionalidad colectiva, conforme a Arrow y Sen (Arrow, Social Choice and Individual Values, 1951), (Arrow, Notes on the Theory of Social Choice, 1951) y (Sen, 1970), cobran relevancia las reflexiones sobre la seguridad social y las políticas públicas[6].

[1] *Corte Constitucional, Sentencia C-557 de 1992. La sentencia C-024 de 1994 señala las diferencias entre el poder, función y actividad de policía administrativa y las que se refieren a las autoridades encargadas de desarrollar la actividad. Washington.*

[2] *Varian. Hal, 1978. Análisis Microeconómico, Antoni Bosch, 1992; Kreps, David, 1998. Notes on the Theory*

[3] *(Turner, 2003) define vulnerabilidad como el grado en el cual un sistema o una población resultan o pueden resultar perjudicados o deteriorados como consecuencia de un estímulo o shock (citado en (DNP, 2007)).*

[4] *La vulnerabilidad puede aproximarse en términos de la posesión de activos.*

[5] *Ídem.*

[6] *Citados en (Misión Social, 2002).*

Para la política pública es central el paso de la racionalidad individual a la racionalidad colectiva, la cual considera no solo las decisiones en la familia, sino también las decisiones comunitarias y las que atañen a todo un país. El paso de lo individual a lo colectivo implica tener en cuenta, además de las complicaciones que se dan en el seno de la familia, las que tienen lugar en las esferas económica y política. Se requiere considerar así mismo, la incertidumbre que rodea toda elección[7]. Tal vez, la dificultad más grande tiene que ver con la agregación de las preferencias individuales y colectivas (Misión Social, 2002).

Los planteamientos anteriores nutren el concepto de riesgo que guiará el análisis, entendiendo como tal: la "posibilidad de ocurrencia de una circunstancia, evento, amenaza, acto u omisión, que pueda en un momento dado impedir el acceso al sistema de salud y por ende a los servicios, su utilización o la calidad de los mismos"[8]. En ese orden de ideas, como parte del trabajo se adelanta un análisis de riesgo, consistente en la revisión de la probabilidad en que se dan eventos positivos o negativos y su impacto, para calificarlos con el fin de determinar la capacidad de manejo del riesgo de una entidad.

Los riesgos así definidos deben ser controlados, dando lugar a un concepto de gestión o supervisión basada en riesgos que tiene sus orígenes en 2004, con la adopción del Acuerdo de Basilea II, y que pasa a competir con la supervisión basada en resultados que predominaba hasta entonces.

2.4 La supervisión a la gestión en el sistema de salud

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el sistema de salud al hacer alusión al conjunto de instituciones, organizaciones y recursos, cuyo objetivo principal es mejorar la salud. En el cumplimiento de ese objetivo es de vital importancia la supervisión del desarrollo de sus acciones. Para la OMS, la supervisión es una "serie general de medidas para garantizar que el personal lleve a cabo sus actividades de manera eficaz y sean más competentes en su trabajo" (Flahault, Piot, M., & Franklin, A., 1988).

En un sentido amplio, la supervisión es entendida como vigilancia, control o inspección y, en cualquiera de esas acepciones, el propósito es asegurarse el cumplimiento de lo planteado. La supervisión se lleva a cabo, bien sea para tomar acciones correctivas, o para vislumbrar la necesidad de emprender nuevas acciones u otras complementarias a lo que constituye el objeto supervisado. En este sentido, la supervisión aparece como una expresión en la práctica del

[7] *La incertidumbre difiere del riesgo en cuanto sí es factible predecir el último en un rango determinado por su probabilidad, más no la incertidumbre. De hecho, la objetivación del riesgo implica en principio transformar la incertidumbre en riesgo, de modo tal que se pueda predecir ((Misión Social, 2002).*

[8] *Concepto adaptado de las definiciones incluidas en el documento (MEN, 2005)".*

concepto de policía administrativa, que fue discutido previamente. Llevar a cabo la supervisión requiere una estructura y la puesta en marcha de un proceso administrativo.

La lógica que se sigue en este trabajo, centrado en el diseño de un modelo de inspección, vigilancia y control, parte de la definición de una serie de estándares, el deber ser, al cual se alude en los términos de referencia del estudio. Este estándar o deber ser, puede o no estar basado en la normatividad vigente, y al ser confrontado con el modelo actual de IVC demanda un análisis detallado de la forma en que éste último ha sido concebido, es decir, implica una revisión de la normatividad vigente que le soporta. En ese orden de ideas, la recolección de información que se llevó a cabo mediante el desarrollo de un taller con la participación de diferentes actores del sector salud, permitió evaluar el funcionamiento del modelo actual, no para imponer sanciones, sino para dar lugar a correctivos o a un nuevo modelo de IVC.

Desde la perspectiva de la gestión basada en resultados, lo importante es el punto de llegada. En ese sentido, se debe establecer a dónde se quiere llegar, por dónde llegar, cuáles son las etapas intermedias a las cuales se arribará y, de ahí en adelante, confrontar permanentemente los progresos que se llevan a cabo frente a lo planeado y en qué forma o cómo se introducen los ajustes requeridos. Los resultados se refieren al cambio de situación, producto de la puesta en marcha de una actividad, un programa o un proyecto, mediado por el uso de insumos o recursos. El resultado debe ser medido, además de que sea descrito (Unesco, 2008). Se tiene un resultado porque se ha alcanzado una situación diferente a la anterior, una mejora en la situación de salud, por ejemplo.

Por su parte, en la gestión basada en riesgos, la atención en salud está asociada a la probabilidad de ocurrencia de eventos adversos, los cuales se extienden desde la posibilidad misma de acceder a los servicios, una posibilidad que para el caso colombiano está determinada por el aseguramiento, hasta las complicaciones que surgen como producto de la atención. Cuando se trata de la atención en salud, los riesgos son latentes, dando lugar a la aplicación de modelos orientados a la gestión del riesgo. En cuanto los riesgos se materializan, sus consecuencias se vislumbran, no solo en las secuelas que dejan los eventos adversos en las personas, sino también a través de litigios judiciales. El grado en que esos eventos –riesgos o errores incurridos– pueden ser anticipados, es lo que da lugar a la gestión del riesgo.

Por gestión del riesgo se entiende, un conjunto de acciones mediante las cuales se apunta a reducir, más no a eliminar completamente, la posibilidad de ocurrencia de eventos adversos. Las acciones que se desarrollan en el marco de la gestión del riesgo, consideran la necesidad de mantenerse en una franja de costos sostenibles (Chomaly & Suárez, 2003). La Norma Técnica Colombiana, NTC 5254 define la gestión de riesgo como: "Cultura, procesos y estructuras dirigidas a obtener oportunidades potenciales mientras se administran los efectos adversos" (NTC, 2006).

2.5 Definiendo acceso, uso y calidad

Este estudio está orientado a evaluar la pertinencia del sistema de IVC para garantizar el acceso, uso y calidad en la prestación de los servicios de salud. En ese sentido, la pertinencia ha sido definida por la Superintendencia Nacional de Salud (SNS) como "el grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, con la mejor utilización de los recursos de acuerdo con la evidencia científica y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales" (Superintendencia Nacional de Salud, 2006).

Para definir lo que se entiende por acceso, uso y calidad, el trabajo se apoya en los conceptos propuestos por Aday y Andreson (Aday & Andersen, 1974). En el contexto del sector salud, el término acceso suele ser concebido como sinónimo de uso, utilización y cobertura, siendo a su vez intercambiado por el de accesibilidad (Javeriana, Pontificia Universidad; Secretaría Distrital de Salud, 1997).

Al concebir los Indicadores de Alerta Temprana, mediante circular externa de octubre de 2006, la SNS define accesibilidad como "la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud" (Superintendencia Nacional de Salud, 2006, pág. 1).

En la definición de acceso se abarcan aspectos que tienen que ver tanto con la demanda de los servicios como con su oferta. Por ello, con el tiempo, lo que se entiende por acceso ha evolucionado para incluir no solo la definición de la cobertura y las características de los servicios sino, igualmente, la forma en que se determina el mismo acceso, es decir, la estructura adoptada para la prestación de los servicios. Se incorpora también en la definición de acceso el grado en que los resultados reflejan la efectividad y oportunidad del tratamiento, y si ese logra reparar la salud (Gold, 1998).

Lo anterior significa que, al definir acceso, cobran relevancia aspectos asociados a las características de la población que requiere los servicios y que, por ende, determinan la necesidad o su predisposición a demandarlos. En este sentido, el aseguramiento como tal, pese a que podría considerarse como puerta de entrada para obtener los servicios demandados, no necesariamente constituye una garantía para el acceso. Contar con un modelo basado en el aseguramiento no exime de encontrar barreras geográficas, en particular cuando se diferencia entre las zonas urbana y rural.

El uso refiere a la utilización efectiva de los servicios dada una necesidad. En esa medida, entre los principales factores asociados al uso de servicios de salud se encuentran algunos de tipo financiero, derivados de relaciones entre actores del sistema. Otros factores tienen que ver con la articulación de la oferta de servicios, como la asimetría que existe en la oferta de servicios en cuanto se considera la naturaleza pública o privada del prestador. Desde la concepción del sistema se tiene una relación bidireccional entre

instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS), motivada por la remisión de usuarios de servicios, cuando una de ellas no presta alguno que requiere cierta complejidad o, cuando luego de haberlo prestado, lo remite nuevamente a la IPS de la cual lo recibió. De igual manera, la disponibilidad de recursos físicos y humanos reduce la oferta de servicios de las IPS a los usuarios y su prestación efectiva.

La calidad se define "como la provisión de servicios de salud a los usuarios de forma accesible, equitativa y con un nivel profesional óptimo, considerando el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el fin de lograr la satisfacción de los usuarios" (Ministerio de Salud y Protección Social , 2006) (PARS, 2008, pág. 12). Su garantía se refiere a "como las acciones sistematizadas y continuas tendientes a prevenir y/o resolver oportunamente problemas y situaciones que impidan el mayor beneficio o que incrementen los riesgos a los pacientes, realizadas mediante cinco elementos fundamentales: evaluación, monitoreo, diseño, desarrollo y cambios organizacionales."

En el país, los aspectos referentes a la calidad son abordados en la Ley 100 de 1993, desde el punto de vista de su garantía, a través de varias herramientas: habilitación, acreditación, auditorías, sistema de información a usuarios, planes de mejoramiento e incentivos.

3 METODOLOGÍA

El procedimiento metodológico adoptado para el desarrollo del trabajo consideró varias fases. En una primera etapa se conformó una matriz de marco normativo. En una segunda fase se identificó un conjunto de riesgos. Por último, la confrontación entre el marco normativo y los riesgos identificados dio lugar al análisis de pertinencia de la IVC.

3.1 Construcción de la matriz de marco normativo

Al construir la matriz normativa se consideraron los principales contingentes legales desde la Constitución, descendiendo en el sistema hasta normas muy particulares, tales como decretos, resoluciones y circulares.

Dentro de cada uno de los contingentes jurídicos, se realizaron búsquedas por palabras clave que representan la asignación de una función puntual. Lo anterior no significa que se trata únicamente de "inspección, vigilancia y control", sino de distintas aproximaciones sistémicas dependiendo de cada caso. En principio, el rastreo incluyó todo tipo de normas sobre IVC, para irse concretando en momentos posteriores del rastreo en el sector de la seguridad social y, más aún, dentro de la discusión puntual de la IVC en salud.

Partiendo de una estructura normativa abundante, se inició una labor de categorización que mostrara las normas más relevantes en materia de salud. De esta forma se evidenció un abultado número de actores y funciones presentes en el sistema que, en principio, dieron la imagen de una enorme dispersión de la IVC en materia de salud.

3.2 Taller con la participación de actores del sector salud: EPS, IPS y entidades territoriales

Para identificar y valorar los riesgos en salud objeto de IVC, se realizó un taller en dos partes: una primera de trabajo en grupo y la otra en la cual cada participante, haciendo uso de un formato, calificaba la incidencia e impacto de los

riesgos. El taller consideró como pregunta orientadora: ¿cuáles son los problemas más críticos relacionados con la información utilizada para efectos de IVC que se entrega a los diferentes organismos de control?

En el taller participó personal de empresas promotoras de salud o administradoras de planes de beneficios (EPS), instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) y secretarías de salud. Para seleccionar las EPS se apuntó a cubrir los dos regímenes –contributivo y subsidiado–, dando cabida a entidades con arraigo territorial. También se procuró incluir un número reducido de administradoras en el régimen especial. En la selección de las EPS jugó un papel muy importante su cobertura y participación en la afiliación.

La selección de las IPS para participar en el taller consideró los distintos niveles de atención, naturaleza jurídica y capacidad para relacionarse con las EPS[9] o con otras IPS[10]. Para seleccionar una IPS pública, al interior de cada nivel de atención se partió del valor de la producción equivalente, el costo de producción por unidad y el reconocimiento por venta de servicios, considerando los valores de cada variable durante los años 2011, 2012 y 2013. Se optó por seleccionar la IPS que registrara los mayores valores para las tres variables referidas. El ejercicio se alimentó con información del Sistema de Información Hospitalaria (SIHO) del Ministerio de Salud y de Protección Social (MSPS).

El análisis del total de personas atendidas por la entidad en 2013, constituyó la base para seleccionar las IPS privadas, con mayor o menor número de atenciones, considerando distintos procedimientos: consultas, diagnósticos, urgencias y hospitalizaciones.

El taller se desarrolló en cinco municipios, seleccionados conforme a su nivel de desarrollo: Bogotá, Cali, Ibagué, El Espinal, y Calima. En cada entidad territorial a la cual se asistió, se invitó al taller a la respectiva secretaría de salud.

3.3 La aplicación de una entrevista semi-estructurada a funcionarios de personerías y defensorías

En el marco del estudio, la entrevista efectuada a personal de la defensoría y personería en cada municipio seleccionado, se orientó a indagar sobre la disponibilidad de recursos, como una queja constante entre los organismos de control, pero, igualmente, para conocer cuáles son los vacíos que les impiden desarrollar las funciones asignadas por la norma. En la entrevista se preguntó:

1. ¿Cuál o cuáles entre las funciones constitucionales asociadas a la IVC del Sistema General de

[9] *En términos de posibilidad o capacidad de contratar con diferentes EPS.*

[10] *Al considerar la magnitud de servicios ofrecidos para un mismo nivel de atención y con ello su rol en el proceso de referencia y contra-referencia de usuarios.*

Seguridad Social en Salud (SGSSS), considera que presentan mayores restricciones en su cumplimiento y cuáles son los factores asociados al mismo?

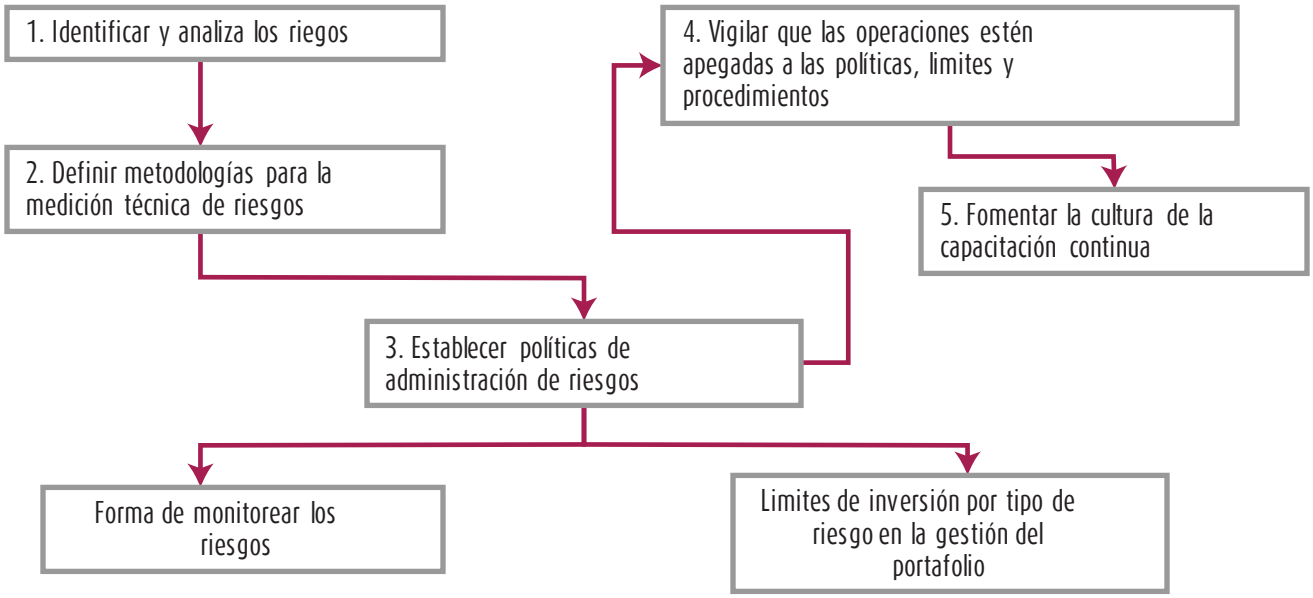
2. Desde el punto de vista de la respuesta pública, ¿cuáles son los vacíos que enfrentan las defensorías/personerías para adelantar sus funciones relacionadas con la IVC al Sistema de Salud?

3. Desde las defensorías y personerías locales se escucha que no tienen uñas, es decir, que les falta presupuesto, tienen problemas de tipo logístico, las funciones exceden la capacidad en términos de personal disponible, etc. ¿En qué medida estas falencias se manifiestan en el cumplimiento de las responsabilidades de IVC asignadas a la entidad?

3.4 Priorización de riesgos

En el Gráfico 1 se describen los pasos que implica adoptar un proceso de gestión de riesgo y en los que se basó el Proyecto. Lo primero a efectuar tiene que ver con la identificación y el análisis de los posibles riesgos. Esto es, conocer los riesgos con efectos sobre el logro de los objetivos de una actividad propia del acceso, uso y calidad en torno a los servicios de salud y establecer los factores que los determinan. Identificar los riesgos representa un proceso permanente, ante la posibilidad del surgimiento de nuevos riesgos. Para adelantar esa identificación se puede acudir al juicio de expertos que representó la vía adoptada en el Proyecto, o tomar información previamente almacenada (registros), entre otros (DNP, 2014).

Gráfica 1. Pasos en la gestión del riesgo



Fuente: (Jiménez, 2006, pág. 25)

Una segunda fase implica priorizar los riesgos de forma tal que la atención se centre en aquellos que se consideran críticos, dadas sus implicaciones sobre la salud de los pacientes. La priorización implica en sí misma, establecer, de una u otra forma, una medida de los riesgos. Llegar a esa medida comprende sistematizar la información aludida en el primer momento, para identificar las acciones que generan mayor riesgo y los factores asociados. En este caso, se optó en el Proyecto por apoyarse en la metodología adaptada por el Departamento Nacional de Planeación (DNP), bajo la cual los riesgos se evalúan en función de su probabilidad de ocurrencia e impacto que generan sobre la salud del paciente.

En un tercer momento es necesario que la entidad establezca políticas para administrar los riesgos, soportadas en la normatividad vigente. Con esas políticas se busca anticipar o prevenir la ocurrencia de eventos adversos y minimizar su efecto sobre el logro de los objetivos asociados a la garantía del derecho a la salud. Seguidamente, la entidad (EPS, IPS, y demás vigiladas) debe generar acciones de autocontrol o vigilancia, para asegurar que las operaciones se desarrollen conforme a las políticas y lineamientos establecidos (momento cuatro). De ahí en adelante, la entidad está llamada a fomentar la cultura de capacitación en torno a los aspectos relacionados con la gestión del riesgo (Gráfica 1).

Desde el punto de vista de la ejecución del proceso de IVC, ésta se llevará a cabo en cada uno de los momentos descritos, mediante los cuales se condensa la gestión del riesgo. Esto es, la inspección puede asociarse directamente a la forma en que las entidades vigiladas identifican y caracterizan los riesgos asociados al acceso, uso y calidad de la prestación de servicios de salud. Sobre la base de dicha información y la forma en que la entidad ajusta sus políticas de administración de riesgo y las aplica apegadas a la normatividad vigente, se levanta nueva información que alimenta la vigilancia y la implementación de medidas de control.

3.4.1 La calificación del riesgo: probabilidad e impacto

En el taller se solicitó a los participantes que calificaran los riesgos, indicando su probabilidad de ocurrencia y el impacto. La probabilidad de que se registre un riesgo se asigna conforme a la frecuencia en que se presenta el evento que lo materializa. La probabilidad corresponde a un valor en números que se establece en una escala entre cero (0) y diez (10), donde cero (0) corresponde a la menor probabilidad y diez (10) a la más alta.

Si el evento que materializaría el riesgo sobre la salud, ya sea que lo haga directamente o a través de un desequilibrio financiero de la entidad, se presenta de manera muy frecuente o se registra reiteradamente, se dice que la probabilidad del riesgo es alta, lo que implica un valor

cercano a diez (10). De otro lado, si el evento que materializa el riesgo sobre la salud es bastante inusual o difícilmente se presenta, entonces la probabilidad del riesgo es baja, con un valor que tiende a cero (0).

La probabilidad de ocurrencia de eventos adversos asociados al accionar de las entidades territoriales, con efectos sobre las condiciones de salud de la población en su territorio, se califica también conforme a su frecuencia. Esto es, si el evento adverso es común o una cuestión del día a día, la probabilidad tiende a diez (10) y a cero (0), en caso contrario.

La calificación del impacto que produce un riesgo se aproxima teniendo en cuenta la intensidad o gravedad con la cual el evento que lo materializaría afecta la salud. Para asignar dicha calificación se utilizan tres categorías: alto, medio y bajo.

El evento que materializa el riesgo sobre la salud se asocia a un impacto alto, cuando se perturba o altera gravemente la condición de salud, ocasionando invalidez e incluso la muerte del paciente.

Se tiene un impacto medio, en las situaciones en que los servicios o tratamientos producen complicaciones o efectos adversos considerados críticos, pero que no implican invalidez o muerte. Existe, así mismo, un impacto medio en ocasiones en las cuales se obstruye la ejecución del contrato de prestación de servicios entre la EPS y la IPS aunque es factible acceder a la atención, pero con ciertas restricciones.

El impacto es bajo cuando los servicios o tratamientos no producen efectos adversos o complicaciones sobre la salud de los usuarios o, si lo hacen, pueden considerarse menores. También se tendría un impacto bajo en aquellas ocasiones en las cuales se dificulta la ejecución del contrato entre EPS e IPS de manera leve, caso en el cual, aplicando medidas mínimas, se puede lograr el objeto contractual.

Cuando se trata de calificar el impacto del accionar de la entidad territorial, es relevante el grado en que frena el aseguramiento o el uso de los servicios. Es decir, el impacto es alto si se restringe completamente el aseguramiento o el uso de los servicios. Se tiene un impacto medio, si se pueden usar los servicios, aunque con restricciones. Finalmente, el impacto es bajo si las acciones de la entidad territorial no se asocian de manera alguna a eventos adversos propios de riesgos en salud.

Al adoptar la metodología propuesta por el DNP[11], la priorización es el resultado de multiplicar la probabilidad por el impacto, dando lugar a diferentes zonas de riesgo. La metodología parte del supuesto de que un impacto y la probabilidad al mismo tiempo, significa mayor prioridad del riesgo, y en síntesis se hace urgente la intervención. La multiplicación referida da lugar a un ordenamiento de los riesgos en términos de prioridad, generando diferentes zonas de riesgo como se aprecia en la Tabla 1.

[11] *DNP. 2014, Lineamientos para la administración de riesgos en los procesos del DNP. Bogotá.*

Tabla 1. Zonas de riesgo

		VALOR	ZONA DE RIESGO	ZONA DE RIESGO	ZONA DE RIESGO
PROBABILIDAD	ALTA	3	MODERADO	IMPORTANTE	INACEPTABLE
	MEDIA	2	TOLERABLE	MODERADO	IMPORTANTE
	BAJA	1	ACEPTABLE	TOLERABLE	MODERADO
			LEVE	MODERADO	CATASTRÓFICO
			IMPACTO		

Zona de riesgo aceptable	Significa que su probabilidad es baja e impacto leve.
Zona de riesgo tolerable	Significa que su probabilidad es media e impacto leve, o su probabilidad es baja e impacto moderado.
Zona de riesgo moderado	Significa que su probabilidad es alta e impacto leve, o su probabilidad es media e impacto moderado, o su probabilidad es baja e impacto catastrófico.
Zona de riesgo importante	Significa que su probabilidad es alta e impacto moderado, o su probabilidad es media e impacto catastrófico.
Zona de riesgo inaceptable	Significa que su probabilidad es alta e impacto catastrófico.

Fuente: DNP. 2014, Lineamientos para la administración de riesgos en los procesos del DNP. Bogotá.

Los riesgos así priorizados fueron contrastados con la normatividad vigente, para establecer si ésta última corresponde al problema real objeto de inspección, vigilancia y control.

4 LOS PRINCIPALES RESULTADOS

4.1 Resultados de la priorización de riesgos

Los formularios respectivos fueron diligenciados por un total de 44 personas vinculadas a EPS, IPS o Entidades Territoriales. La Tabla 2 describe cinco de los riesgos más importantes para las EPS, IPS y Entidades Territoriales.

Al calificar los riesgos, los participantes de las entidades territoriales tienden a asignar la probabilidad e impacto en la escala más alta (3), lo que significa que, cuando se trata de ese tipo de entidades, se aprecia un conjunto amplio de riesgos que tendrán prioridad entre las acciones de IVC. Algunos de esos riesgos se presentan en las relaciones que se dan entre la entidad territorial y actores como las EPS del régimen subsidiado, los usuarios y el Fosyga. Los riesgos se asocian a la organización de la red de servicios, en cuanto existen vacíos en términos de niveles de complejidad, o a la gestión del riesgo en salud, cuando la prestación de servicios por fuera del Plan Obligatorio en Salud es inoportuna ante fallas en la red de prestadores. Estos riesgos se consideran "inaceptables", lo que demanda una pronta intervención. Existen también riesgos considerados "inaceptables" que surgen en relación con la categoría de afiliación de los ciudadanos (Tabla 2).

Los riesgos que ameritan revisión, surgidos del ejercicio de las responsabilidades conferidas a las Entidades Promotoras de Salud, tienden a concentrarse en tres grandes categorías: gestión de riesgo en salud, representación del afiliado y administración del riesgo financiero. Entre los riesgos propios de la gestión del riesgo en salud, resaltan el no desarrollo de actividades de promoción y prevención y la presencia de problemas de salud que no han sido resueltos. Entre la representación al afiliado, merece especial cuidado la falta de oportunidad de las EPS para que sea atendido. Finalmente, representa riesgo financiero adoptar una política de contratación inadecuada, o contar entre los afiliados con un número importante de personas con riesgo cardiovascular. Frente a todos estos riesgos que surgen de las relaciones entre EPS y usuarios, o entre las primeras y las IPS, se alcanza una intervención a un nivel considerado "importante" (Tabla 2).

La organización de la red de servicios con calidad constituye la principal categoría de riesgos, cuando se trata de las IPS en sus relaciones con los usuarios y las EPS. En más detalle, estos riesgos tienen que ver con retraso en los procesos de referencia y contra referencia, errores de medicación, complicaciones anestésicas y asignación de los servicios prestados a un pagador (EPS) que no corresponde.

Tabla 1. Resumen de priorización de riesgos

TIPO ENTIDAD	AGENTE CON EL CUAL SE RELACIONA	CATEGORÍA DE RIESGO	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	PRIORIZACIÓN
ENTIDAD TERRITORIAL	EPS-S O USUARIO	**Organización red de servicios con calidad**	Presencia de una red de IPS con vacíos en términos de niveles de complejidad.	INACEPTABLE
ENTIDAD TERRITORIAL	USUARIO	**Gestión riesgo de salud**	Inoportunidad en prestación de servicios No Pos para población en régimen subsidiado ante fallas en la red de prestadores.	INACEPTABLE
ENTIDAD TERRITORIAL	FOSYGA	**Afiliación**	Demoras en los giros correspondientes al valor de la liquidación de los aportes patronales de los trabajadores de hospitales públicos.	INACEPTABLE
ENTIDAD TERRITORIAL	FOSYGA	**Afiliación**	Incumplimiento de la regulación relacionada con el traslado de afiliados.	INACEPTABLE
EPS	USUARIO	**Gestión riesgo de salud**	No desarrollo de actividades de promoción y prevención (en hipertensión, diabetes, enfermedad renal, VIH, Cáncer, enfermedades cardiovasculares).	IMPORTANTE
EPS	USUARIO	**Gestión riesgo de salud**	Problemas de salud no resueltos	IMPORTANTE
EPS	USUARIO	**Representación afiliado**	Falta de oportunidad de EPS para atención oportunidad a citas médicas especializadas diferentes a las de pediatría, ginecología, obstetricia, medicina interna, cardiología, gastroenterología, prestación de servicios de imagenología, entrega de medicamentos No POS, programación de cirugía y decitas de consulta de medicina general	IMPORTANTE
EPS	IPS	**Administración riesgo financiero**	Inadecuada política de contratación (capitación, tarifas, etc.) que limite prestar los servicios y disponer de una red de IPS suficiente para atención en condiciones de calidad y oportunidad con los recursos disponibles.	IMPORTANTE
EPS	USUARIOS/IPS/ MINSALUD/FOSYGA	**Administración riesgo financiero**	Población con Riesgo Cardiovascular.	IMPORTANTE
IPS	EPS - USUARIO	**Gestión riesgo de salud**	Retraso en la referencia de usuarios que requieren mayor nivel de complejidad.	IMPORTANTE
IPS	USUARIO	**Organización red de servicios con calidad**	Errores medicamentosos: prescripción, vía, dosis, sobredosis, paciente equivocado.	IMPORTANTE
IPS	USUARIO	**Organización red de servicios con calidad**	Complicaciones anestésicas (incluida mala aplicación de epidural).	IMPORTANTE
IPS	EPS	**Organización red de servicios con calidad**	Asignar un servicio prestado como pagador a una EPS que no corresponde.	MODERADO

Fuente: Elaboración propia

4.2 El análisis de pertinencia sobre la base de los riesgos priorizados

Una vez se priorizaron los riesgos, se procedió a identificar cuáles han sido regulados o están asociados a una norma, es decir, si son pertinentes[12]. Para examinar lo anterior se confrontó cada riesgo con las normas en la materia.

En esta investigación se pudo evidenciar que existen muy pocos casos en donde los riesgos estén regulados de manera detallada por las normas, siendo la regulación en su mayoría de carácter administrativo. Es decir, los riesgos individuales son regulados por resoluciones y algunas circulares.

Un hallazgo adicional de la investigación es que, si bien el riesgo fue regulado adecuadamente, no existen mecanismos e información suficiente para observar su cumplimiento o incumplimiento en un período pues no cuentan con mecanismos de vigilancia, salvo los establecidos en la Circular Única 047 de 2007. En este sentido, se introduce un desarrollo normativo de la protección de los derechos y servicios a la salud y seguridad social en materia constitucional, que habilita la regulación específica por riesgos, y un desarrollo concreto de la regulación en la supervisión de riesgos.

La normatividad colombiana relacionada con los riesgos es dispersa. Se detectan problemas al nivel territorial cuyos desarrollos son ínfimos, en particular en lo que atañe a riesgos financieros, riesgos en salud, representación de afiliados, planeación y de organización de redes.

Por otra parte, se observan problemas de técnica legislativa. Esto es, que una circular de carácter externo, es decir un acto administrativo, recopile toda la normatividad sobre procesos de inspección, vigilancia y control de la Superintendencia. Es así como en la Circular Única 047, que no tiene la entidad de ley, es donde reposa mucha información sobre sanción y control de riesgos. Se recomienda una regulación en ley ordinaria que desarrolle adecuadamente toda la dispersión existente en materia de riesgos. Se aprecian riesgos abordados a través de leyes, decretos, resoluciones, o circulares, emitidos por diferentes entidades, entre las que se incluyen el Ministerio de Salud y Protección Social, el Ministerio del Trabajo, o el Ministerio de Agricultura. La consecuencia, la dispersión de la responsabilidad por la ausencia de aseguramiento de un riesgo y la baja capacidad para enfrentarle mediante una política pública orientada al diseño de instrumentos para contrarrestar enfermedades.

[12] *Es importante señalar que hemos adoptado como pertinencia el hecho que se encuentren regulados normativamente. Es decir, que la temática esté abordada de manera general por la Constitución, habilitando la regulación, de manera más concreta por las leyes, decretos y resoluciones.*

Desde esta perspectiva, se encontraron las siguientes normas que regulan el riesgo por su importancia en el sistema de fuentes del derecho[13]: Ley 9 de 1979, que crea el Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA), Ley 100 de 1993 y Ley 715 de 2001, por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 del 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros.

Otras normas que rigen el riesgo son: Decreto 1011 del 2006, Resolución 1445 de 2006 del Ministerio de Protección Social, Decreto 3518 del 2006, Ley 1122 de 2007 concretamente en su art. 14, Decreto 131 de 2010 artículo 39, Decreto 131 de 2010 artículo 39[13], Circular Única 047 de 2007 (aunque no tenga la jerarquía deseable para este tipo de recopilación)[14], Decreto 574 de 2007, Decreto 1698 de 2007, Resolución 1740 de 2008, Decreto 2353 de 2008, Resolución 814, Decreto 1357 de 2008, Decreto 4789 de 2009, Circular Externa del Ministerio 082, Circular Externa 045 del 2011 del Ministerio de la Protección Social, Ley 1438 de 2011, Decreto 2462 del 2013 y Ley 1608 del 2013.

Otro tipo de riesgos asociados a poblaciones, enfermedades o hechos específicos se encuentran regulados en normatividades dirigidas a subsanarlos, como es el caso de las orientadas a población con VIH/Sida (Ley 972 de 2005), población con cáncer (Ley 1384 de 2010 y Ley 1388 de 2010), sistema de información para población con cáncer (Resolución 4496 de 2012), diabetes y enfermedades articulares degenerativas (Ley 1355 de 2009), tuberculosis (Ley 27 de 1947), dengue (convenio en zona fronteriza colombo-peruana), enfermedades huérfanas (Ley 1392 de 2010), violencia intrafamiliar (artículo 33 de la Ley 1122 de 2007, poblaciones específicas (Resolución 3997 de 1996) y riesgos del trabajador (Decreto 1295 de 1994).

Es importante destacar la regulación establecida en la Ley 100 de 1993 frente a la atención individual de urgencias y, con respecto a la falta de información y orientación al usuario, la Ley 1438 de 2011 regula en sus artículos 107.3 y 108 la asimetría de la información y el fortalecimiento de su sistema.

Todo lo relacionado con el trato de los profesionales de la salud y sus obligaciones se encuentra en la Ley 1164 de 2007, que dicta disposiciones en materia del talento humano en salud. El Decreto 1011 de 2006 regula lo relacionado con las auditorías para el mejoramiento de la calidad de los servicios.

El artículo 4 de la Resolución 3374 de 2000 del Ministerio de Salud y Protección Social regula, en el segundo capítulo, la gestión de los datos relativos a los servicios individuales de salud. Desde

[12] *Según tipos de normas y su jerarquía en un ordenamiento jurídico.*

[13] *Respecto al acceso de la población III del Sisbén y como se destinará el 50% de la UPC, fue derogado por la Ley 1438 de 2011, artículo 145.*

[14] *En España, por ejemplo, ello se hace mediante normas jurídica de carácter de ley denominadas refundición (refunden en ella diversos textos normativos, le dan un sentido y una coherencia evitando la dispersión)*

la identificación de los usuarios, hasta los datos de los recién nacidos u hospitalizaciones deben tener una información básica indicada en la presente resolución.

Respecto a la planeación, la Ley 100 de 1993 en su artículo 227, contiene la regulación para el control y evaluación de la calidad del servicio de salud, dentro de lo que se incluyen las auditorías médicas de obligatorio desarrollo en las EPS.

El artículo 139 de la Ley 1438 de 2011 aborda lo concerniente a la organización de la red de prestadores de calidad, al establecer los deberes y obligaciones para los usuarios del Sistema de Seguridad Social en Salud, como la actuación de buena fe, el suministro de información oportuna, la información a las autoridades del conocimiento de actos o hechos que afecten el Sistema, el cuidado de salud personal y de la familia, entre otras. En relación con la calidad, el artículo 63 incluye los criterios determinantes para la conformación de las redes integradas de servicios de salud.

Frente a la atención materno-infantil, el artículo 166 de la Ley 100 determina la atención que cubre los servicios de salud en el control prenatal, la atención del parto, el control del posparto y la atención de las afecciones relacionadas con la lactancia. Esta misma ley dictamina en el parágrafo 5 del artículo 162, el establecimiento de "un sistema de referencia y contra-referencia para que el acceso a los servicios de alta complejidad se realice por el primer nivel de atención, excepto en los servicios de urgencias."

El Decreto 1782 de 2014, que regula lo relacionado con el trámite del registro sanitario para medicamentos, responsabiliza al Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA) de cerciorarse que los medicamentos disponibles en el mercado cumplan los requisitos de calidad y estándares de comercialización. El tipo de examen que la Sala Especializada de Medicamentos y Productos Biológicos del INVIMA debe realizar, se encuentra regulado en este mismo decreto.

Con respecto a las obligaciones que tienen las EPS, en el tema de organización de redes de prestadores de calidad, el artículo 23 de la Ley 1122 de 2007 menciona que deben atender con la celeridad y frecuencia requerida por la patología del usuario y agendar citas médicas oportunamente. Esa misma ley indica que es el INVIMA quien vigila "la garantía, mediante una tecnología de señalización de medicamentos, su identificación en cualquier parte de la cadena de distribución, desde la producción hasta el consumidor final con el objetivo de evitar la falsificación, adulteración, vencimiento y contrabando."

En relación con los riesgos de las entidades territoriales, el Decreto 1280 de 2002, en su artículo 21 define un plan de visitas que la entidad debe realizar para poder verificar capacidades de solvencia. Así mismo, debe someterse a los principios, niveles y objetivos de las auditorías fijados por el artículo 32 del decreto 1011 de 2006.

La Resolución 3374 de 2000 obliga a las EPS a gestionar el manejo de los datos relativos a los servicios individuales de salud. La Resolución 1533 de 2006 crea, dentro de la Superintendencia Nacional de Salud, un grupo de reclamos que velan "porque la entidad, dentro de los términos fijados por la Superintendencia Nacional de Salud, dé respuesta a los interesados". Mediante el artículo 15 de la Resolución 1533 de 2006 se crea un grupo de seguimiento al flujo de recursos financieros adscrito a la SNS, que básicamente vigila que la entidad territorial esté vigilando.

El marco constitucional colombiano ha establecido con claridad en sus artículos 48 y 49, el derecho y servicio de salud y de la seguridad social, así como la garantía prevalente de la salud de los niños y las niñas. Estos artículos se han materializado en los desarrollos legales y reglamentarios que regulan el servicio de salud, así como en las autoridades y competencias para el ejercicio de la función de IVC que debe ser realizado por la Superintendencia.

Lo anterior es, a su vez, concordante con los tratados internacionales suscritos por el Estado colombiano y que hacen parte de su bloque de constitucionalidad[15]. En materia de salud pública existe un conjunto de leyes que regulan algunos riesgos para la salud de los niños y niñas: Ley 1257 de 2008, Ley 599 de 2000 Código Penal, Ley 670 de 2001, Ley 679 de 2001, Ley 704 de 2001, Ley 765 de 2002, Ley 833 de 2003, Código de la Infancia y la Adolescencia (Ley 1098 de 2006) que derogó el Código del Menor (Decreto 2737 de 1989) salvo en algunos aspectos que especifica el artículo 217, Ley 1146 de 2007 y Ley 1335 de 2009.

La Constitución ha introducido dentro de los derechos sociales, económicos y culturales el artículo 46 para la asistencia de personas de la tercera edad. Este artículo constitucional ha sido desarrollado por varias leyes: Decreto 2226 de 1996, Ley 700 de 2001 y Ley 1251 de 2008.

La seguridad social ha sido reconocida como un servicio público obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la ley. Se consagra como un derecho irrenunciable y señala que su prestación debe hacerse de acuerdo con la ley.

[15] *El bloque de constitucionalidad es un conjunto normativo que se encuentra fuera de la Constitución y que por vía de interpretación jurisprudencial se entiende hace parte de ella (Sentencia C-225 de 1995). Los instrumentos internacionales que establecen el mandato de la prevalencia de los derechos de los niños y niñas sobre los de los demás está, entre otros instrumentos, en: — Declaración Universal de Derechos Humanos, artículo 25 (§ ART. 25.1).*
— Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Ley 74 de 1968, artículo 10.
— Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Ley 74 de 1968, artículo 24.
— Convención americana sobre derechos humanos, Ley 16 de 1972, artículo 19 (§ Ley 16 de 72. Convención Americana...).
— Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, Ley 51 de 1981, artículo 16 (§ L.51 de 81, Art. 1º).
— Aprobación de la Convención sobre los derechos del niño adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 20 de noviembre de 1989. Ley 12 de 1991 (§ L. 12 de 91, Art. 1º y ss.).
— Convenio IV de Ginebra, artículos 14, 17, 23, 24, 38, 50 y 94.
— Protocolo I adicional de Ginebra, artículos 8º, 76, 77, 78.
— Convenios de la Organización Internacional del Trabajo (§ COMENTARIO. —Convenios Internacionales del Trabajo...).
— Convención Interamericana sobre conflicto de leyes en materia de adopción de menores. Promulgación mediante Decreto 971 de 1994.
— Convención Interamericana sobre obligaciones alimentarias, hecha en Montevideo. Ley 449 de 1998.
— Acuerdo sobre asistencia a la niñez entre la República de Colombia y la República de Chile. Ley 468 de 1998.
2. Desarrollo legal de la norma:
— La Ley 265 de 1996. Aprueba el Convenio relativo a la protección del niño y a la cooperación en materia de adopción internacional, suscrito en La Haya el 29 de mayo de 1993.

El artículo 49, modificado por el Acto Legislativo No.1 de 2009 indica que "La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.

Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley.

Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad.."[16]

En lo que concierne al régimen de referencia y contra-referencia para usuarios de servicios de salud, se encuentra el Decreto 2759 de 1991. En cuanto a la obligatoriedad de las urgencias el Decreto 412 de 1992, y el Código Penal a su vez, (Ley 599 de 2000, artículos 368 a 385), de los delitos contra la salud pública.

A manera de desarrollos derivados de la Constitución Política (C.P.), se registra una gama de normas orientadas a diferentes poblaciones, para resaltar el derecho fundamental a la salud de las mujeres y la protección prioritaria y gratuita para el niño menor de un año. De otra parte, el marco constitucional para la regulación de los servicios públicos[17] está compuesto por principios fundamentales consagrados en la Constitución en sus Artículos 1, 2 y 5; por derechos específicos establecidos en los Artículos 48, 49, 56, 58, 60, 64, 67, 76, 77 y 78; por las disposiciones relativas a la potestad de configuración del legislador y la potestad reglamentaria del Presidente en materia de servicios públicos en los Artículos 150, numeral 23 y 189, y numeral 22, respectivamente; por las normas relativas a las competencias de las entidades territoriales en materia de servicios públicos los Artículos 106, 289, 302, 311 y 319; por las normas del régimen económico y de hacienda pública, Artículos 333 y 334; y, por las disposiciones del Título XII, capítulo 5 de la Constitución, que definen "la Finalidad Social del Estado y de los Servicios Públicos" en los Artículos 365 a 370[18].

[16] *Hacen parte del Bloque de Constitucionalidad las siguientes normas:*
— Declaración Universal de Derechos Humanos, artículo 25, derecho a la salud y el bienestar (§ Art. 25. —1).
— Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Ley 74 de 1968, artículo 12, derecho a la salud física y mental.
— Convención americana sobre derechos humanos, Ley 16 de 1972, artículo 1º (§ Ley 16 de 72. Convención Americana sobre...).
— Convención internacional sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, Ley 51 de 1981, artículos 10, 12 y 14.
— Convención sobre los derechos del niño, Ley 12 de 1991, artículos 23, 24 y 25 (§ Ley 12 de 91, Art. 23.—1, Ley 12 de 91, Art. 24.—1, Ley 12 de 91, Art. 25.).
— Convenios de Ginebra, Ley 5ª de 1960.
— Protocolo I Adicional, Ley 11 de 1992.
— Convenios de la Organización Internacional del Trabajo (§ COMENTARIO. —Convenios Internacionales del Trabajo...).

[17] *Corte Constitucional, Sentencia C-150 de 2003, MP: Manuel José Cepeda, donde la Corte examinó las competencias constitucionales para la regulación de las tarifas de los servicios públicos domiciliarios.*

[18] *C-741 de 2003 Corte Constitucional*

Como lo indica la Corte Constitucional (C-74 de 2003), "Si bien es cierto que, tal como lo establece el artículo 365 superior, los servicios públicos pueden ser prestados por el Estado, por comunidades organizadas o por particulares, el logro de las finalidades sociales que justifican su prestación no está totalmente librada de ser afectada por las condiciones del mercado. Por ello, para asegurar el cumplimiento de las finalidades sociales del Estado Social de Derecho (artículo 365 de la C.P.) y de lograr el objetivo fundamental de la actividad estatal consistente en dar solución a las necesidades básicas insatisfechas de la población (art. 366 de la C.P.), el Estado mantiene las funciones de regulación, control y vigilancia sobre los servicios público.

Para materializar el servicio de salud a la población colombiana, la Constitución prevé en su artículo 356 que la ley fijará los servicios a cargo de la Nación y de las entidades territoriales; determinará el situado fiscal, esto es, el porcentaje de los ingresos corrientes de la Nación que será cedido a los departamentos, el Distrito Capital y los distritos especiales de Cartagena, Santa Marta y Barranquilla, para la atención directa, o a través de los municipios, de los servicios que se les asignen.

4.3 Riesgos para los cuales no se encontró normatividad asociada

No se encontraron pertinentes los riesgos que no tienen ningún tipo de regulación o tienen una regulación incipiente. La Tabla 3 describe el conjunto de riesgos para los cuales no se encontró normatividad asociada.

Tabla 3. Riesgos sin normatividad asociada

ENTIDAD	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO
EPS	**Planeación:** · No realizar de manera oportuna el seguimiento al cumplimiento de las actividades programadas en los planes, programas, proyectos y convenios vigentes · No adelantar un diagnóstico institucional · Recurso humano insuficiente para realizar el proceso de afiliación o para adelantar funciones financieras inherentes al aseguramiento **Administración riesgo financiero:** · Incremento en los costos asociados a la incorporación de tecnologías en las coberturas autorizadas por el POS que no son asumidos por el Estado mediante una adecuada definición de la UPC · Mala prensa derivada de problemas en la calidad de la atención a los usuarios · Carga operativa adicional por dedicar tiempo extra para participar en mesas de conciliación con Ministerio de Salud en las que se discute el tema de las deudas No POS contraídas con las IPS · Revocatoria de la habilitación de funcionamiento · Aprobación de proyectos de regulación mediante los cuales se establezcan tarifas mínimas que implican una reducción importante en la capacidad de gestión de la EPS y un aumento en los costos inviabilizando la prestación del servicio · Desviaciones en la siniestralidad durante el año de vigencia de la UPC, por encima de las frecuencias estimadas al definir la prima media al comienzo del año y que terminan siendo cubiertas por la EPS · Medidas especiales dispuestas por entes de control · Selección adversa de parte del afiliado · Suspensión de la afiliación por no pago de aportes · Caries y Enfermedad Periodontal · Población con Parasitosis **Problemas de salud no resueltos:** · Problemas de salud no resueltos **Organización red de servicios con calidad:** · Demoras en la autorización de cirugía POS · Tramitomanía para acceder a consulta
IPS	**Planeación:** · Peso muy alto del personal administrativo en el total de gastos · Incumplimiento de metas de consulta externa · Integración vertical y abuso de posición dominante · Copia no controlada de la documentación de la IPS **Organización red de prestadores de Calidad:** · Fuga de usuarios ante fallas en la vigilancia · Falta de insumos para la ejecución de las actividades · Entrega de medicamentos o instrucciones diferentes a lo ordenado **Gestión del riesgo en salud:** · Ausentismo no programado del profesional · Inoportunidad en la consolidación del informe de atención al usuario **Administración del riesgo financiero:** · Actividades de atención ambulatoria realizadas que no se facturan o se facturan mal · Variación en la conducta médica (pertinencia médica) y, por ende, en los costos de la atención (costos de los factores de producción, insumos, medicamentos, recurso humano, etc., frente a casos aparentemente similares)

ENTIDAD	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO
	Organización red de prestadores de Calidad: · No obtener respuesta oportuna por parte de los pagadores · Asignar un servicio prestado como pagador a una EPS que no corresponde · Ausentismo no programado del profesional · Caída de pacientes/Caídas o accidentes en la sala de urgencias/Caídas o accidentes durante el período de hospitalización · Retraso en el diagnóstico · Complicaciones anestésicas (incluida mala aplicación de epidural) · Error en la interpretación de las imágenes o exámenes, lo que redunda en informe erróneo o incompleto · Entrega de exámenes o pruebas diagnósticas equivocadas, por el nombre o contenido del informe · Extravío de placas y exámenes anteriores entregados por el paciente · Adherencia y alteraciones funcionales tras intervención quirúrgica · Error en la transcripción por parte del personal de secretaría y falta de revisión por el informante al firmar · Cronicidad y complicaciones de las patologías · Infección intrahospitalaria · Complicación del procedimiento efectuado sin información ni consentimiento informado previo · Mal control de la glucemia · Complicaciones terapéuticas medicamentosas · Auto-retiro de sondas y dispositivos · Retención de instrumental pos cirugía · No lograr la convocatoria de los integrantes del comité de ética · Condición desfavorable en la espera después del examen por falta de comodidad, frío, falta de compañía o cuidado, falta de información, sensación de abandono · Fallas en análisis de farmacología **Afiliación:** Asignar un servicio prestado como pagador a una EPS que no corresponde
ENTIDAD TERITORIAL	**Organización red de prestadores de Calidad:** · Presencia de una red de IPS con vacíos en términos de niveles de complejidad **Gestión del riesgo en salud:** · Inoportunidad en la prestación de servicios No-Pos para población en régimen subsidiado ante fallas en la red de prestadores · Fallas en la asesoría a las EPS e IPS al adelantar los procesos de auditoría tendientes a mejorar la calidad de la atención en salud · Negación de los servicios a población elegible no afiliada **Afiliación:** · Dificultades en el registro y control de calidad de la información recopilada a nivel municipal o departamental · Fallas en el contenido, calidad y reporte de la información que conforma el Sistema de Información para la Calidad · Adopción de medidas inoperantes para restringir el uso de mecanismos de selección de riesgo por parte de las EPS · Dificultades en la continuidad de la afiliación ante retiro de EPS-S debido a trabas para autorizar la cesión de contratos **Representación afiliado:** No ordenar las medidas provisionales de protección al usuario en los procesos judiciales

Fuente: Elaboración propia

4.4 El aporte de las discusiones en la priorización

Para motivar la discusión de los participantes en el Taller, se hizo la pregunta: ¿cuáles son los problemas más críticos relacionados con la información utilizada para efectos de IVC que se entrega a los diferentes organismos de control? De esta forma, se buscaba que los aportes a la discusión surgieran de los problemas de información asociados a cada etapa de la supervisión: inspección, vigilancia y control organizados conforme a los focos de interés en la provisión de los servicios, esto es, acceso, uso y calidad.

En las discusiones resaltaron tres aspectos: deficiencias en la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA), problemas en torno a la concurrencia entre entidades del sector y la información relativa al número de médicos generales y especialistas disponibles con su distribución a lo largo del país.

La información del BDUA suele estar desactualizada debido a que, después de haber notificado a la Base, el cambio de una persona se registra a los tres o cuatro meses, situación que se asocia a las dificultades para el traslado entre EPS y que refleja una pobre calidad de la información.

En cuanto a la concurrencia de actores, surgen problemas de información relacionados con el cobro a entidades territoriales por atención de población pobre no asegurada proveniente de otros departamentos. Los servicios de salud suministrados a personas de otros municipios que tienen sus propias EPS son cargados por las ESE al ente territorial con el cual ha suscrito un contrato, principalmente embarazadas y niños.

La dispersión de la población colombiana entra en conflicto con el número de médicos generales y especialistas disponibles, un número que es desconocido. La norma establece un tiempo para dar una cita, pero la disponibilidad de médicos generales y especialistas impide cumplirla.

Algunas EPS han avanzado en el procesamiento y análisis de la información de toda la cohorte afiliada, la que se envía a entes de control diferentes a la SNS, con los cuales se revisa. No ocurre lo mismo con la la información de la Circular Única y la de alerta temprana, que se envía a la SNS sin recibir retroalimentación ni tampoco integrarse a la verificación. Con la SNS la información no fluye, lo que obstaculiza la capacidad resolutiva de las EPS.

Las auditorías no representan un mecanismo frecuente de vigilancia a los entes supervisados, siendo el ente territorial la única entidad que audita a las EPS. Las EPS del régimen subsidiado no atienden las visitas de auditoría programadas por la entidad territorial, a pesar de que la información que se deriva de la visita se envía mensualmente a la secretaría de salud del departamento y de ese envío depende la calificación.

En la autorización de servicios, la disponibilidad constituye la información más relevante. Algunos procesos son más sencillos y facilitan el trabajo del auditor de la EPS, en otros son más complejos y las cosas no fluyen. Existen EPS que no facilitan la autorización del servicio, pero ponen trabas a su alcance, un proceder que está asociado al tipo de contratación con la IPS: per cápita o por evento.

La supervisión debería considerar información recopilada en la vigilancia de eventos No POS, la forma en que se realizan las comunicaciones entre EPS y Fosyga, las dificultades de las EPS para manejar los dos regímenes de afiliación y los traslados entre regímenes que pueden tomar diez días en promedio. Las barreras de acceso se concentran en los eventos No POS, pues los recursos correspondientes no le llegan directamente a la EPS, lo que la obliga a financiarlos con otros obtenidos a través de la gestión de eventos POS.

La comunicación entre las EPS y Fosyga es nula. Se envía un paquete de facturas que el Fosyga glosa, pero no hay retroalimentación, situación que ha llevado a la EPS a acumular una cantidad de documentos al efectuar un recobro, con el fin de evitar la glosa.

No todas las EPS, en el momento del estudio, lograban administrar los dos regímenes al mismo tiempo. De ahí, la cantidad de usuarios que aparecían afiliados a una EPS de régimen contributivo, cuando su vinculación laboral había cesado y ya habían pasado al ente territorial para su incorporación en el régimen subsidiado.

4.4.1 Problemas de información asociados al uso de los servicios

El ejercicio de la IVC de los servicios de salud puede enfocarse en la carencia de una base única de información, en la poca importancia otorgada por el prestador a los registros individuales de prestación de servicios (RIPS), en las deficiencias de la BDUA y en las diferencias en la codificación de los procedimientos, retomando aspectos mencionados previamente en relación con el acceso.

Las deficiencias de la BDUA se evidencian ante las dificultades que enfrenta la IPS para identificar la entidad a la cual debe cobrar, en un contexto en el cual la BDUA permite cargar información con retroactividad. En la base se encuentran usuarios cuya afiliación no está claramente definida, con una pérdida de dinero para la IPS.

Una de las características de las bases de datos es su desactualización. Son comunes los desfases entre lo que está en el BDUA, frente a lo que se reporta por movilidad de usuarios. Debido a ello, no se aprecia una coherencia entre la base al momento de la consulta y la misma cuando se factura, afectando las finanzas de la IPS.

Otra información conflictiva resulta del uso de diferente codificación de los procedimientos. Aunque se supone que existe una sola codificación contemplada en la Clasificación Única de Procedimiento en Salud —CUPS, en la práctica se utiliza tanto la correspondiente al Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT) como la del antiguo Instituto de Seguros Sociales (ISS). Todo depende de cómo se negocien las tarifas, que incluso pueden ser estructuradas a partir de una metodología diseñada por la misma IPS.

De otra parte, hay diferencias en el software y los formatos de historia clínica utilizados en cada entidad. Es decir, se adolece de un sistema único de información, con repercusiones serias cuando se trata de las provincias. Se aprecian dificultades en el flujo de la información de la historia clínica en procesos de referencia y contra-referencia porque su información es inoportuna, lo que restringe su uso a evaluaciones de morbilidad y mortalidad.

No existe una base de datos que relacione los pacientes que se refirieron a otras IPS y fallecieron. Las IPS de primer nivel tampoco están en capacidad de realizar el seguimiento a un paciente que fue remitido y está hospitalizado en otro nivel de complejidad.

Los problemas en el manejo de la información no son otra cosa que el reflejo de las dificultades para operar en red. El grado de fluidez en la relación entre EPS e IPS en la gestión del riesgo es muy pobre. Al no operar en red y no lograr transferir los pacientes de un nivel de atención a otro, su salud se complica y se vuelven costosos. Las responsabilidades están fragmentadas y por ello el paciente va de un sitio a otro y escucha que esto o aquello no le es cubierto. Al final, no se realiza lo que necesitan los pacientes.

No siempre se cuenta con un sitio de atención en el lugar de residencia del usuario, generando trabas y costos para el acceso a los servicios. El usuario tiene que trasladarse a ciudades intermedias o a las capitales de departamento para lograr una autorización con un médico especialista.

En materia del cumplimiento de criterios de oportunidad y acceso, la normatividad es muy plana. Las diferencias regionales en lo referente a la disponibilidad de profesionales explican el incumplimiento de la normatividad existente sobre oportunidad y acceso. La capacidad instalada de muchas IPS está desbordada, siendo imposible reducir el tiempo entre la solicitud de la cita y la atención. Ahora bien, los tiempos de atención suelen estar atados al tipo de contratación: si el contrato entre la EPS y la IPS se establece por evento, y el pago se pacta a partir de tarifas del SOAT es superior el tiempo de asignación de una cita es uno, pero si se pacta con tarifa ISS, la prioridad es otra.

No se da una efectiva promoción y prevención, al no contar con información oportuna y pertinente de los usuarios cuya condición de aseguramiento es cambiante, del subsidiado al contributivo y viceversa.

4.4.2 Problemas de información asociados a la calidad de los servicios

La calidad de la información en el proceso de IVC se manifiesta en aspectos como las deficiencias en la base BDUA, producto de la adopción de diferentes mallas validadoras. Las EPS tienen sus propias mallas y el Ministerio tiene la suya.

Pese a las mejoras continuas, persisten problemas de calidad en los RIPS, reflejados en la entrega de información inconsistente, deficiente, con errores, y mala codificación. Los operadores son responsables de la mala calidad de la información RIPS, con frecuencia generada por el facturador, quien no tiene acceso al paciente y a veces ni siquiera lo tiene a la historia clínica, o no logra entender la información consignada en ese registro.

Se cuenta con indicadores de calidad con un valor único a manera de un estándar, olvidando las diferencias en complejidad de las distintas instituciones. En lo referente a su pertinencia, el problema central no está en su utilidad, sino en la falta de especialistas. Esto lleva a concluir que se deben establecer estándares diferenciados por regiones que consideren la oferta disponible de servicios. La exigencia no puede consistir en otorgar una cita entre 3 y 5 días en todas partes. Es imposible cumplir las metas de algunos indicadores como resultado de la restricción de oferta, por la forma en que funciona la referencia y contra referencia o por la metodología de traslados primarios que se ha configurado.

Un aspecto adicional en lo que concierne a la información que da cuenta de la calidad en la prestación de los servicios, aparece en materia de la concurrencia de las entidades del sistema de salud con responsabilidades de IVC, ante los inconvenientes derivados de la superposición de sus acciones y en particular, de las restricciones de acceso a los servicios de salud.

4.5 La perspectiva de los agentes del Ministerio Público sobre las restricciones al acceso, uso y calidad de los servicios de salud

Los resultados del análisis de la información recopilada en las entrevistas aplicadas a agentes del Ministerio Público en los municipios visitados, se pueden agrupar en cuatro categorías: factores asociados al ejercicio de las funciones asignadas a las personerías y defensorías regionales, concurrencia entre actores del sistema y sus consecuencias en términos del acceso, uso y calidad de los servicios de salud suministrados a los usuarios, y utilización de la tutela como mecanismo para solucionar las fallas del sistema de salud.

La insuficiencia de recurso humano constituye una de las principales restricciones enfrentadas

por defensores y personeros al demandar la garantía del goce efectivo del derecho a la salud. En lo que refiere a las personerías entrevistadas, la falta de recurso humano varía conforme a la categoría del municipio en la que se ubica la entidad.

En lo que atañe a las responsabilidades asociadas a la IVC en el Sistema de Salud, la defensoría y personería reciben y remiten quejas ante la entidad denunciada, las cuales se tramitan frecuentemente acudiendo a la tutela. Ante el incumplimiento del fallo de tutela se espera que los usuarios soliciten el desacato que llega a realizarse una, dos y hasta tres veces. La garantía del derecho no es inmediata dado que en cuanto al desacato los jueces no le dan la misma prioridad que a la tutela.

La tutela es utilizada con frecuencia ante el incumplimiento en la asignación de citas médicas por falta de agenda, incluso pese a que la misma haya sido autorizada por la EPS. La frecuencia en la que se interponen las tutelas es variable. Puede encontrarse que una oficina asesore a un usuario para colocar una tutela cada siete días, o en un promedio de dos o tres tutelas por día. En todo caso, el peso más alto de las tutelas corresponde al sector salud. Las tutelas se generan por la baja capacidad de resolución de las EPS que captan información del usuario, pero no solucionan los problemas.

La ausencia de una planeación o programación que incorpore la fecha de vencimiento del contrato entre la EPS e IPS, origina dificultades para la asignación de citas a los usuarios. Esas dificultades tienen sus raíces en fallas en la conformación de la red de prestadores o en los convenios con las IPS. Como resultado, se suele contratar por fuera del municipio o se presentan trabas para asignar las citas médicas, lo que se acentúa aún más ante la poca disponibilidad de especialistas en los municipios más pequeños.

Conforme a los entrevistados, existe un traslape de funciones entre los actores del sistema de salud. En ese sentido, se argumenta la necesidad de definir roles directos y específicos para cada entidad que interviene en el sistema. Una de las manifestaciones más frecuentes entre los entrevistados, es la ausencia de una operación en red, lo cual se refleja desde diferentes frentes: a través del proceso de referencia y contra-referencia, un reducido trabajo conjunto entre personería y defensoría y las dificultades en la operación de la red de controladores.

Los entrevistados indican que la Superintendencia no responde a las peticiones realizadas, actuación que se interpreta como una traba impuesta por el organismo responsable de impartir la IVC, como ausencia de compromiso de esa entidad y como falta de autoridad del Presidente de la República, en cuanto de él depende directamente esa entidad.

5 PRINCIPALES CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES DEL ESTUDIO

Desde el punto de vista conceptual, los resultados del trabajo arrojan conclusiones asociadas al uso del concepto de policía administrativa en el país. A su vez, las principales recomendaciones derivadas de los resultados del estudio, se relacionan con factores de tipo financiero, el proceso de autorizaciones, la conformación de la red de prestadores y la duplicación de funciones entre agentes con responsabilidades de IVC. Los problemas asociados al manejo de la información y la falta de retroalimentación entre los entes de control a quienes se entrega, surgen también en relación con las dificultades en la concurrencia entre agentes.

5.1 Las Conclusiones

El concepto de policía administrativa que prevalecía antes de la Constitución de 1991 era muy restrictivo, en el sentido de que solamente se articulaba alrededor de tres objetivos: seguridad, salubridad y orden público. La IVC estaba orientada meramente a la garantía de la prestación del servicio.

Una vez se adopta la Ley 100 de 1993, la prestación de los servicios de salud, que previamente estaban fragmentados, toma características universales. Esto ocurre porque, con la nueva Carta Política, la salud es concebida como un derecho social y económico. La transformación hacia un servicio con características de derecho conlleva a un desarrollo jurisprudencial. Debido a la connotación de la salud como derecho fundamental, aparece una evolución en el ejercicio de tutela con un enorme número de sentencias que pretendían que, en conexidad con la vida, la Corte Constitucional protegiera el acceso, uso y calidad.

En este contexto, la aplicación del concepto de IVC demandaba un modelo que respondiera a la garantía de derechos fundamentales. Es decir, se propició un cambio de paradigma pues la IVC tiene que cumplir funciones de derecho: justicia, acceso a salud, condiciones mínimas de vida. Pese a ello, el énfasis judicial desarticulado de la política pública no permite apartar el foco de la prestación del servicio. Como resultado, se registran problemáticas en la operación del sistema de salud que no fueron dirigidas desde la regulación a la satisfacción del acceso, uso y calidad

en la perspectiva de los derechos.

La dicotomía existente desde el planteamiento teórico, entre un desarrollo judicial en extremo limitado y una política pública que no dialogaba con un problema fáctico manifiesto en las revisiones de tutela, venía acompañada de una desarticulación en los intereses regulatorios del Estado. La regulación no estaba dirigida sistemáticamente a la satisfacción del derecho, sino al cumplimiento de los servicios de salud. Al darse el cambio de paradigma, al tiempo que los principales agentes reguladores del Sistema -Congreso, Ministerio y SNS, perciben los problemas estructurales que frenan la garantía del derecho a la salud, se redirige la atención. Así surge un cambio en la estructura de la SNS y la promulgación de normas, como la Ley 1122 de 2007, que apuntan a la garantía del derecho a la salud. Sin embargo, conforme a los resultados del estudio, todavía se registran dificultades para lograr esta garantía.

En la actualidad, los actores todavía leen de manera más clara el derecho al servicio que el derecho a la salud, de ahí que los riesgos priorizados giren en torno a la prestación del servicio. La priorización de los riesgos no refleja, precisamente, un énfasis en los riesgos de tipo epidemiológico. Conforme a los resultados, se aprecia un énfasis empresarial puesto que el interés está en las características de la prestación del servicio, por lo cual se hace necesario establecer cómo se hace operativa la garantía del derecho a la salud.

Ahora bien, la aparición de la Ley Estatutaria puede interpretarse como la primera forma de garantía del derecho a la salud. El reto que enfrenta un modelo de IVC es volver operativa esta Ley. Al hacerlo se debe cuidar de partir de los resultados, porque el modelo sería reactivo antes que proactivo. En ese sentido, el modelo de IVC debe partir de los principios y elementos del artículo 6° de la Ley Estatutaria, la cual surgió como un nuevo paradigma, no disponible en el momento en que se concibió el proyecto.

Desde los actores del sistema, son diversos los aspectos que se mencionan en relación con las autorizaciones de servicios y medicamentos, generando un problema relativamente complejo al momento de abordarle. La negación de autorizaciones se presenta tanto para eventos POS como No POS, según lo argumentaron los defensores y personeros entrevistados.

El ejercicio de la función de representación del afiliado puede desencadenar en una atención no oportuna, ya sea para un conjunto de citas médicas especializadas, para la entrega de medicamentos No Pos o para la programación de cirugías, e incluso en la asignación de citas para consulta de medicina general. El problema con las autorizaciones también tiene que ver con la oferta del recurso humano, lo que a su vez es función de los niveles de desarrollo que enfrentan los municipios, el peso de sus áreas rurales y por ende de la dispersión de su población al interior de sus territorios.

Para algunos de los actores en los talleres, las trabas impuestas a las autorizaciones esconden el deseo de las EPS por aumentar utilidades. En otras palabras, las autorizaciones aparecen estrechamente ligadas al equilibrio financiero del Sistema, por ello, entre los riesgos que más preocupan a las EPS, figura el peso entre sus afiliados de la población con riesgo cardiovascular que se incluye en el grupo "administración del riesgo financiero". Así mismo, como parte de la gestión del riesgo en salud, no se desarrollan las actividades de promoción y prevención de enfermedades como las cardiovasculares, la hipertensión y la diabetes, que constituyen estrategias orientadas a reducir el gasto.

Lo financiero representa también un factor que desvela a las IPS, haciéndolo notar al referir los inconvenientes que resultan de asignar el cobro de un servicio prestado a un pagador equivocado. Debido a ello, se esfuerzan por cargar a las entidades territoriales, los gastos de servicios prestados a población cuyo pagador no está claro.

Entre los riesgos asociados a las responsabilidades de las entidades territoriales, aparece con frecuencia y con impactos altos, la presencia de una red de prestadores con vacíos en términos de niveles de complejidad. Sin embargo, el retraso en la referencia y contra-referencia de usuarios que demandan tratamientos en niveles de mayor complejidad lleva a concluir que los problemas en la conformación de la red de prestadores, no son exclusivos de las entidades territoriales.

5.2 Algunas recomendaciones

Dos elementos resaltan al relacionar la Ley 1751 de 2015, o Ley Estatutaria, con la construcción del modelo de IVC: el enfoque que se adopte debe ser preventivo y se requiere un mecanismo para hacer operativos los principios de universalidad y de integralidad.

Al ser un modelo que le apunta a la garantía del derecho, sus acciones deben estar encaminadas a procurar la disponibilidad de los servicios. En esa medida, el concepto de acceso sobre el cual se estructura el modelo, corresponde a un concepto amplio, en el que no solo se considera el aseguramiento como puerta de entrada a los servicios; este concepto tampoco abarcaría solo el uso, el cual alude al momento en que la persona llega a la institución y recibe los servicios.

Al recomendar un enfoque preventivo, el modelo de IVC que se proponga debe estructurarse a partir del sistema de riesgos identificados. Los riesgos analizados tendrían que ser objeto de aplicación en un servicio trazador, para luego proceder a replicar en los diferentes servicios. Lo anterior significa que el proyecto de Pertinencia contribuye al diseño del modelo de IVC con la identificación de un conjunto de riesgos. No obstante, es necesario identificar otros riesgos que se asocian a la disponibilidad, y que no fueron percibidos por los actores que participaron en los talleres. De igual forma, en cuanto el proyecto se forjó previo a la concepción de la Ley

Estatutaria, el modelo de IVC debe identificar cuáles serían los elementos asociados al mismo y que requieren ser recomendados.

Desde la perspectiva de los agentes, quizá la recomendación más importante en lo que atañe al manejo de la información, la cual aportaría a la solución de buena parte de los problemas, tiene que ver con la disponibilidad de una base única que opere en línea y en la cual se incorpore la historia clínica del usuario. Debe existir una sola historia clínica nacional y de uso obligatorio, que facilite la autorización de los servicios y el ejercicio de la inspección. Adicional a los datos de identificación, la historia clínica debe incluir información de contacto, que constituye actualmente un dato crítico, y otras variables que den cuenta de toda la información necesaria.

En términos generales, los resultados del estudio apuntan a que gran parte de los problemas que surgen en torno al goce efectivo del derecho a la salud se derivan de la autorización de los servicios. En cuanto la autorización es responsabilidad de las EPS, uno de los primeros pasos para reducir sus trabas debe estar orientado a la habilitación y capacitación de las EPS, para que logren administrar los dos regímenes.

Conforme a los participantes de los talleres, se debe iniciar con la unificación del procedimiento para la autorización de los servicios. Un elemento central en relación con las limitaciones para esta autorización, tiene que ver con las restricciones en la oferta de profesionales y su distribución a lo largo del país. Por ende, es importante que se desconcentre la oferta de profesionales, creando incentivos para que ellos se queden en determinados sitios.

La fluidez de las relaciones entre agentes significa, entre otros, coordinar las acciones relacionadas con la IVC al interior de la Superintendencia de Salud, adoptar un proceso de retroalimentación sobre la información que le envían las EPS e IPS y realizar las auditorías a las entidades vigiladas que han sido establecidas por norma. La Superintendencia debe adoptar una estructura que le permita responder a las peticiones de los entes que controla y debe educar al usuario sobre los términos de la oportunidad del servicio.

Así mismo, se debe introducir un proceso de retroalimentación sobre la información que se entrega para IVC desde el Ministerio hacia las demás instancias, para que cada IPS pueda evaluar cómo está frente al entorno y darle otros usos a la información.

6 BIBLIOGRAFIA

Aday, L., & Andersen, R. (1974). A Theoretical Framework for the study of Access to Medical.

Arrow, K. (1951). Notes on the Theory of Social Choice. En Social Choice and Individual Values (págs. 92-120). *New York: John Wiley & Sons, Inc.*

Arrow, K. (1951). Social Choice and Individual Values. *New York: John Wiley & Sons, INC.*

Chomaly, M., & Suárez, M. (2003). Gestión de Riesgos en la atención de salud: hacia una cultura de la calidad basada en la seguridad. *Revista Médica, Área Aacadémica de la Clínica Los Condes, Vol 4, No. 4.*

Corte Constitucional. (1992). Sentencia C-557.

Corte Constitucional. (2014). Sentencia C-813.

Curcio, P. (2007). Metodología para la evaluación de políticas públicas de salud. Revista Politeia, 59-85.

Dilley, M., & Boudreau, T. E. (2000). Coming to terms with vulnerability: a critique of the food security definition. Food Policy, 229–247.

DNP. (2007). Una aproximación a la vulnerabilidad'.

DNP. (2014). Lineamientos para la administración de riesgos en los procesos del DNP. Bogotá.

Dunn. (1994).

Dunn, W. (1994). Public policy analysis. An introduction. *Englewood Cliff, NJ.: Prentice Hall.*

Elster, J. (1983). Uvas amargas. Sobre la subversión de la racionalidad. *Barcelona: Ediciones Península.*

Flahault, D., Piot, M., & Franklin, A. (1988). The supervision of health personnel at district level. *Geneva: World Health Organization.*

Gañán Echavarría, J. L. (2017). Hacia un nuevo concepto de la inspección, vigilancia y control del derecho a la salud y del Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia . *Revista Universidad Externado de Colombia, 123-140.*

Gold, M. (1998). Beyond Covareage and Supply: Measuring Access to Healthcare in Todays's Market. *Health Services Resreach, 33(3 Pt 2): 625–684.*

Javeriana, Pontificia Universidad; Secretaría Distrital de Salud. (1997). Acceso a los servicios de salud: Conceptos, metodologías y casos. Una revisión de la literatur. Documento Técnico ASS/072C-97. *Santafé de Bogotá.*

Jiménez, M. (2006). Supervisión en Marcha. En S. d. Salvador, Modelos de Supervisión Basados en Riesgo para los Fondos de Pensiones (págs. 119-178). *San Salvador: Superintendencia de Pensiones de El Salvador .*

Kreps, D. (1990). A Course in Microeconomic Theory. New York: Harvester Wheatsheaf.

Kreps, D. (1998). Notes on the Theory of Choice, Underground Classic in Economics. *Westview Press.*

MEN. (2005). Mineducacion. Recuperado el 13 de 10 de 2014, *de http://www.mineducacion.gov.co/cvn/1665/articles-310795_metodologia.pdf*

Ministerio de Salud y Protección Social . (2006). Decreto 1011 .

Misión Social, D. (2002). Familias colombianas: Estrategias frente al riesgo. *Bogotá: Alfaomega Colombiana S.A.*

NTC. (2006). Norma Técnica Colombiana.

PARS. (2008). Calidad en salud en Colombia. Los principios. *Bogotá.*

Pindyck, R., & Rubinfeld, Dani. (1995). Microeconomía. *Prentice Hall.*

Puerto Jimenez, D. N. (2011). La gestión del riesgo en salud en Colombia. *Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.*

Sen, A. (1970). Collective Choice and Social Welfare. *Amsterdam: Elsevier.*

Superintendencia Nacional de Salud. (2006). Indicadores de Alerta Temprana, *Circular Externa No. 056, Octubre 06.*

Turner, B. L. (2003). A framework for vulnerability analysis in sustainability science. *PNAS, 8074-8079.*

Unesco. (2008). El método de programación, gestión y supervisión basadas en los resultados (GBR) y su aplicación en la UNESCO. Principios rectores. *Recuperado el 27 de agosto de 2014, de http://unesdoc.unesco.org/images/0017/001775/177568s.pdf*

Varian, H. R. (1978). Microeconomic analysis. *Antoni Bosch.*

EVALUACIÓN DE PROCESOS DE INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

Sandra Lorena Girón
Naydú Acosta Ramirez
Claudia Isabel Vivas Tobar
William Díaz Henao

COLCIENCIAS
GOBIERNO DE COLOMBIA
Pontificia Universidad JAVERIANA Bogotá
INSTITUTO DE Salud Pública
FES
FUNDACIÓN HORIZONTES PROFESIONALES
OISS ORGANIZACIÓN IBEROAMERICANA DE SEGURIDAD SOCIAL

CAPÍTULO: Evaluación de procesos de Inspección, Vigilancia y Control del Sistema General de Seguridad Social en Salud

Autores
Sandra Lorena Girón Vargas
Naydú Acosta Ramirez
Claudia Isabel Vivas Tobar
William Díaz Henao

Evaluadora:
Yolanda Zapata Bermudez

Programa:
Desarrollo y Evaluación de un Modelo Integrado de IVC del Acceso Oportuno, el Uso Adecuado y la Calidad en la Prestación de Servicios en el SGSSS Colombiano.

Proyecto:
Evaluación de procesos de la Inspección, vigilancia y control del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Fechas de Ejecución:
Octubre de 2013 a Abril 2015

Institución Ejecutora:
Fundación para la Educación y el Desarrollo Social -FES

Investigador Principal:
Sandra Lorena Girón Vargas

Equipo Técnico - Fundación FES:
Lina María Rodríguez Valencia
Coinvestigadora

Isabel Cristina Casas
Coinvestigadora

Julio César Mateus Solarte
Coinvestigador

Viviana Erazo
Coinvestigadora

Carlos Eduardo Cuervo Guerrero
Coinvestigador

Equipo Técnico - Instituto de Salud Pública -PUJ
Fredy Armindo Camelo Tovar
Coinvestigador

Julia Isabel Eslava Rincón
Coinvestigadora

CAPÍTULO

EVALUACIÓN DE PROCESOS DE INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

Autores

Sandra Lorena Girón
Naydú Acosta Ramirez
Claudia Isabel Vivas Tobar
William Díaz Henao

TABLA DE CONTENIDO

1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA 265

2 OBJETIVOS 267

2.1 OBJETIVO GENERAL 267

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS 267

3 MÉTODOS 268

3.1 METODOLOGÍA PARA LA REALIZACIÓN DE ANÁLISIS CRÍTICO DE LA EVIDENCIA 268

3.2 METODOLOGÍA PARA LA EVALUACIÓN DE LOS PROCESOS DE IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE IVC 269

3.2.1 Metodología para la Exploración de procesos para el ejercicio de la Inspección, Vigilancia y Control del SGSSS al interior de la Superintendencia Nacional de Salud. 270

4 RESULTADOS 272

4.1 RESULTADOS DEL ANÁLISIS CRÍTICO DE LA EVIDENCIA 272

4.1.1 Acceso y Uso de Servicios 272

4.1.2 Calidad en la Atención 274

4.2 RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DE PROCESOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA IVC. 275

4.2.1 Percepciones de usuarios y agentes institucionales respecto a los procesos y efectividad del sistema de IVC 275
4.2.2 Articulación entre la Superintendencia Nacional de Salud, el Ministerio de Salud y las Secretarías Municipales y Departamentales de salud 276
4.2.3 Correspondencia entre las actividades propuestas por la Superintendencia de Salud y las desarrolladas en los entes territoriales 276
4.2.4 Coherencia entre los objetivos del sistema de IVC vigente en Colombia, la estructura normativa, los recursos y los procesos disponibles 277
4.2.5 Relación entre los principios del SGSSS y los objetivos y procesos del sistema de IVC vigente en Colombia 277
4.2.6 Fortalezas y debilidades del proceso de implementación de la IVC desde el punto de vista de los responsables de la Superintendencia de Salud y de los entes territoriales 279
4.2.7 Síntesis de logros de la implementación de la IVC 281
4.2.8 Tipología de municipios según hallazgos de la evaluación de procesos 282

4.3 RESULTADOS EXPLORACIÓN DE PROCESOS PARA EL EJERCICIO DE LA IVC DEL SGSSS AL INTERIOR DE LA SNS 383

5 CONCLUSIONES 385

6 RECOMENDACIONES 388

7 BIBLIOGRAFÍA 389

1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El Sistema Colombiano de Seguridad Social en Salud fue concebido bajo los paradigmas de universalidad, calidad y equidad en acceso en salud, como respuesta a las problemáticas de cobertura, inequidad, ineficiencia, baja capacidad resolutiva y administración deficiente de las instituciones de salud. Se han logrado avances en la cobertura de afiliación, el uso de servicios y la equidad entre las poblaciones más pobres y aquellas de mayores ingresos. Sin embargo, también hay deficiencias en la calidad de los servicios, tanto en oportunidad como en condiciones percibidas por los usuarios (Ruiz y Uprimny, 2012).

El Estado tiene la obligación legal de asegurar el acceso, así como de responder a los ciudadanos sus requerimientos frente a las condiciones de los servicios de salud. Esto es el objetivo prioritario de la Inspección, Vigilancia y Control. Después de casi veinte años de funcionamiento, se ha evidenciado que la regulación y el subsistema de Inspección, Vigilancia y Control –IVC- del Sistema General de Seguridad Social en Salud-SGSSS de Colombia tienen debilidades en su modelo de gestión, limitaciones institucionales para operarlo, poca autonomía, limitaciones técnicas de los funcionarios que lo operan a nivel territorial, conflictos de interés por parte de los entes territoriales, normas para la participación ciudadana incoherentes y poco integrales, dispersión de las organizaciones comunitarias y limitaciones en los mecanismos de autorregulación y autocontrol que llevaron a la Superintendencia Nacional de Salud –SNS- a convertirse en una organización principalmente reactiva que da solución a las quejas de los usuarios del Sistema de Salud, dejando a la saga acciones encaminadas a prevenir la falta de garantías por parte de los diferentes actores del SGSSS (Castaño y Zambrano, 2006; Ministerio de la Protección Social, 2002; Plaza y Barona, 2001; Ramírez, 2008; Ruiz et al., 2012; Ruiz-Gómez, Amaya, Garavito-Beltrán, Trujillo y McCalla, 2004).

Adicionalmente, la proliferación de quejas, tutelas, sanciones, reformas sucesivas y la evidencia de algunas limitaciones (Ministerio de la Protección Social, 2002; Plaza et al., 2001; Ruiz et al., 2012; Trujillo et al., 2004), hacen indispensable que los subsistemas de regulación e IVC sean fundamentales para tutelar y garantizar los derechos ciudadanos frente a la salud.

El modelo de sistema de atención en salud escogido por el Estado delega la función de la administración y la prestación de los servicios a terceros (organizaciones públicas, privadas o mixtas), quienes deben regir sus actuaciones bajo parámetros establecidos para así lograr una competencia regulada y el equilibrio financiero del Sistema. En consecuencia, y de acuerdo con este modelo, la actuación del Estado debe centrarse en garantizar que el comportamiento de las instituciones relacionadas con la atención en salud se inscriba dentro de los parámetros establecidos. Por lo tanto, el subsistema de IVC debe reclamar los correctivos para las fallas en la prestación del servicio, para lograr que el derecho a la salud sea efectivamente garantizado.

Con la entrada en vigencia de la Ley 1438 de 2011, se planteó la desconcentración de la Superintendencia de Salud, la delegación de funciones y la facultad de asignar nuevas funciones a los entes territoriales. Esto constituye un contexto apropiado y pertinente para evaluar los procesos regulatorios y de IVC que se han implementado para brindar, de esta manera, información que apoye una iniciativa que integra organizaciones nacionales y territoriales. La evaluación de los procesos de un sistema o programa y la relación que estos tienen con los resultados, es fundamental para valorar la conveniencia de mantener y fortalecer tales procesos en el sistema o, por el contrario, señala la necesidad de innovar un conjunto de los mismos. Además, este tipo de evaluación brinda información que permite dirigir las modificaciones que deben realizarse para fortalecer el sistema (Habicht, Victora y Vaughan, 1999; McKenzie, Neiger y Smeltzer, 2005; Pineault y Daveluy, 1995; Rootman, Goodstadt y Hyndman, 2001).

En este sentido, y dadas las limitaciones encontradas en los subsistemas de regulación y de IVC señaladas anteriormente, se consideró necesario identificar y valorar los procesos implementados que buscan garantizar el acceso oportuno, el uso adecuado y la calidad en la prestación de servicios de salud en el SGSSS de Colombia. De esta manera, se estudiaron los procesos implementados para hacer Inspección, Vigilancia y Control de las medidas y decisiones tomadas por entes rectores del Sistema (en los ámbitos nacional y territorial) y por sus operadores (aseguradores y prestadores de servicios), para eliminar barreras de acceso a los servicios, promover el uso equitativo, racional y preventivo de los servicios según edad, sexo y riesgos inherentes, mejorar la satisfacción de los usuarios y brindar la atención con oportunidad y calidad (Aday y Andersen, 1992).

El propósito de este proyecto es brindar información que contribuya a desarrollar el componente de generación de evidencia sobre el entorno, procesos y resultados sobre la regulación y la IVC del programa "Desarrollo y evaluación de un modelo integrado para la Inspección, Vigilancia y Control del acceso oportuno, el uso adecuado y la calidad en la prestación de servicios en el SGSSS colombiano".

2 OBJETIVOS

2.1. Objetivo General:

Evaluar los procesos implementados por el sistema vigente de IVC para garantizar el acceso oportuno, el uso adecuado y la calidad en la prestación de servicios del SGSSS colombiano.

2.2. Objetivos específicos:

1. Identificar la coherencia entre los objetivos del sistema de IVC vigente en Colombia, la estructura normativa, los recursos y procesos disponibles para garantizar el acceso oportuno, el uso adecuado y la calidad en la prestación de servicios del SGSSS colombiano.

2. Identificar la relación entre los principios del SGSSS y los objetivos y procesos del sistema de IVC vigente en Colombia.

3 MÉTODOS

Se propuso desarrollar una metodología en dos fases: i) Análisis crítico de la evidencia sobre el estado de los procesos de Inspección, Vigilancia y Control en los niveles nacional e internacional; y ii) Evaluación de los procesos de implementación del sistema de IVC. Como complemento, se incluye la metodología para la exploración de procesos orientados al ejercicio de la Inspección, Vigilancia y Control del SGSSS al interior de la Superintendencia Nacional de Salud.

3.1 Metodología para la Realización de Análisis Crítico de la Evidencia

Se realizó una revisión de literatura atendiendo las recomendaciones de la metodología para revisiones sistemáticas de Cochrane (Centro Cochrane Iberoamericano, 2012). Esta metodología permite identificar publicaciones relacionadas con una pregunta específica, utilizando métodos estrictos para la búsqueda y selección de los documentos (Akobenk, 2005), lo que disminuye la probabilidad de incurrir en sesgos de selección.

La revisión bibliográfica de esta investigación dio cubrimiento a los últimos avances en el tema, tanto en el nivel nacional como en el internacional, se tuvieron en cuenta las revistas peer-review y de más alto impacto en cada una de las áreas específicas y se tomaron como referentes diferentes tipos de documentos como artículos científicos, capítulos de libros especializados, políticas públicas, leyes nacionales e internacionales.

Se establecieron las palabras clave para la búsqueda de literatura. Se consideró necesario priorizar la sensibilidad de la búsqueda dada la escasa cantidad de información sobre el tema. Se establecieron las bases de datos en las que se realizó la búsqueda de información, con la inclusión de bases de datos nacionales e internacionales. Con el propósito de realizar la búsqueda, selección y lectura de una manera más organizada, se clasificaron las revistas científicas de acuerdo con el factor de impacto por áreas temáticas y se conformó una base de datos con documentos preclasificados para una posterior revisión exhaustiva.

De esa manera, se consideraron los siguientes

criterios de selección para los documentos:

• Documentos en formato de texto completo.

• Tipos de documentos: a) documentos conceptuales nacionales e internacionales, b) documentos con experiencias (estudios nacionales e internacionales), y c) documentos normativos nacionales e internacionales.

Para el procedimiento de lectura y extracción de información, se diseñó una ficha que recoge información de cada uno de los tres tipos de documentos establecidos inicialmente.

3.2 Metodología para la Evaluación de los Procesos de Implementación del sistema de IVC

Se condujo un estudio cualitativo con enfoque socio-crítico centrado en la perspectiva de actores clave en el proceso de IVC. Se desarrolló una evaluación ex post (estructura-proceso-resultados), cuyo componente cualitativo se orientó desde la teoría de las representaciones sociales. La evaluación de procesos se enfocó en casos de interés, que explicaran el comportamiento de las variables evaluadas para los resultados de la IVC.

Esta evaluación se fundamentó en datos cuantitativos secundarios y datos cualitativos primarios. Con los datos cualitativos obtenidos de informantes clave y responsables de la implementación de la IVC en entes nacionales y territoriales, se re-interpretaron los datos cuantitativos provenientes de la revisión documental.

La población objetivo fue constituida por los actores clave de las diferentes instituciones relacionadas con el sistema de Inspección Vigilancia y Control, en dos ámbitos:

• Nacional: funcionarios de la Superintendencia Nacional de Salud.

• Territorial: funcionarios de entidades departamentales y municipales, aseguradores, prestadores, asociaciones de usuarios y expertos académicos. El estudio se desarrolló en dos ciudades y dos municipios colombianos: Cali como centro metropolitano, Ibagué como centro regional, Calima-Darién como centro local y El Espinal como centro subregional.

Se propusieron tres categorías de análisis transversales al proceso de implementación del sistema de IVC: acceso, uso y calidad. Estas categorías de evaluación tuvieron como propósito conocer los avances y limitaciones respecto al acceso, uso adecuado de servicios y calidad de la atención.

Para la recolección de información se diseñaron guías de entrevista semi-estructurada a partir de las categorías de acceso, uso adecuado a los servicios de salud y calidad en la atención de los servicios de salud. La convocatoria para los actores que participaron en las entrevistas se realizó a través de una solicitud escrita a las insti-

tuciones seleccionadas. Con el mismo personal de las instituciones se realizó la convocatoria a los usuarios para la realización de grupos focales. La información fue procesada con el soporte del Software Atlas.Ti V.6, de acuerdo con las categorías de acceso, uso adecuado de los servicios y calidad.

El plan de análisis se apoyó en matrices analíticas que contemplaban las temáticas de soporte normativo de la IVC y operativización de las normas por parte de los actores en cuanto a funciones y actividades. Posteriormente, se realizó el contraste de información normativa e información operativa del proceso de IVC en los territorios y municipios.

3.2.1 Metodología para la Exploración de procesos para el ejercicio de la Inspección, Vigilancia y Control del SGSSS al interior de la Superintendencia Nacional de Salud

El abordaje metodológico de este análisis se fundamentó en la revisión documental de tipo normativo, regulaciones técnicas y manuales, seguido por la construcción de una matriz de sistematización para la caracterización y selección de los procesos y procedimientos asociados directamente con la IVC de los factores que afectan el acceso, uso y la calidad para dar cuenta de la coherencia y capacidad de respuesta del diseño actual de la IVC frente a las problemáticas.

De acuerdo con la información provista, el primer paso fue la construcción de una matriz de sistematización para la caracterización con la priorización de variables de interés para tal propósito; el segundo paso consistió en la selección de procesos, procedimientos y tareas objeto de estudio, se procedió al análisis especifico y asignación de los riesgos, con la identificación de 342 riesgos asociados a las relaciones entre los actores del SGSSS clasificados en seis categorías: 1) administración de los riesgos financieros; 2) afiliación; 3) gestión del riesgo en salud; 4) organización de la red de servicios con calidad; 5) planeación; y 6) representación del afiliado.

El tercer paso consistió en la selección para el análisis de los procesos realizados por la Superintendencia Nacional de Salud, directamente ligados a la IVC del acceso, uso y calidad de los servicios de salud:

• Financiamiento. Se identificaron 58 riesgos de los cuales el 32,8% se concentran en procesos de seguimiento al flujo de recursos de las subcuentas de Fosyga, el 24,1% en el seguimiento a las condiciones de sostenibilidad financiera de entidades administradoras de planes de beneficios y el 20,7% en el seguimiento a la gestión administrativa, financiera y presupuestal de las instituciones prestadoras de servicios de salud.

• IVC de la atención en salud. El 77,2% de los riesgos se concentran en dos procedimientos: evaluación al sistema obligatorio de garantía de la calidad y seguimiento, monitoreo y evaluación con 46,6% y 30,8% respectivamente.

• Orientación y protección al usuario. Se cubrieron riesgos relacionados con la aceptabilidad de los servicios.

• Vigilancia, inspección y control. Los riesgos asociados a este proceso se relacionaron principalmente con la gestión de preguntas, quejas y reclamos presentados directamente la SNS.

4 RESULTADOS

4.1 Resultados del Análisis Crítico de la Evidencia

Los resultados se presentan de acuerdo con los componentes de este proyecto: a) acceso y uso de servicios y b) calidad en la atención. Para cada uno de estos componentes se describen los hallazgos procedentes de los documentos incluidos en la revisión, un análisis de los vacíos de información y de la metodología de medición que se ha empleado. Lo anterior con el propósito de orientar la recolección de información cualitativa de acuerdo con la evidencia existente.

4.1.1 Acceso y Uso de Servicios

En cuanto al acceso y uso de servicios de salud se encontró una amplia cantidad de literatura relacionada, principalmente, con las reformas que se han realizado a los sistemas de salud, con el propósito de mejorar el acceso al cuidado de la salud (Artaza-Barrios, Toro-Devia, Fuentes-Garcia, Alarcon-Hein y Arteaga-Herrera, 2013; Odeyemi y Nixon; 2013; Quesnel-Vallee, Renahy, Jenkins y Cerigo, 2012; Ruiz, Zapata y Garavito, 2013; Sheiman y Shevski, 2014; Schoen, Davis, DesRoches, Donelan y Blendon, 2000; Schoen y Doty, 2004; Tso, Culyer, Brouwers y Dobrow, 2011; Vogel, Oxman, Glenton, Rosenbaum, Lewin y Gulmezoglu, 2013).

Dentro de los hallazgos más relevantes se encuentra que la mayoría de los estudios han realizado las mediciones de acceso a partir de indicadores de uso de servicios (Artaza-Barrios et al., 2014; Quesnel-Vallee et al., 2012; Sheiman et al., 2014; Schoen et al., 2000), como una manera de aproximarse a la dimensión de acceso que tienen los usuarios de los sistemas. Sin embargo, al estudiar indicadores de uso de servicios existe una brecha en la información ya que en los estudios encontrados no se han considerado los indicadores de uso de servicios en cada nivel de atención (Artaza-Barrios et al., 2014). Por tanto, existe la necesidad de estudiar el acceso a servicios como un fenómeno continuo, de acuerdo con las necesidades de los pacientes y usuarios de los sistemas de salud.

Se encontró también que los estudios que indagan acerca de indicadores de uso de servicios,

tienen como propósito desarrollar instrumentos que permitan tomar decisiones en políticas de salud de manera más objetiva. No obstante, aún no existe una propuesta concreta de estos instrumentos, dado que los estudios adelantados hasta el momento se han realizado bajo el contexto de condiciones de salud muy específicas (enfermedades cardiovasculares) y requieren ajustes para poderse ampliar y ser aplicables a la diversidad de condiciones de salud que presenta la población (Tso et al., 2011).

En términos de acceso y uso de servicios, los estudios más recientes han introducido dos conceptos importantes que sugieren incorporar para futuras iniciativas, toda vez que representan la dimensión final que desea medirse en los usuarios: el concepto de equidad horizontal y equidad vertical. (Sheiman et al., 2014; Schoen et al., 2004; Vogel et al., 2013).

La equidad horizontal es la más abordada y se relaciona con el grado en que son tratadas, de la misma manera, las personas que tienen las mismas necesidades. Este concepto incluye: i) Acceso a servicios, ii) Contribución financiera, iii) Uso de servicios y iv) Resultados en salud. Por el contrario, el concepto de equidad vertical considera la posibilidad de un tratamiento de acuerdo con la diversidad de necesidades en salud que tienen los individuos.

En la mayoría de los estudios de acceso se ha estudiado la equidad horizontal que asume que el acceso depende, tanto de las necesidades de atención, como de las condiciones demográficas que podrían generar vulnerabilidad en los individuos (raza, estrato económico, etc.) (Odeyemi et al., 2013; Schoen et al., 2004; Vogel et al., 2013; Ruiz et al., 2013).

Por lo anterior, al estudiar uso y acceso, los diferentes estudios proponen medir variables como: i) Condiciones demográficas de la población, ii) Necesidades percibidas de atención, iii) Experiencias con los servicios de salud, iv) Continuidad del cuidado de la salud en los diferentes niveles de atención, v) Conocimientos acerca de la operatividad del sistema de salud, vi) Tiempos de espera para acceder a la atención y vii) Dificultades para el acceso relacionadas con el costo de los servicios.

En general, se ha estudiado el acceso y uso considerando la prestación de servicios más que los eventos en salud. Los indicadores de uso se han construido para la atención de medicina general y algunas especialidades médicas.

Estos estudios (Schoen et al., 2000) han propuesto estudiar la equidad en acceso y uso de servicios a partir de preguntas orientadoras que indaguen acerca de: i) La comparación de las experiencias de acceso y uso en familias con diferente nivel de ingreso, ii) La magnitud de las variaciones en las experiencias de salud entre diferentes países y, iii) La percepción individual del impacto de los ingresos familiares en la equidad para acceder a diferentes servicios.

4.1.2 Calidad en la Atención

Al realizar el análisis de la literatura relacionada con el componente de calidad en la atención en salud, los hallazgos se focalizaron en la situación de Colombia. Los autores de los documentos manifiestan que existe una ruptura entre la concepción del derecho de la salud enunciado en la Constitución y el tipo de modelo elegido para la prestación de servicios incluido en el modelo de Inspección, Vigilancia y Control (IVC). Por este motivo, la calidad de los servicios ofrecidos se compromete frecuentemente y, por tanto, al ser un problema estructural, solamente una reforma profunda al Sistema permitiría mejorar las condiciones actuales (Maya, 2008).

Esta reforma debería permitir que, al realizar los procedimientos de IVC, sea posible establecer si los usuarios están cumpliendo con sus obligaciones (por ejemplo, el pago de cuotas moderadoras), si están recibiendo los servicios del POS que les corresponde y si la cobertura es la esperada, si se está haciendo uso racional de los servicios y si los usuarios pueden elegir libremente su EPS e IPS (Maya, 2008).

Hasta el momento, al estudiar el fenómeno de calidad en la prestación de servicios, se han identificado debilidades en la operación de la IVC entre la Superintendencia Nacional de Salud (SNS), las direcciones territoriales de salud y la Red de Controladores.

Lo anterior se da como consecuencia de lo establecido en la Ley 1122 de 2007, en la que no se define de manera explícita una entidad rectora de la supervisión y se mantiene un esquema disperso que ocasiona superposición de funciones entre la SNS y las entidades territoriales (Ministerio de Salud y Protección Social, 2004a; Ministerio de Salud y Protección Social, 2004b). Para tratar de solucionar esta situación, se han propuesto escenarios como: i) Descentralizar el sistema de IVC; ii) Generar un esquema de coordinación de IVC; iii) Generar un esquema de comunicación de la SNS con todos los agentes implicados en la IVC. Sin embargo, hasta el momento estos escenarios no han sido puestos a prueba en las condiciones reales de operación del Sistema (Ministerio de Salud y Protección Social, 2004).

Hasta el momento de la realización de esta revisión, se encontró una iniciativa nacional que indagó por las deficiencias en la operación de la IVC y generó una propuesta de mejoramiento en el nivel operativo. Esta iniciativa se llevó a cabo en Santander, donde se condujo un estudio de corte cualitativo para identificar los problemas críticos en el funcionamiento del régimen subsidiado. Este modelo solamente fue sometido a un pilotaje y no se mencionan los alcances del mismo y los ajustes realizados posteriormente (Alvarado Ascanio, Fonseca, Flórez, Vivas y Ospina, 2008).

En relación con las diferentes metodologías de medición de calidad en la prestación de servicios, se encontraron dos iniciativas: una latinoamericana y otra nacional.

En el nivel Latinoamericano se han gestado las

Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS), como una iniciativa de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) para mejorar la calidad de la atención en salud. En países como Chile, esta red está operando con regularidad desde hace 5 años, por lo cual existe interés de hacer diagnóstico del funcionamiento de la misma (Artaza-Barrios et al., 2014).

Para caracterizar las redes operantes, los autores del estudio construyeron las siguientes categorías de información: i) Justicia distributiva; ii) Toma de decisiones respecto de la asignación y distribución de los recursos de inversión; ii) Decencia y respeto con el usuario; iv) Rendición de cuentas; v) Transparencia; y vi) Participación social, liderazgo y relaciones de poder.

En cuanto a los eventos en salud que permiten una medición asertiva de la calidad en la prestación de servicios, autores colombianos han propuesto indagar por la atención según los grupos etáreos más vulnerables (Menores de 2 años y mayores de 65 años) y algunas condiciones de salud (pacientes con condiciones oncológicas, recién nacidos con bajo peso al nacer, pacientes con enfermedades del aparato digestivo, pacientes con enfermedades del aparato circulatorio y pacientes con enfermedades del sistema nervioso) (Atehortúa, Ceballos, Gaviria y Mejía, 2013).

4.2 Resultados de la Evaluación de Procesos para la Implementación de la IVC.

A continuación, se presentan los principales hallazgos de la Evaluación de Procesos relacionados con la IVC, los cuales se encuentran categorizados según las percepciones de los usuarios y agentes en cuanto a la efectividad del sistema, para luego encontrar una síntesis de los principales logros de la implementación del sistema de IVC.

4.2.1 Percepciones de usuarios y agentes institucionales respecto a los procesos y efectividad del sistema de IVC

Los resultados relacionados con las categorías de análisis indican que, en general, al estudiar el acceso y uso de servicios hay una focalización en la posibilidad de acceder o usar los servicios de medicina general, pediatría, urgencias y programas preventivos. Sin embargo, los usuarios refieren que su principal problema es el acceso oportuno a medicina general y, principalmente, a especialistas; este hallazgo es congruente con otras investigaciones (Diaz et al, 2011). También se identificó una gran ausencia con respecto al tema de la evaluación de la calidad de los servicios, tanto en el nivel conceptual, como en términos de la definición de indicadores. Sobre este tema se encontró que hay una concentración en la comprensión de los procesos de calidad en relación con la satisfacción de los usuarios, la calidad institucional y las auditorías internas.

4.2.2 Articulación entre la Superintendencia Nacional de Salud, el Ministerio de Salud y las Secretarías Municipales y Departamentales de salud

La articulación entre estos actores se da, de manera exclusiva, a partir de la normatividad que define las competencias de cada una. En casos esporádicos, hay acompañamientos técnicos cuando las entidades territoriales lo demandan o lo proponen. Sin embargo, estos acompañamientos no cumplen las expectativas de las entidades territoriales, porque han identificado que los funcionarios a cargo carecen de poder de decisión o tienen debilidades técnicas en la materia que abordan. Se puede concluir que la articulación es normativa y jerárquica, a partir de las órdenes que la Superintendencia de Salud les da a los entes territoriales para que solucionen las diferentes problemáticas identificadas.

4.2.3 Correspondencia entre las actividades propuestas por la Superintendencia de Salud y las desarrolladas en los entes territoriales

Se observó correspondencia en cuanto a las órdenes que la Superintendencia da a los entes territoriales. Sin embargo, no se identificó coherencia entre los insumos que pide la Superintendencia a estas entidades y el análisis de la información, los correctivos a seguir y las sanciones a aplicar. En este sentido, se evidenció un proceso incompleto que se basa en el envío de información y se queda corto en el análisis y la formulación de planes de corrección, acompañamiento técnico y control, es decir, que a pesar de que los entes territoriales hacen uso de los canales de información, en muchas ocasiones no reciben una retroalimentación oportuna, tanto en términos de tiempo de respuesta, como en la calidad de la misma.

4.2.4 Coherencia entre los objetivos del sistema de IVC vigente en Colombia, la estructura normativa, los recursos y los procesos disponibles.

Se observó coherencia entre los objetivos del sistema y la estructura normativa, la Red de Controladores se apoya en la normatividad para garantizar el acceso, el uso y la calidad en los servicios. Esta coherencia declina cuando se indaga por los recursos y procesos disponibles para garantizar el acceso, el uso y la calidad de los servicios. Es decir, que más allá de algunos acompañamientos técnicos y de la disponibilidad normativa, los actores no perciben recursos que permitan un mayor funcionamiento de los procesos de IVC en los ámbitos territorial y local.

Se observó que para la medición del acceso los indicadores más utilizados son: dificultades en el

[1] *Organizaciones comunitarias, contralorías, defensorías y personerías, entro otros.*

acceso, tiempos de espera, problemas para el acceso relacionados con el costo, indicadores de densidad de profesionales de salud y percepción de calidad en la atención. No se observó coherencia entre los objetivos/metas, actividades/servicios y recursos porque hay funciones que se delegan a actores de la red de controladores que no tienen la competencia para proceso de control sancionatorio.

El principal recurso que se encontró relacionado con el contexto del acceso, uso y calidad de servicios fue el recurso normativo, cuyo uso efectivo está en manos de la Red de Controladores. En este sentido, los avances identificados en acceso obedecen a la aplicación de la norma por parte de los actores del Sistema. Sin embargo, la calidad no evidencia desarrollos alentadores y, de acuerdo con el modelo económico que soporta el Sistema de Salud Colombiano, se encontraron conflictos entre la prestación de un servicio de salud de calidad y los límites que los aseguradores imponen a las instituciones prestadoras de servicios para que los usuarios puedan recibir tratamientos de calidad para sus eventos de salud.

Desde la perspectiva de los diferentes actores encargados de la implementación de los procesos de IVC, no se observó coincidencia entre lo planeado y lo implementado, más allá del cumplimiento normativo. Esta falta de coincidencia obedece a la ausencia de la Superintendencia en los territorios, la falta de acompañamiento de esta entidad a los actores territoriales y la falta de contundencia en el ejercicio del control desde el ente nacional. En este sentido, las metas propuestas para cada entidad sólo se evalúan en términos del envío de información trimestral, semestral y anual a la Superintendencia. Se observó que la sugerencia y verificación de la aplicación de correctivos queda entonces en manos de los entes territoriales, sin tener respaldo de la Superintendencia de Salud, cuando hay situaciones de incumplimiento.

4.2.5 Relación entre los principios del SGSSS y los objetivos y procesos del sistema de IVC vigente en Colombia

Los principios del SGSSS y los objetivos del sistema de IVC se relacionan a partir del entrecruzamiento de los principios de universalidad, igualdad, solidaridad, obligatoriedad y participación social, dadas las competencias de la Superintendencia de Salud. Es decir, que normativamente se pudo identificar la relación frente a los principios citados. Sin embargo, frente a los principios de enfoque diferencial, equidad, progresividad, libre escogencia, sostenibilidad, transparencia, corresponsabilidad, irrenunciabilidad, intersectorialidad, prevención y continuidad, no se identificó una relación que trascendiera la fijación de las políticas de Inspección, Vigilancia y Control del Sistema General de Seguridad Social

en Salud y la vigilancia del cumplimiento de toda la normatividad que regula el Sistema.

La relación más estrecha que se identificó entre los principios del SGSSS y los objetivos del sistema de IVC, está relacionada con la supervisión de la calidad de la atención en salud, mediante la inspección, vigilancia y control de los siguientes aspectos: aseguramiento, afiliación, calidad de la prestación de servicios y protección de los usuarios. Además, también se observó relación a través de la IVC para velar por la eficiencia en la generación, recaudo, flujo, administración, custodia y aplicación de los recursos con destino a la prestación de los servicios de salud.

En cuanto a la relación de estos principios y objetivos con los procesos de la IVC, se puede concluir que, si bien se identificaron relaciones desde su modelo normativo, en el análisis del proceso se encontraron dificultades operativas que debilitan tal relación. El ejemplo más recurrente, desde la perspectiva de los actores de la IVC, fueron las presiones que se ejercen para contratar la prestación de los servicios de salud, el condicionamiento de los profesionales y de los prestadores de servicios para que se ajusten a indicadores de carácter económico, que con frecuencia generan efectos negativos sobre los usuarios, e incluso los topes de afiliación impuestos lo cual genera barreras en el acceso. Esta debilidad se evidenció en las contrataciones de servicios por parte de los aseguradores, que ha sido una observación de los entes territoriales y de prestadores de servicios, pero que a juicio de los actores no han tenido eco en la Superintendencia de salud. Es decir, que por omisión o por no actuar oportunamente, se ha permitido el abuso de la posición dominante de algunos actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en este caso de los aseguradores.

En relación con el principio de igualdad, se observó cumplimiento parcial, es decir, que las condiciones de cultura, sexo, raza, origen nacional, orientación sexual, religión y edad no parecen ser causa de discriminación en la atención. No obstante, la atención y el acceso si pueden afectarse por las condiciones económicas de los pacientes que, en territorios alejados, no cuentan con los recursos para acceder a los servicios porque implican desplazamientos costosos. De igual forma, el acceso también se ve afectado debido a los procesos de autorizaciones, es decir, que en muchos casos los usuarios que viven en sectores alejados y tienen que desplazarse varias veces para cumplir con el requisito de autorización de sus órdenes, ya sea de medicamentos o para acceder a una cita con especialista. En este sentido, el cambio de IPS, EPS o régimen por parte del usuario también puede generar barreras de acceso.

En lo que se refiere al principio de universalidad se puede afirmar que se cumple parcialmente, aunque es uno de los que presenta mayores avances al evaluar la cobertura de afiliación en el país. Este principio se debilita cuando se indaga por el acceso real para todas las etapas de la vida y se cruza con acceso a servicios especializados, es decir, que se ha avanzado en afiliación, pero no necesariamente en acceso oportuno y

especializado a servicios. En términos del acceso, el principio de solidaridad se cumple como forma de garantizarlo, sin embargo, la sostenibilidad de los servicios de seguridad social en salud depende de lógicas de mercado que se superponen a la solidaridad. Es decir, que cuando existen problemas administrativos, de contratación y de pagos, el principio de solidaridad se ve afectado.

4.2.6 Fortalezas y debilidades del proceso de implementación de la IVC desde el punto de vista de los responsables de la Superintendencia de Salud y de los entes territoriales

Entre las principales fortalezas del actual sistema de Inspección, Vigilancia y Control, se identificó la participación ciudadana a través de asociaciones de usuarios fuertes, como una fortaleza para informar y formar usuarios en cuanto a sus derechos, deberes y los diferentes mecanismos de participación, la acción de la Red de Controladores y la acción de denuncia de los medios de comunicación, como elementos que fortalecen el sistema. Otra fortaleza identificada fue la capacidad técnica de algunos entes territoriales del orden departamental en lo correspondiente con los procesos de inspección y vigilancia y el acompañamiento técnico que estos entes hacen a otros actores del sistema, incluidos los municipios, es decir, que paralelo a las acciones de la Superintendencia de Salud, surgen procesos de auditorías internas.

Con respecto a las categorías de acceso, uso y calidad de los servicios, la que mayores avances tiene es el acceso por el cubrimiento que actualmente tiene la afiliación en el país a través de los dos regímenes de salud. En este sentido, si bien siguen existiendo barreras de acceso, hay una mayor definición de indicadores a partir de los cuáles puede medirse ese acceso. Estos mismos indicadores permiten analizar los problemas de acceso de manera gradual, es decir, que si bien hay un acceso a servicios, debe matizarse cuando los servicios adquieren alguna característica de complejidad, por ejemplo, el acceso a especialistas. De esta manera, se identifica como una debilidad que la medición y análisis de la calidad son problemáticos desde su misma definición pues, conceptualmente, variados estudios se centran en la definición del acceso, pero no profundizan en la definición operativa de la calidad.

Cuando se observa a los actores y su concepto de calidad, éste involucra varios sentidos: la acreditación de servicios y de profesionales, la satisfacción del usuario, la disponibilidad de infraestructura y redes de servicios que puedan atender oportunamente la demanda de los usuarios y por último, los informes de auditoría interna. La dificultad con los varios sentidos que tiene la categoría de acceso es que no siempre son claros los indicadores a partir de los cuáles se mide, mediciones que pueden enmascarar situaciones que afectan la calidad en la prestación de servicios.

En cuanto al uso de servicios, esta categoría es la que menos información aportó al estudio, porque se concentró en la perspectiva del comportamiento de los usuarios frente a la disponibilidad de servicios. Es una categoría que se concentra en las quejas que los usuarios reportan a través del buzón de sugerencias y que, si bien tiene una respuesta por parte de la institución, no hay un análisis por frecuencias que le permita a los prestadores, aseguradores y entes de control estudiar problemas en conjunto y darle una solución estructural. Sin embargo, los actores identifican algunas debilidades que tienen que ver con el uso inadecuado del servicio por parte de los usuarios, como la saturación del servicio de urgencias en situaciones que no se consideran como tales; el incumplimiento de citas, lo cual genera que se tenga que implementar un proceso de demanda inducida; y un creciente uso de mecanismos legales como la tutela, con lo que se afectan los procedimientos internos de los niveles de atención de las instituciones, pues en muchos casos no se cuenta con la capacidad inmediata para cumplir las sentencias.

Por otro lado, el sistema de Inspección, Vigilancia y Control tiene debilidades en su funcionamiento asociadas a varias problemáticas. La primera de ellas es la falta de coordinación y comunicación entre los diferentes actores que hacen parte del sistema, aspecto que tiene una importancia especial porque hay un constante flujo de información desde los actores locales y territoriales a los actores nacionales que no siempre es analizada y retroalimentada. En este sentido, el proceso de IVC contiene deficiencias porque sólo se identifican los problemas y los planes de mejoramiento, pero no hay acompañamientos técnicos que ayuden a mejorar las situaciones problemáticas por parte del ente nacional.

La segunda problemática asociada con las debilidades del sistema está relacionada con la autonomía que tienen los aseguradores para contratar y cambiar las reglas de juego con los prestadores de servicios, problema que tiene efectos sobre la oportunidad de la atención a servicios de salud. La tercera debilidad identificada en el proceso de IVC tiene que ver con la capacidad instalada de algunas IPS, que en pequeñas localidades ofrecen servicios con mayores precariedades de infraestructura.

Otra de las debilidades identificadas en el proceso de IVC es la falta de aplicación de un control oportuno. Los diferentes actores coinciden en que el proceso falla cuando no hay sanciones ejemplares que frenen la autonomía de las entidades que no cumplen las exigencias. Frente a este problema, la Red de Controladores, los medios de comunicación y las organizaciones de usuarios han adquirido un poder basado en el ejercicio de la participación ciudadana y la aplicación de la norma. Sin embargo, se requiere una mayor educación a los usuarios para evitar hacer uso de mecanismos legales frente a situaciones que pueden tener una solución diferente, sin desgastar esos mecanismos normativos.

Como otra debilidad identificada por los actores respecto al proceso de implementación, se hizo referencia a la autonomía y poder con que cuentan los aseguradores para contratar y funcionar en condiciones que no están encaminadas a dar atención idónea a los usuarios, siendo estos últimos los más afectados en su salud por problemas de operación administrativa de los aseguradores. Esta debilidad estuvo directamente relacionada con la falta de contundencia en el ejercicio del control por parte de la Superintendencia de Salud y con la prioridad que se ha dado a indicadores económicos, por encima de indicadores de calidad en salud y de resultados en salud. Adicionalmente, la falta de recursos económicos fue una debilidad en el proceso, dado que, por problemas de contratación y de pagos, se generaron cierres de Instituciones Prestadoras de Servicios, lo cual a su vez tiene efectos sobre la salud y la calidad de la atención a los usuarios.

4.2.7 Síntesis de logros de la implementación de la IVC

En esta sección se presentan los resultados de las entrevistas a actores clave y el grupo focal realizado con una organización de usuarios, teniendo en cuenta los hallazgos de la revisión documental. De acuerdo con los resultados de estos abordajes en Cali, Ibagué, Calima-Darién y El Espinal, el sistema de IVC en estas ciudades y municipios presenta problemas similares, asociados con debilidades en el modelo de gestión, limitaciones institucionales para operarlo, poca autonomía, limitaciones técnicas de los funcionarios que lo operan a nivel nacional, poca capacidad resolutiva de los actores institucionales en el ámbito territorial. Estas problemáticas son sentidas de manera más contundente en Ibagué y El Espinal, localidades donde el cierre de servicios de salud y los cambios constantes en la contratación de diferentes Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, IPS, por parte de los aseguradores, generan variados trastornos en las operaciones administrativas que soportan la atención a los usuarios. La principal falla identificada en el sistema de IVC obedece a la falta de aplicación de control por parte de la Superintendencia, así como su rol pasivo y ausente, según lo describen prestadores y entes territoriales.

De acuerdo con los actores que participaron en este estudio, el sistema de IVC en Colombia debe ser replanteado desde el mismo flujo de coordinación y comunicación entre actores, pues frecuentemente no hay respuestas a comunicaciones oficiales y se responde sólo por las relaciones personales entre actores de las entidades involucradas. En términos de la organización y legitimidad administrativa, esta práctica debe replantearse y corregirse para que la comunicación no sólo siga un flujo, sino que permita cumplir con las funciones y dar soluciones por parte de los actores involucrados en el sistema.

Al analizar alternativas para mejorar el modelo con los actores involucrados en la IVC, se sugirieron las siguientes recomendaciones: Aportar

mayores recursos para garantizar el acceso, uso y, sobre todo, la calidad en la prestación de servicios de salud; analizar la posibilidad que los territorios puedan ejercer control y que los méritos políticos no se superpongan a los méritos técnicos. En este sentido, hay una estrategia que, en localidades como Calima-Darién, ha sido bien calificada y tiene que ver con la posibilidad de negociar en bloque con aseguradores y trabajar en red para evitar los abusos del mercado; la última recomendación es más puntual y tiene que ver con la regulación de la continuidad.

4.2.8 Tipología de municipios según hallazgos de la evaluación de procesos

A partir de las entrevistas y de la revisión documental se construyeron las tipologías indicadas a continuación, según categoría de municipios y sus alcances y fortalezas respecto de la IVC para garantizar el acceso, uso y calidad de servicios.

De esa manera, en la ciudad de Cali se abordó a la Secretaría Departamental de Salud del Valle del Cauca como uno de los actores principales del sistema de IVC, la cual cumple con unas funciones específicas de inspección y vigilancia que tienen que ver la identificación de necesidades, recepción de preguntas, quejas, reclamos y sugerencias, visitas de acompañamiento y de asistencia técnica en auditoría, entre otras. Sin embargo, no cuenta con las facultades necesarias para ejercer un control sobre las instituciones que así lo requieran, sino que su papel se limita al envío de informes al Ministerio de Salud.

De igual forma, la Secretaría de Salud Pública Municipal de la ciudad de Cali actúa como ente encargado del seguimiento al sistema, sobre todo en cuanto al flujo de recursos y de contrataciones para garantizar el acceso a la red de prestación de servicios y planes de mejoramiento de las EPS; es decir, que sus funciones se enmarcan dentro de la inspección y vigilancia casi que de manera exclusiva, puesto que, en términos del control, sus actividades se limitan al envío de la información pertinente a la Superintendencia de Salud.

Por otro lado, para la evaluación de la IVC en el municipio Calima-Darién se tomaron en cuenta las funciones ejercidas por el ente asegurador y por el ente prestador. De esta manera, para el asegurador se encontró que sus funciones de inspección y vigilancia están relacionadas con el reporte y gestión de autorizaciones, contrataciones, el acompañamiento técnico a los gestores de la EPS, entre otras. Mientras que, para el ente prestador, las funciones de inspección y vigilancia dependen principalmente de la articulación con la Red de Controladores y Aseguradores, pues se requiere de su acompañamiento para dar solución a problemas de prestación de servicios y de contrataciones, entre otros, además de responder a las quejas y reclamos de usuarios frente a la prestación de servicios. En cuanto al control, ninguno de los

actores mencionados tiene las competencias necesarias para ejercerlo, sino que se encargan de hacer los reportes pertinentes a la Superintendencia de Salud.

Para el caso de Ibagué, se identificó en primer lugar la Secretaría Departamental de Salud de Tolima como uno de los principales entes dentro del sistema de IVC. Se observó que dentro de las actividades de inspección realizadas se encuentra el diseño y ejecución del plan de evaluación o auditoría de afiliación, prestación de servicios, participación social y flujo de recursos, asistencia técnica para entes aseguradores y revisión de quejas y reclamos. En cuanto a las actividades de vigilancia la función reportada es la comunicación de los informes a la EPS o entidades visitadas, con el fin de solicitar un plan de mejoramiento. Sin embargo, reporta no contar con las competencias para ejercer el control como tal.

Así mismo, se identificó la Secretaría de Salud Pública Municipal, la cual dentro de sus competencias de inspección se encarga de la auditoría del régimen subsidiado, la recepción y solución de las quejas presentadas a la Superintendencia. En cuanto a la vigilancia, su función se limita a la elaboración y seguimiento de planes de mejoramiento para la prestación del servicio. El control se ve reflejado en el reporte de hallazgos y observaciones, tanto a la Secretaría de Salud Departamental, como a la Superintendencia de Salud.

Para el caso de El Espinal se identificaron dos actores clave en el sistema IVC. En primer lugar, se encontró el actor asegurador que ejerce funciones de inspección sobre los prestadores, como el reporte de informes al ente territorial, el seguimiento al agendamiento de citas, entre otros. En cuanto a sus funciones de vigilancia se identificó la elaboración de planes de mejoramiento y la gestión del acceso a citas con especialistas para sus usuarios; sin embargo, carece de competencias para ejercer el control.

En segundo lugar, se identificó como actor clave la Asociación de Usuarios, que cumple funciones de inspección y vigilancia relacionadas con el seguimiento a los entes prestadores, en cuanto a la calidad de la prestación del servicio y el seguimiento al cumplimiento de los planes de mejoramiento. Este actor no cuenta con las competencias para ejercer un control en términos del sistema de IVC.

4.3 Resultados exploración de procesos para el ejercicio de la IVC del SGSSS al interior de la SNS

La mayor parte de los riesgos, el 82%, por su naturaleza resultaron asociados con los procedimientos que atañen a la IVC de la atención en salud, seguidos en una proporción del 12% con el proceso financiero y el 3% de los riesgos quedaron vinculados al proceso de orientación y protección al usuario.

Los procesos de IVC expresan amplias brechas respecto a las necesidades planteadas por la realidad de operación del SGSSS y que afectan el acceso, uso y calidad de los servicios de salud, brechas que abarcan las siguientes dimensiones 1) la dimensión del enfoque de IVC que se sitúa en la lógica reactiva y sancionatoria; 2) la dimensión organizacional con altos niveles de concentración en el nivel central; y 3) la dimensión funcional y de procesos que no alcanza a cubrir la visión sistémica que requiere el SGSSS y sus prioridades.

Los procesos desarrollados al interior de la SNS no se enfocan, en su mayoría, sobre los aspectos más críticos del sistema según lo evidencia la relación con los riesgos, por el contrario, concentra su accionar sobre aspectos que, si bien representan componentes importantes para garantizar la financiación en el sistema, carecen de reconocimiento social y encaminamiento hacia los usuarios del sistema.

5 CONCLUSIONES

• En general, al estudiar el acceso y uso de servicios, los estudios se focalizan en la posibilidad de acceder o usar los servicios de: medicina general, pediatría, urgencias, y programas preventivos

• Las variables usualmente empleadas para medir acceso son: dificultades en el acceso, tiempos de espera, problemas para el acceso relacionados con el costo, indicadores de densidad de profesionales de salud y percepción de calidad en la atención.

• Como debilidades se debe mencionar que, en los diferentes estudios encontrados, no se ha hecho análisis de las necesidades de la población, por tanto, no es posible concluir que se haya estudiado realmente la equidad.

• En el proceso de IVC, la operación más débil o ausente es el ejercicio del control por parte de la Superintendencia de Salud, la relación entre actores es fragmentada y ocasiona demoras en la prestación de servicios. El control se hace efectivo, la mayoría de las veces, cuando la Red de Controladores presiona normativamente en favor de los usuarios que denuncian. En algunos contextos, las asociaciones de usuarios y los medios de comunicación se han configurado como los mecanismos de participación más efectivos para ayudar a los usuarios en sus problemáticas de acceso a servicios; sin embargo, aún no se cuenta con mecanismos efectivos para valorar la calidad en la prestación de servicios.

• La Superintendencia de Salud como entidad competente para controlar y sancionar las instituciones que no cumplen con los requisitos de acceso, uso de servicios y calidad, concentra demasiadas actividades que desdibujan sus funciones y que los actores con quienes se relaciona en el proceso de IVC la perciban como una entidad ausente. Ante el modelo de mercado que se impone en la relación entre actores, especialmente la de los aseguradores con el Sistema de Salud, se hace necesaria la descentralización y el fortalecimiento técnico y operativo de la Superintendencia de Salud para que pueda ejercer control oportunamente.

• El análisis de la calidad de la atención sobre eventos de salud específicos es un proceso que algunas instituciones lo hacen a través de la contratación de estudios particulares con entidades externas a la entidad. A pesar de estos

avances, no se puede hablar de un proceso específico de IVC del acceso, uso y calidad como tal, sino que se evidencian acciones reactivas a situaciones coyunturales de estas categorías.

• La caracterización de procesos de la SNS no sólo da cuenta de la complejidad del SGSSS, sino también de la amplitud de funciones, áreas y actores implicados y que son sujeto de Inspección Vigilancia y Control por parte de dicha entidad.

• Los estudios diagnósticos previos, y en particular los del Programa "Desarrollo y Evaluación de un Modelo Integrado de IVC del acceso oportuno, el uso adecuado y la calidad en la prestación de servicios en el Sistema General de Seguridad Social en Salud Colombiano", han documentado que los procesos de IVC expresan amplias brechas respecto a las necesidades planteadas por la realidad de operación del SGSSS y que afectan el acceso, uso y calidad de los servicios de salud. Estas brechas abarcan varias dimensiones: 1) la dimensión del enfoque de IVC que se sitúa en una lógica reactiva y sancionatoria; 2) la dimensión organizacional con altos niveles de concentración en el nivel central; y 3) la dimensión funcional y de procesos que no alcanza cubrir la visión sistémica que requiere el SGSSS y sus prioridades. Dado lo anterior, una recomendación importante es revisar la necesidad de un cambio de fondo (estructural) en el sistema de IVC.

• La estructura burocrática y normativa para la IVC da cuenta de un alto grado de especialización que, en la práctica, desde los procesos operativos muestran amplia dispersión y se encuentran soportadas en un sin número de funciones encomendadas a las Superintendencias delegadas, en muchos casos desbordando los propios alcances de los procesos y procedimientos tal y como se encuentran concebidos organizacionalmente y que, para un efectivo desempeño, implicaría el ejercicio directo de la Superintendencia sobre un universo de vigilados excesivamente grande.

• Los procesos desarrollados al interior de la Superintendencia no se enfocan, en su mayoría, sobre los aspectos más críticos del sistema, según lo evidencia la relación con los riesgos. Por el contrario, concentra su accionar sobre aspectos que, si bien representan componentes importantes para garantizar la financiación en el Sistema, carecen de reconocimiento social y encaminamiento hacia los usuarios del Sistema, que son en últimas los directos afectados por las conductas inadecuadas de sus agentes.

• La falta de una estructura procedimental coherente con los recursos (humanos, técnicos y financieros) y la asignación de procedimientos que en ocasiones superan las competencias de las delegadas, en otras las restringe. También genera superposiciones con los grupos funcionales, seria limitante que dificulta aún más el procesamiento de la información, el monitoreo y el seguimiento, agregando dificultad innecesaria a una labor de por sí compleja.

• Fue recurrente que el enfoque favorecido por el manual concentraba la mayoría de los esfuerzos de la entidad en responder a reclamaciones elevadas por usuarios y actores del sistema, sin que las funciones de monitoreo y seguimiento fueran muy claras en ejes diferentes al de financiamiento. Si atendemos a las definiciones mismas de la IVC que se establecieron en el año 2007 y que han guiado el quehacer de los procesos de IVC en la SNS, dicha función de monitoreo, seguimiento y evaluación es el núcleo central para llevar a cabo una adecuada función de supervisión basada en la gestión de riesgo.

6 RECOMENDACIONES

• Dados los resultados de la revisión, resulta evidente la necesidad de incluir en el estudio actual preguntas que se relacionen con la posibilidad de obtener continuidad en el cuidado de la salud en los diferentes niveles de atención.

• Los hallazgos en el proceso exploratorio no sólo ponen en evidencia la necesidad de plantear reestructuraciones a la forma de operar y a los enfoques de la inspección, vigilancia y control por parte de la SNS, sino también para el diseño institucional desde el punto de vista normativo y regulatorio que acompaña a esta función del Estado en el marco del SGSSS.

• De otra parte, el desequilibrio que representan las mayores problemáticas expresadas por los riesgos más significativos situados en la prestación de los servicios de salud y en el aseguramiento, frente a unos procesos y procedimientos con tareas mayormente concentradas hacia la vigilancia financiera de giro y movilización de recursos, plantea la necesidad de revaluar la función de la IVC y su perspectiva de desarrollo futuro en la garantía del acceso, uso y calidad en la prestación de los servicios de salud, cuestión central que ha sido ampliamente abordada desde los preceptos constitucionales, en lo que la Corte Constitucional ha denominado como la "violación sistemática del derecho a la salud", la cual, tiene su expresión en situaciones que van desde la negación de la afiliación, hasta la negación o dilación de los servicios (Corte Constitucional, 2008).

7 BIBLIOGRAFIA

Aday L, Andersen R. Marco teórico para el estudio del acceso a la atención médica. In: White K, editor. Investigaciones sobre servicios de salud: una antología. *Washington: Organización Panamericana de la Salud; 1992. p. 604-13.*

Akobenk A. Understanding systematic reviews and meta-analysis. Archives in disease and childhood. *2005;90:845 - 8.*

Alvarado A, Ascanio N, Fonseca S, Flórez M, Vivas J, Ospina A. Modelo único de inspección, vigilancia y control para la interventoría del régimen subsidiado en salud en el departamento de Santander. *In: J V, editor. 2008.*

Artaza-Barrios O, Toro-Devia O, Fuentes-Garcia A, Alarcon-Hein A, Arteaga-Herrera O. [Governance of health care networks: assessment of the health care integrating councils in the context of the health sector reform in Chile]. Salud Pública de México. 2013;55(6):650-8. Epub 2014/04/10. *Gobierno de redes asistenciales: evaluación de los Consejos Integradores de la Red Asistencial (CIRA) en el contexto de la reforma del sector salud en Chile.*

Atehortúa S, Ceballos M, Gaviria CF, Mejia A. [Quality assessment of economic evaluations in health care in Colombia: a systematic review]. Biomedica: revista del Instituto Nacional de Salud. 2013;33(4):615-30. Epub 2014/03/22. *Evaluación de la calidad metodológica de la literatura en evaluación económica en salud en Colombia: una revisión sistemática.*

Castaño R, Zambrano A. Biased Selection within the Social Health Insurance Market in Colombia. *Health Policy 2006;79: 313-24.*

Centro Cochrane Iberoamericano. Manual Cochrane de Revisiones Sistemáticas de Intervenciones, versión 5.1.0 Barcelona: *Centro Cochrane Iberoamericano 2012. Available from: http://www.cochrane.es/?q=es/node/269.*

Díaz, C., Zapata, Y., & Aristizábal J. C. (2011). Acceso a los servicios preventivos en los regímenes contributivo y subsidiado de salud en un barrio estrato dos de la ciudad de Cali. *Revista Gerencia y Políticas de Salud, 10(21).*

Habicht J, Victora C, Vaughan J. Evaluation designs for adequacy, plausibility and probability for public health programme performance and impact. *Int J Epidemiol 1999;28(1:): 10-8.*

Maya E. El derecho a la salud en la perspectiva de los derechos humanos y del sistema de inspección, vigilancia y control de quejas en materia de salud. *Revista Colombiana de Psiquiatría. 2008;37(4):496 - 503.*

McKenzie J, Neiger B, Smeltzer J. Planning, Implementing, and Evaluating Health Promotion Programs. A Primer. 4th ed. San Francisco: Pearson-Benjamin Cummings; *2005.*

Ministerio de la Protección Social, Programa de Apoyo a la Reforma de Salud. Proyecto Evaluación y Reestructuración de los Procesos, Estrategias y Organismos Públicos y Privados encargados de adelantar las Funciones de Vigilancia y Control del Sistema de Salud. In: PARS, editor. *Bogotá: Ministerio de la Protección Social; 2002.*

Ministerio de Salud y Protección Social. Proyecto evaluación y reestructuración de los procesos, estrategias y organismos públicos y privados encargados de adelantar las funciones de inspección, vigilancia y control. *Bogotá D.C.*

Ministerio de Salud y Protección Social. Proyecto evaluación y reestructuración de los procesos, estrategias y organismos públicos y privados encargados de adelantar las funciones de inspección, vigilancia y control - Tercer capítulo. *Bogotá D.C.*

Odeyemi IA, Nixon J. Assessing equity in health care through the national health insurance schemes of Nigeria and Ghana: a review-based comparative analysis. International journal for equity in health. 2013;12:9. *Epub 2013/01/24.*

Plaza B, Barona A, Hearst N. Managed competition for the poor or poorly managed competition? Lessons from the Colombian health reform experience. Health Policy Plann 2001;2: 44-51.

Pineault R, Daveluy C. La planificación sanitaria. Conceptos, métodos, estrategias. 2a. ed. Barcelona: Masson S.A.; *1995.*

Quesnel-Vallee A, Renahy E, Jenkins T, Cerigo H. Assessing barriers to health insurance and threats to equity in comparative perspective: the Health Insurance Access Database. BMC health services research. 2012;12:107. *Epub 2012/05/04.*

Rootman I, Goodstadt M, Hyndman B, et al. Evaluation in health promotion. Principles and perspectives.Copenhagen: World Health Organization; *2001.*

Ruiz F, Uprimny M. Sistema de salud y aseguramiento social entre la reforma estructural y el ajuste regulatorio. *Bogotá: Ecoe Ediciones; 2012.*

Ruiz Gómez F, Amaya J, Garavito Beltrán L, Ramírez J. Precios y Contratos en Salud. Resultados estudio indicativo de precios y análisis cualitativo de contratos. *Bogotá: PARS, DNP, CENDEX; 2008.*

Ruiz Gomez F, Zapata Jaramillo T, Garavito Beltran L. Colombian health care system: results on equity for five health dimensions, 2003-2008. *Revista Panamericana de Salud Pública = Pan American journal of public health. 2013;33(2):107-15, 6 p preceding Epub 2013/03/26.*

Schoen C, Davis K, DesRoches C, Donelan K, Blendon R. Health insurance markets and income inequality: findings from an international health policy survey. Health Policy. 2000;51(2):67-85. *Epub 2000/03/04.*

Schoen C, Doty MM. Inequities in access to medical care in five countries: findings from the 2001 Commonwealth Fund International Health Policy Survey. Health Policy. 2004;67(3):309-22. *Epub 2004/03/24.*

Sheiman I, Shevski V. Evaluation of health care delivery integration: The case of the Russian Federation. Health Policy. 2014. *Epub 2014/01/28.*

Trujillo A, McCalla D. Are Colombian Sickness Funds Cream Skimming Enrollees? An Analysis with Suggestions for Policy Improvement. Journal of Policy Analysis and Management 2004;*23: 873-88.*

Tso P, Culyer AJ, Brouwers M, Dobrow MJ. Developing a decision aid to guide public sector health policy decisions: a study protocol. Implementation science : IS. 2011;6:46. *Epub 2011/05/17.*

Vogel JP, Oxman AD, Glenton C, Rosenbaum S, Lewin S, Gulmezoglu AM, et al. Policymakers' and other stakeholders' perceptions of key considerations for health system decisions and the presentation of evidence to inform those considerations: an international survey. Health research policy and systems / BioMed Central. 2013;11:19. *Epub 2013/05/28.*

SISTEMA DE MONITOREO DE INTERVENCIONES REGULATORIAS Y DE INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL (SIMIV): UNA PROPUESTA BASADA EN LA GESTIÓN DE RIESGOS PARA LA IVC TERRITORIAL

Julia Isabel Eslava Rincón
Fredy Armindo Camelo Tovar
Marino Mauricio Mejía Rocha
Lucía Mina Rosero

COLCIENCIAS
GOBIERNO DE COLOMBIA
Pontificia Universidad JAVERIANA Bogotá
INSTITUTO DE Salud Pública
FES
FUNDACIÓN HORIZONTES PROFESIONALES
OISS ORGANIZACIÓN IBEROAMERICANA DE SEGURIDAD SOCIAL

CAPÍTULO: Sistema de Monitoreo para la inspección, vigilancia y control en el Sistema General de Seguridad Social (SIMIV): Una propuesta basada en la gestión de riesgos desde el ámbito territorial

Autores
Julia Isabel Eslava Rincón
Fredy Armindo Camelo Tovar
Lucía Mina Rosero
Marino Mauricio Mejía Rocha

Evaluadora:
Yolanda Zapata Bermudez

Programa:
Desarrollo y Evaluación de un Modelo Integrado de IVC del Acceso Oportuno, el Uso Adecuado y la Calidad en la Prestación de Servicios en el SGSSS Colombiano.

Proyecto:
Desarrollo de un sistema de monitoreo, de intervenciones regulatorias y de inspección, vigilancia y control en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Fechas de ejecución:
Octubre de 2015 a Enero de 2018

Institución ejecutora:
Instituto de Salud Pública de la Universidad Javeriana.

Investigador Principal:
Julia Isabel Eslava Rincón

Equipo Técnico:
Fredy Armindo Camelo Tovar
Coinvestigador

Lucía Mina Rosero
Consultora

María Elizabeth Vasquez Candia
Coinvestigadora

Marino Mauricio Mejía Rocha
Coinvestigador

Juan Antonio Sanjuán Cuéllar
Auxiliar de Investigación - Sistemas

Isabel Viviana Rojas
Consultora

COLCIENCIAS
GOBIERNO DE COLOMBIA
Pontificia Universidad JAVERIANA Bogotá
INSTITUTO DE Salud Pública
FES
FUNDACIÓN HORIZONTES PROFESIONALES
OISS ORGANIZACIÓN IBEROAMERICANA DE SEGURIDAD SOCIAL

CAPÍTULO

SISTEMA DE MONITOREO DE INTERVENCIONES REGULATORIAS Y DE INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL (SIMIV): UNA PROPUESTA BASADA EN LA GESTIÓN DE RIESGOS PARA LA IVC TERRITORIAL

Autores

Julia Isabel Eslava Rincón
Fredy Armindo Camelo Tovar
Marino Mauricio Mejía Rocha
Lucía Mina Rosero

TABLA DE CONTENIDO

1 INTRODUCCIÓN 299

2 PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN 301

3 OBJETIVOS 302

3.1 OBJETIVO GENERAL 302

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICO 302

4 MARCO DE REFERENCIA 304

4.1 INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL Y EL MODELO DE SUPERVISIÓN BASADO EN RIESGOS 304

4.2 EL RIESGO Y SU GESTIÓN 306

4.3 LA REGULACIÓN EN EL SGSSS 309

4.4 LA REGULACIÓN RESPONSIVA: INTERACCIÓN ENTRE INSTRUMENTOS DE REGULACIÓN Y RIESGOS 312

4.5 DISEÑO DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN PARA LA TOMA DE DECISIONES 315

5 METODOLOGÍA 318

5.1 LAS FASES DE DESARROLLO 318

5.2 LOS MÉTODOS UTILIZADOS 319

5.2.1 El método de análisis del riesgo 319
5.2.2 El método de análisis estructural (micmac) para la definición de puntos críticos de control 319
5.2.3 Diseño de indicadores 320
5.2.4 El diseño de la arquitectura de software 321

6 RESULTADOS 324

6.1 EL SISTEMA DE RIESGOS QUE AFECTAN EL ACCESO, USO Y CALIDAD EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS A SER MONITOREADOS 324

6.2 EL SISTEMA DE INDICADORES PARA EL MONITOREO DE RIESGOS 330

6.2.1 Diseño de la batería de indicadores 330
6.2.2 Catálogo de indicadores incluidos en el sistema por núcleo de IVC 333
6.2.3 La definición de los rangos de alerta y hallazgos para algunos indicadores 343

7 BIBLIOGRAFÍA 353

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. *El Proyecto de Diseño del Sistema de Monitoreo y su ubicación dentro del Programa.* 303

Gráfico 2. *La gestión integral del riesgo en el SGSSS* 308

Gráfico 3. *Pirámide de la regulación responsiva* 313

Gráfico 4. *Regulación responsiva en el sector de medicamentos, pirámide de apoyos y de sanciones* 315

Gráfico 5. *Tipos de sistemas de información* 316

Gráfico 6. *Proceso de abordaje para la especificación de la solución en la fase de requerimientos de información y priorización* 325

Gráfico 7. *Conformación del sistema de monitoreo según núcleos de riesgo* 326

Gráfico 8. *Puntos críticos de control para el sistema de monitoreo de la IVC basada en riesgos* 329

Gráfico 9. *Relación de los componentes del derecho a la salud y los riesgos del sistema de monitoreo.* 330

Gráfico 10. *Distribución de frecuencias para el tiempo promedio para la autorización de imágenes diagnósticas. Colombia, 2013 – 2017* 345

Gráfico 11. *Distribución de frecuencias para la proporción de fórmulas médicas entregadas de manera completa. Colombia, 2013 – 2017.* 347

Gráfico 12. *Distribución de frecuencias para el promedio de tiempo para la asignación de citas de Medicina interna IPS. Colombia, 2010 – 2015.* 349

Gráfico 13. *Distribución de frecuencias para la tasa de reingreso hospitalario. Colombia, 2010 – 2015.* 351

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. *Capas de la arquitectura del software* 322

Tabla 2. *Indicadores del núcleo de afiliación y representación del afiliado* 333

Tabla 3. *Indicadores del núcleo de habilitación y auditoría* 335

Tabla 4. *Indicadores del núcleo de sostenibilidad financiera de las IPS* 336

Tabla 5. *Indicadores del núcleo de Seguridad del Paciente* 337

Tabla 6. *Indicadores del núcleo de trato digno* 338

Tabla 7. *Indicadores del núcleo de redes integrales de atención en salud* 339

Tabla 8. *Indicadores del núcleo de rutas integrales de atención* 340

Tabla 9. *Indicadores del núcleo de control social y participación del usuario* 342

Tabla 10. *Niveles de riesgo para el tiempo promedio para la autorización de citas de medicina especializada. Colombia, 2010 – 2017.* 346

Tabla 11. *Niveles de riesgo para proporción de fórmulas médicas entregadas de manera completa. Colombia, 2010 – 2017.* 348

Tabla 12. *Niveles de riesgo para el promedio de tiempo para la asignación de citas de Medicina interna IPS. Colombia, 2010 – 2015.* 349

Tabla 13. *Número de IPS por nivel de riesgo para el promedio de tiempo para la asignación de citas de Medicina interna IPS en territorios de prueba. Colombia, 2015.* 350

Tabla 14. *Niveles de riesgo para el promedio de tiempo para la tasa de reingreso hospitalario. Colombia, 2010 – 2015.* 352

Tabla 15. *Número de IPS por nivel de riesgo para el promedio de tiempo para la tasa de reingreso hospitalario en territorios de prueba. Colombia, 2015.* 352

1 INTRODUCCIÓN

En la formulación del programa "Desarrollo y evaluación de un modelo integrado de Inspección, Vigilancia y Control del acceso oportuno, el uso adecuado y la calidad en la prestación de servicios en el Sistema General de Seguridad Social en Salud colombiano", se parte del entendimiento que la Inspección, Vigilancia y Control (IVC) es una función concurrente con la regulación del Estado sobre el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), por lo que se espera que exista una integración entre los objetivos regulatorios y aquellos de la IVC (UT-Universidad Javeriana-FES, 2012). En concordancia, se asume la inspección como la capacidad para detectar posibles incumplimientos; la vigilancia como la capacidad para forzar la aplicación de normas; y el control como la respuesta sancionatoria. Así, se plantea un ámbito de actuación para la IVC:

"Las funciones de IVC comprenden desde la capacidad de recabar información a través de la función de inspección, hasta la de implantar medidas de tipo preventivo y, por último, intervención directa sobre sus sujetos vigilados en el caso de encontrarse acciones que se aparten de la legalidad" (UT-Universidad Javeriana-FES, 2012, pág. 10)

Además de las limitaciones que ha tenido la IVC en el país por la falta de integración entre los objetivos regulatorios y las funciones mismas de IVC, se plantea también, entre otros factores, la incapacidad del sistema para diseñar estrategias preventivas que anticipen y modulen los comportamientos desviados de los agentes ya que "no existe una definición natural de los riesgos al interior del sistema que permita su desarrollo armónico" (UT-Universidad Javeriana-FES, 2012, pág. 8).

Tales riesgos se asocian a las interacciones entre los actores del SGSS y, de manera particular, a las relaciones de intercambio que se expresan en la forma de "contratos incompletos" que, en relación con la salud, se relacionan con la incertidumbre sobre la incidencia de enfermedades y lesiones, así como con el uso y el efecto de los servicios de salud. En este contexto, se estima que, frente a los riesgos intangibles, los actores interesados pueden recurrir a diferentes estrategias para reducir los costos que éstos les generan (UT-Universidad Javeriana-FES, 2012, pág. 8).

Es por ello que la innovación propuesta por el Programa fija el centro de interés en el enfoque de riesgos, donde el papel del supervisor se centra en prevenir y controlar la materialización de los riesgos que afectan el acceso, uso y calidad. En la perspectiva de plantear acciones preventivas, se requiere de información pertinente y la definición de variables para el seguimiento del SGSSS orientada a la articulación entre la regulación y la inspección del sistema, superando las limitaciones existentes (UT-Universidad Javeriana-FES, 2012, pág. 8).

Así, el proyecto "Diseño de un sistema de monitoreo a las intervenciones regulatorias y las intervenciones de IVC guiadas por los objetivos que persiguen las intervenciones regulatorias en acceso, uso y calidad, con el establecimiento de metas, sistemas de alarmas y mecanismos de retroalimentación", se plantea como una herramienta para la inspección, en cuanto se le atribuye la función principal de detectar potenciales incumplimientos derivados de las acciones de los agentes a través de la identificación y focalización de los riesgos que éstos generan al interior del SGSSS (UT-Universidad Javeriana-FES, 2012, pág. 8). Al mismo tiempo, opera en función de la vigilancia en la medida que provee señales de alerta relacionadas con puntos críticos de control que permiten activar diversas acciones en la gestión de los riesgos.

2 PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

Existe una indefinición de los efectos esperados, de los indicadores y de las líneas de base, lo que no permite el desarrollo sistémico de una herramienta de monitoreo para la IVC del SGSSS. No hay parametrizaciones, sistemas de alarma en los diferentes niveles del sistema, ni en el nivel territorial, que definan rangos esperados y desviaciones de las intervenciones de tipo regulatorio y sus efectos esperados, así como del seguimiento de las acciones e intervenciones en IVC. Por lo tanto, se hace necesario el desarrollo de sistemas que, según los flujos de información, posibiliten la identificación, la parametrización de las acciones de los agentes y de las intervenciones de tipo regulatorio y de IVC en el SGSSS relacionadas con el acceso, uso y calidad en la prestación de los servicios de salud.

3 OBJETIVOS

3.1. Objetivo General

Diseñar y verificar un sistema de información para el seguimiento de las acciones regulatorias y de inspección, vigilancia y control en el ámbito del sistema colombiano en salud, a partir de la evaluación de los agentes, procesos y resultados derivados de la inspección, vigilancia y control del Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia.

3.2. Objetivos Específicos

1. Parametrizar la información generada en función de los procesos de modelación del desarrollo, innovación y regulación e IVC del SGSSS.

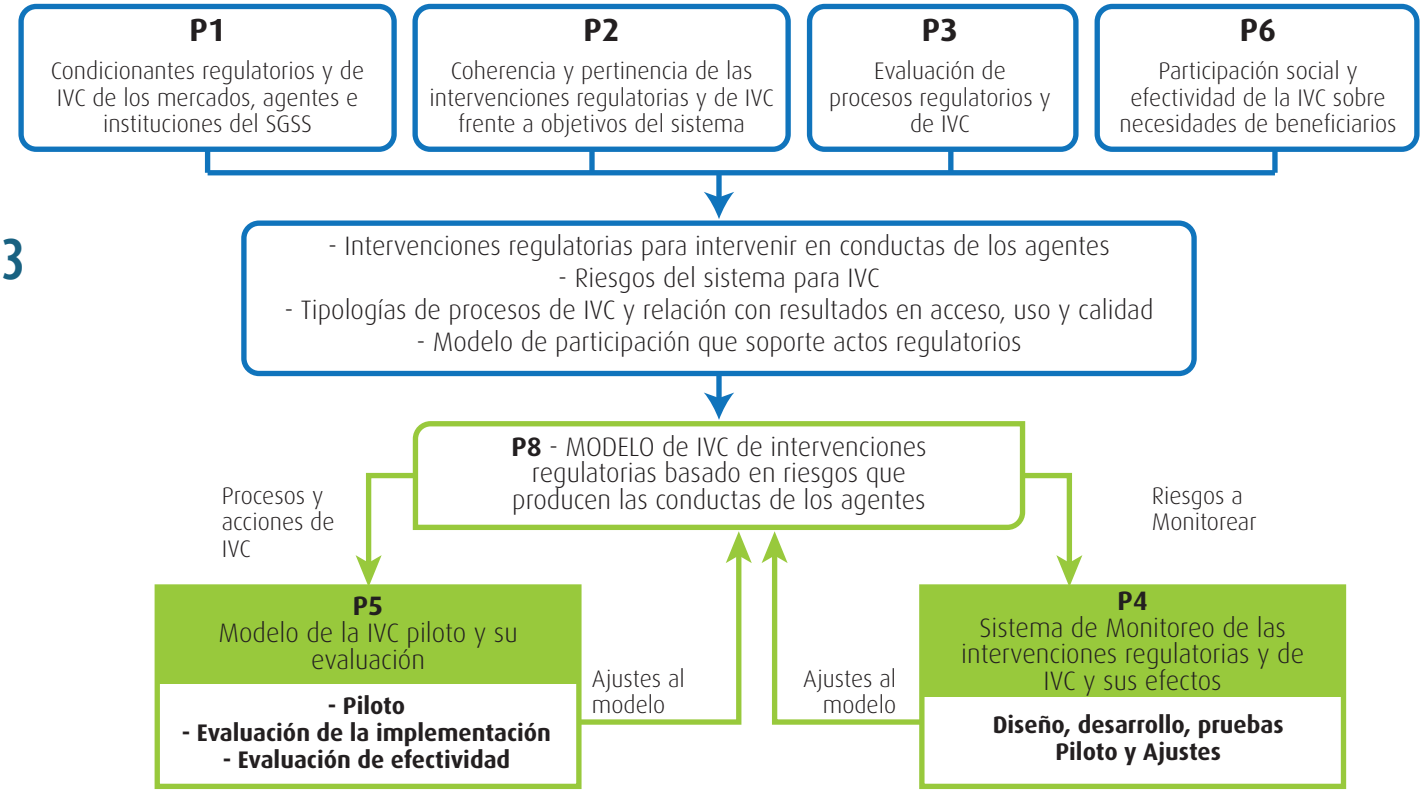
2. Definir, caracterizar y parametrizar el conjunto mínimo de variables para el seguimiento de las acciones regulatorias y de inspección, vigilancia y control, sus desviaciones y puntos de control.

3. Diseñar sistemas de alarma que permitan evidenciar desviaciones y efectos no deseables, consecuencia de las acciones de los agentes dentro del sistema de salud, pilotear y ajustar los parámetros y variaciones en el seguimiento.

4. Proveer un modelo ajustado aplicable a nivel nacional y territorial que permita consolidar una herramienta útil para ejercer la función de inspección y seguir las acciones de vigilancia y de control en ámbitos territoriales definidos.

Para el logro de estos objetivos se partió de los insumos generados por los diferentes proyectos de la fase diagnóstica del Programa y, como se observa en el Gráfico 1, en articulación con el Modelo de Inspección, Vigilancia y Control producto del Programa en su conjunto.

Gráfico 1. El Proyecto de Diseño del Sistema de Monitoreo y su ubicación dentro del Programa



Fuente: Elaboración propia con base en el documento de formulación del Programa y del proyecto específico

4 MARCO DE REFERENCIA

Teniendo en cuenta la problemática en la que se sitúa el proyecto, su desarrollo se fundamenta en referentes teóricos, conceptuales y operativos desde una perspectiva interdisciplinaria. Así, se sitúan la inspección, vigilancia y control en la función de supervisión basada en la gestión de riesgos; el diseño de sistemas de información se sitúa en la escala de toma de decisiones; y la regulación desde el enfoque de la regulación responsiva[1]. Todos estos referentes tienen confluencias que se materializan en los sistemas de indicadores y de alertas.

En este apartado se propone situar la comprensión de estos referentes, sin la pretensión de ahondar en los debates que pueden girar en torno a ellos, sino con la finalidad de hacer explícito el marco que orienta y delimita el diseño y desarrollo del sistema de información que se propone para el monitoreo de las intervenciones regulatorias y de IVC en el SGSSS.

4.1 Inspección, vigilancia y control y el modelo de supervisión basado en riesgos

De entrada, este proyecto, al igual que el Programa en su conjunto, se sujeta a algunos preceptos normativos e institucionales que rigen para el SGSSS. En primer lugar, la Ley 1122 de 2007 establece el sistema de IVC para el SGSSS y en su artículo 35 define:

[1] *Del término inglés Responsive que significa tener una reacción rápida y positiva frente a algo o alguien.*

"A) Inspección: es el conjunto de actividades y acciones encaminadas al seguimiento, monitoreo y evaluación que sirven para solicitar, confirmar y analizar de manera puntual la información que se requiera sobre la situación de los servicios de salud y sus recursos, sobre la situación jurídica, financiera, técnica-científica, administrativa y económica de las entidades sometidas a vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud...

B) La vigilancia consiste en la atribución de la Superintendencia Nacional de Salud para advertir, prevenir, orientar, asistir y propender porque las entidades encargadas del financiamiento, aseguramiento, prestación del servicio de Salud, atención al usuario, participación social y demás sujetos de vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, cumplan con las normas que regulan el Sistema General de Seguridad Social en Salud para el desarrollo de este.

C) El control consiste en la atribución de la Superintendencia Nacional de Salud para ordenar los correctivos tendientes a la superación de la situación crítica o irregular (jurídica, financiera, económica, técnica, científico-administrativa) de cualquiera de sus vigilados y sancionar las actuaciones que se aparten del ordenamiento legal bien sea por acción o por omisión"
(Ley 1122 de 2007).

A finales del año 2013 se expidió el Decreto 2465, que modifica la estructura de la Superintendencia Nacional de Salud y determina "la adopción del modelo de inspección, vigilancia y control que debe ser aplicado por la SNS y por las entidades que por previa delegación ejerzan dicha competencia, para el ejercicio de la supervisión de los riesgos inherentes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, incluyendo los riesgos sistémicos" (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013). Posteriormente, a partir de las reformas que se gestaron con la promulgación de la Ley Estatutaria de Salud, la SNS adopta un enfoque de Supervisión Basada en Riesgos (SBR), a fin de rescatar la importancia de la gestión del riesgo al interior de los vigilados y optimizar los recursos del supervisor para la garantía del derecho (Giuffrida, Pinzón-Fonseca, & Piñeros-García, 2015).

En el enfoque de riesgos, el papel del supervisor se encamina principalmente a evaluar si los controles destinados a evitar la materialización de los riesgos son adecuados y la verificación del cumplimiento normativo pasa a un plano complementario (Giuffrida, Pinzón-Fonseca, & Piñeros-García, 2015; Balcom & Pargaonker, 2010). El propósito es exigir a los regulados mejorar sus controles internos para mitigar los riesgos antes de que estos se materialicen.

4.2 El riesgo y su gestión

El riesgo, como muchas otras nociones, es polisémico y su comprensión ha variado según los contextos históricos, geográficos o situacionales y disciplinares desde donde se aborda (ciencias naturales, ingeniería, economía, sociología, política, la geografía, entre otros). Ocurre lo mismo con los conceptos vinculados al estudio de los riesgos, como la incertidumbre y la contingencia, las amenazas y peligros o la vulnerabilidad y la resiliencia (Coy, 2010).

En términos generales, el riesgo expresa la incertidumbre frente a una situación sobre la que existe un conocimiento limitado y, por tanto, no es posible describirla de manera exacta, ni tampoco prever con certeza los resultados futuros o sus posibles desenlaces, por lo que se restringe el control de los factores o variables que podrían generar eventos o daños no deseados, pero que pueden ser evitables. Así, "sólo se puede hablar de riesgo, sin importar cómo se entienda el término, cuando se presupone que quien percibe un riesgo y posiblemente se le enfrenta, efectúa ciertas diferenciaciones, por ejemplo, la diferencia entre resultados buenos y malos, ventajas y desventajas, utilidades y pérdidas, así como la diferencia entre probabilidad e improbabilidad de que ocurran estos resultados" (Luhmann, 2006).

Existen dos corrientes principales que se han ocupado del estudio de los riesgos: la racionalista y la constructivista. La racionalista ubica el riesgo como una decisión y la previsión de consecuencias o daños evitables (Coy, 2010). Se centra en la identificación objetiva del riesgo, la medición de sus variables desencadenantes y la estimación de la probabilidad de ocurrencia de daño (Beck, 2002). Esto insumos informan la toma de decisiones que se presuponen no riesgosas, aceptando los riesgos en función de la magnitud del daño "aceptable". Parte del supuesto que los individuos o agentes no calculan los daños, sino que se comportan como lo esperan que lo hagan sus grupos de referencia, o que actúan según patrones de socialización. Por ello se ocupa de medir las regularidades y explicar la lógica que les caracteriza (Luhmann, 2006).

Por su parte, la corriente constructivista se sitúa en el mundo empírico y de la experiencia, que puede corresponder a múltiples realidades, sin pretender obtener una verdad única. En este sentido, la percepción e interpretación de los riesgos y la forma como se enfrentan dependen de múltiples construcciones y experiencias de los sujetos. La valoración de la existencia, la predisposición a los riesgos y sus efectos están influenciados por distintos intereses, relaciones de poder y de dependencia, discursos y formas de acción, lo que hace más difícil establecer patrones y generalizaciones (Coy, 2010). Es por ello que se privilegian los abordajes cualitativos e interpretativos, antes que las mediciones y la predictibilidad.

Una corriente alternativa es la ofrecida por Niklas Luhmann (2006), quien se sitúa desde el sistema social y no desde los individuos, al concebir los riesgos como fenómenos derivados de múltiples contingencias y perspectivas según los distintos

observadores. El autor también distingue entre peligro y riesgo, siendo el primero una situación dañina de origen externo (ejemplo, el medio ambiente), mientras que el riesgo expresa los posibles daños que son consecuencia de las decisiones tomadas conscientemente pues, ante la incertidumbre, siempre se toma una decisión, sea por acción o por omisión. Así, las instancias de decisión siempre corren riesgos al tomar decisiones que se convierten en un peligro para los afectados por ellas (Luhmann, 2006). Es decir, en oposición a la perspectiva racionalista, identificar los riesgos no es sólo para informar la toma de decisiones, sino para valorar las consecuencias de las decisiones que son tomadas.

En este breve recorrido, puede sintetizarse la comprensión del riesgo como la probabilidad de sufrir daños o pérdidas, sea por una eventualidad genérica o por el hecho de exponerse a los peligros que los causan. Puede asumir múltiples formas según el contexto en el que ocurre y sus modos de manifestarse, por ello, desde el punto de vista práctico, es necesario definir el riesgo sólo en relación con la situación a la cual se refiere y a los fines cognoscitivos y decisionales que se persiguen.

La probabilidad de ocurrencia y los efectos están enmarcados por la combinación de las amenazas o peligros con factores de vulnerabilidad y con la resiliencia. Las amenazas aluden a los fenómenos que causan daño o ponen en peligro y se asocian con los fenómenos naturales, sociales, políticos o económicos. La vulnerabilidad se refiere a los factores que estructuran o facilitan la exposición o predisposición al riesgo y que comprenden, entre otros, la menor disponibilidad de recursos o la falta de capacidades y mecanismos para hacerles frente. Por su parte, la resiliencia expresa el bagaje de capacidades sociales e institucionales con las que se cuenta para poder afrontar los riesgos.

En el ámbito de la toma de decisiones políticas o administrativas, el estudio y análisis de los riesgos se guía fundamentalmente por la lógica racional, siendo predominante el situarse en la medición de la magnitud del daño y su probabilidad de ocurrencia. No obstante, al comprender las relaciones de multicausalidad y complejidad de los sistemas, el abordaje sistémico de los riesgos viene cobrando un posicionamiento complementario con la lógica racional y constructivista, siendo esta la perspectiva que se aborda en este proyecto, situándose en el monitoreo de los riesgos en el campo relacional y de interacción sistémica entre los agentes del SGSSS relacionados con el acceso, uso y calidad en la prestación de servicios de salud. Los riesgos son identificados a partir de las percepciones de los actores que se ven influidos por las decisiones establecidas en el ámbito de las políticas de salud, del marco regulatorio e institucional y de las propias dinámicas de actuación de acuerdo con sus intereses y expectativas.

El monitoreo de los riesgos significa, esencialmente, asegurar que el proceso se desarrolla respetando unos límites establecidos y la selección de las técnicas para realizarlo; depende de los límites críticos fijados, de las herramientas, de la información y del tiempo disponible. En algunos casos, las observaciones directas son

indispensables (ejemplo: habilitación), pero se debe contar con medidas complementarias, dado que las primeras pueden ser muy subjetivas. Entre más estandarizadas y objetivas sean las medidas de los parámetros/límites establecidos, más efectivo será el monitoreo.

En línea con el desarrollo de la Ley Estatutaria en Salud, el MSPS expide la Política de Atención Integral en Salud, PAIS (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016), donde se define la gestión del riesgo en el SGSSS como el conjunto de acciones que hacen referencia a la coordinación de actores en el Sistema para desarrollar actividades encaminadas a la aplicación de modelos de atención según se ilustra en el Gráfico 2.

Gráfico 2. La gestión integral del riesgo en el SGSSS

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, 2016.

En el Modelo Integral de Atención en Salud de la política PAIS se establecen dos dimensiones del riesgo: el riesgo primario, que indica la probabilidad de ocurrencia de enfermedades y en algunas ocasiones de su severidad, en el cual se interviene mediante la coordinación de acciones de promoción de la salud a cargo de la entidad territorial; y el riesgo técnico, referido a la probabilidad de aparición de variaciones en el proceso de atención, ligadas con las decisiones y conductas asumidas en el sistema de prestación, que se pueden modular a través de la organización y gestión del proceso de atención y de estructuras de incentivos (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016). Es en esta segunda dimensión donde se inscribe la propuesta del sistema, en cuanto se sitúa en una lógica preventiva de los riesgos derivados de las relaciones entre los agentes que afectan el acceso, uso y calidad, donde los resultados en salud son las consecuencias o impactos generados por la materialización de dichos riesgos.

4.3 La regulación en el SGSSS

Este proyecto se sitúa en el entendimiento de la regulación como un tipo de instrumento de política que recurre a un conjunto de reglas e incentivos (monetarios y no monetarios), para fomentar o restringir acciones de los agentes. Existen diferentes agentes reguladores (el gobierno, tecnócratas, cuerpos colegiados, los propios destinatarios, entre otros), así como diferentes destinatarios (usuarios, ciudadanos, productores de bienes y servicios, consumidores) y diversos mecanismos de regulación que se estructuran según los fines que se persiguen y los sujetos de la regulación (Eslava-Rincón, 2003).

Dada la configuración del arreglo institucional del SGSSS, en su diseño e implementación la regulación se inscribe en un esquema de gobernanza donde interactúan el Gobierno, las instancias de vigilancia y control, las organizaciones públicas y privadas (prestación, aseguramiento, provisión de bienes y servicios) y la sociedad (beneficiarios y agentes del control social). Estos actores no sólo deben cumplir y adaptarse a las condiciones que establece la regulación en sus diferentes formas, sino que también deben asumir los costos y beneficios de su implementación.

Para el SGSSS, estructurado en una lógica de mercado y de competencia con la participación de actores públicos y privados, la regulación ha implicado una serie de actividades genéricas, como el otorgamiento de derechos, la promoción de la competencia, la definición de tarifas, el seguimiento al cumplimiento de obligaciones, la aplicación de sanciones, la resolución de conflictos y controversias, la atención de quejas y reclamos, el establecimiento de estándares y normas técnicas, así como la recolección y difusión de información, entre otras.

Sin embargo, por la naturaleza del servicio de salud y los objetivos que persigue, la regulación tiene implicaciones de alta relevancia social y utilidad pública, de allí que no se debe limitar a definir un conjunto de reglas y estándares acompañados de mecanismos para asegurar su

cumplimiento, sino que debe estar acompañada de una efectiva IVC sobre sus efectos en el acceso, uso y calidad, a la luz de los desafíos que plantea la perspectiva de garantía de derechos y de prevención de riesgos que afectan los resultados en salud. Esto supone transformar la lógica tradicional de la regulación y de la supervisión, fundamentada esencialmente en los incrementos de la "productividad" o la "eficiencia económica", para trascender hacia una perspectiva que ponga mayor énfasis en la "protección" de los derechos de las personas.

Existen diferentes aproximaciones teóricas a la noción de regulación desde el campo económico, político y jurídico en los que, según el enfoque adoptado, se intercambia con instrumentos económicos, políticos o regulatorios, cada uno de los cuales clarifica aspectos importantes de este complejo sujeto sobre el cual en la actualidad, como lo ha afirmado Spulber (1989), "no ha logrado emerger una definición clara y factible".

En consonancia con la diversidad de aproximaciones y definiciones de la regulación y sobre las formas e instrumentos de regulación, también se encuentran diversos aportes de los teóricos que, en términos generales, terminan siendo expresados, o bien desde la función que cumplen, o desde el instrumento particular que utilizan. En suma, teniendo en cuenta las propuestas de los diferentes autores, se pueden identificar trazos comunes en la definición de los diferentes instrumentos de regulación, a saber: las normas propiamente dichas, los incentivos, la información y los contratos regulatorios, como se presenta a continuación.

Regulaciones propiamente dichas:	Normas, Directrices, Restricciones, dispositivos de mando y control
	Implican obligatoriedad para los destinatarios, es coercitiva y autoritaria
	Proscripciones: que prohíbe una costumbre o el uso de algo
	Provisiones: Dispone, ordena (con excepciones, con permisos, con obligación de notificar)
Incentivos o medios económicos	Dar o quitar recursos materiales
	Los destinatarios pueden decidir hacer o no hacer uso de un incentivo
	No prescriben ni prohíben acciones
	Se regula sobre: el medio económico, sobre el incentivo o desincentivo por hacer o no hacer la acción
	Pueden ser monetarios o no monetarios
Información	De carácter persuasivo
	Se regula sobre conocimientos y objetivos, dando recomendaciones de cómo actuar
Autorregulación	Específico para el sector privado
	Comprende, estándares de calidad, certificación y codigos de conducta dentro de grupos
	Buscan promover la calidad técnica en un contexto o mercado
Regulación contractual	Vincula autoridades públicas con actores privados
	Pueden ser recompensas financieras por el cumplimiento de estándares de calidad o de beneficio público
	Mecanismos para dirimir conflictos contractuales (ADR)

Fuente: Elaboración propia con base en Vedung, E. (1998); Spulberg, D. F. (1989); Heffron (1983)

4.4 La regulación responsiva: interacción entre instrumentos de regulación y riesgos

Desde comienzos de la década de los noventa, Ayres & Braithwaite (1992) desarrollan su teoría de la regulación responsiva (responsive regulation); un enfoque de regulación más atento y sensible a las necesidades y puntos de vista de los entes y personas que son afectados por las decisiones de las autoridades. Se opone a la forma tradicional de regulación vertical y autoritaria, proponiendo una forma más horizontal, en la que tiene cabida la participación de la sociedad civil. Enfatiza en la persuasión, más que en el castigo, elemento que suele ser común en las prácticas regulatorias de muchos países donde, frente a las violaciones a la regulación, se privilegia la penalización, más que la promoción del cumplimiento (Ayres & Braithwaite, 1992). Este enfoque ha sido adoptado en distintos regímenes regulatorios, por ejemplo, en el campo de la salud y seguridad en el trabajo, en el ámbito laboral y medioambiental, en el sector de medicamentos, de transporte y seguridad alimentaria, entre otros.

Esta teoría se basa en un modelo estructurado en forma de una pirámide con niveles de cumplimiento regulatorio y de sanciones en cuya base se sitúa la persuasión, la motivación, la educación, la asesoría, la formación y así sucesivamente (ver Gráfico 3). Si la persuasión no funciona, los reguladores pueden considerar la posibilidad de una escalada en la pirámide y proceder a una carta de advertencia. En caso de que ésta no funcione para asegurar el cumplimiento, entonces pueden imponer alguna penalidad monetaria de tipo civil, siendo el siguiente paso, en caso de incumplimiento, la sanción penal, hasta llegar, en caso extremo, a la suspensión temporal o definitiva de las licencias o permisos para operar (Ayres & Braithwaite, 1992, pág. 35).

Gráfico 3. Pirámide de la regulación responsiva

Fuente: Traducción propia de Ayres and Braithwaite, 1992. Pag. 35

De esta forma, los reguladores pueden actuar de manera progresiva en función de la gravedad del riesgo regulatorio y el incumplimiento del agente regulado[2]. Los autores consideran que el cumplimiento regulatorio se logra, en primera instancia, más por la persuasión, con procesos de inspección y de notificación de advertencias, y con la aplicación de sanciones para los agentes que representen mayores riesgos en la parte más alta de la pirámide (Hampton, 2005).

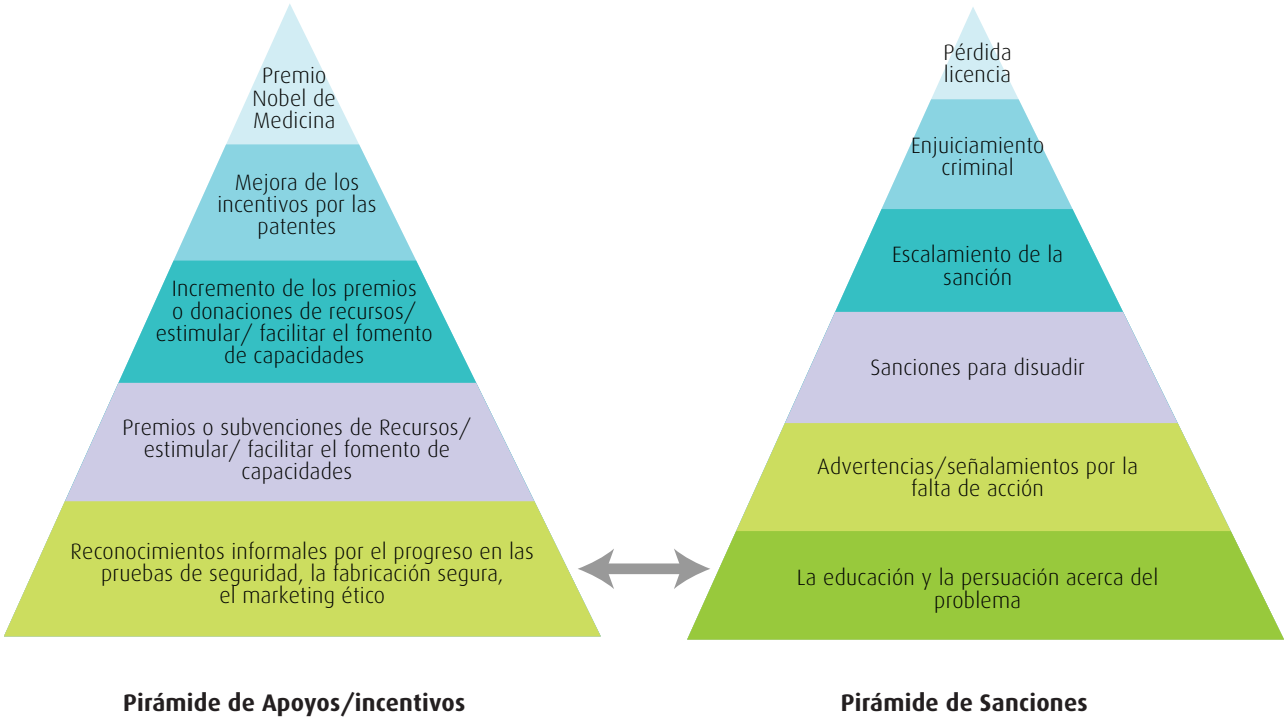
Este enfoque se presenta como una alternativa potencial cuando hay debilidades y fallas en la capacidad reguladora y en los mecanismos para hacerlas cumplir, porque es una estrategia que moviliza formas más económicas de control social e institucional que aquellas de comando y control ejercidas por el Estado. No obstante, también se advierte que requiere "de mano dura" en la cima de la pirámide de cumplimiento, lo cual implica mayores costos si los controles previos no son efectivos, así como ciertas exigencias en las capacidades del Estado. Las estrategias que pueden ser adoptadas para superar las deficiencias de capacidad y cuando la acción pública no puede hacerse cargo, se sitúan en la perspectiva de gobernanza en red, representada como una escala piramidal de red ramificada con la participación de la sociedad civil y las organizaciones de control social en diferentes niveles y formas de articulación; la otra es aquella de promover y legislar sobre las acciones qui tam[3], esto es, las recompensas a los denunciantes provenientes de las sanciones impuestas a los incumplidores que éstos denuncien. (Braithwaite, 2006, pág. 884).

La idea básica de la pirámide, como lo afirman sus creadores y otros autores que han contribuido a los desarrollos de esta teoría, es la elaboración de estrategias regulatorias dentro de una pirámide de apoyo y de sanciones (como se ejemplifica en el Gráfico 4), donde cada una de las capas puede tener diferentes alcances que se traducen, por un lado, en la reducción de costos para hacer cumplir, ya que las exigencias y estrategias en la inspección, vigilancia y control se hacen más ligeras al estar delimitadas por los niveles de riesgo y, por el otro, en el mejor desempeño y logro de los objetivos regulatorios (Braithwaite, 2011, págs. 489-490).

[2] *Sin embargo, cabe anotar que parte de las limitaciones de esta teoría, y de las críticas a las que ha sido expuesta, tienen que ver con el marco jurídico e institucional de un país o del sector regulado, ya que pueden constreñir la adopción de acciones de persuasión pues, frente al incumplimiento de una norma, están prescritas las sanciones y este tipo de medidas más flexibles podrían ser consideradas ilegales o inconstitucionales. También puede darse la situación en que los riesgos más críticos se hayan materializado, o sean de tal magnitud que impidan la aplicación escalonada de las medidas y sea necesario intervenir con las sanciones de control situadas en el vértice de la pirámide.*

[3] *Qui tam es una abreviatura de la frase en latín Qui tam pro domino rege quam pro se ipso in haec parte sequitur cuya traducción es: quien presenta la acción al rey, también la presenta para su propia causa, o, de la misma manera: quien tanto por el rey como por sí mismo entabla juicios en esta materia.*

Gráfico 4. Regulación responsiva en el sector de medicamentos, pirámide de apoyos y de sanciones



Fuente: Pirámide de apoyos y sanciones desarrollada por Braithwaite,Dukes & Maloney sobre la regulación de medicamentos

En este enfoque, la regulación por lo general se desarrolla como respuesta a riesgos que han sido detectados, por lo que el diseño de soluciones en la regulación responsiva incorpora en su ciclo: la evaluación de los riesgos (identificar y estimar los peligros potenciales, su probabilidad de ocurrencia y las consecuencias negativas); la gestión de los riesgos (soluciones, mecanismos de tratamiento y procedimientos de actuación frente a los riesgos); y la comunicación (educar e informar sobre los riesgos y medidas adoptadas) para ganar aceptación (OCDE- Comité de Política Regulatoria, 2016, pág. 30).

4.5 Diseño de sistemas de información para la toma de decisiones

Los sistemas de información se desarrollan para distintos fines, dependiendo de las necesidades de los usuarios. Los sistemas de procesamiento de transacciones (TPS) funcionan en el nivel operacional de la organización; los sistemas de automatización de oficinas (OAS) y los sistemas de trabajo de conocimiento (KWS) brindan soporte para el trabajo a nivel del conocimiento.

Entre los sistemas de nivel superior se encuentran los de información administrativa (MIS) y los sistemas de soporte de decisiones (DSS)[4]. Los sistemas expertos aplican la experiencia de los encargados de tomar decisiones para resolver problemas específicos y estructurados. En el nivel estratégico de la administración se encuentran los sistemas de soporte para ejecutivos (ESS), los sistemas de soporte de decisiones en grupo (GDSS) y los sistemas de trabajo colaborativo asistido por computadora (CSCWS)[5], que ayudan en el proceso de toma de decisiones a nivel de grupo.

Cada uno de estos sistemas se encuentra en una jerarquía (Gráfico 5), por lo que el diseño de un sistema de información, según su finalidad, puede involucrar o alimentarse de uno o varios de ellos.

Gráfico 5. Tipos de sistemas de información

Fuente: Kenneth E. Kendall (2012). Análisis y diseño de sistemas. Octava edición. Pag 3.

[4] *Todas las siglas están expresadas en su correspondencia en inglés.*

[5] *Todas las siglas están expresadas en su correspondencia en inglés.*

Para el desarrollo del sistema de monitoreo de intervenciones regulatorias y de IVC en el SGSSS, se plantea el diseño de un sistema de información administrativo que, a su vez, sirva como columna para el diseño de un sistema de soporte a las decisiones. Ambos tipos se describen a continuación.

Todos los sistemas de información administrativa (MIS) tienen como insumo principal los sistemas de procesamiento de transacciones (TPS) e incluyen el procesamiento de transacciones. Estos sistemas buscan que, tanto personas como software y hardware, funcionen en armonía y permitan a los usuarios realizar un espectro más amplio de tareas organizacionales. Para acceder a la información, los usuarios del sistema de información administrativa comparten una base de datos común que permite al usuario interactuar, interpretar y aplicar los datos y modelos que almacena. Los sistemas de información administrativa producen información que se utiliza en el proceso de toma de decisiones.

En este sentido, con la creación del Sistema de Información de la Protección Social, SISPRO (Congreso de la República, 2007), en Colombia se ha propuesto usar fuentes de información que, por norma legal, deben ser notificadas y captadas desde varios niveles, sin pretender reemplazar o crear sistemas paralelos, sino dirigiendo todos los esfuerzos a fortalecer los sistemas de información existentes. Así, el SISPRO constituye la fuente natural de datos de los Registros, Observatorios, Sistemas de Seguimiento y Salas Situacionales (ROSS) normados, priorizados e implementados en Colombia.

Los sistemas de soporte de decisiones (DSS) son similares al sistema de información administrativa tradicional, debido a que ambos dependen de una base de datos como fuente. La diferencia está en que el sistema de soporte de decisiones está más enfocado a brindar respaldo a la toma de decisiones en todas sus fases, aunque la decisión misma aún corresponde de manera exclusiva al usuario.

Una vez finalizado el desarrollo del sistema de monitoreo, se espera que se convierta en una herramienta de apoyo para los entes territoriales y responsables de la supervisión basada en riesgos, que les permita una oportuna y acertada toma de decisiones en temas críticos del sistema de inspección, vigilancia y control (IVC).

5 METODOLOGÍA

5.1 Las fases de desarrollo

El desarrollo del sistema se abordó en cinco componentes. El primero, comprendió un análisis del entorno de la IVC en el SGSSS a partir de la información provista por los proyectos de la fase diagnóstica, en particular el de análisis desde los actores y de coherencia de la IVC, que se complementó con el análisis de los instrumentos de regulación vigentes en relación con los sistemas de información en salud y el reporte de datos de los diferentes actores, con corte a julio de 2016, que incluye el nuevo marco institucional y normativo derivado de la Ley Estatutaria en Salud (Ley 1751 de 2015).

El segundo componente, relacionado con el análisis interno para la IVC, partió de los insumos de la fase diagnóstica asociados al proyecto de coherencia en la implementación de la IVC, tomando, en particular, el estudio de los procesos y procedimientos desarrollados por la SNS para la IVC en función del acceso, uso y calidad con corte a 2014, así como el levantamiento de procesos de implementación de la IVC en los entes territoriales. De manera directa, desde el proyecto se llevó a cabo un análisis de los sistemas de información e indicadores en salud existentes, para establecer la disponibilidad de información existente que da cuenta de los riesgos a monitorear.

El tercer componente correspondió a la especificación de la solución, que partió de definir los requerimientos de información en función de un sistema de riesgos estructurados en ocho (8) núcleos temáticos para la IVC, la construcción de una batería de indicadores para su monitoreo y la definición de criterios y rangos para establecer el sistema de alertas. Con estos insumos se procedió al diseño y desarrollo del software.

El cuarto y quinto componentes que atañen a la verificación del sistema en su implantación piloto y los respectivos ajustes, fueron desarrollados de forma concomitante mediante la búsqueda de información primaria y secundaria, la realización de pruebas de escritorio, la validación de la programación del software y el ajuste final.

5.2 Los métodos utilizados

5.2.1 El método de análisis del riesgo

En concordancia con el Modelo de IVC propuesto por el Programa, para el diseño del sistema de información de monitoreo se hizo uso del método de análisis de riesgo y puntos críticos de control (HACCP), que comprende varias etapas, de las cuales fueron de particular interés: 1) el análisis del riesgo; 2) la identificación de puntos críticos de control (riesgos sistémicos donde el control resulta eficaz); 3) el establecimiento de los criterios y límites de aceptabilidad o tolerancia para establecer las alertas. Estas etapas permitieron identificar los requerimientos de información en torno a los riesgos y parámetros para establecer las medidas estandarizadas a través de indicadores, así como los niveles de desviación para la generación de alarmas. Tal y como se describe en el capítulo del modelo de IVC propuesto, este sistema de información es una herramienta que contribuye al desarrollo del procedimiento de Inspección.

5.2.2 El método de análisis estructural (MICMAC) para la definición de puntos críticos de control

El método de análisis estructural desarrollado en 2013), permite hacer análisis sistémicos a partir de la identificación de relaciones de influencias o el marco de los estudios prospectivos (Serna, 2013), permite hacer análisis sistémicos a partir de la identificación de relaciones de influencias o dependencias de las variables claves del problema estudiado (para el caso que nos ocupa, las variables corresponden a los riesgos). Estas se organizan en una tabla de doble entrada para calificar el grado de dependencia/independencia entre ellas en una escala que varía entre 0 y 4, según de la magnitud de la correlación o causalidad o su probabilidad futura (Velásquez-Gavilanes, Gómez-Rojas, & Pineda-Díaz, 2013; Riffo-Olivares, 1997). Posterior a esto, se calculan los valores de activos (de influencia) y pasivos (de dependencia) para cada factor. El resultado de este cálculo determina el nivel de causalidad o de inercia para cada riesgo en el sistema y permite una priorización inicial (Matínez, 2008). Con este método se busca reducir la complejidad del sistema e identificar las variables prioritarias, lo que más adelante llamaremos Puntos Críticos de Control (PCC), que conforman un conjunto jerarquizado y manejable de riesgos.

Es importante precisar que no existe una única forma de interpretar los resultados o de seleccionar las variables estratégicas. Este es un proceso discrecional que no solo depende de las características del sistema bajo estudio, de la naturaleza de las variables de análisis y de lo que se persigue con el uso del método, sino que también implica al equipo técnico, expertos y principales actores del sistema.

A partir de los datos consignados en cada matriz,

se pueden hacer representaciones gráficas para evidenciar de manera visual la influencia de cada riesgo en el Sistema, a partir del análisis de cuatro cuadrantes (Matínez, 2008). Para su interpretación, el cuadrante superior izquierdo contiene los factores que determinan en gran medida el funcionamiento y evolución del sistema analizado, por su alta motricidad (influencia) y escasa dependencia. Para el propósito que nos ocupa de la IVC en lógica preventiva, serán los que reciban la mayor atención para la intervención, ya que a partir de su modificación es posible lograr cambios significativos dentro de la totalidad del sistema.

En el centro (influencia y dependencia media) se sitúan los riesgos que serían los reguladores del sistema y que en condiciones óptimas reflejarían el funcionamiento normal del sistema, también de especial interés para el sistema de monitoreo. En el cuadrante inferior derecho se ubican aquellos riesgos de salida o de resultados del sistema, que son altamente dependientes y escasamente influyentes, por lo que pueden ser asociados con indicadores para el seguimiento de la evolución del sistema (impactos). Por su parte, aquellos riesgos ubicados en la zona superior derecha se conciben como retos del sistema, en la medida que son inestables y sensibles por su alto nivel de influencia y de dependencia. Finalmente, en el cuadrante inferior izquierdo se ubican los riesgos autónomos que poco o nada influyen o son influidos por los demás componentes del sistema. Esta representación aplicada se puede observar más adelante en el gráfico No. 8.

5.2.3 Diseño de indicadores

Los indicadores son expresiones que representan sintéticamente un fenómeno, un proceso o un resultado. Permiten medir cambios en una condición o situación a través del tiempo, evaluar y hacer seguimiento a un proceso de intervención y a sus resultados, proveen información periódica y señales oportunas del progreso, o no, en el logro de los resultados. En suma, ofrecen información relevante para orientar la toma de decisiones. Uno de los estándares más populares de la calidad de un indicador es que sea "inteligente" (acrónimo inglés SMART) y dé cuenta de los siguientes atributos:

- Específico (S): El indicador captura de forma clara y específica lo que se pretende medir.

- Medible (M): Supone que el indicador se pueda medir objetivamente (de forma cualitativa o cuantitativa) y que los datos insumo tienen un nivel de disponibilidad y de costos razonables para su construcción.

- Alcanzable (A): El indicador se formula teniendo en cuenta que aquello que se pretende medir sea realizable. Es decir, que responda a situaciones realistas.

- Relevante (R): El indicador debe ser el más pertinente para dar cuenta de lo que se quiere medir.

- Limitados por el Tiempo (T): El indicador debe expresar plazos, tiempos de inicio y término, cuándo se alcanzarán las metas.

Estos criterios se tuvieron en cuenta para la definición de la batería de indicadores que fundamenta el sistema de monitoreo diseñado.

La batería de indicadores y el sistema de riesgos fueron validados en diferentes momentos con funcionarios con responsabilidades en IVC y sobre la calidad de la información. En este marco se contó con la participación de la Secretaría Departamental de Salud de Cundinamarca, junto con 4 municipios a su cargo, y de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. También se llevó a cabo la retroalimentación bidireccional entre el Proyecto y el Modelo de IVC diseñado por el Programa, que comprendió una validación y priorización de los riesgos en los territorios donde se llevó a cabo el pilotaje del sistema.

Partiendo de los aportes de las Direcciones Territoriales de Salud, los indicadores fueron ajustados y organizados, según las características de los riesgos que monitorean, en ocho (8) conjuntos definidos como núcleos, conformándose así la base inicial de la batería de indicadores para el sistema de monitoreo, la cual fue sometida también a revisión por la Dirección de Epidemiología del Ministerio de Salud.

5.2.4 El diseño de la arquitectura de software

Para el diseño del software se adoptó una arquitectura de alto nivel, desde la perspectiva estratégica que requiere el diseño del sistema de información para la IVC basada en riesgos y de la infraestructura física, que refleja las decisiones sobre la plataforma tecnológica seleccionada, asegurando que la solución arquitectónica sea viable para la necesidad planteada en el proyecto.

La arquitectura del sistema está representada por medio de modelos de paquetes diseñados con Microsoft Visual Studio y siguiendo arquitecturas de referencia sugeridas por Microsoft. Estos modelos se utilizan para ilustrar los elementos arquitectónicos más significativos e identificar las áreas de riesgo que requieren mayor elaboración y detalle. La arquitectura está fundamentada en el modelo de referencia 4 + 1 que comprende las siguientes vistas:

• Vista funcional o de casos de uso: Se listan los elementos funcionales de la solución, también conocidos como casos de uso. Representa el qué hace el sistema.

• Vista diseño o vista lógica: Mediante la utilización de Gráficos muestra los componentes lógicos y su interacción con cada uno de estos con los demás componentes de la solución.

• Vista de procesos: Muestra los procesos que hay en el sistema y la forma en la que se comunican entre sí.

• Vista de despliegue: Suministra la forma como los componentes de la solución van a ser desplegados sobre los diferentes ambientes físicos o niveles.

• Vista de implementación: Presenta el sistema en términos de subsistemas, paquetes, capas y elementos que son altamente significativos en la arquitectura de la solución.

Otro aspecto importante a resaltar es la selección del estilo de arquitectura por Capas (Layered Architecture) propuesto por Microsoft en "Application Architecture Guide", que se ajustó a conveniencia del proyecto. En la Tabla 1 se especifican las capas y sus características.

Tabla 1. Capas de la arquitectura del software

CAPA	DESCRIPCIÓN
Capa de aplicación	Capa transversal que puede ser accedida desde cualquier otra capa del sistema. En ella se encuentran: • Todas las librerías externas y las representaciones de los objetos de base de datos, sus extensiones y adicionales para que sean serializados y atraviesen las diferentes capas del sistema. • Las funciones generales o utilitarias, que permiten realizar conversiones y operaciones que se presenten a nivel general y que simplifiquen su uso en un lugar centralizado. • Los manejos excepcionales y los aspectos para el manejo de la seguridad, aprovechando los beneficios de la AOP (Programación Orientada a Aspectos).
Capa de presentación	Capa de visualización web que se desarrolla usando HTML5, CSS3 y Javascript con las librerías JQuery y Bootstrap, lo que permite la visualización en diferentes dispositivos.
Capa de servicios	Capa en la que se expone la lógica de negocio y el acceso a datos a través de un acceso seguro y servicios REST para su fácil comunicación con el dispositivo. Se implementa usando los estándares MVC.
Capa de repositorio	Capa intermediaria entre la capa de lógica de servicios y la capa de acceso a datos, la cual implementa métodos comunes a todas las entidades de negocio como lo es el CRUD y consultas genéricas sobre las entidades de negocio, evitando la duplicidad de métodos que se generen para cada entidad y, como beneficio, se obtiene una disminución en líneas de código e independencia del sistema con respecto a la Base de Datos.
Capa de pruebas	Capa transversal donde se proyectan todas las pruebas unitarias, utilizando el desarrollo orientado a pruebas TDD. Las pruebas adicionales que requieran automatización, así como los componentes para realizar pruebas de estrés, deben ejecutarse sobre las capas de presentación y servicios.

Como ayuda en la especificación, visualización y documentación de los distintos modelos que componen la solución y los documentos de software que se generan, se empleó el Lenguaje de Modelado Unificado (UML) y para el desarrollo se utilizó el paradigma de Programación Orientada a Aspectos (AOP), cuya intención es permitir una adecuada modularización de las aplicaciones, a la vez que encapsula de forma efectiva los diferentes conceptos que componen una aplicación en entidades bien definidas y elimina las dependencias entre cada una de ellas.

Por otra parte, para garantizar un mayor grado de calidad en el código escrito se utilizó la herramienta StyleCop, que permite tener un código limpio, fácil de mantener y administrar, asegurando la documentación en todas las clases y métodos. Para la administración del código fuente se utilizó la herramienta Subversion.

Por último, existen reportes significativamente importantes que se generan con base en datos cargados en memoria y no en el repositorio central (Base de Datos) de la aplicación. Para la generación de reportes se utiliza la librería Sharp, para generar los formatos específicos, donde su lógica de construcción se encuentra en la aplicación. Esta librería no requiere de integración de componentes externos; optimiza recursos de los servidores al no tener que abrir ningún editor de fondo para la escritura de datos en el reporte; y en la generación de reportes presenta tiempos de respuesta óptimos.

6 RESULTADOS

El resultado principal de este proyecto consiste en un sistema de información para el seguimiento de las acciones regulatorias y de inspección, vigilancia y control en el ámbito del SGSSS, materializado en una batería de indicadores para el monitoreo a los riesgos como insumo para el modelo de IVC en el ámbito territorial, con sus puntos críticos de control y un software para su gestión denominado SIMIV. Este apartado se concentra en los resultados del diseño de los indicadores y sus alertas.

6.1 El sistema de riesgos que afectan el acceso, uso y calidad en la prestación de servicios a ser monitoreados

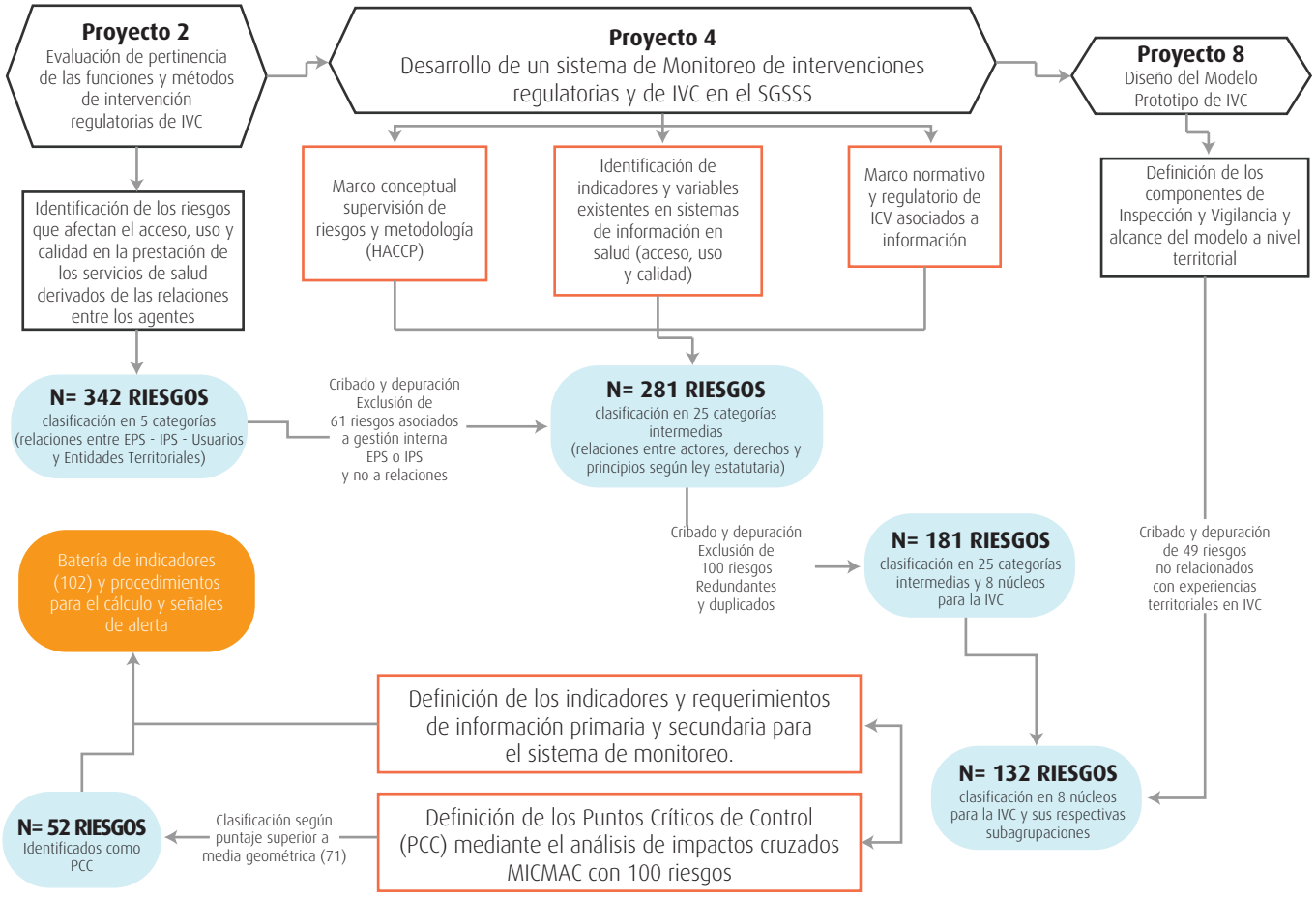
- **Selección y clasificación de los riesgos**

La construcción del sistema de riesgos susceptibles de ser monitoreados desde el ámbito territorial, toma como punto de partida los riesgos identificados en la etapa de diagnóstico del Programa descrita en el proyecto "Evaluación de Pertinencia y Coherencia de las Funciones y Métodos de intervención regulatorias de Inspección, Vigilancia y Control" (Peñaloza, y otros, 2015).

En un proceso progresivo, los riesgos fueron depurados a través de diferentes técnicas y atendiendo a diversos criterios como: su especificidad aplicable al acceso, uso y calidad; las competencias de los entes territoriales para realizar IVC; el enfoque preventivo para la generación de alertas; la redundancia y duplicidad; y la relación causal y de interdependencia. Dicho proceso metodológico se detalla en el Gráfico 6.

Durante este ciclo, la selección de riesgos fue retroalimentada con diversos insumos: los referentes conceptuales de supervisión de riesgos; la metodología de análisis de riesgos y puntos críticos de control (HACCP); la revisión de los sistemas de información en salud en Colombia para la identificación de variables e indicadores asociados a los riesgos; la revisión continua del marco normativo y regulatorio asociado a la IVC y a la generación, producción y reporte de datos e indicadores, buscando mantener la coherencia con políticas y regulaciones vigentes para el SGSSS.

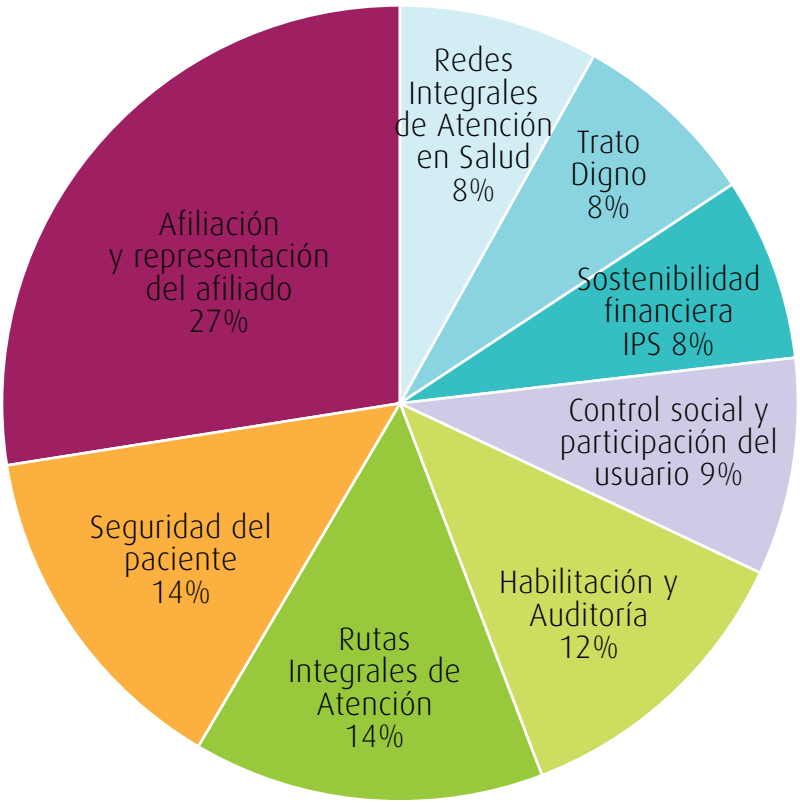
Gráfico 6. Proceso de abordaje para la especificación de la solución en la fase de requerimientos de información y priorización



Fuente: Elaboración propia

Se identificaron 131 riesgos a ser monitoreados desde el ámbito territorial, a los cuales se les definieron sendos indicadores (directos e indirectos para un total de 102) a ser recabados de fuentes primarias y secundarias. Como se muestra en el Gráfico 7, destaca, en primer lugar, el núcleo de afiliación y representación del afiliado (36 riesgos); en segundo lugar, aquellos asociados a la seguridad del paciente y rutas integrales de atención (19 y 18 riesgos respectivamente); seguido muy de cerca, en tercer lugar, por el núcleo de habilitación y auditoria (16 riesgos). El núcleo de control social y participación al usuario ocupa el cuarto lugar (12 riesgos) y, en el quinto lugar, con igual participación se encuentran los restantes núcleos, cada uno con 10 riesgos.

Gráfico 7. Conformación del sistema de monitoreo según núcleos de riesgo



Fuente: Elaboración propia

- **Priorización de riesgos como Puntos Críticos de Control**

A fin de identificar los riesgos críticos para el monitoreo, se realizó un análisis estructural con el uso del software MICMAC, donde se construyó una matriz de 100 por 100 con los riesgos para la IVC territorial[7]. Se calificó la influencia de cada riesgo individual sobre los otros 99, de acuerdo con la siguiente escala: 0=No influencia, 1=influencia Débil, 2=influencia Media, 3=influencia Fuerte y 4=influencia Probable. La calificación final se estimó al promediar los puntajes dados por cuatro miembros del equipo investigador a cada relación. Los mapas de impacto directo/indirecto se calcularon a partir de los parámetros predefinidos por el software MICMAC con varias pruebas, lográndose su estabilidad tras dos iteraciones.

[7] *Por las limitaciones del software no se podían incluir los 131 riesgos. Aquellos excluidos, en su mayoría asociados a resultados en salud comprendidos en las rutas de atención, fueron considerados como las salidas del sistema (resultados de la eficacia de la IVC) y por tanto connaturalmente críticos por su importancia para el monitoreo del sistema. Tampoco se incluyeron riesgos del núcleo de participación y control social, por la particularidad que este representa para la IVC. Otro grupo de los no incluidos correspondía al núcleo de afiliación y representación del afiliado, asociados en gran medida con los procesos de afiliación y autorizaciones, riesgos que en la validación se consideraban consecuencia de otros trazadores.*

Así, teniendo en cuenta la distribución de los puntajes de influencia directa para cada riesgo, se calculó la media geométrica del conjunto de datos lo que permitió identificar 51 riesgos como puntos críticos de control (PCC), que conformarían la base mínima y prioritaria de los indicadores a monitorear para una adecuada supervisión basada en riesgos. La matriz de influencia y dependencia de cada uno de los riesgos PCC se puede observar en el plano de desplazamiento presentado en el Gráfico 8.

Se identificaron 20 riesgos determinantes que, desde la perspectiva de la supervisión basada en riesgos, cobran mayor relevancia por su capacidad de influir sobre los demás riesgos que componen el sistema. El más influyente es el incumplimiento de estándares de habilitación (NoEstHabili), que concierne al núcleo de auditoría y habilitación que implica a todos los actores. Muy cercanos se encuentran las Inconsistencias en los reportes de las novedades (MalRepNove) en la afiliación y demora en la actualización de las bases de datos de los usuarios (DemActBDUA), ambos pertenecientes al núcleo de afiliación y representación del afiliado. De hecho, este núcleo es el que más riesgos exhibe en esta área (7), todos relacionados con el proceso de afiliación al SGSSS generados por las EPS o como consecuencia de las medidas especiales aplicadas a éstas por los organismos de control y que afectan el proceso de afiliación.

El núcleo de sostenibilidad financiera de las IPS con cuatro riesgos (dificultades en el flujo de recursos, insuficiencia de reservas técnicas, no solvencia, la mora en el pago a IPS), así como el núcleo de habilitación y auditoría, con igual participación ocupan el segundo lugar (Incumplimiento estándares de habilitación, fallas en la auditoría interna, fallas en la auditoría por parte de los entes territoriales, mala infraestructura para la atención).

En el área céntrica del plano, con mediana influencia y dependencia se ubican los 20 factores reguladores del sistema, es decir, aquellos riesgos que, al ser controlados, permitirían al sistema funcionar normalmente. Cuatro son los de mayor influencia y corresponden al núcleo de redes integrales de servicios de salud (que aluden a la inoperancia de la red, a la atención fragmentada, problemas de referencia y contrarreferencia), así como al núcleo de afiliación y representación del afiliado con las demoras en la autorización de medicina especializada y las demoras de la autorización de exámenes de laboratorio o diagnósticos. Dentro de este subsistema, se encuentran las "palancas secundarias", es decir, aquellos riesgos que tienden a afectar a los reguladores centrales. Nuevamente, predomina el núcleo de afiliación y representación del afiliado con los riesgos asociados a la negación de autorizaciones para acceder a diferentes servicios y el acceso a medicamentos. Le sigue el núcleo de seguridad del paciente.

El tercer subsistema está compuesto por los factores de salida o resultados, que se traducen en los impactos en términos de satisfacción de necesidades y expectativas de la población, así como de mejoras en la situación de salud

producto de una adecuada supervisión basada en riesgos para garantizar el acceso, uso y calidad. Implica los núcleos de rutas integrales de atención (asociadas a AIEPI-IRA y EDA, atención materna), al trato digno (retrasos en la atención, sensación de abandono) y por supuesto al núcleo de afiliación y representación del afiliado (no respuesta a las necesidades de los usuarios, no respuesta a las expectativas, insatisfacción con el tiempo).

Los 51 riesgos que representan los puntos críticos de control para el monitoreo tienen relación con las diferentes dimensiones del derecho establecidas en la Ley Estatutaria, de allí que el sistema de indicadores para el monitoreo, que se detalla más adelante, puede configurarse como herramienta para dar cuenta de los avances en este logro. Como puede observarse en el Gráfico 9, los puntos críticos de control también se concentran en el núcleo de afiliación y representación del afiliado (29%) y dan cuenta de la afectación del derecho de acceso a los servicios de salud.

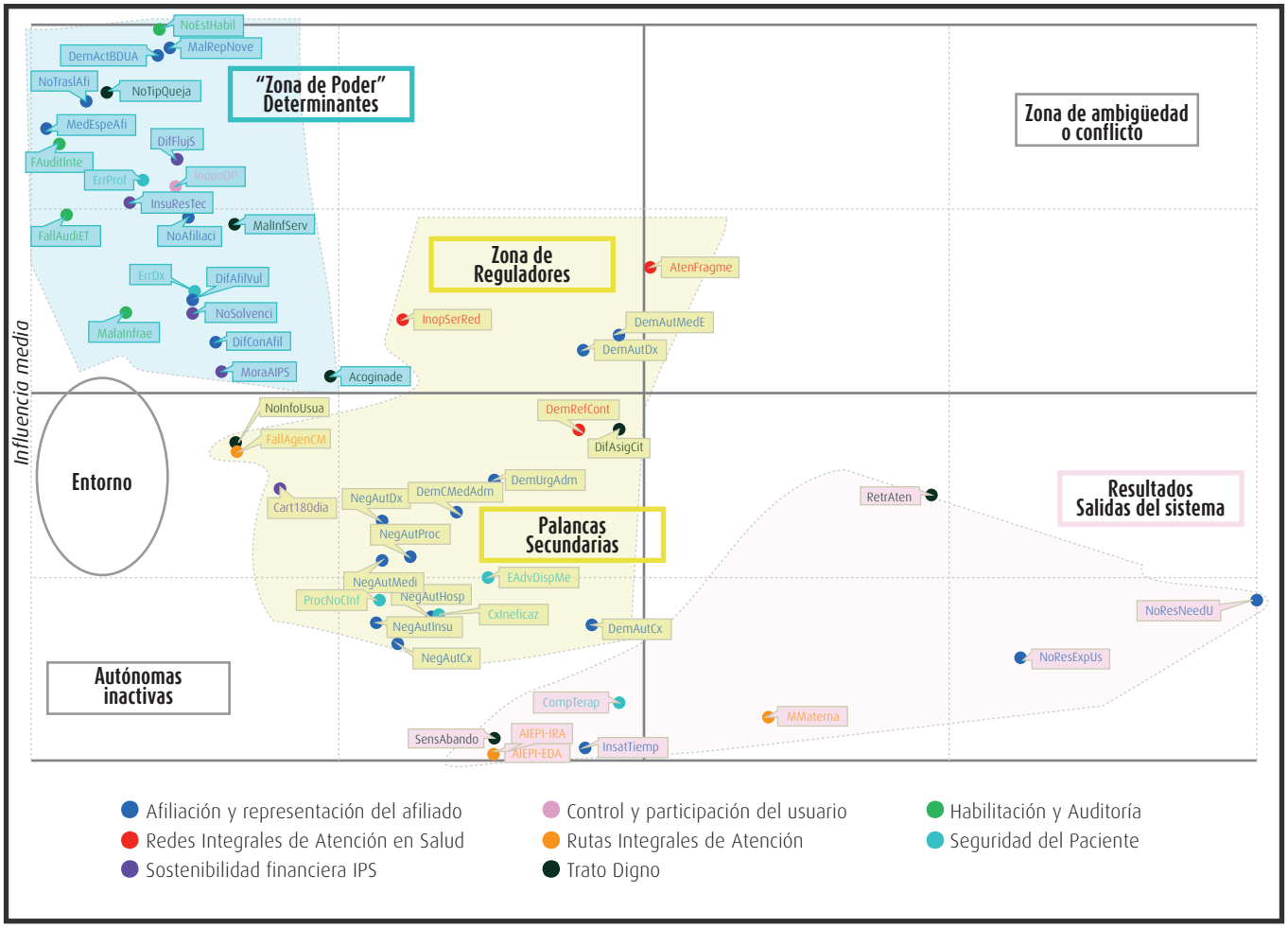
En segundo lugar, se aprecian los riesgos relativos a la seguridad del paciente (16%), que expresan las relaciones entre las IPS y los usuarios están particularmente asociados con factores que afectan la calidad de la atención clínica.

En tercer lugar, se encuentra el núcleo de Habilitación y Auditoría de IPS (12%), que expresa las fallas en las relaciones entre las direcciones territoriales de salud y/o secretarías de salud con las IPS; y aquellas de las EPS con las IPS mediadas por las relaciones contractuales y su propia función de supervisión de los servicios contratados, seguido muy de cerca por la sostenibilidad financiera de las IPS.

El núcleo de las rutas integrales de atención en salud, ocupa el cuarto lugar en relación con los puntos críticos de control que, como se enunció antes, está mediado por la afiliación y representación del afiliado.

Sigue en su orden, la sostenibilidad financiera de las IPS (9%), que expresa las fallas en las relaciones entre las direcciones territoriales de salud y/o secretarías de salud con las IPS; y aquellas de las EPS con las IPS mediadas por las relaciones contractuales. Esta configuración de puntos críticos releva falencias en la regulación de la oferta y los contratos que median las relaciones entre aseguradores, prestadores y pagadores en el Sistema, que inciden en la disponibilidad y en el acceso a los servicios de salud.

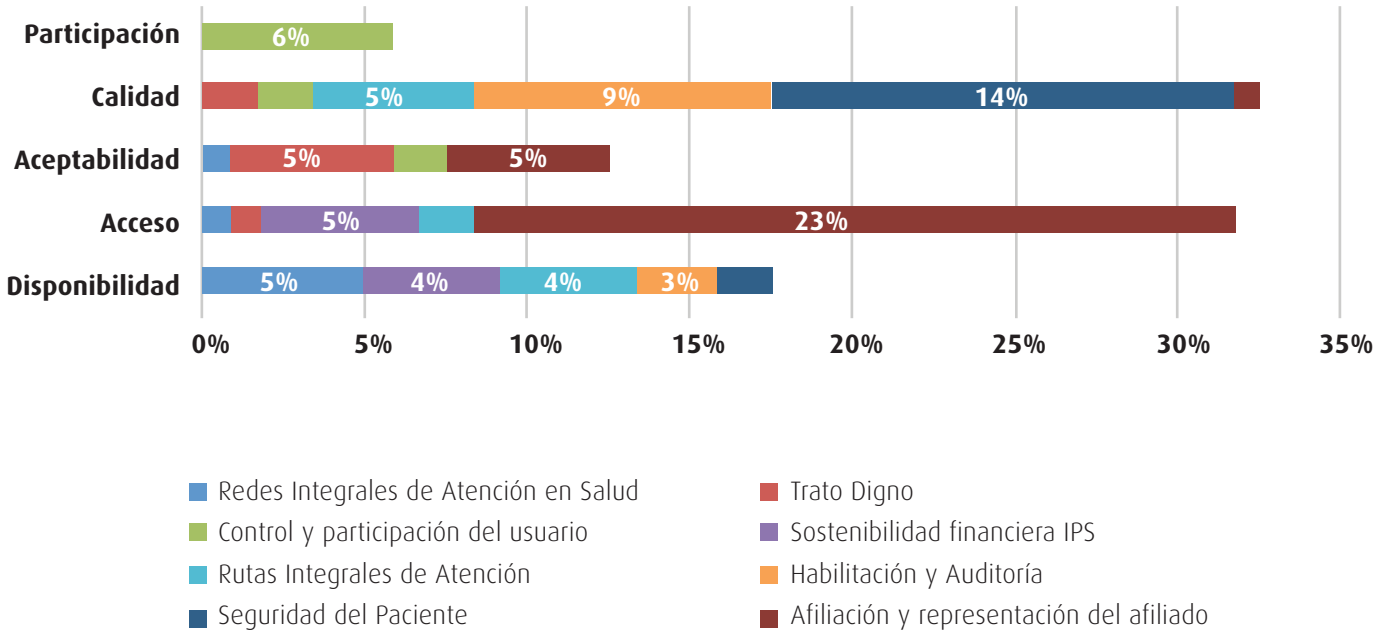
Gráfico 8. Puntos críticos de control para el sistema de monitoreo de la IVC basada en riesgos



Fuente: Elaboración propia

El núcleo de riesgos de trato digno (8%) incide esencialmente en el derecho de la aceptabilidad que se va configurando en un agregado de riesgos que van desde la afiliación y representación del afiliado, pasando por la seguridad del paciente, la habilitación y auditoría y las posibilidades de participación y control social.

Gráfico 9. Relación de los componentes del derecho a la salud y los riesgos del sistema de monitoreo



Fuente: Elaboración propia

Dado este escenario, para el conjunto de riesgos y puntos críticos de control, se plantea la especificación de un conjunto de indicadores que permitan hacer seguimiento al comportamiento de los mismos en el marco de la supervisión basada en riesgos que, como lo plantea el modelo de IVC propuesto por el Programa, contribuya a la garantía de las dimensiones del derecho establecidas en la Ley Estatutaria en Salud.

6.2 El sistema de indicadores para el monitoreo de riesgos

6.2.1 Diseño de la batería de indicadores

· Identificación de información e indicadores disponiblesAl seguir la perspectiva de gestión de

riesgos, uno de los factores clave es el monitoreo de los riesgos a partir de indicadores que permitan la generación de sistemas de alerta. En ese sentido, se realizó la búsqueda y revisión de fuentes secundarias de los datos en los diferentes sistemas de información en salud existentes en el país,[8] en las normas y regulaciones vigentes para el reporte y registro de información por parte de los diferentes actores del Sistema. Para este fin, se diseñó un aplicativo de sistematización para el que se tomaron como ejes de referencia los riesgos priorizados para la IVC territorial.

Dos preguntas guiaron el desarrollo de esta fase: ¿el indicador proporciona información vital para la IVC del riesgo al que está siendo vinculado?; y ¿el indicador es viable, pertinente, efectivo y funcional? A partir de estas preguntas fue posible filtrar la mayor parte de los indicadores identificados inicialmente en las fuentes secundarias[9] y, definir nuevos indicadores para dar cuenta de los riesgos y las fuentes primarias o secundarias de los datos para su producción.

· Depuración de indicadores para la priorización de necesidades en términos de información

Teniendo en cuenta que previamente se había llevado a cabo un ejercicio de clasificación de riesgos según categorías operativas en lo territorial, así como la asociación de los indicadores a dichos riesgos, se tomó un conjunto de riesgos trazadores para cierto tipo de comportamientos con efectos similares en el acceso, uso y calidad de los servicios de salud. Por ejemplo, para los riesgos asociados a las autorizaciones de medicina especializada por cada tipo de servicio, se identificaron unos servicios trazadores, tomando como referencia la tabla de calificación individual de riesgo construida en el proyecto de pertinencia (Peñaloza, y otros, 2015).

Se diseña una batería de indicadores para el monitoreo de los riesgos en la lógica preventiva de la IVC que, como se indicó previamente, fue sometida a varios momentos de validación y ajuste.[10,11], En total, la batería comprende 102 indicadores, 69 de ellos con información que se recaba en los sistemas de información en salud con que cuenta el país por lo que se asumen como de fuente secundaria y 33 de ellos serían de fuente primaria de información que se produce directamente por los actores del Sistema a nivel de los territorios.

---

[8] *SISPRO – Sistema de Información para la Protección Social; SIVIGILA – Sistema de Vigilancia de Salud Pública; RIPS – Registro Individual de Prestaciones en Salud; SOGC – Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad; REPS – Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud; SIHO – Sistema de Gestión de Hospitales Públicos; RUAF – Registro Único de Afiliados.*

[9] *En el total de los sistemas de información en salud y la normativa vigente para diciembre de 2015 se identificaron, aproximadamente, 1800 indicadores que se producen para dar cuenta del SGSS. De éstos, se ubicaron 400 que tenían alguna relación con el total de riesgos identificados en la fase diagnóstica del Programa. Finalmente, se extrajeron sólo 69 indicadores que hoy se producen y recaban en los sistemas de información en salud asociados a sendos riesgos priorizados para el sistema de monitoreo. Para los restantes riesgos se definieron nuevos indicadores para recabar de fuentes primarias a nivel territorial o bien a ser construidos con datos de otras fuentes secundarias.*

[10] *Funcionarios con responsabilidades en la inspección, vigilancia y control para la producción de información para los sistemas de información en salud de 7 municipios de Cundinamarca y del Distrito Capital y de la División de Epidemiología y de Calidad del Ministerio de Salud.*

[11] *En este punto se presentó una situación coyuntural dentro del SGSSS, pues la Resolución 1446 del 8 de mayo de 2006, que constituía el Sistema de Información para la Calidad (SIC) en el marco propuesto por el Decreto 1011 de 2006, fue derogada y reemplazada con la batería de indicadores de la Resolución 256 del 5 de febrero de 2016. Por lo tanto, varios de los indicadores considerados inicialmente tuvieron que ser retirados o reemplazados por los contemplados en la nueva normatividad, en función de su equivalencia. Cuando la información relacionada con el riesgo no estaba disponible, se optó por levantarla a partir de las reuniones con las entidades encargadas de pilotear el Programa.*

Es importante precisar que, por la naturaleza sistémica de los riesgos a ser monitoreados, algunos indicadores que son directos para dar cuenta de un riesgo, pueden convertirse también en un proxi o medida indirecta para otro riesgo. Es por ello que, aunque el sistema de monitoreo alude a 131 riesgos, la batería contiene 102 indicadores.

Para los 51 puntos críticos de control se definieron 57 indicadores, de los cuales 15 son de fuente primaria y 42 de fuente secundaria.

En concordancia con el modelo propuesto por el Programa, las direcciones territoriales y departamentales de salud harían uso de los indicadores asociados a los núcleos de riesgo que hayan priorizado para su IVC, de acuerdo con las necesidades propias del territorio y los niveles de subsidiariedad con los niveles departamentales o nacionales, según corresponda

· Características de los indicadores y métodos de cálculo

Los indicadores en este proyecto fueron clasificados como directos o indirectos, en función de los criterios de especificidad y relevancia para dar cuenta del riesgo al cual estaban asociados.

Otra de las características consideradas para el análisis y toma de decisiones fueron los niveles de desagregación de los indicadores. Así, se tuvo en cuenta el nivel territorial (municipio, departamento, país), la entidad (EPS, IPS) y el núcleo de riesgo. Estos permiten tener cálculos individuales y diferentes niveles de agregación para la comparación de los hallazgos. También los riesgos y sus indicadores fueron asociados con los diferentes componentes del derecho a la salud que establece la Ley Estatutaria en Salud, como son: disponibilidad, acceso, aceptabilidad, calidad y participación (Ley 1751 de 2015), lo que permite monitorear la afectación de este derecho generado por los riesgos que componen el sistema de información objeto de desarrollo del proyecto.

Para el cálculo de los indicadores diseñados se adoptaron diferentes fórmulas que expresan proporciones o porcentajes, promedios y desviaciones respecto de la media, definidos como z-score[12].

[12] *El z-score es una medida estadística que indica las unidades de desviación estándar de un valor respecto al promedio y adopta valores negativos y positivos según esté por debajo o por encima de la media, siendo estos últimos los de interés para la inspección y vigilancia. Su cálculo implica estimar, inicialmente, la distribución (frecuencia) o puntuación para una determinada variable y asume la normalidad en la distribución para cada una de las variables analizadas. La fórmula de cálculo se expresa como:*
ZS=(xi - x)/s
siendo xi, el valor de la observación, x la media, S, la desviación estándar de la muestra. Una vez se estima el z-score, es necesario organizar su distribución en niveles o unidades que darán cuenta del nivel de riesgo en que se encuentra una institución en relación con el riesgo analizado.

6.2.2 Catálogo de indicadores incluidos en el sistema por núcleo de IVC

· **Afiliación y representación del afiliado**

Tabla 2. Indicadores del núcleo de afiliación y representación del afiliado

Nombre del indicador	Descripción de los riesgos asociados	Punto crítico de control
Proporción de quejas resueltas antes de 15 días	Aplicación de períodos mínimos de cotización a pacientes con patología de urgencias o exigencia por parte de la IPS de la autorización de la EPS para la atención del paciente urgente.	PerioCotiz
EPS con entrega de archivos de novedades al administrador fiduciario en la "Semana de Proceso BDUA"	Demora en la actualización de las bases de datos de los usuarios.	DemActBDUA
Promedio de tiempo en la autorización de servicios de salud - Apoyo terapéutico	Demoras de la autorización de consultas médicas especializadas.	DemAutMedE
Promedio de tiempo en la autorización de servicios de salud - Consultas médicas especializadas		
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina especializada IPS-EPS		
Tiempo promedio de espera para la toma de resonancia magnética nuclear IPS-EPS	Demoras de la autorización de exámenes de laboratorio o diagnósticos.	DemAutDx
Tiempo promedio para la autorización de imágenes diagnósticas (imágenes generales)		
Proporción de usuarios que ha pensado cambiarse de EPS	Dificultades en la continuidad de la afiliación ante retiro de EPS-S debido a trabas para autorizar la cesión de contratos.	DifConAfil
Proporción de quejas por negación del servicio según EPS de afiliación		
Porcentaje de afiliados activos pertenecientes a una EPS que cerró actividades		
Afiliación al régimen subsidiado como proporción de la pobreza municipal	Dificultades para ubicar población pobre no afiliada y desplazados (difícil localización de beneficiarios para su afiliación).	DifAfilVul
Porcentaje de quejas por demoras administrativas para la atención por IPS	Estadías prolongadas de usuarios en el servicio de citas médicas por dificultades administrativas.	DemCMedAdm
Equidad en el tiempo de espera para la atención del paciente clasificado como Triage 2 en el servicio de urgencias	Estancias prolongadas de usuarios en el servicio de urgencias por dificultades administrativas.	DemUrgAdm
Proporción de quejas por pago de copagos o cuotas moderadoras	Imposición de sanciones a los pacientes ante dificultades asociadas al pago de los copagos.	SancCopago
Proporción de afiliados afectados por inconsistencias en el reporte de novedades a BDUA	Inconsistencias en los reportes de las novedades.	MalRepNove

Nombre del indicador	Descripción de los riesgos asociados	Punto crítico de control
Proporción de quejas por restricciones para el traslado de EPS	Incumplimiento de la regulación relacionada con el traslado de afiliados.	NoTraslAfi
Proporción de quejas resueltas antes de 15 días	Insatisfacción por parte de usuario al desconocer tiempos de espera.	InsatTiemp
Proporción de usuarios que recomendaría su IPS a familiares y amigos		
Efecto de la intervención en la afiliación a una EPS	Medidas especiales por parte de organismos de control que afecten el proceso de afiliación.	MedEspeAfi
Proporción de usuarios que ha pensado cambiarse de EPS		
Proporción de quejas por negación de afiliación	Negación de la afiliación.	NoAfiliaci
Porcentaje de quejas por negación de la autorización de medicamentos para enfermedades raras o huérfanas	Negación de la autorización de medicamentos.	NegAutMedi
Proporción de fórmulas médicas entregadas de manera completa		NegAutMedi
Proporción de quejas por la negación en la autorización de servicios	Negación de la autorización de procedimientos POS.	NegAutProc
Proporción de quejas por la negación en la autorización de servicios	Negación de la autorización para exámenes diagnósticos o de laboratorio.	NegAutDx
Tasa de tutelas por no prestación de servicios	Demoras en la autorización de cirugía POS	
Proporción de usuarios que recomendaría su IPS a familiares y amigos	Falta de respuestas pertinentes a la expectativa del usuario.	
Proporción municipal de multiafiliación	Incurrir en multi-afiliación	
Porcentaje de quejas por negación de la autorización de atenciones domiciliarias	Negación de la autorización de atenciones domiciliarias.	
Proporción de quejas por la negación en la autorización de servicios	Negación de la autorización de cirugías POS.	
Proporción de fórmulas médicas entregadas de manera completa	Negación de la autorización de insumos No POS.	
Proporción de quejas por la negación en la autorización de servicios		
Porcentaje de quejas por negación de la autorización de medicamentos para enfermedades raras o huérfanas	Negación de la autorización de medicamentos No POS.	
Proporción de fórmulas médicas entregadas de manera completa		
Proporción de quejas por la negación en la autorización de servicios		
Peso de las tutelas por negación de citas por IPS	No asignación de citas por incumplimiento de requisitos.	
Calificación de la calidad de la información	No publicar en el sistema los trámites necesarios para acceder a los servicios que presta la institución.	

Nombre del indicador	Descripción de los riesgos asociados	Punto crítico de control
Cobertura de verificación para habilitación de servicios	Otras restricciones para alcanzar los niveles de cobertura que demanda el proceso de habilitación.	
Afiliados a una EPS por IPS en la red	Restricciones a la libre escogencia de la IPS - asignación forzosa.	
Proporción de usuarios que ha pensado cambiarse de EPS		
Proporción de usuarios que ha pensado cambiarse de EPS	Restricciones a la libre escogencia del médico especialista, por asignación forzosa.	
Razón prestadores a población afiliada por EPS		
Relación entre las tasas de afiliados en zona rural y urbana	Restricciones para el aseguramiento debido a problemas de localización física o geográfica (difícil localización de beneficiarios para su afiliación).	
Proporción de afiliados suspendidos por no pago	Suspensión de la afiliación por no pago de aportes.	

· Habilitación y auditoría IPS

Tabla 3. Indicadores del núcleo de habilitación y auditoría

Nombre del indicador	Descripción de los riesgos asociados	Punto crítico de control
Cobertura de verificación para habilitación de servicios	Baja calidad en los servicios prestados a la población elegible no afiliada ante fallas en la auditoría por parte de la entidad territorial.	FallAudiET
Proporción de quejas resueltas antes de 15 días	Condiciones inadecuadas de salas de neonatos y pediatría.	MalPediat
Proporción de IPS que cumple con el reporte de información del SIC	Fallas en el contenido, calidad y reporte de la información que conforma el Sistema de Información para la Calidad.	MalInfSOGC
Proporción de IPS que cumple con la implementación PAMEC por red y por DTS	Fallas en la aplicación de auditorías internas.	FAuditInte
Proporción de incumplimiento de auditorías internas programadas por la EPS		
Proporción de IPS que cumplen con la implementación PAMEC por red y por DTS	Fallas en la asesoría a las EPS e IPS al adelantar los procesos de auditoría tendientes a mejorar la calidad de la atención en salud.	MalEPS-IPS
Proporción de IPS que cumplen con la implementación PAMEC por red y por DTS	Falta de auditorías concurrentes (in situ).	FAuditInSi
Índice de ocupación del servicio	Falta de disponibilidad de camas o en deficientes condiciones.	NoCamasMal
Cumplimiento del plan de mantenimiento hospitalario (Públicos)	Funcionamiento defectuoso de dispositivos médicos.	MalFuncDM
Proporción de incumplimiento de estándares de habilitación establecidos	Incumplimiento de estándares de habilitación	NoEstHabil

Nombre del indicador	Descripción de los riesgos asociados	Punto crítico de control
Porcentaje de adquisición de tecnología biomédica	Incremento en los costos asociados a la incorporación de tecnologías en las coberturas autorizadas por el POS que no son asumidos por el Estado mediante una adecuada definición de la UPC.	UPC$
Cumplimiento del plan de mantenimiento hospitalario (Públicos)	Infraestructura deficiente de salas de cirugía, camillas, etc., o dotación inapropiada.	MalaInfrae
Cumplimiento del plan de mantenimiento hospitalario (Públicos)	Laboratorios en malas condiciones.	MalasCoLab
EPS con entrega de archivos de novedades al administrador fiduciario en la "Semana de Proceso BDUA"	Dificultades en el registro y control de calidad de la información recopilada a nivel municipal o departamental.	
Cumplimiento del plan de mantenimiento hospitalario (Públicos)	No cumplimiento con el plan de mantenimiento hospitalario correctivo y preventivo de la infraestructura.	
Cumplimiento del plan de mantenimiento hospitalario (Públicos)	No cumplimiento con el plan de mantenimiento hospitalario correctivo y preventivo de los equipos biomédicos.	
Proporción de IPS con sistemas de calidad implementados	No dar cumplimiento a las normas legales en cuanto a la implementación de los sistemas de calidad.	
Proporción de usuarios que recomendaría su IPS a familiares y amigos	Recurso humano no idóneo.	

· Sostenibilidad financiera IPS

Tabla 4. Indicadores del núcleo de sostenibilidad financiera de las IPS

Nombre del indicador	Descripción de los riesgos asociados	Punto crítico de control
Proporción de IPS con fallas en entrega a la Supersalud de reportes en Archivo 059	Deficiencias en la organización de cuentas por cobrar.	DefCuenCob
Cumplimiento de suficiencia patrimonial y financiera por IPS en la red de una DTS	Dificultades en el flujo de recursos.	DifFluj$
Proporción de glosas por causa, por IPS y tipo de deudor	Incremento de la cartera mayor a 180 días.	Cart180dia
Glosas de cotizantes y beneficiarios		
Glosas de FOSYGA a EPS		
Cumplimiento con el margen de solvencia	Incumplimiento de margen de solvencia (iliquidez) para cumplir obligaciones con terceros (proveedores de bienes, IPS o usuarios).	NoSolvenci
Proporción de glosas por causa, por IPS y tipo de deudor	Incurrir en sobrecostos financieros asociados a demoras en el pago a las IPS.	MoraAIPS

Nombre del indicador	Descripción de los riesgos asociados	Punto crítico de control
Cumplimiento de suficiencia patrimonial y financiera por IPS en la red de una DTS	Insuficiencia de reservas técnicas.	InsuResTec
Cumplimiento con el margen de solvencia		
Edad y morosidad de las cuentas por cobrar al FOSYGA		
Proporción de glosas por causa, por IPS y tipo de deudor	Asignar un servicio prestado como pagador a una EPS que no corresponde.	
Calificación de la calidad de la información	Falta de evaluación de la información brindada al usuario por parte del personal de facturación.	
Proporción de glosas por causa, por IPS y tipo de deudor	No depuración de cartera.	
Porcentaje de glosa por tipo de deudor		
Glosas de cotizantes y beneficiarios		
Glosas de FOSYGA a EPS		
Vencimiento de cuentas por cobrar por edades	No obtener respuesta oportuna por parte de los pagadores.	
Cumplimiento con el margen de solvencia	Restricciones al flujo de recursos.	
Incremento (anual) de la cartera mayor a 180 días		

· Seguridad del paciente

Tabla 5. Indicadores del núcleo de Seguridad del Paciente

Nombre del indicador	Descripción de los riesgos asociados	Punto crítico de control
Proporción de quejas resueltas antes de 15 días	Complicación del procedimiento efectuado sin información, ni consentimiento informado previo.	ProcNoCInf
Tasa de complicaciones quirúrgicas	Complicaciones terapéuticas derivadas de las intervenciones.	CompTerap
Porcentaje de suspensión de tecnología biomédica por incumplimiento de estándares	Efectos adversos asociados al uso de dispositivos médicos.	EAdvDispMe
Proporción de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en hospitalización	Error del profesional al no seguir las indicaciones y/o solicitud de la referencia emitida.	ErrProf
Proporción de usuarios que recomendaría su EPS a familiares y amigos	Fallas diagnósticas.	ErrDx
Proporción de usuarios que recomendaría su EPS a familiares y amigos	Intervención quirúrgica ineficaz o incompleta.	CxIneficaz
Tasa de caída de pacientes en el servicio de hospitalización	Caídas o accidentes durante el período de hospitalización.	
Tasa de reingreso de pacientes hospitalizados en menos de 15 días	Cirugía en paciente, región, lado del cuerpo u órgano equivocado.	

Nombre del indicador	Descripción de los riesgos asociados	Punto crítico de control
Proporción de cirugías lado/órgano equivocado		
Proporción de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en hospitalización	Complicaciones por administración de medicamentos a los pacientes.	
Tasa de complicaciones quirúrgicas	Complicaciones quirúrgicas inmediatas (intraoperatorio, postoperatorio inmediato, mediato).	
Proporción de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en hospitalización	Complicaciones terapéuticas medicamentosas.	
Proporción de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en hospitalización	Entrega de medicamentos o instrucciones diferentes a lo ordenado.	
Relación pacientes con una prueba positiva para enfermedad de interés y los pacientes libres de la enfermedad con prueba negativa	Equivocación de resultados de laboratorio.	
Elaboración Fichas Técnicas de los Indicadores de Seguimiento a Riesgos por servicios	Error al firmar y no revisar los resultados de exámenes o pruebas diagnósticas realizados por otro profesional.	
Proporción de quejas resueltas antes de 15 días	Errores en el diligenciamiento y reporte del certificado de nacido vivo.	
Proporción de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en hospitalización	Incremento en las complicaciones por falta de medicamentos.	
Proporción de fórmulas médicas entregadas de manera completa		
Proporción de endometritis por tipo de parto y de afiliación	Infección intrahospitalaria.	
Proporción de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en hospitalización	Medicamentos o insumos vencidos.	
Proporción de eventos adversos por uso inadecuado de tecnologías o equipos biomédicos	Uso inadecuado de la tecnología médica.	

· Trato digno

Tabla 6. Indicadores del núcleo de trato digno

Nombre del indicador	Descripción de los riesgos asociados	Punto crítico de control
Proporción de usuarios que recomendaría su EPS a familiares y amigos	Acogida inadecuada por parte del personal.	AcogInade
Proporción de Satisfacción Global de los usuarios en la IPS		

Proporción de quejas resueltas antes de 15 días	Carecer de un mecanismo o sistema de tipificación de quejas, reclamos o sugerencias con las respectivas acciones de mejora.	NoTipQueja
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina general IPS-EPS	Dificultades del usuario para la comunicación con las líneas de atención para la asignación de citas.	DifAsigCit
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de odontología general		
Porcentaje de las quejas por problemas de ética médica	Fallas en la ética médica.	FEticaMed
Calificación de la calidad de la información	Falta de explicación por el retraso en la atención.	RetrAten
Proporción de IPS que cumple con el reporte de información del SIC	Mala o deficiente información sobre la prestación de los servicios.	MaInfServ
Proporción de usuarios que recomendaría su IPS a familiares y amigos		
Proporción de usuarios que recomendaría su EPS a familiares y amigos	Condición desfavorable en la espera después del examen, por falta de comodidad, frío, falta de compañía o cuidado, falta de información, sensación de abandono.	SensAbando
Proporción de quejas resueltas antes de 15 días		
Proporción de satisfacción global de los usuarios en la IPS		
Proporción de usuarios que recomendaría su EPS a familiares y amigos	Falta de información y orientación al usuario (derechos).	
IPS con mecanismos para considerar diversidad cultural implementados		
Proporción de usuarios que recomendaría su IPS a familiares y amigos	Trato percibido como poco humano durante las aplicaciones de exámenes o pruebas diagnósticas.	
Calificación de la calidad de la información	Falta de evaluación de la información brindada al usuario por parte del personal de facturación.	

· Redes Integrales de Atención en Salud

Tabla 7. Indicadores del núcleo de redes integrales de atención en salud

Nombre del indicador	Descripción de los riesgos asociados	Punto crítico de control
Porcentaje de quejas por negación de la autorización de servicios de urgencias	Congestión en servicios de urgencias de la IPS como expresión de la falta de respuesta oportuna a las barreras geográficas.	CongUrgGeo
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina general IPS-EPS	Inoportunidad en la prestación de servicios No-POS para población en régimen subsidiado ante fallas en la red de prestadores.	InopSerRed
Tiempo de referencia efectiva en la red	Demoras en los procesos de referencia/ contra-referencia.	InopSerRed

Nombre del indicador	Descripción de los riesgos asociados	Punto crítico de control
Tipo de relación entre contratante e IPS	Integración vertical y abuso de posición dominante.	IntegVert
Tiempo de referencia efectiva en la red	Demoras en los procesos de referencia/contra-referencia.	
Razón prestadores a población afiliada por EPS	Limitaciones de los servicios para actuar de forma sincronizada y articulada (atención fragmentada).	
Proporción de IPS con protocolos definidos y en funcionamiento sobre manejo de información de usuarios	Pérdida de Historia Clínica.	
Razón prestadores a población afiliada por EPS	Presencia de una red de IPS con vacíos en términos de niveles de complejidad.	
Razón prestadores a población afiliada por EPS	Restricciones en la disponibilidad de servicios que impide a la EPS ofrecer al afiliado varias opciones de red que cumplan criterios de calidad al menor costo posible.	

· Rutas integrales de atención

Tabla 8. Indicadores del núcleo de rutas integrales de atención

Nombre del indicador	Descripción de los riesgos asociados	Punto crítico de control
Letalidad en menores de 5 años por Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) IPS-EPS	Atención integral de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI): Infección respiratoria Aguda en niños menores de 5 años.	AIEPI-EDA
Proporción de reingreso hospitalario por Infección Respiratoria Aguda (IRA) en menores de 5 años	Atención Integral de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI): Enfermedad Diarreica Aguda en niños menores de 5 años.	AIEPI-IRA
Mortalidad por IRA		
Proporción de menores de 5 años hospitalizados por IRA		
Prevalencia de VIH/SIDA en personas de 15 a 49 años	Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS).	ETS
Tasa de morbilidad atendida por enfermedades digestivas por rango de edad y EPS	Enfermedades digestivas.	EnfDigesti
Promedio de tiempo para la asignación de citas de Pediatría IPS/EPS	Fallas en el agendamiento de las citas médicas.	FallAgenCM
Promedio de tiempo para la asignación de citas de Medicina interna IPS/EPS		
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Ginecología EPS		
Razón de Mortalidad Materna a 42 días	Muerte materna.	Mmaterna
Proporción de niños con diagnóstico de Hipotiroidismo Congénito que reciben tratamiento	Hipo - Hipertiroidismo.	

Nombre del indicador	Descripción de los riesgos asociados	Punto crítico de control
Proporción de IPS con protocolos de atención implementados	No aplicación de normas, guías o protocolos de atención.	
Proporción de EPS con actividades de promoción y prevención realizadas	No desarrollo de actividades de promoción y prevención (en hipertensión, diabetes, enfermedad renal, VIH, Cáncer, enfermedades cardiovasculares).	
Proporción de EPS con actividades de promoción y prevención realizadas	No desarrollo de actividades de promoción y prevención (en hipertensión, diabetes, enfermedad renal, VIH, Cáncer, enfermedades cardiovasculares).	
Elaboración Fichas Técnicas de los Indicadores de Seguimiento a Riesgos por servicios	No realizar de manera oportuna el seguimiento al cumplimiento de las actividades programadas en los planes, programas, proyectos y convenios vigentes.	
Proporción de mujeres con citología cérvico uterina anormal que cumplen el estándar de 30 días para la toma de colposcopia	No ubicar las pacientes con citología positiva y gestantes que no asisten debido a alta movilidad poblacional y falsedad en la información por parte del usuario.	
Tasa de reingreso de pacientes hospitalizados en menos de 15 días	Problemas de salud no resueltos.	
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina general IPS-EPS	Retraso en el diagnóstico.	
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina general IPS-EPS	Retraso en el tratamiento.	
Tasa de reingreso de pacientes hospitalizados en menos de 15 días	Tratamiento médico ineficaz.	
Proporción de usuarios que recomendaría su EPS a familiares y amigos		
Proporción de quejas resueltas antes de 15 días		
Porcentaje de cumplimiento de la meta de actividades de PyD al adulto y al adulto mayor	Incremento en los índices de morbilidad por envejecimiento de la población afiliada.	
Proporción de embarazadas que asisten a control con prueba de glucemia realizada	Mal control de la glucemia.	

· **Control social y participación del usuario**

Tabla 9. Indicadores del núcleo de control social y participación del usuario

Nombre del indicador	Descripción de los riesgos asociados	Punto crítico de control
Promedio del número de días en que la IPS dio respuesta a las peticiones	Inoportunidad en la respuesta a las solicitudes, derechos de petición o requerimientos efectuados por los usuarios.	InopoDP
Proporción de acciones de generación de capacidades realizadas a los diferentes mecanismos de participación, por tipo de entidad	Deficiente asesoría y acompañamiento permanente por parte de los entes rectores y entes de control.	
Proporción de desacato a tutelas	Desacato al fallo de tutelas por parte de las Direcciones Territoriales de Salud, EPS e IPS.	
Proporción de EPS-IPS en el municipio que han diseñado e implementado planes de mejoramiento a partir de los hallazgos de las veedurías en salud o Asociaciones de Usuarios y demás instancias de participación, o de PQR, durante un período determinado (año)	Escasa Incidencia de los resultados de la participación o control social en las decisiones de las Instituciones.	
Número de aperturas de investigación realizadas por el incumplimiento en los planes de mejoramiento propuestos por las EPS-IPS, a partir de los hallazgos realizados por las instancias de participación o en las PQRS	Falta de apoyo real por parte de los entes de control en salud, para respaldar la labor de los mecanismos de participación ante los vigilados.	
Proporción de quejas resueltas antes de 15 días	Falta de calidad en la respuesta a las solicitudes, derechos de petición o requerimientos efectuados por los usuarios.	
% de EPS-IPS en el municipio con Alianzas, Ligas o Asociaciones de Usuarios conformadas. Estándar 100%	Incumplimiento de la normatividad dispuesta en participación y protección al usuario.	
% de IPS públicas, privadas o mixtas con el Comité de ética hospitalario conformado. Estándar: 100%		
Proporción de IPS en la red municipal con quejas de los veedores en salud por restricciones a la participación	Incumplir el ejercicio de control social, al no lograr la participación activa de la comunidad en los procesos de la IPS.	
Proporción de EPS en la red municipal con quejas de los veedores en salud por restricciones a la participación		
Evaluación de las acciones de formación de capacidades desarrolladas por las EPS-IPS dirigidas a los diferentes mecanismos de participación en el SGSSS, organizados o de manera individual.	Insuficiente capacitación y efectividad limitada.	
Número de informes de Veedurías o de Asociaciones de Usuarios sobre la inspección y vigilancia de la calidad de los servicios, radicados en la gerencia de las EPS-IPS o en las instancias de Control.	Limitaciones en el análisis de información y elaboración de informes de IV.	

Nombre del indicador	Descripción de los riesgos asociados	Punto crítico de control
Porcentaje de respuesta de solicitudes de información de las EPS a las veedurías en salud-Asociaciones de Usuarios		
Porcentaje de respuesta de solicitudes de información de las IPS a las Veedurías en salud-Asociaciones de Usuarios		
Proporción de quejas resueltas antes de 15 días	Respuesta tardía al usuario	
	Respuestas a los usuarios fuera de los términos de ley.	

6.2.3 La definición de los rangos de alerta y hallazgos para algunos indicadores

Para la definición de los rangos de alerta en los indicadores, se construyeron varios escenarios a partir de la información recabada de indicadores disponibles en fuentes secundarias y de datos construidos para las pruebas de escritorio. Los dos primeros escenarios se basaron en la estandarización de rangos de puntajes z-score y el cálculo de una media nacional. En el primer escenario se calcularon tres niveles de riesgo, pero resultó demasiado agregado y escasamente sensible para la generación de alertas. El segundo se hizo con los puntos de corte[13] que ofrece el cálculo del z-score; no obstante la alta dispersión de la variable, estos fueron ampliamente superados por la mayoría de las observaciones, dificultando la toma de decisiones para la inspección y vigilancia.

A fin de determinar el procedimiento más acorde con la estructura de los datos, se trazaron histogramas y se aplicaron pruebas paramétricas y no paramétricas al conjunto de datos en general y a cada uno de los periodos de reporte. Los análisis evidenciaron altos niveles de dispersión y distribuciones altamente asimétricas para los dos procesamientos. Con el objetivo de determinar si al interior de cada entidad los datos se comportaban de una manera más estable, se calcularon los coeficientes de variación para los realizados por cada institución. La variación resultó ser muy alta para usar promedios y se procedió a correr los análisis a partir del uso de estadísticos de posición[14], lo que resultó ser más consistente.

[13] *Desviaciones estándar*

[14] *Se usaron cuartiles*

Si bien el trazado de histogramas para un periodo de reporte podría servir como una estrategia de priorización frente a desviaciones importantes en el comportamiento de los indicadores, se decidió generar un análisis con los datos reportados durante la totalidad de la ventana de observación, con el objeto de identificar un patrón más o menos típico de comportamiento del dato y definir márgenes de tolerancia más robustos.

Con la distribución de las medianas de los promedios reportados por cada actor para cada indicador, se construyeron cuatro niveles de riesgo que respondían a la distribución por cuartiles de los datos. Se probaron las distribuciones de niveles de riesgo para el conjunto de reportes en general y para las entidades que reportaron en ocho o más periodos, por considerarse que estos podrían reflejar de una manera más comprehensiva las dinámicas en el nivel nacional. Finalmente, se seleccionó el procesamiento que incluía la distribución de las medianas de aquellos actores que contaron con al menos el 80% de completitud en el reporte.

A fin de determinar la tendencia en el comportamiento de un indicador se calcularon deltas, Δ, para el promedio de medianas del primer punto de la serie y el último. La significación estadística de esta diferencia se estimó a partir del cálculo de intervalos de confianza al 95% para cada dato ($p<0,05$). A manera de ilustración, más adelante se presentan los hallazgos para cuatro indicadores tipo con tipologías diferentes de medición (promedio de tiempos, proporciones y tasas) y considerados como eventos trazadores de las categorías que aborda el programa (acceso, uso y calidad).

Por último, después de varias pruebas con los procedimientos antes descritos, se define que el método más apropiado para establecer los rangos de alerta comprende dos momentos: el primero, con el procesamiento estadístico de la información disponible y, el segundo, con el sometimiento de estos hallazgos a panel de expertos para validar o reformular los límites de los rangos de riesgo en función de la naturaleza y especificidad del indicador, así como de los estándares normativos disponibles.

Para ilustrar parcialmente los resultados que produce el sistema de indicadores y sus rangos de alerta, a continuación, se presentan resultados de cuatro indicadores.

· Tiempo promedio para la autorización de citas de medicina especializada

Como se describió previamente, la demora en la autorización de consultas médicas especializadas no solo es uno de los puntos críticos de control (DemAutMedE), sino que es uno de los riesgos que debe ser especialmente controlado para prevenir su materialización, pues tiene parte activa en la regulación del comportamiento del Sistema y por tanto contribuye de manera importante para garantizar el acceso, uso y calidad de los servicios de salud.

Por tanto, la oportunidad de la atención en los casos que requieren de mayor complejidad es un indicador vital para resolver situaciones que impactan negativamente en la percepción de los usuarios sobre el SGSSS (Ministerio de la Protección Social, 2006). En este sentido, el tiempo de respuesta de las EPS a requerimientos de los

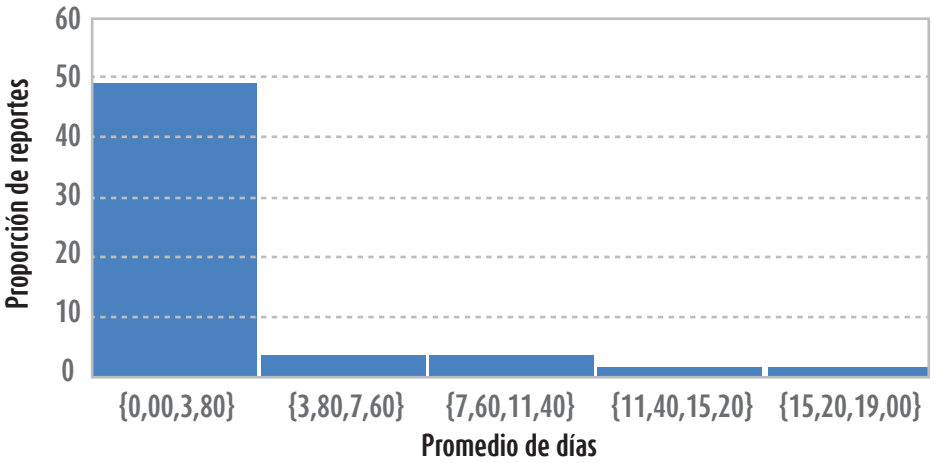
usuarios resulta fundamental para garantizar la respuesta oportuna y adecuada ante situaciones que podrían impactar negativamente en las condiciones de vida y salud de los usuarios.

Si bien los tiempos estandarizados para el trámite de autorización de citas médicas especializadas se encuentran en el Decreto Ley 019 de 2012 (Departamento Administrativo de la Función Pública, 2012), la autorización oportuna de estos servicios se ha convertido en una de las mayores barreras de acceso en el sistema de salud colombiano (Rodríguez-Hernández, Rodríguez-Rubiano, & Corrales-Barona, 2015), razón por la cual este indicador se constituye como una manera de hacer seguimiento indirecto a las barreras administrativas que pueden afectar negativamente la garantía del derecho.

Tras el análisis de 61 EPS que reportaron el indicador entre el primer trimestre de 2013 y el primero de 2017, la cobertura del indicador fue de 68,3%, reduciéndose entre los dos extremos del análisis de 65,6% a 45,9%. El tiempo que tomó la autorización de los servicios de imagenología en las 61 entidades analizadas osciló en un rango entre cero y 72,3 días aunque, en general, la evolución del promedio nacional mostró una mejoría del 27,7% pasando de 3,4 a 2,5 días.

Como se aprecia en el Gráfico 10, cerca del 80% de las entidades reporta una oportunidad de entre 0 y 3,8 días en la autorización de servicios médicos especializados, 15% entre 4,8 y 11,4 y el cinco por ciento restante, oportunidades superiores –poco deseables- para la autorización de estos servicios. Los datos evidencian una distribución en donde los mayores tiempos de espera se concentran en apenas cuatro aseguradores, por lo que resulta adecuado pensar en hacer un análisis más profundo de las condiciones que podrían soportar estas situaciones, a partir de una revisión del comportamiento discriminado de cada asegurador en los territorios en donde opera.

Gráfico 10. Distribución de frecuencias para el tiempo promedio para la autorización de imágenes diagnósticas. Colombia, 2013 – 2017



Fuente: Cálculos propios a partir de datos de la Superintendencia Nacional de Salud.

Los niveles de riesgo estimados a partir del comportamiento de los actores en los cuatro años analizados se presentan en la Tabla 10. Como puede apreciarse, conforme el nivel de riesgo se incrementa, la dispersión del cuartil aumenta, lo que podría servir como un mecanismo para que el progreso en los actores de mayor riesgo sea seguido durante más tiempo. Esto puede verse como una ventaja ya que, para salir de los niveles más altos de alerta, será necesaria una reducción significativa y sostenida de los tiempos para la autorización.

Tabla 10. Niveles de riesgo para el tiempo promedio para la autorización de citas de medicina especializada. Colombia, 2010 – 2017.

Niveles de riesgo	Mínimo	Máximo
Sin riesgo	0,000	0,103
Riesgo bajo	0,104	1,777
Riesgo medio	1,778	2,938
Riesgo alto	2,939	
Rango del dato	**0,000**	**18,639**

Fuente: Cálculos propios a partir de datos de la Superintendencia Nacional de Salud

- **Proporción de fórmulas médicas entregadas de manera completa**

Uno de los factores que más incide en la percepción de calidad y en la resolutividad de los servicios de salud es la entrega completa y oportuna de los medicamentos prescritos, ya que de esto dependen en gran medida los resultados en salud y, en algunos casos, la prevención de complicaciones. La normatividad colombiana aborda estos temas a partir del Decreto Ley 019 de 2012 y la Resolución 1604 de 2013, que lo reglamenta, estableciendo un plazo no mayor a 48 horas en las que la EPS deberá disponer de un mecanismo para la entrega de medicamentos en los casos excepcionales en los que no se los haya podido dispensar directamente en la farmacia (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013).

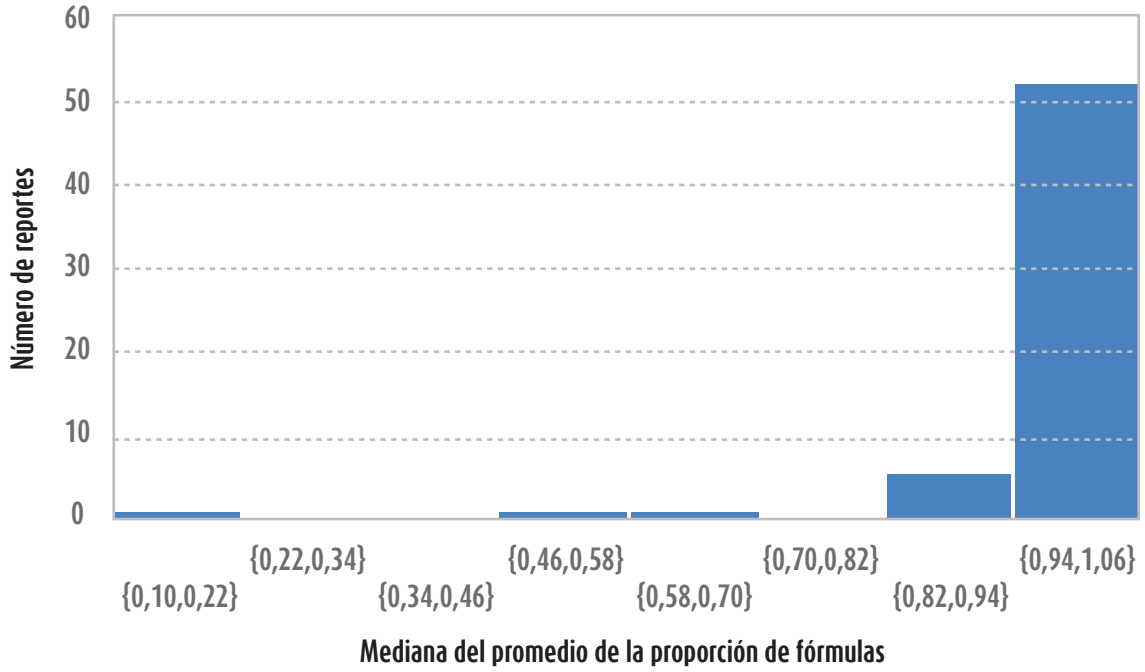
A partir de la normatividad vigente, el sistema de monitoreo, seguimiento y control a la entrega de medicamentos quedó en cabeza del Ministerio de Salud y Protección Social y la verificación de su cumplimiento quedó en manos de la Superintendencia Nacional de Salud, quien trimestralmente solicita los datos correspondientes.

La cobertura de reporte para este indicador alcanzó 66,5% en el periodo analizado y al igual que la oportunidad en la autorización de citas de medicina especializada, se redujo entre los extremos del periodo, desde 65,6% en 2013 a 44,3% en 2017. Si bien aunque a nivel global se presentó un buen comportamiento general del dato, el agregado nacional mejoró 7,6%, alcanzando una entrega del 97,2% en el último

punto de la serie. El Gráfico 11, resume el comportamiento del reporte durante los cuatro años analizados. En general, puede observarse un comportamiento muy estable de la información reportada, donde alrededor del 85% de los vigilados refiere entregar prescripciones completas en 94% o más de los casos.

Como se hace evidente en el Gráfico 11, el rango de los datos excede el cien por ciento. Intencionalmente, esto no se corrigió, puesto que, durante el primer trimestre de 2014, la EPSI06 reportó un indicador por encima del valor y la malla validadora del sistema permitió su reporte. Esta situación ha sido una constante, puesto que en el análisis de procesos y procedimientos de la Superintendencia Nacional de Salud, realizada por Camelo & Eslava (2015), se reportó la inexistencia de procedimientos para tomar medidas frente al reporte de inconsistencias por los vigilados.

Gráfico 11. Distribución de frecuencias para la proporción de fórmulas médicas entregadas de manera completa. Colombia, 2013 – 2017.



Fuente: Cálculos propios a partir de datos de la Superintendencia Nacional de Salud

Teniendo en cuenta que la dispersión de los datos es muy baja (x=0,94 ± 0,21), se registran márgenes de tolerancia reducidos (Tabla 11), apenas diferenciados en el tercer decimal. En ese sentido, el indicador resulta ser especialmente sensible ante desviaciones, aún las más pequeñas, en el comportamiento de una EPS, lo que constituye una ventaja a la hora de supervisar la gestión de los aseguradores en un aspecto del que depende una gran parte de la resolutividad del Sistema y resulta tan sensible para los pacientes.

Tabla 11. Niveles de riesgo para proporción de fórmulas médicas entregadas de manera completa. Colombia, 2010 – 2017.

Niveles de riesgo	Mínimo	Máximo
Riesgo Alto	0,1000	0,9716
Riesgo Medio	0,9717	0,9873
Riesgo Bajo	0,9874	0,9953
Sin riesgo	0,9954	1,0000
Rango del dato	**0,1**	**1**

Fuente: Elaboración propia

• Promedio de tiempo para la asignación de citas de medicina interna IPS

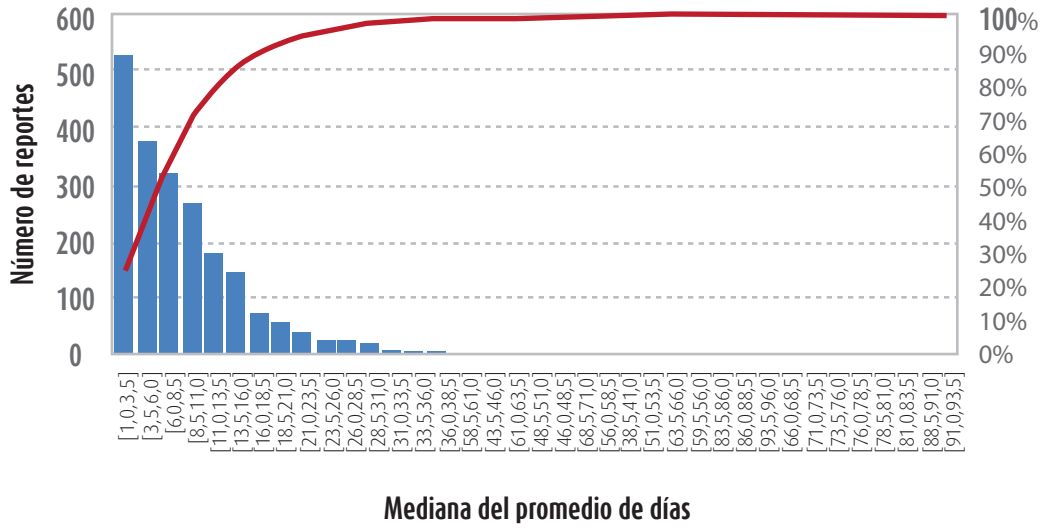
Tras el trámite del proceso de autorización a los ciudadanos que les permite el acceso a servicios de mayor complejidad, ellos deben solicitar su cita en la IPS que les fue asignada, lo que en muchos casos se traduce en el incremento del número de días que transcurren entre la aparición de la necesidad y la atención final por especialista.

En el análisis que se llevó a cabo para el tiempo promedio de autorización de servicios, encontramos que el número de días en que se autorizan las citas oscila en un rango de entre cero y 31,7 días (periodo 2013-2017) y, aunque el promedio nacional ha mejorado, para el primer trimestre de 2017 el 20% de las EPS analizadas (n=6) reportaron oportunidades superiores a los cinco días calendario dispuestos en la norma para la autorización de estos servicios (Departamento Administrativo de la Función Pública, 2012).

La cobertura de reporte fue baja, alcanzando en promedio 41,9% entre 2010 y 2015. No se evidenciaron cambios significativos ($p<0,05$) en el comportamiento de los datos agrupados a nivel nacional para el indicador, que aumentó apenas un 3,37% en el quinquenio estudiado, pasando de 9,7 días en el primer trimestre de 2010 a 10,1 días en el tercer trimestre de 2015. El Gráfico 12 presenta el comportamiento general de los datos presentados por 2.153 IPS que reportaron datos en la ventana de observación. Como puede apreciarse, poco menos de la mitad de los prestadores reporta una oportunidad menor a seis días y, a partir de ese punto, el rango de los reportes se dispara hasta llegar incluso a los 93,5 días calendario (3 meses).

Lo que aquí se presenta es un claro indicio de las barreras administrativas a las que se ven abocados los usuarios del Sistema, con tiempos para la asignación de citas superiores a 6 días en el 50% de los casos, a los que se deberían sumar 4,8 días o más que demoran en ser autorizadas el 52% de las consultas de medicina especializada en el país (datos no presentados).

Gráfico 12. Distribución de frecuencias para el promedio de tiempo para la asignación de citas de Medicina interna IPS. Colombia, 2010 - 2015.



Fuente: Cálculos propios a partir de datos de la Superintendencia Nacional de Salud

La dispersión de los datos para el indicador resultó muy alta (x =9,97 ± 10,59), aún dentro de las medianas de promedios (x =9,08 ± 8,95) se registran márgenes de tolerancia bastante amplios (Tabla 12). Sin embargo, se considera que los márgenes presentados se constituyen como baremos razonables para garantizar una atención oportuna de los usuarios que requieren mayores niveles de complejidad, de manera especial teniendo en cuenta que el perfil epidemiológico predominante en el país concentra la carga de enfermedad en el grupo II –enfermedades no transmisibles o crónicas- (Peñaloza, Salamanca, Rodríguez, Rodríguez, & Beltrán, 2014; Observatorio Nacional de Salud, 2015), cuya atención y manejo se da principalmente en los servicios de medicina interna.

Tabla 12. Niveles de riesgo para el promedio de tiempo para la asignación de citas de Medicina interna IPS. Colombia, 2010 - 2015.

Niveles de riesgo	Mínimo	Máximo
Sin riesgo	1,000	4,569
Riesgo bajo	4,570	8,539
Riesgo medio	8,540	12,920
Riesgo alto	12,921	
Rango del dato	**1,000**	**93,980**

Fuente: Cálculos propios a partir de datos de la Superintendencia Nacional de Salud

La priorización de prestadores que reportaron información en los territorios abordados en el Programa (Tabla 13), permitió determinar que de los 149 servicios de medicina interna habilitados para operar en la ciudad durante el último semestre de 2015, únicamente 85 (54,04%) informaron al Sistema de Información para la Calidad del SOGC y, entre quienes reportaron, 1 de cada 4 prestadores (24,7%) contó con tiempos superiores a 12,9 días para la asignación de consultas de medicina interna (riesgo alto). Este tipo de resultados, además de alertar a la autoridad sanitaria sobre desviaciones en el comportamiento de los actores territoriales del sistema, también permite evaluar la cobertura de reporte, vital para el fortalecimiento de los sistemas de información en salud y del Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud (PNMCS) (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

Tabla 13. Número de IPS por nivel de riesgo para el promedio de tiempo para la asignación de citas de Medicina interna IPS en territorios de prueba. Colombia, 2015.

Nivel de riesgo	Espinal	Cali	Total
Sin riesgo	0	22	22
Riesgo bajo	1	18	19
Riesgo medio	0	24	24
Riesgo alto	0	21	21
Total IPS/municipio	**1**	**85**	**86**

Fuente: Cálculos propios a partir de datos de la Superintendencia Nacional de Salud

• Tasa de reingreso hospitalario

Los reingresos hospitalarios son eventos potencialmente prevenibles que informan sobre la capacidad resolutiva global de los servicios de internación (Ministerio de la Protección Social, 2009) y, de manera general, informan sobre la forma en que la prestación asistencial responde a las necesidades de los usuarios del Sistema de Salud (Delgado-Gallego, Vázquez-Navarrete, & de Moraes-Vanderlei, 2010).

En el marco del Programa, uno de los riesgos que tuvo mayor impacto sobre la percepción de la calidad de la prestación para las Direcciones Territoriales de Salud –DTS-, fue la escasa resolutividad de los servicios, situación que se traduce en re-consultas y re-ingresos que aumentan los costos de la atención, congestionan los servicios y minan la confianza de los usuarios en el Sistema (Peñaloza, y otros, 2015). Si bien el Segundo Informe Nacional de la Calidad en Salud –INCAS 2015- reportó prevalencias inferiores al 2% para

[15] *Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad*

el periodo 2008 – 2014 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015), los datos reportados a la SNS para el periodo 2010 – 2015 muestran una prevalencia de alrededor del 8% en el reingreso de pacientes a los servicios de internación (datos excluidos del cálculo). Esta variación puede estar relacionada con problemas en el reporte de los datos puesto que, en un 3,4% de los registros (n=971), los prestadores refirieron contar con tasas de reingreso del 100% de los pacientes; lo que, en principio, podría estar relacionado con problemas en las mallas validadoras del sistema que recibe la información.

Adicionalmente, el indicador presentó una cobertura de reporte que apenas promedia 49,3% al tercer trimestre de 2015 –cierre de la vigencia de la Resolución 1446 de 2006-, situación que sumada a problemas con la calidad del dato, interfieren en gran medida con la estimación de los márgenes de tolerancia de cada nivel de riesgo.

Para los datos que se consideraron válidos (indicador inferior a 100%), la tasa de reingreso osciló entre cero y 98,4%. La tasa general para el país presentó un ligero descenso, desde 2,95% hasta 2,15% entre los dos extremos del periodo (2010 – 2015). En el histograma de frecuencias puede observarse que cerca del 90% de los reportes refieren una tasa de reingreso igual o menor a 2%, razón por la cual los márgenes de tolerancia para el indicador se concentran en esta sección.

Gráfico 13. Distribución de frecuencias para la tasa de reingreso hospitalario. Colombia, 2010 – 2015.

Fuente: Cálculos propios a partir de datos de la Superintendencia Nacional de Salud

Se considera que, si bien pudieron haberse ampliado los márgenes de tolerancia para las desviaciones en el comportamiento del indicador, las fallas terapéuticas que pudieran encontrarse detrás de los reingresos hospitalarios podrían estar relacionadas con situaciones en donde se compromete la seguridad del paciente. Por esta razón, se considera que márgenes estrechos en la tolerancia al riesgo de este indicador, resultan ventajosos para analizar el comportamiento de los servicios de hospitalización. Por otra parte, resulta de vital importancia fortalecer la robustez de las mallas validadoras de datos para el reporte de este indicador, puesto que los datos atípicos en la serie representan una proporción importante del reporte.

Tabla 14. Niveles de riesgo para el promedio de tiempo para la tasa de reingreso hospitalario. Colombia, 2010 – 2015.

Niveles de riesgo	Mínimo	Máximo
Sin riesgo	0,000%	0,014%
Riesgo bajo	0,015%	0,185%
Riesgo medio	0,186%	1,464%
Riesgo alto	1,465%	
Rango del dato	**0**	**100%**

Fuente: Cálculos propios a partir de datos de la Superintendencia Nacional de Salud

La priorización de prestadores para este indicador resultó en la priorización de 24 prestadores en la ciudad de Cali –6 por el reporte de reingreso en el 100% de los pacientes hospitalizados en el periodo-. En El Espinal, los dos prestadores que cuentan con el servicio de hospitalización habilitado fueron clasificados en riesgo medio, por lo que podría ser necesario hacer un seguimiento a las políticas de egreso con que cuentan las instituciones y alertar, oportunamente, de la situación para la toma de correctivos.

Tabla 15. Número de IPS por nivel de riesgo para el promedio de tiempo para la tasa de reingreso hospitalario en territorios de prueba. Colombia, 2015.

Nivel de riesgo	Corinto	Espinal	Cali	Total
Sin riesgo	1	0	36	37
Riesgo bajo	0	0	7	7
Riesgo medio	0	2	29	31
Riesgo alto	0	0	24	24
Total municipio	**1**	**2**	**96**	**99**

Fuente: Cálculos propios a partir de datos de la Superintendencia Nacional de Salud

7 BIBLIOGRAFIA

Aburto-Jiménez, M. (1992). Administración por calidad. *México: CECSA.*

Ayala, J. (2014). La salud en Colombia: más cobertura pero menos acceso. *Documentos de Trabajo Sobre Economía Regional - Banco de la República – Sucursal Cartagena, 1.*

Ayres, I., & Braithwaite, J. (1992). Responsive regulation: Transcending the deregulation debate. Oxford, *UK: Oxford University Press.*

Balcom, J., & Pargaonker, N. (2010). The road to risk-based supervision: Lessons from Chile. *Journal Of Securities Operations & Custody, 3(3), 228-240.*

Basoa Rivas, G., & Otero Puime, A. (1994). Accesibilidad geográfica a los centros de salud y planteamiento urbanístico en Fuenlabrada. *Rev San Hig Pub, 68:503–11.*

Beck, U. (2002). La sociedad del riesgo global (Segunda ed.). (J. Alborés-Rey, Trad.) *Madrid: Siglo.*

Brabyn, L., & Skelly, C. (2002). Modeling Population Access to New Zeland Public Hospitals. *International Journal of Health Geographics, Vol. 1, Pag 1–9.*

Braithwait, J. (2002). Restorative Justice and responsive regulation. *New York: Oxford University Press.*

Braithwaite, J. (2006). Responsive Regulation and Developing Economies. *World Development, 34(5), 884–898.*

Braithwaite, J. (2011). The essence of responsive regulation. *UBC Law Review, 44:3.*

Bustamante, J. (1993). Desregulación: entre el derecho y la economía. *Texas: Abeledo-Perrot.*

Camelo-Tovar, F. A., & Eslava-Rincón, J. I. (2015). Exploración de procesos para el ejercicio de la Inspección Vigilancia y Control del SGSSS al interior de la Superintendencia Nacional de Salud. *Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana.*

Cendex. (2015). Factores condicionantes de los mercados, agentes e instituciones en el sector salud en relación con la regulación y la inspección, vigilancia y control en el Sistema General de . *Bogotá.*

Christie, S., & Fone, D. (2003). Equity of Access to Tertiary Hospitals in Wales: *A Travel Time Analysis. Journal of Public Health Medicine, Vol. 25, n° 4, Pag. 344–350.*

Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. (2008). Subsanar las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. *http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/69830/1/WHO_IER_CSDH_08.1_spa.pdf: WHO.*

Congreso de Colombia. (9 de enero de 2007). Ley 1122 de 2007. *Bogotá, Colombia.*

Congreso de Colombia. (2015). Ley 1751 de 2015. Ley Estatutara de Salud, *Colombia.*

Congreso de la República. (23 de Diciembre de 1993). Ley 100 de 1993 "Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones". *Recuperado el 2 de Octubre de 2015, de Sitio web de la Alcaldía Mayor de Bogotá: http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=5248*

Congreso de la República. (9 de Enero de 2007). Ley 1122 de 2007 por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. *Recuperado el 2 de Ocubre de 2015, de Sitio web de la Alcaldía Mayor de Bogotá: http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=22600*

Coy, M. (2010). Los estudios del riesgo y de la vulnerabilidad desde la Geografía Humana. *Población & Sociedad(17), 9-28.*

Curcio-Curcio, P. (2007). Metodología para la evaluación de políticas públicas de salud. *Politeia, 30(38), 59-85.*

Delgado-Gallego, M. E., Vázquez-Navarrete, M. L., & de Moraes-Vanderlei, L. (2010). Calidad en los servicios de salud desde los marcos de sentido de diferentes actores sociales en Colombia y Brasil. *Revista de Salud Pública, 12(4), 533-545.*

Departamento Administrativo de la Función Pública. (10 de enero de 2012). Decreto Ley 019 de 2012 Por el cual se dictan normas para suprimir o reformar regulaciones, procedimientos y trámites innecesarios existentes en la Administración Pública. *Obtenido de Sitio web de la Presidencia de la República: http://wsp.presidencia.gov.co/Normativa/Decretos/2012/Documents/Enero/10/Dec1910012012.pdf*

Escalona Orcao, A., & Diaz Cormago, C. (2003). Accesibilidad geográfica de la población rural a los servicios básicos de salud: estudio en la provincia de Teruel. *Revista de Estudios sobre Despoblación y Desarrollo Rural, (3):111–49.*

Eslava-Rincón, J. (Junio de 2003). El modelo regulatorio en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y sus implicaciones para el régimen subsidiado. *Obtenido de CENDEX-Universidad Javeriana: http://www.javeriana.edu.co/cendex/pdf/DT%20002-03.pdf*

García Villegas, M. (1993). La Eficacia Simbólica del derecho: Exámenes de situaciones colombianas. *Bogotá: Ediciones Uniandes. Facultad de Derecho.*

Garrocho, C., & Campos, J. (2006). Un indicador de accesibilidad a unidades de servicios clave para ciudades mexicanas: fundamentos, diseño y aplicación. *Economía, Sociedad y Territorio, Vol. 22, pp. 1-60.*

Garza-Villegas, J. B., & Cortez-Alejandro, D. V. (2011). El uso del método MICMAC y MACTOR análisis prospectivo en un área operativa para la búsqueda de la excelencia operativa a través del Lean Manufacturing. InnOvaciOnes de NegOciOs, *8(16), 335-356.*

Gelhorn, E., & Pierce, R. (1982). Regulated Industries. *MN: St Paul*.

Germán, Z., Cardillo, J., & Chacón, E. (2011). Aportes Metodológicos para el Diseño de Sistemas de Supervisión de Procesos Continuos. Información Tecnológica, *22(3), 97-114.*

Gillies, R. R., M. Shortell, S., Anderson, D. A., Mitchell, J. B., & Morgan, K. L. (1993). Conceptualizing and measuring integration: findings from the Health Systems Integration study. *Hospital & Health Services Administration, 467.*

Giuffrida, A., Pinzón-Fonseca, D. A., & Piñeros-García, C. A. (2015). Supervisión Basada en Riesgos, la nueva apuesta de la Supersalud. *Monitor Estratégico(7), 8-16.*

Hampton, P. (2005). Reducing Administrative Burdens: Effective Inspection and Enforcement. *London, United Kingdom: HM Treasury.*

Heffron, F. A., & McFeeley, N. (1983). The Administrative Regulatory Process. *New York: Longman and Co.*

Javeriana, C. d. (2015). Evaluación de Pertinencia y Coherencia de las Funciones y Métodos de intervención regulatorias de Inspección, Vigilancia y Control. *Bogotá: CENDEX de Pontificia Universidad Javeriana.*

Leape, L. L., Brennan, T. A., Laird, N., Lawthers, A. G., Localio, A., & Barnes, B. A. (1991). The nature of adverse events in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study II. *New England Journal of Medicine(324), 377-384.*

Luhmann, N. (2006). Sociología del Riesgo. (S. Pappe, B. Erker, & L. Segura, Trads.) *Mexico: Universidad Iberoamericana.*

Martínez, D. (2008). Metodología del análisis sistémico de sensibilidad del Profesor Vester. *Recuperado el Agosto de 2014, de sitio web de la Pontificia Universidad Javeriana: http://javeriana. edu. co/redcups/METODO-LOGiA_DEL_ANALISIS_-SISTEMICO. pdf.*

Matínez, D. (2008). Metodología del análisis sistémico de sensibilidad del Profesor Vester. *Recuperado el Agosto de 2014, de sitio web de la Pontificia Universidad Javeriana: http://javeriana. edu. co/redcups/METODO-LOGiA_DEL_ANALISIS_-SISTEMICO. pdf.*

Mayntz, R. (1977). Die Implementation politscher Programme in Die Verwaltung. En R. Mayntz (Ed.). *Germany: Frankfurt: Campus.*

Mesa, R. C. (2008). El concepto de riesgo y la protección social a la infancia en Aragón. Un análisis socio-jurídico. *Revista Aragonesa de Administración Pública, 247-80. Obtenido de http://plan.aragob.es/FBA.nsf/0/69ab*

Ministerio de la Protección Social. (8 de Mayo de 2006). Anexo Técnico Resolución 1446 "Por la cual se define el Sistema de Información para la Calidad y se adoptan los indicadores de monitoría del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud" . *Obtenido de Sitio web de Sinergias ONG: http://www.sinergiasong.org/cajasdeherramientas/prenatal/vinculos/ips/R_1446-06_Anexo_Indicadores_Calidad.pdf*

Ministerio de la Protección Social. (2008). Proyecto Evaluación y Reestructuración de los Procesos, Estrategias y Organismos Públicos y Privados encargados de adelantar las Funciones de Vigilancia y Control del Sistema de Salud. *Bogotá.*

Ministerio de la Protección Social. (2009). 1er Informe Nacional de Calidad de la Atención en Salud: INCAS Colombia 2009. *Ministerio de la Protección Social, Bogotá.*

Ministerio de la Protección Social. (Diciembre de 2009). 1er. Informe Nacional de Calidad de la Atención en Salud. "INCAS Colombia 2009". *Bogotá: Ministerio de la Protección Social. Obtenido de Sitio web del Ministerio de Salud y Protección Social: http://calisaludable.cali.gov.co/secretario/2010_incas/MPS_INCAS_FINAL.pdf*

Ministerio de Salud y Protección Salud. (2016). Política de Atención Integral en Salud: "Un sistema de salud al servicio de la gente". *Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social.*

Ministerio de Salud y Protección Social. (7 de noviembre de 2013). Decreto 2462 de 2013. Diario Oficial No. 48.967. *Bogotá, Colombia.*

Ministerio de Salud y Protección Social. (7 de Noviembre de 2013). Decreto 2462 de 2013 Por medio del cual se modifica la estructura de la Superintendencia Nacional de Salud. *Recuperado el 8 de Octubre de 2015, de Sitio web del Senado de la República de Colombia: http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/decreto_2462_2013.html*

Ministerio de Salud y Protección Social. (2013). Plan Decenal de Salud Pública 2012 - 2021. *Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social.*

Ministerio de Salud y Protección Social. (17 de mayo de 2013). Sitio web del Ministerio de Salud y Protección Social. *Obtenido de Resolución 1604 de 2013 Por la cual se reglamenta el artículo 131 del Decreto ley 019 de 2012 y se dictan otras disposiciones: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-1604-de-2013.pdf*

Ministerio de Salud y Protección Social. (28 de mayo de 2014). Resolución número 00002003 de 2014.

Ministerio de Salud y Protección Social. (3 de diciembre de 2015). Decreto 2353 DE 2015. Por el cual se unifican y actualizan las reglas de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, se crea el Sistema de Afiliación Transaccional y se definen los instrumentos para garantizar la continuidad en la afiliación y el goce efectivo. *Bogotá, Colombia.*

Ministerio de Salud y Protección Social. (11 de Mayo de 2015). Resolucion 1536 de 2015 Por la cual se establecen disposiciones sobre el proceso de planeacion integral para la salud. *Recuperado el 14 de Octubre de 2015, de Sitio web de la ANDI: http://www.andi.com.co/cdm/Documents/Bolet%C3%ADn%2094/Resoluci%C3%B3n%201536%20del%202015.PDF*

Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). Segundo Informe Nacional de la Calidad en Salud (INCAS) 2015. *Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social.*

Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud, 2016. *Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social.*

Ministerio de Salud y Protección Social. (17 de febrero de 2016). Resolución 0429 de 2016.

Montecinos-Montecinos, E. E. (2007). Límites del enfoque de las políticas públicas para definir un problema público. *Cuadernos de Administración, 20(33), 323-335.*

Montenegro, H. (2009). Innovaciones en los sistemas de salud basados en la APS: las redes integradas de servicios de salud. Ponencia en OMS XI Conferencia Iberoamericana de Ministros de Salud: "Innovación y Atención Primaria de Salud". *Évora, Portugal.*

Morales Eraso, N. (2011). Las redes integradas de servicios de salud: una propuesta en construcción. Universidad del Rosario, Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud. *Editorial Universidad del Rosario.*

Nelson, B. (1993). La formación de una agenda: el caso del maltrato a los niños. En L. Aguilar, Problemas públicos y agenda de gobierno (págs. 105-140). *México: Miguel Ángel Porrúa.*

Observatorio Nacional de Salud. (2015). Carga de enfermedad por enfermedades crónicas no transmisibles y discapacidad en Colombia. Instituto Nacional de Salud. *Bogotá: ONS. Obtenido de http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/ons/SiteAssets/Paginas/publicaciones/5to%20Informe%20ONS%20v-f1.pdf*

OCDE- Comité de Política Regulatoria. (18 de 10 de 2016). Recomendación del consejo sobre política y gobernanza regulatoria. . *Obtenido de OCDE: http://www.oecd.org/gov/regulatory-policy/Recommendation%20with%20cover%20SP.pdf*

Organización Mundial de la Salud. (2002). Informe sobre la salud en el mundo 2002 - Reducir los riesgos y promover una vida sana. Ginebra: WHO. *Obtenido de http://www.who.int/whr/2002/en/whr02_es.pdf?ua=1*

Ortegón, E., & Medina-Vásquez, J. E. (1997). Prospectiva: Construcción social del futuro. *Santiago de Cali, Valle del Cauca, Colombia: ILPES-Universidad del Valle.*

Peñaloza, R. E., Mina, L., Polania, B. E., Suelt, V., González, J., & Ramírez, D. (2015). Proyecto de Evaluación de Pertinencia y Coherencia de las Funciones y Métodos de intervención regulatorias de Inspección, Vigilancia y Control. *Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana.*

Peñaloza, R. E., Salamanca, N., Rodríguez, J. M., Rodríguez, J., & Beltrán, A. R. (2014). Estimación de la carga de enfermedad para Colombia, 2010. *Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana.*

Peñaloza, R. E., Suelt, V., Mina, L., Polania, B. E., González, J., & Ramírez, D. (2015). Evaluación de Pertinencia y Coherencia de las Funciones y Métodos de intervención regulatorias de Inspección, Vigilancia y Control. *Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana.*

Pérez, L. P., Mejía, I. M., & Gamba, E. A. (2009). Sobre la teoría de decisiones bajo incertidumbre de VNM: antecedentes, extensiones y el papel de la racionalidad acotada de H. Simon. *Revista Mexicana de Economía Agrícola y de los Recursos Naturales, 2(3), 45-89.*

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. (2009). Manual de planificación, seguimiento y evaluación de los resultados de desarrollo. *New York: PNUD.*

Provan, K., & Milward, B. (2001). Do Networks Really Work? A Framework for Evaluating Public-Sector Organizational Networks. *Public Administration Review (Vol. 61(4)).*

Quek, C., & Wahab, A. (2000). Real-time integrated process supervision. Engineering Applications of Artificial Intelligence, *13(6), 645-658.*

Ramírez, J., González, J., Puerto, S., Quiroga, A., Rodríguez, L., Suárez, L., . . . Suelt, V. (2015). Factores condicionantes de los mercados, agentes e instituciones en el sector salud en relación con la regulación y la inspección, vigilancia y control en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. *Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana.*

Restrepo, J., Zambrano, A., Vélez, M., & Ramírez, M. (2007). Health insurance as a strategy for access: Streamlined facts of the Colombian Health Care Reform. *Documentos de trabajo, No. 17, Universidad del Rosario.*

Riffo-Olivares, L. (1997). Métodos de la investigación prospectiva para la toma de decisiones. En E. Ortegón, & J. E. Medina-Vásquez, Prospectiva: Construcción social del futuro (págs. 108-148). *Santiago de Cali, Valle del Cauca, Colombia: ILPES-Universidad del Valle.*

Rivadeneira, A. G. (2014). Marco conceptual y legal sobre la gestión de riesgo en Colombia: Aportes para su implementación. *Monitor Estratégico(5), 4-11.*

Rodríguez-Hernández, J. M., Rodríguez-Rubiano, D. P., & Corrales-Barona, J. C. (2015). Barreras de acceso administrativo a los servicios de salud en población Colombiana, 2013. *Ciência & Saúde Coletiva, 20(6), 1947 - 1958*

Saridis, G. N. (1988). Entropy formulation of optimal and adaptive control. *IEEE Transactions on Automatic Control, 33(8), 713-721.*

Serna, L. P. (2013). Prospectiva estratégica en la gestión del conocimiento: una propuesta para los grupos de investigación colombianos. *Investigación Y Desarrollo, 21(1), 237-259.*

Serna-Gómez, H. (2003). Geréncia estratégica: Teoría, Metodología, Alineamiento, Implementacion y Mapas Estratégicos (Octava ed.). *Bogotá: 3R Editores.*

Simon, H. (2003). La racionalidad limitada en ciencias sociales: hoy y mañana (Primera ed.). (W. González, Ed.) *España: Netbiblo, S.L.*

Spulber, D. F. (December de 1989). Regulation and Markets (Vol. 1). *London: The MIT Press, Cambridge, Massachusetts.*

Spulberg, D. F. (1989). Regulación y mercados. Massachusetts. *London: The MIT Press Cambirdge.*

UT-Universidad Javeriana-FES. (2012). SIG-Programa IVC. *Bogotá.*

Vargas, I., Vázquez, M. L., & Mogollón, A. (2010). Acceso a la atención en salud en Colombia. *Revista de Salud Pública, 12(5), 701-712.*

Vázquez, M. L., Vargas, I., Calpe, J. F., & Terraza, R. (2005). Organizaciones sanitarias integradas: una guía para el análisis. *Revista Española de Salud Pública, 79(6), 633-643.*

Vedung, E. (1998). Evaluación de Políticas Públicas y Programas. *Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos sociales. INSERSO.*

Velásquez-Gavilanes, R., Gómez-Rojas, A. C., & Pineda-Díaz, O. I. (2013). El ultrapresidencialismo en América Latina: Definición, medición y recomendaciones para la política pública. *Opera(11), 165-195.*

Wang, W., Li, H., & Zhang, J. (2003). A hybrid approach for supervisory control of furnace temperature. *Control Engineering Practice, 11(11), 1325-1334*

IMPLEMENTACIÓN Y EVALUACIÓN DE UN SISTEMA PILOTO PARA LA INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL DEL ACCESO, USO Y CALIDAD DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD COLOMBIANO

Naydú Acosta Ramírez
William Díaz Henao
Claudia Isabel Vivas Tobar

COLCIENCIAS
GOBIERNO DE COLOMBIA
Pontificia Universidad JAVERIANA Bogotá
INSTITUTO DE Salud Pública
FES
FUNDACIÓN HORIZONTES PROFESIONALES
OISS ORGANIZACIÓN IBEROAMERICANA DE SEGURIDAD SOCIAL

CAPÍTULO: Implementación y evaluación de un sistema piloto para la Inspección, Vigilancia y Control del Acceso, Uso y Calidad de la prestación de servicios en el Sistema General de Seguridad Social en Salud Colombiano

Autores
Naydú Acosta Ramírez
William Díaz Henao
Claudia Isabel Vivas Tobar

Evaluadora:
Yolanda Zapata Bermudez

Programa:
Desarrollo y Evaluación de un Modelo Integrado de IVC del Acceso Oportuno, el Uso Adecuado y la Calidad en la Prestación de Servicios en el SGSSS Colombiano.

Proyecto:
Implementación y evaluación de un sistema piloto para la Inspección, Vigilancia y Control del acceso, uso y calidad en la prestación de servicios en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Fechas de ejecución:
Octubre de 2015 a Enero de 2018

Institución ejecutora:
Fundación para la Educación y el Desarrollo Social -FES

Investigador Principal:
Julio Cesar Mateus Solarte *(Primera fase)*

Naydú Acosta Ramirez *(Segunda fase)*

Equipo Técnico Fundación FES 2013-2016:

Julio Cesar Mateus Solarte
Investigador Principal

Lina Marcela Sandoval Moreno
Coinvestigadora

Isabel Cristina Casas Quiroga
Coinvestigadora

Sandra Lorena Girón Vargas
Coinvestigadora

Ana Sofía Cardona Murillo
Auxiliar de Investigación

Orlando Silva Osorio
Consultor

COLCIENCIAS · GOBIERNO DE COLOMBIA · Pontificia Universidad Javeriana Bogotá · Instituto de Salud Pública · FES · Fundación Horizontes Profesionales · OISS Organización Iberoamericana de Seguridad Social

Equipo Técnico Fundación FES 2017-2018

Naydú Acosta Ramírez
Investigadora Principal

William Díaz Henao
Coinvestigador

Claudia Isabel Vivas Tobar
Asistente de investigación

Sandra Liliert Rodríguez Echavarría
Auxiliar de Investigación

Edwin Alberto Gómez Guevara
Consultor

Juan Carlos Ortiz Cárdenas
Consultor

Rocío Carvajal
Consultora

Delia Ortega Lenis
Consultora

Oscar Mina
Supervisor proceso de Evaluación

Blanca Díaz Chavarro
Supervisor proceso de Evaluación

Equipo tecnico PUJ

Lucía Mina
Consultora

Fredy Armindo Camelo
Coinvestigador

Andrés Felipe Cubillos Novella
Coordinador Prueba Piloto Tolima

Jorge Andrés Caballero Suarez
Consultor Prueba Piloto Tolima

CAPÍTULO

IMPLEMENTACIÓN Y EVALUACIÓN DE UN SISTEMA PILOTO PARA LA INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL DEL ACCESO, USO Y CALIDAD DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD COLOMBIANO

Autores
Naydú Acosta Ramírez
William Díaz Henao
Claudia Isabel Vivas Tobar

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN 366

1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA O NECESIDAD 368

2 OBJETIVO GENERAL 370

2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS 370

3 MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL 371

4 METODOLOGÍA 374

5 LOS PRINCIPALES RESULTADOS 379

5.1 LA IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO DE IVC 379

5.2 HALLAZGOS DE LA EVALUACIÓN DE RESULTADOS EN EL ACCESO, USO Y CALIDAD. 387

6 DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES 395

7 BIBLIOGRAFÍA 397

INTRODUCCIÓN

En este capítulo se presenta la metodología de desarrollo y los resultados correspondientes al proyecto P5, titulado "Implementación y evaluación de un sistema piloto para la Inspección, Vigilancia y Control del Acceso, Uso y Calidad de la prestación de servicios en el Sistema General de Seguridad Social en Salud Colombiano", el cual hace parte integral del Programa "Desarrollo y evaluación de un modelo integrado para la Inspección, Vigilancia y Control (IVC) del acceso oportuno, el uso adecuado y la calidad en la prestación de servicios en el SGSSS colombiano".

Este proyecto, tuvo como propósito la implementación de un prototipo del Modelo Integrado para la inspección, vigilancia y control de riesgos del acceso, uso y calidad de los servicios de salud, en el ámbito territorial – Modelo de IVC, para entornos territoriales municipales y departamentales, para evidenciar sus potenciales resultados o efectos para garantizar el acceso, uso y calidad en la prestación de los servicios de salud. Se utilizaron como marco referencial la normatividad nacional y como marco conceptual las teorías sobre planificación y evaluación sanitaria. La implementación y evaluación del modelo de IVC se realizó mediante una prueba piloto tomando como eje central las Secretarías Locales de Salud de diversos contextos, considerando que, según lo establecido en la normatividad vigente, son las entidades que tienen funciones y competencias de inspección y vigilancia en sus territorios. Se incluyeron también, como actores relevantes, a las IPS de mayor cobertura en el municipio, las EPS con mayor población y las asociaciones de usuarios.

Se destaca que la implementación piloto y la evaluación del Modelo Integrado de IVC fueron desarrolladas en tres territorios demostrativos, lo que representa una validación para diversas categorías de entidades territoriales municipales y departamentales, aportando como logro relevante insumos claves para los ajustes del Modelo Integrado de IVC; así, el producto final recoge los consensos y recomendaciones de la diversidad de actores locales y entidades involucradas en el pilotaje que corresponden a:

- Autoridad sanitaria local: Secretaría Municipal de Salud de Cali del Departamento del Valle del Cauca, la Secretaría de Desarrollo Social del municipio de El Espinal en el Departamento del Tolima, y la Secretaría de Salud de Corinto en el Departamento del Cauca.

- Actores institucionales de la red de prestación de servicios de salud seleccionada en los Municipios: ESE Ladera de Cali, ESE Hospital San Rafael de El Espinal y ESE Norte 2 de Corinto.

- Aseguradoras en salud del SGSSS: las EPS Emsanar y Coosalud en el municipio de Cali; EPS Comparta, Saludvida, Nueva EPS, en el municipio de El Espinal; Asmet Salud, Nueva EPS, SOS y Asociación Indígena del Cauca- AIC, en el municipio de Corinto.

- Organizaciones de participación social en salud: Asociación de usuarios de la ESE Ladera del municipio Cali; Asociación de Usuarios de la ESE San Rafael del municipio El Espinal; Asopencor, CAICOTB, Liga de usuarios de AIC y Asmet Salud, en el municipio de Corinto.

El documento desarrolla la estructura detallada y logros del proyecto P5 en seis secciones: 1) el problema que se aborda; 2) los objetivos el proyecto; 3) el marco teórico; 4) la metodología utilizada; 5 los resultados; y 6) la discusión, en donde se presentan las conclusiones a las que llegaron los investigadores, así como las recomendaciones que son el resultado del ejercicio ejecutado con los debates llevados a cabo con todos los actores que formaron parte.

1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA O NECESIDAD

En Colombia se ha evidenciado que la regulación y el sistema de IVC del SGSSS tienen debilidades en su modelo de gestión, con implicaciones de deficiencias en los procesos para garantizar el derecho a la prestación de servicios de salud con calidad y oportunidad (Ministerio de la Protección Social, 2002; Plaza et al 2001; Trujillo et al 2004; Castaño et al 2006; Ruiz et al 2012). Para afrontar esta problemática, el Programa desarrolló el "Modelo integrado para la Inspección, Vigilancia y Control de riesgos de acceso, uso y la calidad de los servicios de salud en el ámbito territorial", el cual fue evaluado durante un proceso piloto de implementación.

Según lo encontrado en la literatura relacionada con el tema, en el desarrollo de un programa o sistema son componentes fundamentales: un adecuado plan de implementación; su seguimiento y evaluación para determinar la relación que estos tienen con los resultados; y la valoración de la conveniencia de mantener y fortalecer los procesos previstos para ese sistema; de igual manera, son aspectos críticos el diseño de estrategias para el posicionamiento e implementación del mismo, así como su evaluación a menor escala para recomendar su aplicación más amplia (Rootman et al 2001; McKenzie et al 2005; Nutbeam, Bauman 2006; Pineault et al 1995). La implementación y evaluación de una prueba piloto son fundamentales para culminar el proceso de desarrollo de una solución planteada para un problema porque, aun siguiendo estrictamente las reglas definidas en el diseño, es complejo asegurar totalmente que sea implementada tal y como fue planeada o que se escojan los medios más apropiados para hacerlo. Una causa frecuente del fracaso de los programas de salud, es la falta de un plan de implementación adaptado al contexto particular al que va dirigido. Adicionalmente, la evaluación

de la efectividad de la solución en una prueba piloto, permite ajustar sus estrategias y brindar más certeza con respecto a los efectos que se busca mantener cuando se amplié su implementación. No obstante, una proporción importante de soluciones planteadas en salud son implementadas a gran escala, sin tener una evaluación previa de su efectividad.

Es este contexto, el proyecto 5 se orientó tanto a la implementación como a la evaluación de la aplicación del "Modelo integrado para la Inspección, Vigilancia y Control de riesgos de acceso, uso y la calidad de los servicios de salud en el ámbito territorial". Ante la necesidad de evaluar la efectividad del plan de implementación y la efectividad de las estrategias y actividades de la solución desarrollada, con antelación a la debida difusión, se integraron en este proyecto las metodologías de planificación y la ejecución de un ensayo o prueba piloto. En esta prueba se buscó simular la variabilidad del contexto en donde se implementa la solución y así brindar la oportunidad de realizar una evaluación formativa que valore la efectividad de los procesos de implementación y de las actividades propuestas, con el fin de adoptar ajustes que fortalezcan y faciliten una implementación a mayor escala (Habicht et al 1999; Rootman et al 2001).

2 OBJETIVO GENERAL

Implementar y evaluar la efectividad de un modelo piloto para la inspección, vigilancia y control integrado del acceso, uso y calidad de los servicios de salud del SGSSS.

2.1. Objetivos específicos

1.- Implementar el modelo piloto en la red con mayor cobertura de atención de tres contextos departamentales y municipales diferentes.

2.- Determinar los niveles de acceso y uso de los servicios de atención en afiliados y no afiliados a los regímenes del SGSSS, en las redes de atención seleccionadas.

3.- Determinar la calidad de la atención en consulta ambulatoria, hospitalización y cirugía en usuarios de las redes de atención seleccionadas.

4.- Elaborar la petición de correctivos tendientes a superar las situaciones que limitan el acceso, uso y calidad de los servicios de salud en las redes vigiladas.

5.- Determinar los niveles de acceso, uso y calidad de los servicios de atención en afiliados y no afiliados a los regímenes del SGSSS en las redes de atención, un año después de la petición de correctivos.

6.- Evaluar la efectividad del modelo propuesto para mejorar el acceso, uso y calidad de los servicios en cada una de las redes vigiladas.

3 MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

Paralelo al marco de la normatividad vigente, los marcos conceptuales y teóricos que se tuvieron en cuenta para desarrollar este proyecto incluyeron: modelos de planificación integral e implementación de programas, modelos de análisis del acceso, uso de servicios de salud y de evaluación de la calidad de la atención.

La planeación integral implica considerar tanto elementos estratégicos para superar las resistencias al cambio y crear las condiciones propicias para la realización del programa, como elementos técnicos que permitan gestionar la ejecución de manera adecuada. Un aspecto estratégico es que la implementación de un programa está afectada por la movilización de recursos y la identificación de las organizaciones involucradas en la ejecución, lo que implica la voluntad política de las autoridades sanitarias de turno y la apropiación de las bondades del programa por los directivos de las organizaciones. Así mismo, un aspecto crítico para lograr la mayor aceptabilidad y sostenibilidad de un programa, es incorporar principios y estrategias de participación social y comunitaria, evaluaciones institucionales y técnicas de consenso para la aceptación cultural y facilitar la institucionalización del modelo que se proponga. La participación de la diversidad de actores institucionales y la comunidad involucrada, es fundamental, tanto en la definición de necesidades, problemas y metas, como en el desarrollo e implementación de soluciones. La implementación de un programa debe superar las barreras que surgen en las organizaciones cuando se modifican las prácticas habituales, además de permitir la adaptación del mismo a la variabilidad que puedan presentar los contextos en donde se operará.

Los elementos estratégicos de la implementación son necesarios, pero no suficientes, para que un programa sea ejecutado conforme a lo planificado. Por tal motivo, es necesario desarrollar también los elementos técnicos del plan de

implementación. Las teorías organizacionales modernas fomentan la aplicación de Sistemas de Gestión de Calidad, teniendo como referencia el ciclo PHVA (planear-hacer-verificar-actuar), el análisis de la interacción de procesos (mapa de procesos), el seguimiento y medición de la implementación y las mejoras continuas por medio de herramientas de análisis causal y planes de acción.

Un marco teórico de interés y aplicación reciente, tanto para planear como para dirigir la evaluación de las intervenciones, es el marco RE-AIM (Gaglio et al 2013), el cual propone incorporar múltiples criterios relacionados con el impacto de las intervenciones en salud pública, incentivando a poner atención en elementos cruciales en cinco dimensiones:

– **R**each: Alcanzar la población objetivo. Implica considerar las características de la población que recibe o es afectada por una iniciativa, intervención o programa dado.

– **E**ffectiveness: Eficacia. Evaluación tanto de las consecuencias positivas, como negativas de los programas o intervenciones.

– **A**doption: Adopción, acorde a los contextos objetivo, por parte de las instituciones y el personal. Implica considerar las características de los entornos institucionales en los cuales se adopta una determinada política o programa.

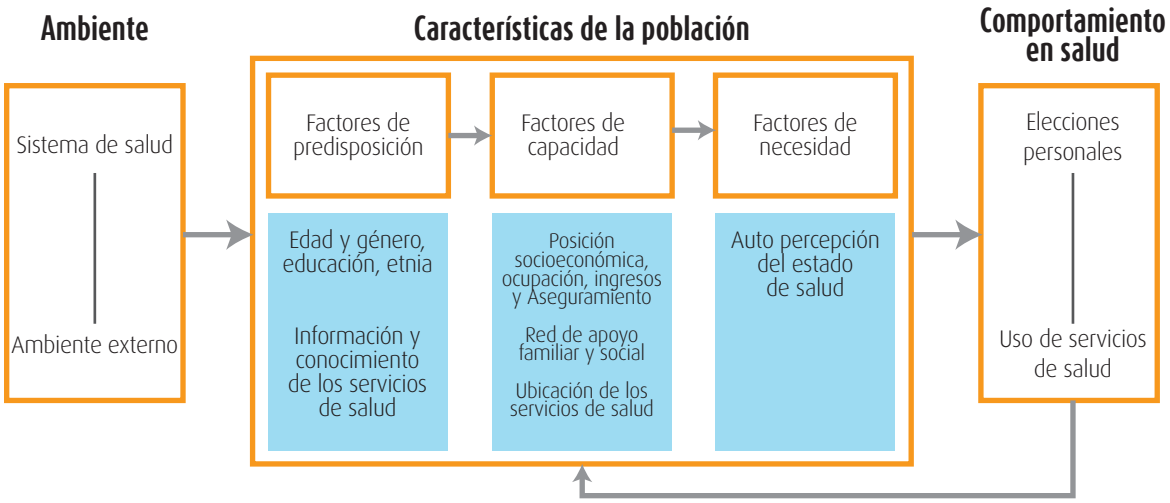
– **I**mplementation: Considerar los procesos y recursos para el desarrollo de una intervención.

– **M**aintenance: Mantenimiento o continuidad de los procesos y efectos de la intervención en individuos y contextos a lo largo del tiempo.

El marco **RE-AIM** destaca el análisis de los procesos o seguimiento a la implementación, así como la evaluación de los resultados, incorporando tanto un análisis en el ámbito organizacional, como en el individual, para examinar así a las instituciones y a los individuos en su conjunto, a lo largo de una implementación.

Respecto a la evaluación de resultados y la efectividad sobre la población, se tomaron como referencia autores como Aday y Andersen (1974), Frenk (1985) y Donabedian (1983), quienes coinciden en que el acceso se da por la interacción de factores individuales, organizacionales, culturales y sociales en el proceso de búsqueda y utilización de los servicios. Se adaptó el modelo de Andersen (1995), en el cual el uso de servicios de salud (variable dependiente) está en función de la interacción de tres tipos de factores: los de predisposición, inherentes a las características poblacionales o de los pacientes; los habilitantes o de capacidad, porque son aspectos que facilitan u obstaculizan el acceso a los servicios de salud; y los de necesidad, relacionados con la percepción del estado de salud o gravedad de los síntomas de enfermedad. Estos elementos se esquematizan en la Gráfica 1.

Gráfica 1. Modelo de análisis para el acceso, uso y percepción de calidad de los servicios de salud



Adaptado de: Andersen, 1995.

De igual manera, al hablar de acceso a los servicios de salud, es importante mencionar lo planteado por Frenk (1995), quien propone el término de accesibilidad como un concepto amplio que incluye el acceso y plantea diferentes dominios para su estudio: un dominio estrecho, que involucra acceso e implica la búsqueda e inicio de la atención y se traduce en una demanda efectiva; un dominio intermedio, que incorpora la continuación en la atención; y un dominio amplio, que incluye el deseo de la atención. Bajo este marco, el proceso de atención tiene varias etapas que pueden ser objeto de análisis e intervención, desde la motivación de los individuos para buscar la atención, la facilidad o barreras para el contacto con los servicios, la satisfacción y utilización final de servicios. Se destaca cómo otros autores proponen, para el análisis del componente de continuidad de la atención, incluir la provisión de medicamentos y las consultas especializadas.

La evaluación de calidad de la atención toma como referencia los preceptos de Abedis Donabedian (1983), diferenciando entre calidad técnica institucional y la calidad interpersonal, la cual se relaciona con las percepciones de los usuarios y la satisfacción de sus necesidades y expectativas. Donabedian propone para la evaluación de la calidad, paralelo al análisis de resultados, las dimensiones de estructura y proceso, ya que permiten generar reflexiones pertinentes para el mejoramiento de la atención en salud (Castaño, 1998; Paganini, 1993). Es así como la evaluación de la estructura está encaminada a determinar la disponibilidad de los recursos de la institución, mientras que la evaluación del proceso mide la ejecución de las acciones y la evaluación del resultado se orienta a la medición de los cambios logrados en el bienestar poblacional (Malagón, 2014). Es por ello que se formulan indicadores en esas tres dimensiones, con el fin de analizar la relación entre las instituciones involucradas, los procesos de implementación del Modelo de IVC y los resultados poblacionales e institucionales que se evidenciaron como logros.

4 METODOLOGÍA

En este proyecto se empleó una metodología multi-métodos, con técnicas cualitativas y cuantitativas que, acorde con los objetivos del proyecto, comprende la implementación y la evaluación piloto del Modelo de IVC.

En la elección del ámbito geográfico del proyecto, se consideró que en Colombia acorde a Ley 617 de 2000 se clasifican las entidades territoriales en categorías, acordes con su tamaño poblacional y la capacidad presupuestal; así, se planteó la selección de tres departamentos y, posteriormente, de un municipio de diferente categoría en cada uno de ellos así: uno de categoría especial (la máxima categoría), uno de categoría intermedia y otro de menor categoría, a partir de criterios de conveniencia relacionados con el interés y viabilidad política manifiesta de las entidades territoriales con la suscripción de un acuerdo de voluntades, para lograr una mayor eficiencia en el uso de los recursos del Programa.

Así, los territorios demostrativos para el piloto de la implementación y evaluación del proyecto fueron los municipios de Corinto (Cauca), El Espinal (Tolima) y Cali (Valle). La implementación del Modelo de IVC tomó como eje central a la autoridad sanitaria local, que corresponde a las Secretarías de Salud ya que por normatividad, tienen las competencias para IVC, y en conjunto con ella se seleccionó la red de servicios que atiende la mayor proporción de población. De esta manera, el desarrollo del piloto pretendió ajustar los procesos del Modelo de IVC acorde con diferentes contextos territoriales y valorar los efectos para garantizar el acceso, uso y calidad de los servicios que presta la red de servicios seleccionada.

Siguiendo los conceptos previamente expuestos sobre la planificación y evaluación integral de programas y proyectos, se desarrollaron elementos estratégicos y técnicos, agrupados en cinco fases que se muestran en la Gráfica 2.

Gráfica 2. Fases para la implementación del Modelo de IVC

Fuente: Elaboración propia.

La fase de diagnóstico se realizó en tres etapas: la primera, tuvo el propósito de obtener información que permitiera identificar los factores facilitantes, limitantes y reforzadores de la implementación del Modelo IVC, desde la perspectiva de los actores locales, para lo cual se desarrollaron talleres de discusión y entrevistas con funcionarios y asociaciones de usuarios; la segunda etapa consistió en el diagnóstico del contexto del municipio y la identificación de los procesos de IVC existentes antes del desarrollo del proyecto, para lo que se empleó el análisis documental de instrumentos como el plan de desarrollo, los manuales de funciones y de procesos disponibles que permitieron identificar las condiciones de salud y demográficas y los aspectos socioeconómicos, consignados en estos documentos. En la tercera etapa, se realizaron entrevistas con los actores involucrados en los procesos de IVC, lo cual permitió conocer cómo están funcionando sus procesos, qué se hace por parte de la institución y quienes son los funcionarios responsables.

La segunda fase o de alistamiento para la implementación, estuvo dirigida al desarrollo de estrategias, herramientas, planes y cronogramas de trabajo en los territorios seleccionados. Para la sensibilización y socialización del Modelo de IVC, se desarrollaron talleres en los que se emplearon formatos para la revisión y ajustes de los procedimientos y procesos de IVC según la realidad del municipio, para lo cual se tomaron como referentes los parámetros de gestión de riesgos y estándares de calidad de la norma ISO 31000.

La tercera fase, desarrollo de las estrategias para la implementación, se inició con la identificación de los núcleos de riesgo en cada municipio, empleando técnicas participativas mediante talleres con los actores del sistema de salud con el fin de identificar las causas y consecuencias asociadas a cada riesgo; posteriormente, se construyó la matriz de riesgo y, a través de técnicas de consenso, se clasificaron en riesgo en alto, medio y bajo; finalmente, se elaboró con las secretarías municipales de salud, representantes de las IPS, las EPS y los usuarios, el plan de gestión de riesgo en salud de cada municipio. A partir del plan, se desarrollaron los correspondientes planes o documentos de correctivos en donde se establecieron las acciones de mitigación de los riesgos y los compromisos por cada actor territorial.

El seguimiento al plan de gestión del riesgo, la cuarte fase, fue realizada mediante visitas y entrevistas a los diversos actores locales involucrados.

Para la quinta fase, la evaluación de la implementación del Modelo de IVC, se consideraron elementos tanto de estructura, como de proceso y resultado. La evaluación de estructura consistió en la identificación de las características organizacionales y del talento humano en las diversas organizaciones involucradas en la implementación, para lo cual se incluyeron los siguientes indicadores: antigüedad laboral, rotación de personal, tipos y tiempos de contratación. La evaluación de los procesos de IVC identificó el desarrollo de actividades para mitigar los riesgos de cada uno de los núcleos priorizados en los municipios de Corinto, El Espinal y Cali, en cada una de las instituciones que participaron en la implementación del Modelo. Los indicadores de proceso fueron: cumplimiento del Plan de Gestión de Riesgo, el porcentaje de avance y las modificaciones realizadas al Plan.

La evaluación de resultados, por su parte, se desarrolló mediante varias estrategias que utilizaron fuentes primarias y secundarias, encuestas poblacionales, revisión de historias clínicas y análisis de bases de datos secundarias, como se describe más adelante. Como proceso, se realizó en dos fases: la primera fue el levantamiento de una línea base, con la medición del acceso, uso y calidad de los servicios de salud antes de la implementación del Modelo de IVC; y la segunda, el levantamiento de una línea control que se efectuó después que el modelo se encontró en marcha en los territorios piloto del proyecto.

Tabla 1. Estructura metodológica para la encuesta poblacional

Tipo de estudio	• Estudio poblacional, de tipo longitudinal con medición en dos cortes: una línea de base y una medición de control posterior al proceso de implementación del modelo de IVC. • Abordaje fundamentado en el método de evaluación rápida, con información recolectada en los usuarios de las redes de atención seleccionadas.
Población y muestra	Población usuaria de las redes de prestación seleccionadas, con indagación sobre los servicios de consulta externa y programas de promoción y prevención. Muestreo de tipo probabilístico estratificado, en donde un estrato corresponde a cada municipio. Tamaño de muestra: • Cali: 387 encuestas • Corinto: 382 encuestas • El Espinal: 385 encuestas

Fuente: Elaboración propia.

Para la recolección de los datos de la población se elaboró un cuestionario que contiene variables socio-demográficas de los individuos a estudiar y en donde se indagó por las variables de uso, acceso y calidad percibida por los usuarios. Este cuestionario fue validado por expertos y ajustado mediante una prueba piloto previa a la aplicación cara a cara por encuestadores entrenados para ello. A cada sujeto se le solicitó la firma de un consentimiento informado y se siguieron los lineamientos éticos de la Resolución 8430 de 1993 y las normas internacionales, por lo cual el estudio fue sometido a los comités de ética institucionales y se garantizó la autonomía de los individuos para participar y la confidencialidad de los datos. Las encuestas digitalizadas fueron analizadas por un experto con el programa Stata®.

Respecto al análisis de calidad técnica institucional, se empleó la revisión de historias clínicas, con el análisis de la atención materno-perinatal seleccionado como evento trazador, complementado con el componente de análisis de calidad interpersonal, medido en la encuesta poblacional respecto a la percepción de los usuarios sobre diversos aspectos de la atención. Así, se diseñó un instrumento con indicadores seleccionados, tomando como parámetros de referencia los indicadores del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad (SOGC), los aspectos críticos incluidos en las rutas de atención integral (RIAS) materno perinatal, la Guía de Atención del Control Prenatal, Parto y Recién Nacido y los aspectos incluidos en la Historia Clínica Perinatal del Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP).

Este instrumento fue también validado por expertos y ajustado en una prueba piloto antes de su aplicación, ejecutada por auxiliares de enfermería y con supervisión por profesionales de enfermería entrenados para el estudio.

Se estudiaron las historias clínicas de mujeres usuarias que realizaron su control prenatal o tuvieron un parto en las redes seleccionadas (ESE Ladera en Cali, Hospital San Rafael en El Espinal y ESE Norte en Corinto). Para la línea de base se tomaron historias clínicas del año 2016 y, para la línea de control, el año 2017. El tipo de muestreo fue probabilístico estratificado por municipios, con selección de los registros clínicos mediante una serie de números aleatorios.

En cuanto al análisis de datos secundarios, se revisaron las bases de datos disponibles de los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud – RIPS, bases de datos del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad – SOGC y bases de datos de PQRS de los municipios de cada territorio piloto. Se tomaron los datos para el año 2015 y el año 2016 para caracterizar las frecuencias de uso de servicios de salud, por sexo, grupos de edad, régimen de aseguramiento, tipos de servicios, las características o dominios de calidad establecidos en las Resoluciones 1446 de 2006 y 256 de 2016, y las barreras a la atención reportadas por los usuarios.

5 LOS PRINCIPALES RESULTADOS

5.1. La implementación del Modelo integrado para IVC de riesgos de acceso, uso y la calidad de los servicios de salud en el ámbito territorial.

El Modelo tiene como propósito operativo constituirse en una herramienta para fortalecer y apoyar el sistema de inspección, vigilancia y control del Sistema General de Seguridad Social en Salud desde el ámbito territorial. Su finalidad principal es contribuir a la garantía del derecho a la salud a través la inspección, vigilancia y control de los procesos y resultados derivados de las relaciones entre los agentes del SGSSS para el acceso, uso y calidad efectivos de los servicios de salud en el nivel local. Este Modelo corresponde a una innovación técnica del Programa, y se diferencia del modelo reactivo actual, aplicado de manera rutinaria en Colombia al estar fundamentado en el enfoque conceptual de la gestión basada en riesgo, que genera un proceso continuo de carácter anticipatorio, en el que el punto de partida es que el regulador identifica y evalúa los riesgos para la consecución de su objetivo regulatorio, e incorpora además la capacidad de los intermediarios para identificar y gestionar esos riesgos (Giufrida el al, 2015; Rivadeneira, 2014).

El Modelo de IVC fue sujeto de una prueba piloto de implementación que tomó como eje central de intervención, a las Secretarías Municipales de Salud de Corinto, Cali y El Espinal; paralelamente, se involucró a las IPS de mayor cobertura y a las EPS con la mayor población afiliada en cada uno de los municipios predefinidos para la prueba piloto, en los tres territorios definidos como demostrativos. En este piloto se aplicaron los procesos de desarrollo de la IVC planteados en el Modelo diseñado en el marco del programa (UT FES-PUJ, 2016). ([1])

La implementación del Modelo de IVC se desarrolló en las cinco fases presentadas en el marco metodológico y a continuación se describen los resultados.

[1] *UT FES-PUJ. Documento técnico GPES /1744D-15. Propuesta del Modelo Prototipo para la IVC en el ámbito territorial. Cuarta versión, marzo del 2016.*

Primera fase: Diagnóstico

El análisis inicial del contexto estratégico reveló que, desde la perspectiva de los actores territoriales responsables de la IVC, los factores facilitantes para la implementación del Modelo corresponden a: la sensibilización de todos los implicados; disponer de autorizaciones o delegación de funciones desde el nivel central (SNS, MSPS o entes departamentales) para realizar las acciones y el acceso a la información requerida; la especificidad de las funciones y compromisos que cada uno debe adquirir y cumplir en el proceso; el talento humano como principal recurso para facilitar la implementación; y los recursos físicos representados en los equipos tecnológicos institucionales. A su vez, como actores aliados para la implementación, fueron identificados por los participantes las entidades prestadoras de salud del municipio, tanto públicas como privadas, las EPS y las organizaciones comunitarias, por estar vinculadas directamente con la atención en salud. Un aspecto clave que enfatizaron los participantes, para la viabilidad del Modelo, es la importancia de hacer un manejo de la implementación en la que se respeten la normatividad vigente que rige los procesos de inspección y vigilancia.

Los factores limitantes para la implementación del Modelo de IVC identificados por los entrevistados, fueron la poca disponibilidad de los funcionarios locales de las EPS e IPS para participar y asumir compromisos; la contratación de redes de servicios de baja calidad para privilegiar la sostenibilidad financiera de las EPS y solventar una aducida insuficiencia de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) del Sistema, poniendo entonces en riesgo la calidad en la prestación de los servicios; la baja fiabilidad de la información; las posibles contradicciones de la normatividad vigente; y la falta de participación de algunas de las EPS o IPS convocadas al no haber una normatividad que las obligara a vincularse a esta prueba de implementación.

Respecto al análisis de documentación de procesos de IVC, no se identificaron manuales que permitieran la estandarización de acciones en los territorios piloto seleccionados.

Segunda Fase: alistamiento para la implementación

Se tomó como punto de partida la información obtenida en las etapas previas y los contenidos de los procesos de inspección, vigilancia y control para desarrollar instrumentos y estructurar talleres de sensibilización y socialización, y aplicar formatos para revisión y ajustes de procedimientos de IVC según la realidad del municipio.

Este proceso implicó desarrollar estrategias de consenso, con múltiples actividades que contaron con la intervención decidida de las autoridades

dades e instituciones locales: la Secretaría de Salud de Corinto, la Secretaría de Salud del Cauca, la Secretaría de Desarrollo Social de El Espinal y la Secretaría de Salud de Cali, la participación activa de los prestadores públicos de servicios de salud como la ESE Norte 2, el Hospital San Rafael del Espinal, y la ESE Ladera; las contribuciones de las EPS Emssanar, Asmet Salud, AIC, Nueva EPS, Comparta, Salud Vida; y valiosos aportes de las asociaciones de usuarios ASOPENCOR, Asmet Salud, CAITCOB, AIC.

Tercera fase: Desarrollo de las estrategias para la implementación

Esta fase se incluyó la recolección de información de fuentes primarias, lo que permitió identificar el contexto del municipio, sus características demográficas (número de habitantes discriminado por sexo), la cobertura de aseguramiento en salud, la población afiliada al régimen subsidiado y contributivo por EPS y la estructura organizacional de la secretaría de salud. Posteriormente, se determinó la capacidad institucional inicial para garantizar acceso, uso y calidad y definir el plan operativo de vigilancia con los actores generadores de riesgo (EPS, IPS, secretaría de salud y asociaciones de usuarios), mediante la revisión de documentos como el Plan de Desarrollo Municipal, los indicadores estadísticos en salud, los manuales de funciones y la Ley 715 en lo que a competencias de los entes territoriales en IVC se refiere.

Una vez caracterizado el municipio, se procedió a la conformación de un grupo funcional de análisis y gestión del riesgo en cada uno de ellos, con los que se trabajó en la identificación de los núcleos de riesgo y la realizaron de eventos de caracterización de estos con cada uno de los actores territo riales del sistema de IVC, e identificar las causas y consecuencias asociadas a cada riesgo. Después, se valoraron los riesgos mediante la construcción de una matriz que permitió clasificarlos en alto, medio o bajo. Finalmente, se elaboró y validó el Plan de Gestión de Riesgo en Salud de cada municipio, con participación de las secretarías municipales de salud, de los representantes de las IPS, EPS, y de las asociaciones de usuarios.

Los núcleos de riesgo que se priorizaron en los tres municipios seleccionados para la prueba piloto del Modelo de IVC fueron: en Cali, red de prestación, seguridad de paciente y trato digno; en Corinto se priorizaron inicialmente los núcleos de afiliación y representación del afiliado, red de prestación y trato digno pero dado el interés demostrado por la comunidad y las asociaciones de usuarios, se tomó la decisión de incluir el núcleo de participación social. En el municipio de El Espinal los núcleos de riesgo trabajados fueron afiliación y representación del afiliado, participación social, trato digno y sostenibilidad financiera.

Tabla 2. Núcleos priorizados por municipio, 2017.

MUNICIPIO	NUCLEO DE RIESGO					
	Afiliación y representación del afiliado	Red de prestación	Trato digno	Participación social	Seguridad del Paciente	Sostenibilidad Financiera
CALI		X	X		X	
CORINTO	X	X	X	X		
EL ESPINAL	X		X	X		X

Fuente: Elaboración propia, con base en la información de los eventos de consenso desarrollados en el proyecto en los diversos territorios

En los municipios de Cali y Corinto, el criterio para priorizar los riegos que plantearon los representantes de las instituciones que participaron en el piloto, fue trabajar en aquellos núcleos en los que ellos, como actores del sistema de salud en sus territorios, pudiesen intervenir de acuerdo con sus competencias. Como se puede observar en la Tabla 2, el núcleo de riesgo que se priorizo en los tres municipios fue trato digno, mientras que los núcleos de riesgo de afiliación, representación del afiliado y participación social se priorizaron en los municipios de Corinto y El Espinal y el núcleo de red de prestación, se priorizo en los municipios de Cali y Corinto. Los núcleos de riesgo que se priorizaron en un solo municipio fueron seguridad de paciente en Cali y sostenibilidad financiera en El Espinal.

Una vez priorizados los núcleos, se realizaron eventos en todos los municipios para identificar los riesgos asociados a cada núcleo, así como sus causas y consecuencias, con el fin de establecer el nivel de riesgo. En el municipio de Cali se identificaron 15 riesgos para los tres núcleos priorizados; en el municipio de Corinto 18 riesgos para los cuatro núcleos priorizados; y en el municipio de El Espinal 16 riesgos para los cuatro núcleos priorizados, para un total de 49 riesgos en los tres municipios, los cuales se presentan a continuación.

Tabla 3. Riesgos identificados por núcleo en el municipio de Cali

Nucleo de riesgo	Riesgo identificado
Afiliación y representación del afiliado	Negación de la afiliación y demora en la portabilidad, movilidad, traslados, nuevos ingresos y novedades
	La no autorización de traslados soportados en el tiempo de afiliación (1 año)
	Fallas de la elaboración de contratos de prestación de servicios.
	Inadecuada política de contratación que limita prestar los servicios y disponer una red de IPS suficiente para atender los afiliados en condiciones de calidad y oportunidad.
	Inconsistencias en las bases de datos
Red de prestación	Red de mayor complejidad insuficiente
	Redes de consulta especializada inadecuadas con baja oportunidad
	Contratación demorada de las EPS a las IPS en el inicio de año
	Inadecuada oportunidad en atención en urgencias
	Procedimientos que deben ser autorizados por especialistas los autorizan médicos generales
Trato digno	Fallas en el agendamiento de las citas médicas.
	Represamiento de consulta de urgencias en horas pico, por ocupación del servicio y por picos
	Tramitomania para acceder a consulta especializada
	Falta de oportunidad de las EPS para la atención –oportunidad a citas médicas especializadas diferentes a las de pediatría, ginecología, obstetricia, medicina interna
Participación social	Recurso Humano insuficiente
	Equipos Médicos no disponibles o dañados
	Trámites administrativos excesivos para las Citas con especialistas
	Medicamentos no entregados completos

Fuente: Elaboración propia, con base en la información de los eventos de consenso desarrollados en el proyecto en el municipio.

Tabla 4. Riesgos identificados por núcleo en el municipio de Corinto

Nucleo de riesgo	Riesgo identificado
Afiliación y representación del afiliado	Negación de la afiliación y demora en la portabilidad, movilidad, traslados, nuevos ingresos y novedades
	La no autorización de traslados soportados en el tiempo de afiliación (1 año)
	Fallas de la elaboración de contratos de prestación de servicios.
	Inadecuada política de contratación que limita prestar los servicios y disponer una red de IPS suficiente para atender los afiliados en condiciones de calidad y oportunidad.
	Inconsistencias en las bases de datos
Red de prestación	Red de mayor complejidad insuficiente
	Redes de consulta especializada inexistentes en el municipio
	Contratación demorada de las EPS a las IPS en el inicio de año
	Oportunidad inadecuada en atención en urgencias con largos tiempos de espera
	Procedimientos que deben ser autorizados por especialistas los autorizan médicos generales
Trato digno	Fallas en el agendamiento de las citas médicas.
	Represamiento de consulta de urgencias en horas pico, por ocupación del servicio y por picos estacionarios
	Tramitomania para acceder a consulta especializada
	Falta de oportunidad de las EPS para la atención –oportunidad a citas médicas especializadas diferentes a las de pediatría, ginecología, obstetricia, medicina interna
Participación social	Recurso Humano escaso
	Equipos Médicos dañados
	Trámites administrativos excesivos para las Citas con especialistas
	Medicamentos que no entregan en el municipio

Fuente: Elaboración propia, con base en la información de los eventos de consenso desarrollados en el proyecto en el municipio.

Tabla 5. Riesgos identificados por núcleo en el municipio de El Espinal

Nucleo de riesgo	Riesgo identificado
Afiliación y representación del afiliado	Negación de la afiliación.
	Restricciones para el aseguramiento debido a problemas de localización física o geográfica
	No prestación del servicio de salud.
Trato digno	Estancias prolongadas de usuarios en el servicio de citas médicas por dificultades administrativas.
	Fallas en el agendamiento de las citas médicas.
	Represamiento de consulta de urgencias en horas pico, por ocupación del servicio y por picos estacionarios.
	Retraso en el tratamiento.Tramitomania para acceder a consulta.
	Negación del servicio por multiafiliación.
	Desacato al fallo de tutelas por parte de las Direcciones Territoriales de Salud, EPS e IPS.
Participación social	Las PQR no se utilizan como insumo para realizar IVC y al mismo tiempo generar acciones correctivas o planes de mejora en la calidad de los servicios.
	Ausencia de seguimiento, monitoreo y evaluación de indicadores producto de las PQR, para mejorar la calidad de los servicios.
	Limitaciones de las formas de participación para solicitar y recolectar información objeto I y V en las EPS y IPS.
	Escasa incidencia de los resultados de la participación o control social en las decisiones de las instituciones.
	Deficiente asesoría y acompañamiento permanente por parte de los entes rectores y entes de control.
Sostenibilidad Financiera	InsuficientesrecursosparaelnormalfuncionamientodelasIPS.

Fuente: Equipo Pontificia Universidad Javeriana Bogotá, con base en el trabajo realizado en la Secretaría de Desarrollo Social y las encuestas aplicadas a los funcionarios.

En los tres municipios se presentaron riesgos similares en los núcleos de trato digno y de afiliación y representación del afiliado. En el caso de trato digno se identificaron dos riesgos que son equivalentes, represamiento de consulta de urgencias en horas pico, por ocupación del servicio y por picos estacionarios, y tramitomanía para acceder a consulta; cabe resaltar que estos dos riesgos se identificaron tanto en el municipio de El Espinal, como en el municipio de Corinto. En el núcleo de riesgo de afiliación y representación del afiliado que se presenta, tanto en el municipio de Corinto como en e El Espinal, el riesgo similar identificado fue negación de la afiliación.

Es de resaltar que el núcleo de riesgo de red de prestación se priorizo tanto en el municipio de Cali como en el de Corinto, y los riesgos identificados por los actores de los municipios fueron diferentes.

Cuarta fase: Seguimiento al plan de gestión de riesgo

En la cuarta fase se recolectó información de fuentes primarias y se validaron los riesgos asociados a cada uno de los núcleos. Para ello se realizaron grupos focales con los representantes de las IPS, EPS y asociaciones de usuarios en cada uno de los municipios seleccionados y, para definir las actividades para mitigar los riesgos, se realizaron entrevistas con cada uno de los actores del Sistema. Con el fin de definir compromisos por parte de los actores en cada municipio, se realizó un evento con los directivos de las IPS, EPS y secretarías municipales y departamentales de salud.

Esta fase se desarrolló en varias etapas: en la primera, se hizo el análisis y valoración de los riesgos calificados como de nivel alto, con los representantes de las EPS, IPS, Secretaría municipal de todos los municipios y con la Secretaría Departamental de salud solo para Corinto; en la segunda, se definió un Plan de Gestión de Riesgos Territorial para el nivel municipal. Para ello se validaron las actividades propuestas en la caracterización de procesos de IVC del Modelo, se verificó cuales eran ejecutados en el municipio, qué herramientas utilizaban para identificar y gestionar los riesgos, cómo lo realizaban, y qué salidas generaban por cada actividad. El resultado final de esta actividad fue el Plan de Gestión del Riesgo, ajustado de cada municipio.

Por último, el plan de gestión de riesgos territorial fue comunicado a todos los implicados y generadores de riesgo y cada entidad relacionada construyó su plan de gestión institucional de acuerdo con los riesgos que, por competencia, podría abordar, y se establecieron los acuerdos pertinentes para la realización de las actividades tendientes a la mitigación de los riesgos.

Quinta fase: evaluación

Para determinar el resultado de la implementación y evaluación de un sistema piloto para la IVC del acceso, uso y calidad de la prestación de servicios en el Sistema General de Seguridad Social en Salud se realizaron dos fases. En la primera fase se evalúo la estructura y los procesos de implementación, y en la segunda, los resultados o efectividad de cambios en el acceso, uso y calidad. A continuación, se presentan los hallazgos de estas dos fases.

5.2. Evaluación de la del Modelo integrado para IVC de riesgos de acceso, uso y la calidad de los servicios de salud en el ámbito territorial.

5.2.1. Evaluación de Estructura

La evaluación de la estructura consistió en la caracterización de características y capacidades institucionales de las instituciones involucradas en la implementación del Modelo Integrado de IVC, en los aspectos de la estructura organizacional, y en cuanto al talento humano la disponibilidad, cualificación y formación. Los Indicadores de estructura que se calcularan fueron:

• Antigüedad laboral

Tiempo durante el cual una persona ha estado trabajando de manera ininterrumpida para la misma entidad en su trabajo principal, independientemente de los cambios de puesto o funciones que haya tenido dentro de la misma.

• Rotación de personal

Número de empleados que abandonan la organización voluntariamente o por causa de despido, terminación o no renovación del contrato laboral, jubilación o fallecimiento estando en servicio activo.

• Índice de rotación por finalización de contratos

Es la relación entre la cantidad total de egresos por la finalización de contratos y la cantidad promedio semestral de empleados de la empresa.

• Número de empleados con contrato indefinido

Mide la cantidad de empleados que se encuentran nombrados o están en carrera administrativa.

A continuación, se presentan los resultados de la evaluación de la estructura:

Como se puede observar en la Tabla 6, una proporción importante de los funcionarios de las entidades públicas que participaron en la implementación de la prueba piloto del Modelo de IVC, eran de libre nombramiento y remoción o provisionales, vinculados mediante contratos de prestación de servicios, en su mayoría renovable cada seis meses.

La inestabilidad laboral y los cortes en los periodos de contratación fueron dificultades presentadas durante la implementación y pueden ser limitantes para la continuidad del Modelo de IVC. Por otro lado, se observa que el Talento humano de las EPS tiene mayor estabilidad, puesto que son vinculados por contratos laborales a término indefinido, mientras que los funcionarios que realizan las funciones de IVC en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y las secretarías municipales de salud, son vinculados mediante contratos de prestación de servicios con una vigencia de seis meses.

Tabla 6. Características organizacionales del talento humano y contrataciones por municipio, 2017.

MUNICIPIO	INSTITUCIÓN	CARGO ACTUAL	TIPO DE CONTRATO		
			PLANTA	CARRERA ADMINISTRATIVA	CONTRATISTA
CALI	Secretaria Municipal de Salud	Profesional universitario, referente a los procedimientos de auditoria del regimen subsidiado			6 meses
		Profesional especializado PPNA			6 meses
		Referente grupo de auditoria y asistencia tecnica a las IPS del Municipio			6 meses
	ESE Ladera	Referente tecnico a la atención al usuario			1 año
		Referente en la vigilancia de salud publica y seguridad del paciente		Contrato a término indefinido	
		Auxiliar de enfermeria			1 año
	Emssanar EPS	Coordinador de auditoria de calidad y seguridad del paciente	Contrato a término indefinido		
		Coordinador de gestion comercial	Contrato a término indefinido		
		Administradora zonal Cali	Contrato a término indefinido		
CORINTO	Secretaria Municipal de Salud	Secretaria - Administradora de la base de datos del RS	Provisional		
		Tecnico de apoyo a la gestion			6 meses
		Secretaria de Salud Municipal	Libre nombramiento y remoción		
	ESE Norte 2	Cordinador punto de atención		Contrato a término indefinido	
	EPS Asmet Salud	Gestora del proceso de gestión de operaciones	Contrato a término indefinido		
	EPS AIC	Gestora del proceso de gestión de operaciones	Contrato a término indefinido		
	NUEVA EPS	Enfermero de Calidad	Contrato a término indefinido		
ESPINAL	Secretaria de Desarrollo Social	Apoyo Base de Datos			Prestación de servicios
	Secretaria de Desarrollo Social	Auxiliar Atención Usuario PQR	Contrato a término indefinido		
	Secretaria de Desarrollo Social	Apoyo a la Gestión Secretaria de Desarrollo Social			Prestación de servicios
	Secretaria de Desarrollo Social	Directora Administrativa Programas Especiales	Contrato a término indefinido		

Fuente: Elaboración propia, con base en la información de los instrumentos de caracterización y seguimiento desarrollados por el proyecto

Las funciones que realizan los empleados de las instituciones seleccionadas para el proyecto, eran acordes con las definidas en la Ley 715 de 2006. Aunque se observa que realizan funciones propias de IVC, tienen diversidad de tareas como la atención a quejas y reclamos de los usuarios, re direccionamiento para garantizar el acceso y la atención oportuna, manejo de bases de datos, gestión del riesgo en salud, y coordinación de procesos asistenciales y administrativos ante los diferentes actores, lo que fue una de las principales limitantes en el proceso de implementación del Modelo de IVC.

Como se muestra en la Tabla 7, la Secretaría de Salud del Cali presenta el índice más alto de antigüedad laboral con 6,67 años, seguido por la Secretaría de Salud de Corinto con 5 años, y la de menor índice es la Secretaría de Desarrollo Social del municipio de El Espinal cuyo índice es de 3,5 años. Se puede evidenciar que la EPS que presenta el mayor índice en los tres municipios es Emssanar con el 10,66 años, lo que da cuenta de la continuidad de los procesos en esta organización, se vio reflejado en la implementación y puede convertirse en un factor de viabilidad para la continuidad del Modelo de IVC.

Tabla 7. Indicador de antigüedad laboral por municipio, 2017.

Municipio	Institución	Indicador de antigüedad laboral (años)
CALI	Secretaría Municipal de Salud	6,67
	ESE Ladera	7,33
	Emssanar EPS	10,66
CORINTO	Secretaría Municipal de Salud	5
	ESE Norte 2	1
	EPS Asmet Salud	3
	EPS AIC	3
	Nueva EPS	2
ESPINAL	Secretaría de Desarrollo Social	3,5

Fuente: Elaboración propia, con base en la información de los instrumentos de caracterización y seguimiento desarrollados por el proyecto

El resultado del indicador de rotación de personal en los tres municipios fue cero en el periodo comprendido entre febrero de 2017 y enero de 2018, situación presentada porque, aunque la duración de los contratos de prestación de servicios es de seis meses, estos fueron renovados pasados 15 días de la fecha de finalización.

De los empleados que participaron en la prueba piloto de implementación del Modelo de IVC, la EPS Emssanar del municipio de Cali tiene contratados a los funcionarios con modalidad de contrato a término indefinido y la ESE Ladera tiene un empleado con contrato a término indefinido de carrera administrativa.

En el municipio de Corinto la contratación a término indefinido se presenta en las EPS AIC, Asmet Salud y la Nueva EPS. En la ESE Norte 2, el funcionario que participó en el proyecto está contratado a término indefinido de carrera administrativa. En el municipio de El Espinal, de los tres funcionarios que participaron en la implementación, solo uno tiene contrato a término indefinido de carrera administrativa.

5.3. Hallazgos de la evaluación de resultados en el acceso, uso y calidad.

Con la finalidad de identificar las variables críticas para el acceso oportuno, el acceso adecuado y la calidad de la prestación de servicios de salud, se realizaron los procesos de encuesta poblacional o encuesta a usuarios y de revisión de historias clínicas. Una vez realizados estos procesos, se procedió al análisis que incluyó la construcción de modelos estadísticos de regresión múltiple para identificar los determinantes más relevantes (significancia de $p>0,05$) en la medición de línea de base para el uso general de servicios, medicamentos, consultas preventivas y servicios de consulta por morbilidad, a partir de los datos de las encuestas a usuarios. Además, para el análisis de efectividad medida por los cambios en el acceso, uso y calidad, entre la línea de base previa a la implementación del Modelo, y la línea de control posterior a su implementación, se realizaron análisis de diferencias de las variables provenientes de las encuestas y de la revisión de calidad técnica mediante historias clínicas, empleando las pruebas estadísticas de Chi Cuadrado y prueba de Fischer, con el parámetro de considerar un nivel de significancia en los cambios para un $p>0,05$.

A continuación, se resumen los hallazgos para cada territorio involucrado en el proyecto, destacando que, debido a que el proceso de medición, estuvo asociado a la red de mayor cobertura poblacional con instituciones de carácter público, un porcentaje cercano al 90% corresponde a población del régimen subsidiado, por lo cual no fue factible realizar comparaciones por regímenes de afiliación.

5.3.1. Municipio de Cali

En el municipio de Cali los resultados de la encuesta a usuarios, analizados mediante el modelo de determinantes del uso general de servicios que empleó la variable dependiente de asistencia en el último año a instituciones formales del sistema de salud, evidenció que uno de los factores relevantes (valor $p<0.05$) fue el conocimiento de los servicios que provee la entidad de salud, encontrando que, si la persona conoce sobre los servicios, la probabilidad de usarlos es 23 veces mayor. Otras variable relevante en el uso de servicios de salud fue el cambio de EPS que disminuye el uso en una tercera parte.

Posteriormente, al comparar esas variables de la encuesta, entre la medición de la línea de base y la medición de la línea de control, después de la implementación del Modelo en el municipio, se encontró que no hay cambios significativos, aunque si se encontraron diferencias relevantes en otras variables relacionadas con el conocimiento e información de los usuarios respecto a los servicios y sus derechos en salud. Así, el conocimiento de los usuarios acerca de las instituciones a las que pueden acudir por urgencias, presenta una mejora, al pasar de 75% al 82%; también se encontró que las instituciones de salud mejoraron en en cuanto a disponer de la opción de escoger al médico para la atención, que pasa de un 31% a un 41%.

También se destaca que, respecto a las variables medidas con la encuesta de usuarios sobre otros riesgos para el acceso, uso y calidad, tales como la percepción de la oportunidad en la atención y de los trámites administrativos, no se evidenciaron cambios significativos; aunque es preocupante una ligera tendencia al aumento de la percepción de los usuarios, sobre la cantidad de trámites.

En cuanto al uso de servicios preventivos, medido con la pregunta a los usuarios acerca de la necesidad de consultar estando sano, se encontró en la línea de base como determinante significativo el trato del personal administrativo, calificado de excelente por los usuarios y la probabilidad de consulta que aumento en 2,7 veces. Sin embargo, esta variable no presentó cambios significativos al comparar la línea de base con la línea de control.

En cuanto al análisis de los servicios curativos, medido por la pregunta a los usuarios de consulta ante problemas de salud, no se identificaron como determinantes significativos variables relacionadas con los servicios de salud.

Respecto al análisis del dominio amplio del acceso que involucra la continuidad y la atención integral, medida mediante la pregunta de entrega de los medicamentos recetados a los usuarios en el último año, se encontró como una variable determinante significativa, los trámites administrativos para lograr la entrega. Así, el que no se realicen trámites (autorizaciones, sedes distintas a donde se realiza la consulta) aumenta la probabilidad de entrega de medicamentos para los usuarios en 13,6 veces. En el análisis comparativo de la línea de base frente a la línea de control, no se encontraron cambios significativos en estas variables.

En cuanto a la medición de calidad técnica, realizada por revisión de historias clínicas, al comparar la línea de base y la de control se encontraron mejoras en aspectos de la atención prenatal, como aumento significativo en el registro de edad gestacional, aunque hay deficiencias en aspectos críticos como la no calificación del riesgo materno en los diversos controles. Respecto a la calidad de la atención del parto, se evidencia una mejora de la toma de serología al momento del alumbramiento, aunque hay deficiencias por el bajo uso del partograma. En cuanto a la calidad en la atención del recién nacido (RN) se encontró una mejora por el aumento en las indicaciones de la lactancia materna exclusiva, y también se mantuvo una mejora en ese aspecto durante el puerperio, evidenciado por un aumento en la consejería durante esa atención. Además, en la calidad del puerperio, se encontró mejora en la provisión de un método de planificación.

5.3.2. Municipio del Espinal

Para el Municipio del Espinal, en el modelo de análisis de determinantes del uso de servicios en el último año en instituciones formales del sistema de salud, se identificó dentro de las variables relevantes, la percepción de calidad del servicio prestado; así, si el servicio es valorado por los usuarios como malo, la probabilidad de asistir es un 95% menor que aquellos que calificaron el servicio como bueno. Al comparar esas variables entre la línea de base y la línea de control, después de la implementación del Modelo en el municipio, no se encontraron cambios significativos.

En cuanto al análisis del uso de servicios preventivos, medido con la pregunta a los usuarios acerca de la necesidad de consultar estando sano, se evidenció como un determinante significativo el trato del personal de enfermería. Así, cuando ese trato fue excelente, la probabilidad de consulta aumentó 8,2 veces. Sin embargo, al comparar las variables entre la línea de base y la línea de control, no se encontraron cambios significativos.

En cuanto al análisis de los servicios curativos, medido por la pregunta a los usuarios de consulta ante problemas de salud, se identificó como un determinante significativo relacionado con los servicios de salud, la entrega por escrito de la carta de derechos y deberes; así, para aquellos que la recibieron la probabilidad de consultar fue 3,3 veces más alta. Al comparar esta variable entre la línea de base con la línea de control, se encontró una mejora al pasar del 21% al 33%, aunque la cifra es preocupantemente baja.

También se destaca que en el análisis comparativo de la línea de base con la línea de control se encontraron cambios en otras variables relevantes que indican mejoras relacionadas con los servicios de salud como fueron: un aumento de la oportunidad de escoger el médico al pasar de 74 al 82% y del conocimiento de los usuarios de las instituciones para atención de urgencias, al pasar del 83% al 92%.

Respecto al análisis del dominio amplio del acceso que involucra la continuidad y la atención integral, medida mediante la pregunta de entrega de los medicamentos recetados a los usuarios en el último año, se encontró como una de las variables determinantes significativa, los trámites para esa entrega; así, quienes no realizaron tramites tuvieron una probabilidad de entrega de 94 veces mayor frente a quienes realizaron trámites excesivos. Esta variable no tuvo cambios significativos al comparar la línea de base con la medición de línea de control.

En cuanto a la medición de calidad técnica por revisión de historias clínicas, al comparar la línea de base y la de control, en cuanto a aspectos de la atención prenatal se encuentran mejoras en la realización de la serología en el último trimestre; sin embargo, hay detrimento en variables de realización de la ecografía. En cuanto a la calidad del parto, se incrementó significativamente el uso del partograma y el registro de la presencia o no de complicaciones. Respecto a la calidad de la atención del recién nacido y del puerperio, desde la línea de base se encontraron indicadores favorables en las variables trazadoras seleccionadas y no hubo cambios significativos.

5.3.3 Municipio de Corinto

Para el Municipio de Corinto, en el análisis de determinantes del uso de servicios en el último año a instituciones formales del sistema de salud, se identificó que una de las variables relevantes fue el recibir información sobre acciones de prevención, ya que aumenta 4 veces la probabilidad de uso. Al comparar esa variable entre la medición de línea de base frente a la línea de control, después de la implementación del Modelo, no se encontraron cambios significativos.

En cuanto al análisis del uso de servicios preventivos, medido con la pregunta a los usuarios de la necesidad de consultar estando sano, se evidenciaron como determinantes significativos el conocimiento de derechos y la escogencia del médico, las cuales aumentaron casi dos veces la probabilidad de uso. Sin embargo, al comparar las variables entre la línea de base y la línea de control, no se encontraron cambios significativos. En cuanto al uso de servicios curativos, medido por la pregunta de consulta ante problemas de salud, no se identificaron determinantes significativos relacionados con los servicios de salud; aunque se destaca que, al analizar las variables de posibilidad de escogencia del médico y la institución de salud, se presentó una tendencia a la disminución, en detrimento de los derechos de los usuarios.

Respecto al análisis del dominio amplio del acceso que involucra la continuidad y la atención integral, medida mediante la pregunta de entrega de los medicamentos recetados a los usuarios en el último año, se encontró como una variable determinante significativa, los trámites para la entrega de medicamentos; así, quienes no realizaron tramites tuvieron una probabilidad de entrega 5,9 veces mayor frente a quienes realizaron trámites excesivos. Esta variable no tuvo cambios significativos al comparar la medición de línea de base frente a la línea de control.

En cuanto a la medición de calidad técnica por revisión de historias clínicas, al comparar la línea de base y la de control, en lo relativo a la atención prenatal se encontró detrimento por disminución en el registro del nivel de riesgo de la materna y en la realización de ecografía. Respecto a la calidad del parto hubo mejora por aumento en la toma de la serología, aunque disminución en las variables del uso del partograma y la educación en planificación familiar. En cuanto a la atención del recién nacido, las variables trazadoras de calidad fueron adecuadas, sin cambios entre la línea de base y la línea de control. En las variables de la calidad de la atención del puerperio se encuentra disminución de la consejería en la lactancia materna.

6 DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Desde la percepción de los actores involucrados en la implementación del Modelo integrado para la inspección, vigilancia y control de riesgos de acceso, uso y la calidad de los servicios de salud en el ámbito territorial, se refieren como logros relacionados con la efectividad del Modelo, respecto a los objetivos planteados para la implementación, los siguientes:

- Contribuyó a estandarizar los procesos de IVC para sus territorios.

- Mejoró los lazos de comunicación entre los actores locales del Sistema de Salud, lo cual permitió procesos concertados y participativos para la priorización de riesgos y planteamiento de estrategias para la mitigación de riesgos en el acceso, uso y calidad.

- Permitió definir acciones de mejora para la atención integral a los usuarios, con definición de estrategias para la disminución de barreras.

- Fortaleció la calidad de atención y aumentó la satisfacción de los usuarios, evidenciado por la disminución de las PQRD.

- Fortaleció el manejo de información y toma de decisiones para el mejorar la provisión de servicios de salud.

No obstante, los resultados de efectividad medidos mediante las encuestas de usuarios muestran datos no concordantes en diversos aspectos organizacionales, que son corroborados por los análisis de las bases institucionales secundarias disponibles. Así, en cuanto al análisis de PQRD se encontró que en los municipios de Cali y El Espinal, al comparar la línea de base respecto a la medición de control, hay persistencia de reclamaciones en los aspectos de trato digno, oportunidad de elegir al médico o institución de salud, oportunidad de la cita y el limitado personal. En el municipio de Corinto, se destacaron en la línea de base, las quejas por no oportunidad en la atención, mientras que en la medición de control se destacaron las quejas por congestión en el servicio de urgencias. Por otra parte, del análisis de indicadores del SOGC se destaca el no cumplimento de indicadores de oportunidad en consulta de especialidades básicas como pediatría y ginecoobstetricia.

Estos hallazgos evidencian que, si bien hay mejoras en aspectos críticos para el acceso oportuno, uso adecuado y calidad, tales como en la oportunidad de escoger la institución o el médico, o los conocimientos sobre los servicios de salud, se requieren acciones continuadas para lograr cambios efectivos en diversas variables modificables y que corresponden al rango de acción de las instituciones involucradas en la atención en salud, como lo reiteran otros autores (Jaramillo et al, 2001; Pazmiño et al, 1998). Así, se evidencia la aplicabilidad y algunos resultados exitosos tempranos con la implementación del Modelo de IVC. Sin embargo, hay un largo camino que implica la continuidad de los procesos propuestos y mediciones periódicas con indicadores claves (Salinas et al, 2006), para lograr mayores cambios requeridos para contribuir al bienestar poblacional.

Se encuentran en el país diversos estudios sobre el acceso y la utilización de servicios en el marco del aseguramiento para la salud (Tovar et al, 2014), los cuales, en general, muestran que el aseguramiento no es suficiente para la garantía en el acceso y señalan la relevancia de barreras a la utilización de servicios, relacionadas con características organizativas y la calidad de la atención (Vargas et al 2010, Vargas et al 2009), el conocimiento de derechos en salud (Cortés et al, 2010) y la información de los procesos de gestión para la atención (Guzman, 2008).

Debido a que este proyecto se centró en una red de atención de mayor cobertura(que en este caso fueron todas de carácter público), en cuanto a los regímenes de afiliación, los análisis son aplicables en su mayoría, a la población afiliada al régimen subsidiado, aunque es de destacar que, de acuerdo con autores como Mejía et al (2007), hay evidencias que desde la decisión de buscar atención y el contacto inicial con el sistema de salud, no se observan diferencias entre afiliados al régimen contributivo y subsidiado.

Los hallazgos de la evaluación son coherentes con diversos estudios: en un estudio cualitativo para comprender el proceso de acceso a los servicios de salud en Medellín (Echeverry, 2011), se identifica que los usuarios enfrentan en general 5 barreras: atención parcial o discontinua, rechazo o demora en la atención especializada, entrega incompleta de tratamientos, fragmentación de la atención y cobros excesivos. Por otra parte, Díaz et al (2011) en un estudio para caracterizar el acceso a los servicios de salud en Cali, reporta cómo una importante proporción de los usuarios desconoce, además del tipo de subsidio a que tiene derecho, el portafolio de servicios respectivo, revelándose, por ejemplo, que sólo el 39,4% de los afiliados al régimen subsidiado reportó haber recibido información al respecto.

Finalmente, si bien una limitante del proyecto fue no poder realizar una comparación en los niveles de acceso entre población afiliada y no afiliada y entre regímenes, dado que el área de estudio la constituyeron Empresas Sociales del Estado de los tres municipios escogidos, los resultados son aplicables principalmente a población afiliada del régimen subsidiado. Es una fortaleza el diseño cuasi-experimental caracterizado por una línea de base y otra medición de control para evaluar los resultados de la implementación del Modelo de IVC. A la fecha de realización de este estudio, no se encontraron intervenciones con el objetivo de incrementar el acceso a los servicios de salud a nivel nacional, por lo tanto, el presente estudio se constituye en un marco de referencia. La inclusión de tres municipios, con características variables entre ellos, incrementan la validez externa de la prueba piloto y por lo tanto, la aplicabilidad de los resultados a nivel nacional.

7 BIBLIOGRAFIA

Aday LA, Andersen R (1974). A framework for the study of access to medical care. *Health services research; 9(3):208.*

Andersen RM (1995). Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *J Health Soc Behav.;36(1):1-10.*

Alvis-Guzmán N, Alvis-Estrada L, Orozco-Africano J (2008). Percepción sobre el Derecho a la Salud y Acceso a Servicios en Usuarios del Régimen Subsidiado en un Municipio Colombiano, 2005. *Rev Salud Pública;10(3).*

Castaño R, Zambrano A (2006). Biased Selection within the Social Health Insurance Market in Colombia. *Health Policy; 79: 313-24.*

Castaño RA (1998). ¿Como medir calidad? Vía Salud; *tercer trimestre, pp7-13.*

Díaz C, Zapata Y, Aristizábal JC (2011). Access to preventive services in contributive and subsidized regimes of health in a (slums) stratum two neighborhood of the city of Cali. *Rev Gerenc Políticas Salud.;10(21):153–175.*

Donabedian A (1983). La calidad de la atención médica. *Ciudad de México: La Prensa Mexicana:*

Echeverry-López ME (2011). Reforma a la salud y reconfiguración de la trayectoria del acceso a los servicios de salud desde la experiencia de los usuarios en Medelllín, Colombia. *Rev Gerenc Políticas Salud;10(20):97-109.*

Franco-Cortés AM, Ramírez-Puerta S, Escobar-Paucar G, Isaac-Millán M, Londoño-Marín PA (2010). Barriers of access to oral health services in 1-5 year old children belonging to displaced families. *CES Odontol.;23(2):41–48.*

Frenk J (1985). El concepto y la medición de accesibilidad. *Salud pública de México.;27(5):438–453.*

Gaglio B, Shoup JA, Glasgow RE (2013). The RE-AIM framework: a systematic review of use over time. *American journal of public health. Jun;103(6):e38-46.*

Giuffrida, A., Pinzón-Fonseca, D. A., & Piñeros-García, C. A. (2015). Supervisión Basada en Riesgos, la nueva apuesta de la Supersalud. *Monitor Estratégico(7), 8-16*

Habicht J, Victora C, Vaughan J (1999). Evaluation designs for adequacy, plausibility and probability for public health programme performance and impact. *Int J Epidemiol; 28(1:): 10-8.*

Jaramillo I, Martínez R, Olaya S, Reynales J, Uribe C, Castaño RA, et al (2000). Efectos de la reforma de la seguridad social en salud en Colombia sobre la equidad en el acceso y la utilización de servicios de salud. *Rev Salud Pública.;2(2):145–164.*

Jaramillo I, Palomino, Al; Pasmiño S, Pinzón B., F (2001). Mejoramiento continuo de la atención prenatal y su impacto en la mortalidad perinatal en dos instituciones de salud de Popayán. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología [Internet]. 2001;52(1). *Recuperado de: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=195218309005.*

Malagón, G., Poton, G., & Reynales, J., (2014). Auditoria en salud, Para una gestión eficiente, 3ra edición, *Editorial Medica Panamericana.*

McKenzie J, Neiger B, Smeltzer J (2005). Planning, Implementing, and Evaluating Health Promotion Programs. *A Primer. 4th ed. San Francisco: Pearson-Benjamin Cummings.*

Mejía-Mejía A, Sánchez-Gandur AF, Tamayo-Ramírez JC (2007). Equidad en el acceso a servicios de salud en Antioquia, Colombia. *Rev Salud Pública; 9(1).*

Ministerio de la Protección Social (2002). Programa de Apoyo a la Reforma de Salud. Proyecto Evaluación y Reestructuración de los Procesos, Estrategias y Organismos Públicos y Privados encargados de adelantar las Funciones de Vigilancia y Control del Sistema de Salud. In: PARS, editor. *Bogotá: Ministerio de la Protección Social.*

Nutbeam D, Bauman A (2006). Evaluation in a Nutshell. A practical guide to the evaluation of health promotion programs. *Sydney: McGraw-Hill.*

Paganini JM (1993). Calidad y eficiencia en la atención hospitalaria. OPS serie HSS/silos-30. *Washington, DC; Organización Panamericana de la Salud.*

Pazmiño S., Amashta, F., Perdomo, C., Torres, L., Rojas, J., Arturo Rojas, M., Zambrano, L., Narjer, K., Juvinao, V., & Agudelo, C. (1998). La calidad del control prenatal como garantía de salud de madres y recién nacidos. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología, 49(4), 190-195. doi:http://dx.doi.org/10.18597/rcog.1068.*

Pineault R, Daveluy C. (1995) La planificación sanitaria. Conceptos, métodos, estrategias. 2a. ed. *Barcelona: Masson S.A.*

Plaza B, Barona A, Hearst N (2001). Managed competition for the poor or poorly managed competition? Lessons from the Colombian healthreform experience. *Health Policy Plann;2: 44-51.*

Restrepo Zea JH, Zambrano A, Ramirez-Gomez M (2007). Health insurance as a strategy for access: streamlined facts of the Colombian Health Care Reform.

Rivadeneira, A. G. (2014). Marco conceptual y legal sobre la gestión de riesgo en Colombia: Aportes para su implementación. *Monitor Estratégico(5), 4-11.*

Rodríguez S, Roldán P (2008). Estimación de los determinantes del acceso a los servicios de salud en la Región Caribe/Estimation of the determinants of access to health services in the Caribbean Region. *Rev Econ Caribe; (2): 107-129.*

Rootman I, Goodstadt M, Hyndman B, et al (2001). Evaluation in health promotion. Principles and perspectives. *Copenhagen: World Health Organization.*

Rubio-Mendoza ML (2008). Equidad en el acceso a los servicios de salud y equidad en la financiación de la atención en Bogotá. *Rev Salud Pública.;10(1).*

Ruiz F, Uprimny M (2012). Sistema de salud y aseguramiento social entre la reforma estructural y el ajuste regulatorio. *Bogotá: Ecoe Ediciones.*

Salinas PH, Erazo B Marcia, Pastén M Jorge, Preisler R Jessica, Ide V Rodolfo, Carmona G Sergio et al (2006). INDICADORES DE CALIDAD DE ASISTENCIA EN OBSTETRICIA. *Rev. chil. obstet. ginecol 71(2): 114-120.*

Tovar-Cuevas LM, Arrivillaga-Quintero M (2014). Estado del arte de la investigación en acceso a los servicios de salud en Colombia, 2000-2013: revisión sistemática crítica. *Gerencia Políticas Salud [Internet]. 19 de diciembre.*

Trujillo A, McCalla D (2004). Are Colombian Sickness Funds Cream Skimming Enrollees? An Analysis with Suggestions for Policy Improvement. *Journal of Policy Analysis and Management;23: 873-88.*

Vargas-Lorenzo I, Vázquez-Navarrete ML, Mogollón-Pérez AS (2010). Acceso a la atención en salud en Colombia. *Rev Salud Pública;12(5).*

UT FES-PUJ (2016). Documento técnico GPES /1744D-15. Propuesta del Modelo Prototipo para la IVC en el ámbito territorial. *Cuarta versión, marzo del 2016.*

UT FES-PUJ (2016 B) Informe Cualitativo sobre Factores de Implementación, *septiembre 2016.*

LA PARTICIPACIÓN SOCIAL Y LA PROTECCIÓN AL USUARIO: PERSPECTIVAS Y REALIDADES EN LA IMPLEMENTACIÓN DE UN MODELO DE INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL

Francy Yanira Pineda Granados

COLCIENCIAS
GOBIERNO DE COLOMBIA
Pontificia Universidad JAVERIANA Bogotá
INSTITUTO DE Salud Pública
FES
FUNDACIÓN HORIZONTES PROFESIONALES
OISS ORGANIZACIÓN IBEROAMERICANA DE SEGURIDAD SOCIAL

CAPÍTULO: La participación social y la protección al usuario: perspectivas y realidades en la implementación de un modelo de inspección, vigilancia y control

Autora
Francy Yanira Pineda Granados

Evaluadora:
Yolanda Zapata Bermudez

Programa:
Desarrollo y Evaluación de un Modelo Integrado de IVC del Acceso Oportuno, el Uso Adecuado y la Calidad en la Prestación de Servicios en el SGSSS Colombiano.

Proyecto:
Participación social y protección al usuario.

Fechas de ejecución:
Octubre de 2015 a Enero 2018

Institución ejecutora:
Organización Iberoamericana de Seguridad Social -OISS.

Investigador Principal:
Jairo Alberto Betancourt Maldonado

Equipo Técnico OISS:
Francy Yanira Pineda Granados
Coinvestigadora

Joan Esteban Betancourt Salazar
Asistente de Investigación

María Helena Patiño Farieta
Analista Jurídico

COLCIENCIAS
GOBIERNO DE COLOMBIA
Pontificia Universidad JAVERIANA Bogotá
INSTITUTO DE Salud Pública
FES
FUNDACIÓN HORIZONTES PROFESIONALES
OISS ORGANIZACIÓN IBEROAMERICANA DE SEGURIDAD SOCIAL

CAPÍTULO

LA PARTICIPACIÓN SOCIAL Y LA PROTECCIÓN AL USUARIO: PERSPECTIVAS Y REALIDADES EN LA IMPLEMENTACIÓN DE UN MODELO DE INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL

Autora

Francy Yanira Pineda Granados[1]

[1] *Bacterióloga. M. Sc. Infecciones y Salud en el Trópico. Especialista en epidemiología. Coinvestigadora Organización Iberoamericana de Seguridad Social (OISS). Proyecto de Participación Social y Protección al Usuario.*

TABLA DE CONTENIDO

1 INTRODUCCIÓN Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA 405

2 METODOLOGÍA Y RESULTADOS 408

2.1 DIAGNÓSTICO DE LA EFECTIVIDAD DE LA PARTICIPACIÓN SOCIAL Y PROTECCIÓN AL USUARIO 408

2.2. RECOMENDACIONES A PARTIR DEL DIAGNÓSTICO DE LA EFECTJVIDAD DE LA PARTICIPACIÓN SOCIAL Y PROTECCIÓN AL USUARIO 415

3 DISEÑO DEL MODELO DE IVC PARA PARTICIPACIÓN SOCIAL Y PROTECCIÓN AL USUARIO 419

3.1 METODOLOGÍA PARA EL DISEÑO DEL MODELO DE PARTICIPACIÓN SOCIAL Y PROTECCIÓN AL USUARIO 419

3.2 MODELO DE PARTICIPACIÓN SOCIAL Y PROTECCIÓN AL USUARIO 420

4 PRUEBA PILOTO DEL NÚCLEO DE PARTICIPACIÓN SOCIAL Y PROTECCIÓN AL USUARIO EN EL MUNICIPIO DE EL ESPINAL-TOLIMA 425

4.1 METODOLOGÍA Y RESULTADOS DE LA PRUEBA PILOTO 425

4.1.1 Recolectar y analizar la información para la línea de control y resultados sobre la Implementación del procedimiento para la Caracterización de la utilización de la información procedente de los mecanismos de protección al usuario.

4.2 RESULTADOS Y RECOMENDACIONES DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA PRUEBA PILOTO EN EL MUNICIPIO DE EL ESPINAL TOLIMA 430

4.2.1 Resultados y recomendaciones para incorporar la participación de los usuarios en el seguimiento, monitoreo y evaluación a los diferentes núcleos de riesgos para el acceso, uso y calidad de los servicios 430

4.2.2 Resultados y recomendaciones para incorporar a las Direcciones de Salud para la IVC de la participación social y la protección al usuario 432

4.2.3 Resultados y recomendaciones para incorporar la información procedente de PQR, tutelas y desacatos de tutelas como insumo 433

5 BIBLIOGRAFÍA 435

1 INTRODUCCIÓN Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En Colombia, en desarrollo del Artículo 48 de la Constitución Política y en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) creado por la Ley 100 de 1993, se plantearon nuevos referentes a la participación social. Desde entonces, los afiliados al régimen contributivo y subsidiado lograron una participación individual y colectiva en las instituciones que conforman el SGSSS, ya sean rectoras, promotoras o prestadoras (Ley No 100, 1993).

De la misma manera, la protección al usuario se concibió en el marco de la creación del SGSSS en desarrollo del Artículo 49 Constitucional, bajo los principios orientadores de eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad y participación. De conformidad con el artículo 159 de la Ley 100, se reguló el servicio público esencial de salud, procurando generar las condiciones de acceso a la población en todos los niveles de atención (Ley No 100, 1993).

En los años 2007, 2011 y 2015, se introdujeron reformas a la Ley 100 de 1993 que proporcionaron herramientas para la participación de los ciudadanos en el Sistema de Salud: la Ley 1122 de 2007, fomentó la participación en la salud pública incorporándola como uno de los ejes del Sistema de Inspección, Vigilancia y Control (Ley No. 1122 , 2007); la Ley 1438 de 2011, impulsó la estrategia de la Atención Primaria en Salud (APS), incluyendo la participación social como un elemento fundamental y permitiéndola en la elaboración del Plan Decenal de Salud Pública (Ley No. 1438 , 2011); la Ley Estatutaria de Salud (Ley No 1751, 2015), definió la participación en las decisiones del Sistema como una garantía y mecanismo de protección al Derecho Fundamental a la Salud.

En este mismo año, se avanzó con la expedición de la Ley Estatutaria de Participación Social (Ley No 1751, 2015), que estableció las disposiciones en materia de promoción y protección del derecho a la participación democrática, definiendo las normas fundamentales por las que se rigen las organizaciones civiles. De igual manera, esta Ley definió el control social, como el derecho y el deber de los ciudadanos a participar de manera individual o a través de sus organizaciones, redes sociales e instituciones, en la vigilancia de la gestión pública y sus resultados.

Es así, como un cuarto de siglo después, los reguladores del SGSSS han preservado el concepto original sobre la participación social como "un proceso de interacción social para intervenir en las decisiones de salud respondiendo a intereses individuales y colectivos para la gestión y dirección de sus procesos, basada en los principios constitucionales de solidaridad, equidad y universalidad en la búsqueda de bienestar humano y desarrollo social", definido originalmente por el Decreto 1757 de 1994 y permaneciendo vigente al ser incorporado al Decreto Único Reglamentario 780 de 2016 del Sector Salud (Decreto No 780, 2016).

En cuanto a la Inspección, Vigilancia y Control (IVC), todas las entidades públicas y privadas del sector, por mandato constitucional, tienen la obligación de permitir la participación de la ciudadanía y el control social en la administración, así como la injerencia en la toma de decisiones. Frente a la participación ciudadana en el sistema de IVC, un estudio del Programa de Apoyo a la Reforma (PARS) del Ministerio de la Protección Social, encontró un exceso de normatividad sin una coherencia e integralidad que permitiese el desarrollo de una cultura de la participación, limitaciones en su desarrollo normativo, dispersión de las propias organizaciones comunitarias frente a objetivos particulares, oferta excesiva de mecanismos de participación social y captura de la participación ciudadana por diferentes grupos de presión (PARS, 2007). En este sentido, la Resolución 2063 (2017) adoptó la Política de Participación en Salud- PPSS, buscando respuestas a las problemáticas, necesidades, dificultades, oportunidades, limitaciones, y debilidades que afectan la participación social en salud, en la perspectiva de dar cumplimiento al marco legal vigente y a la realización del derecho fundamental de la participación.

Con los anteriores antecedentes y en el marco del programa de investigación "Desarrollo y Evaluación de un Modelo Integrado para la Inspección Vigilancia y Control del Acceso Oportuno, el Uso Adecuado y la Calidad en la Prestación del Servicio en SGSSS colombiano", se contempló un proyecto para generar un diagnóstico sobre la situación actual y, partiendo del mismo, elaborar un modelo de la participación social y de protección al usuario en salud, para propender por la garantía en el acceso oportuno, el uso adecuado y la calidad de los servicios de salud, mediante la articulación con las funciones de IVC.

La articulación de la participación social y protección al usuario al Modelo de IVC, requirió una conceptualización de la participación como un ejercicio ciudadano de protección de derechos, cuyo resultado fuera el goce efectivo de los mismos (Puerta & Agudelo, 2012), (Chinitz, 2000). En este sentido, aunque se ha referenciado en la literatura una escasa articulación entre el concepto de participación con la idea de control y seguimiento a los servicios de salud (Delgado M. , Vázquez, Zapata, & García, 2005), la participación de la ciudadanía en un Modelo de IVC requirió ser entendida como una instancia de fiscalización y vigilancia de la calidad, efectividad y oportunidad de los servicios de salud (Méndez & Vanegas, 2010).

Por lo anterior, el modelo de participación social y protección al usuario para la IVC de los servicios de salud se propuso articular el control social como una forma de participación ciudadana y una herramienta para la garantía de los derechos, correspondiendo a los ciudadanos realizar seguimiento y evaluación a la gestión de las instituciones que hacen parte del SGSSS y verificando si la calidad de los servicios es la apropiada. El control social permitiría inspeccionar, hacer seguimiento y vigilancia mediante la recolección y análisis de información, orientando y advirtiendo fallas con la presentación de informes escritos y denuncias ante los organismos de control.

En cuanto a los múltiples beneficios que trae la participación en salud, históricamente se ha identificado: el incremento en la calidad, accesibilidad, oportunidad y aceptabilidad de los servicios de salud; identificación de dificultades en el acceso a los servicios de salud; identificación de problemáticas y propuestas de intervenciones; diseño de servicios y modelos que se ajusten y hagan frente a las perspectivas locales; y mayor control en la planificación y mejora en la toma de decisiones (Currya & Alpern, 2012), (Harrington, 2001), (Hernández, 1995), (Butler, Rissel, & Khavarpour, 1999), (Preston, Waugh, & Larkins, 2010).

A pesar de las numerosas bondades y de la amplia implementación de los mecanismos para involucrar a la comunidad, los pacientes y los usuarios en los servicios de salud, el impacto o efectividad de la participación ha sido ampliamente cuestionada por una gran cantidad de países (Harrington, 2001). Para muchos políticos, profesionales y miembros de la comunidad existen importantes vacíos en la comprensión del propósito, el proceso y los resultados de la participación (Kenny, Hyett, & Sawtell, 2013) y muchos de los actores institucionales carecen de una opinión favorable sobre la participación en los servicios de salud (Delgado & Gallego, 2006).

En Colombia, a pesar de una amplia promoción de la participación en salud como política pública, son escasos los estudios que evalúan los diferentes elementos que influyen sobre la efectividad de la implantación de estas políticas (Delgado & Gallego, 2006). Conocer el alcance de los efectos de la participación e identificar los factores que han favorecido o limitado su existencia, constituye un elemento de análisis fundamental para el modelo de participación social y protección al usuario. Por lo anterior, fue preciso elaborar como punto de partida un diagnóstico de la efectividad de las herramientas, instrumentos y mecanismos actuales de la participación que permitirían incidir sobre el acceso, uso y calidad de los servicios de salud, para que, a partir de éste, fuera posible identificar los aspectos claves y desarrollar los elementos de participación que deberían ser incluidos en el Modelo de IVC.

2 METODOLOGÍA Y RESULTADOS

2.1. Diagnóstico de la efectividad de la participación social y protección al usuario

La metodología implementada para la generación del modelo de participación social (PS) y protección al usuario (PU) para la IVC incluyó realizar, inicialmente, un diagnóstico mediante un diseño cualitativo.

Se aplicó un muestreo intencional que incluyó a la ciudadanía en ejercicio de su derecho a la participación y el control social de los servicios en salud en la ciudad de Bogotá, con la participación de un total de 38 integrantes de la comunidad pertenecientes a 13 mecanismos de participación: cuatro Asociaciones de Usuarios de ESE e IPS privadas, cinco Asociaciones de Usuarios de EPS-C y EPS-S, dos Asociaciones de Pacientes, un Observatorio de Control Social y una Mesa de Control y Corresponsabilidad Social.

De la misma forma, se incluyeron en el estudio treinta funcionarios o contratistas de las entidades del sistema de IVC que cumplían con la obligación de implementar y fomentar la participación, de la siguiente manera: a nivel nacional, la Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud del Ministerio de Salud y Protección Social; a nivel Distrital, la Subsecretaría de Gestión Territorial, Participación y Servicio a la Ciudadanía de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá; y a nivel institucional, las Oficinas de Participación y Servicio a la Ciudadanía de cuatro ESE-IPS y las Oficinas de Participación y Servicio a la ciudadanía de cinco EPS-C y EPS-S.

La información se recolectó mediante 33 entrevistas y 9 grupos focales que fueron grabados en audio, transcritos textualmente en formato Word y almacenados en una base de datos de documentos primarios. Los instrumentos para la recolección de la información se diseñaron a partir de categorías o ejes temáticos predefinidos de acuerdo con los objetivos del estudio. El análisis de los datos cualitativos estuvo apoyado con la herramienta informática ATLAS. Ti, específica para análisis de datos. La codificación se constituyó como un modo sistemático de desarrollar y refinar las interpretaciones de los datos y el proceso analítico para ello consistió en identificar los elementos comunes entre los datos (citas), creando un subconjunto de códigos de tal modo que los elementos de uno no pertenecieran a otro y construyendo lo más fielmente posible, su pertenencia al código.

Tabla 1. Participantes en el diagnóstico de la efectividad de la participación social y protección al usuario

INSTITUCIÓN-MECANISMOS	DEPENDENCIAS	NÚMERO INSTITUCIONES /MECANISMOS PARTICIPANTES	No. PERSONAS
MSPS	Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud	1 (nivel Nacional)	1
SDS de Bogotá-Subsecretaría de Gestión Territorial, Participación y Servicio a la Ciudadanía	Dirección de Participación Dirección de Servicio a la Ciudadanía	1 (nivel Distrital)	3 6
ESE –A, ESE- B, ESE -C, IPS Privada -D	Oficinas de participación. Oficinas de Atención al Usuario	4 (ESE-IPS)	4 6
Asociación de Usuarios ESE- A. Asociación de Usuarios ESE- B. Asociación de Usuarios ESE -C. Asociación de Usuarios IPS privada -D	Integrantes de Asociaciones de Usuarios, Veedurías, Comités de Ética, COPACOS, etc.	4 Asociaciones de Usuarios de ESE-IPS.	17
EPS-S- A, EPS-C- B, EPS-C- C, EPS-C-D, EPS-C- E	Oficinas de participación. Oficinas de Atención al Usuario	5 EPS-S-C	7 3
Asociación de Usuarios EPS-S- A Asociación de Usuarios de EPS-C -B Asociación de Usuarios de EPS-C- C Asociación de Usuarios de EPS-C- D Asociación de Usuarios de EPS-C -E	Integrantes de Asociaciones que hacen parte de diferentes mecanismos como veedurías, Comités de Ética, COPACOS, etc.	5 Asociaciones de Usuarios de EPS-S-C	12
Asociación de Pacientes -A Asociación de Pacientes- B Observatorio Control social -C Mesa de Control Social y Corresponsabilidad Social -D	Otros mecanismos de participación.	2 Asociaciones de Pacientes. 2 Observatorios o Mesas de Control Social.	9
TOTAL		**24**	**68**

Fuente: Elaboración propia

Tabla 2. Información recolectada en el diagnóstico de la efectividad de la participación social y protección al usuario

INSTITUCIÓN	DEPENDENCIAS-MECANISMOS DE PARTICIPACIÓN	TÉCNICA DE INVESTIGACIÓN
MSPS	Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud	1 entrevista
SDS de Bogotá-Subsecretaría de Gestión Territorial, Participación y Servicio a la Ciudadanía	Dirección de Participación Dirección de Servicio a la Ciudadanía	(3 Entrevistas) (1 Entrevista, 1 GF)
ESE –A, ESE- B, ESE -C, IPS Privada -D	Oficinas de Atención al usuario Oficinas de participación Asociación de Usuarios ESE-A Asociación de Usuarios ESE-B Asociación de Usuarios ESE-C Asociación de Usuarios IPS privada-D	(2 Entrevistas-1 GF) (4 Entrevistas) (6 Entrevistas, 1GF)
EPS-S- A EPS-C- B EPS-C- C EPS-C-D EPS-C- E	Oficinas de Atención al Usuario Oficinas de Participación. Asociación de Usuarios EPS-S-A Asociación de Usuarios de EPS-C -B Asociación de Usuarios de EPS-C -C Asociación de Usuarios de EPS-C-D Asociación de Usuarios de EPS-C-E Asociación de Usuarios de EPS-C-F	(2 Entrevistas, 1GF) (3 entrevistas, 2GF) (7 Entrevistas, 2GF)
Otros mecanismos de participación.	Asociación de Pacientes- A Asociación de Pacientes-B Observatorio Control Social-C Mesa de Control Social y Corresponsabilidad Social-D	(2 Entrevistas) (1 Entrevista) (1 Entrevista, 1GF)
TOTAL		**33 entrevista y 9 GF**

Fuente: Elaboración propia

La efectividad de la participación social se valoró en términos de la percepción de los diferentes funcionarios de los organismos del sector salud y de la experiencia de los integrantes de las instancias o formas de participación, sobre las actividades que se realizan en el ejercicio de la participación y el control social, así como mediante la identificación de los riegos que obstaculizan el desarrollo de sus funciones[2] relacionadas con la inspección y vigilancia al acceso, uso y calidad en la prestación de los servicios de salud. De igual forma, se valoró la efectividad de las instancias de participación, identificando los resultados percibidos en términos de incidencia en la toma de decisiones en las instituciones y agentes de IVC.

De forma general, los resultados encontrados permitieron clasificar los riesgos[3] para ejercer una participación efectiva en tres tipos: a) Riesgos estructurales asociados a la participación; b) Riesgos para la inspección o vigilancia que ejercen los ciudadanos (control social); y C) Riesgos para la IVC a la participación.

Los riesgos estructurales de la participación identificados fueron: la falta de recursos económicos y físicos; la insuficiente capacitación en los mecanismos de participación y las deficiencias metodológicas para impartir las capacitaciones; la falta del trabajo en conjunto entre las instancias de participación y las instituciones (EPS-IPS); la falta de credibilidad y desconfianza por parte de los ciudadanos hacia los entes de control y demás instituciones del SGSSS; la percepción de temor, incomodidad o amenaza de los integrantes de las instituciones del SGSSS hacia el ciudadano que ejerce el control social; los conflictos permanentes entre las instituciones vigiladas u objeto de control social y los ciudadanos que lo ejercen; y, finalmente, la desmotivación que surge en los ciudadanos para ejercer la participación y que conllevan la deserción.

En cuanto a los riesgos para la inspección o vigilancia de los servicios de salud por parte de los ciudadanos (control social), se identificaron: las limitaciones o barreras que se interponen para la entrega y recolección de información objeto de control social; las limitaciones en el análisis de información y elaboración de informes por parte de los ciudadanos que ejercen el control social; las limitaciones en el cumplimiento de los planes de mejora o acciones correctivas por parte de las EPS o IPS a partir del control social; y la escasa incidencia del control social en la toma de decisiones de las instituciones.

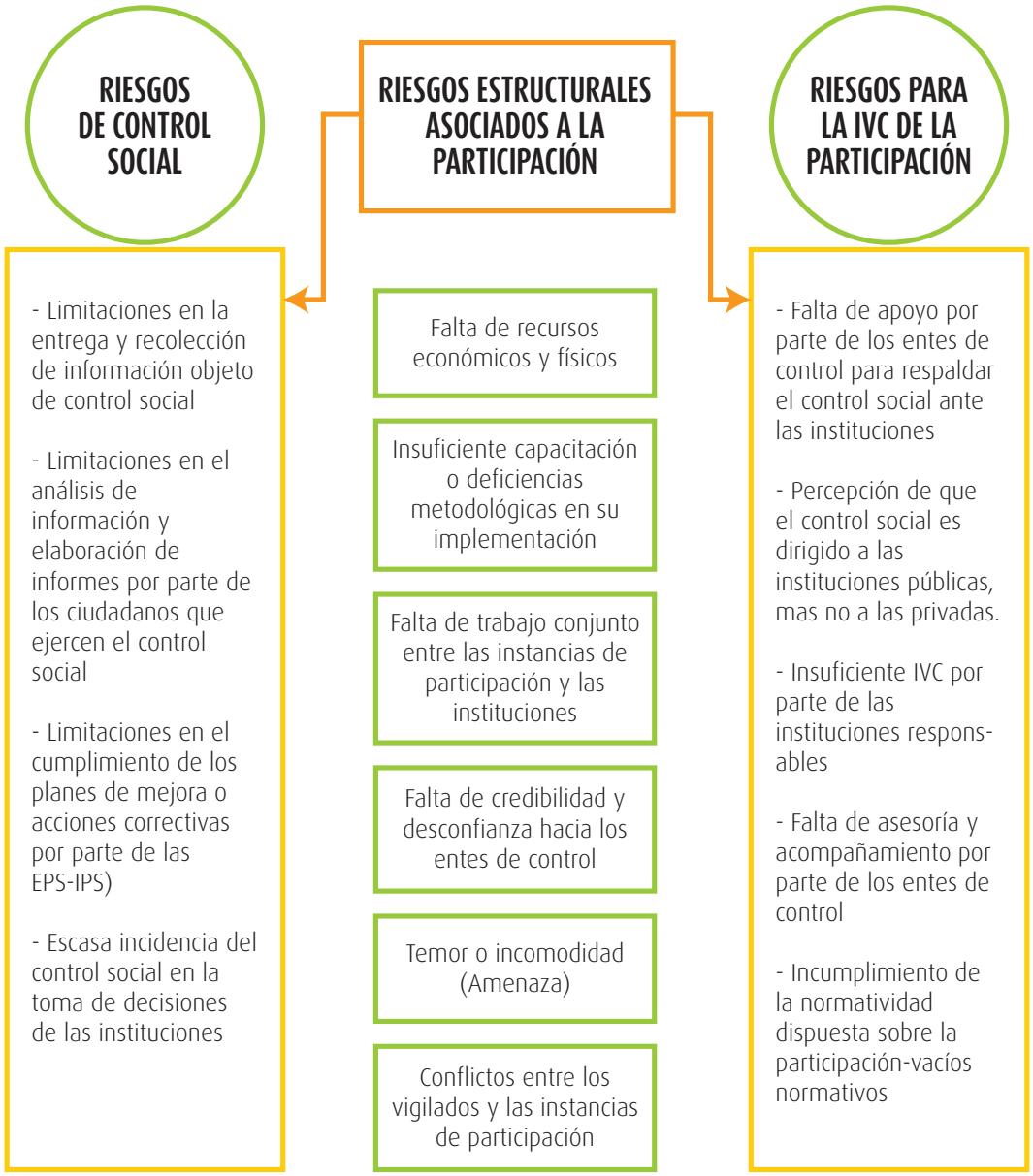
---

[2] *Se incluyó el concepto de riesgo, acorde con el enfoque propuesto por el Modelo de IVC. Los riesgos para la participación social fueron definidos como la posibilidad que se presenten eventos negativos que impiden el cumplimiento de los objetivos y funciones que tienen las diferentes formas de participación en el SGSSS, para realizar una inspección y vigilancia del acceso, uso y calidad de los servicios de salud. Definición basada en(Gómez, 2014).*

[3] *Las principales funciones de las instancias de participación consisten en vigilar la calidad de los servicios de salud y velar por la defensa del derecho a la salud; apoyar a los usuarios en el cumplimiento de sus derechos para promover la salud y control de la enfermedad; informar a las IPS-EPS si la calidad del servicio prestado no satisface la necesidad de sus afiliados o usuario; atender las quejas que los usuarios presenten sobre las deficiencias de los servicios y vigilar que se tomen los correctivos del caso; proponer las medidas que mejoren la oportunidad y la calidad técnica y humana de los servicios de salud y preserven su menor costo y vigilan su cumplimiento; ejercer veedurías en las instituciones del sector o ante las oficinas de atención a la comunidad (Decreto 1757 de 1994).*

En cuanto a los riesgos identificados para la IVC de la participación que deben fomentar las instituciones del SGSSS, fueron: falta de asesoría y acompañamiento a las EPS-IPS por parte de los entes de control; incumplimiento de la normatividad dispuesta sobre participación y vacíos normativos; falta de apoyo por parte de los entes de control para respaldar el control social ante las instituciones objeto de control social; percepción de que el control social es dirigido a las instituciones públicas mas no a las privadas; e insuficiente IVC a la participación por parte de las instituciones responsables.

Gráfica 1. Riesgos o eventos negativos que tienen la posibilidad de presentarse en el ejercicio de la participación y el control social.



Fuente: Elaboración propia

En cuanto a los riesgos identificados para llevar a cabo una efectiva protección al usuario, se encontraron diferentes elementos que limitan la efectividad de los mecanismos jurídicos, como la falta de oportunidad para la respuesta a las peticiones, quejas, reclamos y denuncias (PQRD) interpuestas por los usuarios, así como que los sistemas de información de PQRD no son utilizados para tomar acciones correctivas o proponer planes de mejora en las instituciones del SGSSS. Se mencionó la insuficiencia de las acciones de IVC por parte de las instituciones responsables; el incumplimiento de la normatividad expedida en protección; y la falta de claridad en las competencias o responsabilidades que deben asumir, frente al tema de protección al usuario, los diferentes agentes del SGSSS.

Por su parte, la efectividad de la protección a los usuarios en los organismos del sector salud se valoró en términos de la percepción de los diferentes agentes del sistema, sobre los mecanismos dispuestos para tal fin, mediante la identificación de los riegos que obstaculizan el ejercicio de la protección al derecho a la salud. En cuanto a los riesgos identificados para llevar a cabo una efectiva protección al usuario, se mencionaron diferentes elementos que limitan la efectividad de los mecanismos jurídicos dispuestos para la protección al derecho de la salud, entre ellos: la falta de oportunidad o el incumplimiento de los fallos; la falta de capacitación e información de los usuarios sobre los diferentes mecanismos.

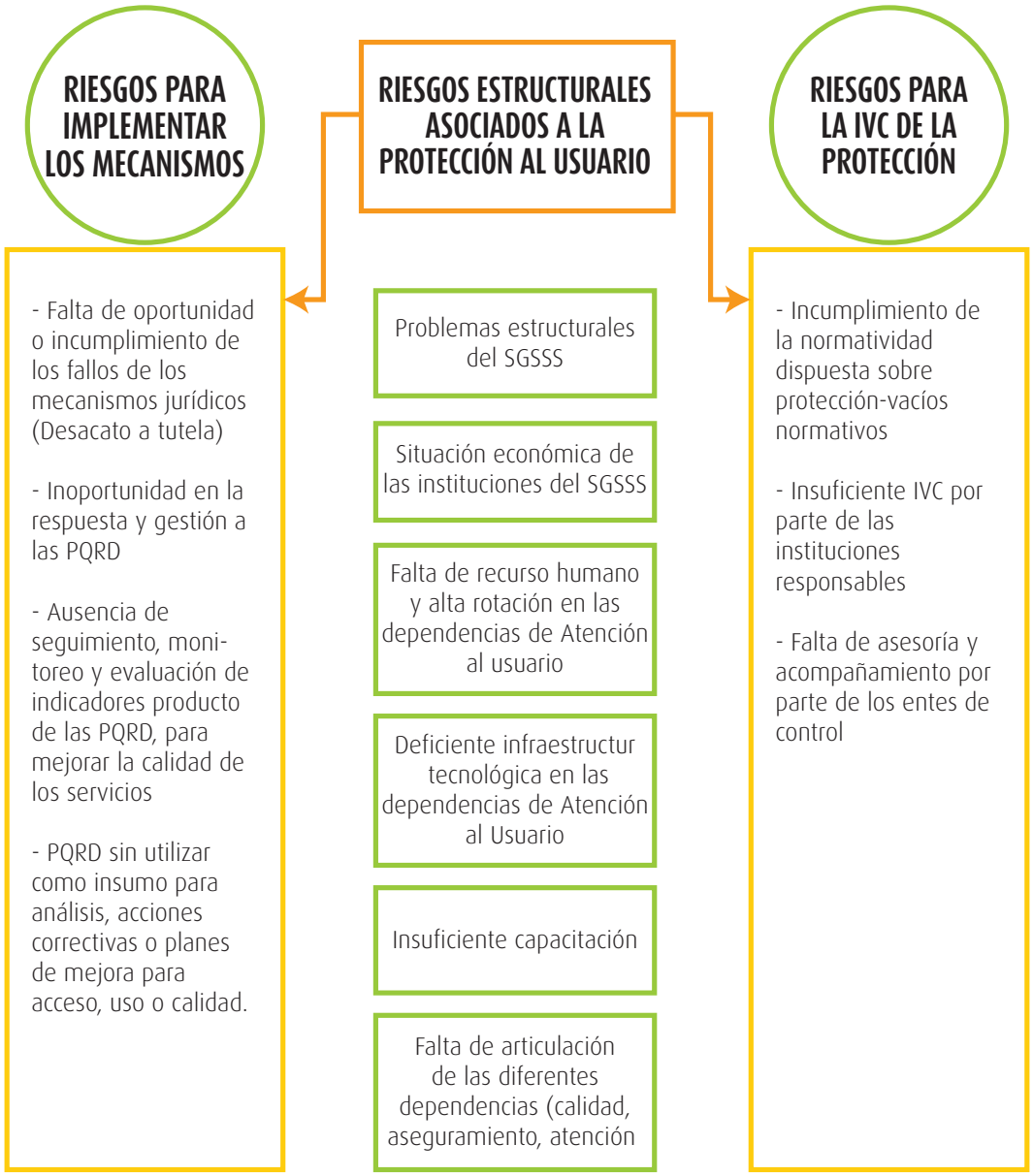
Algunos integrantes de las instancias de participación percibieron la tutela como una fuente de corrupción incentivada por las EPS, al tiempo que refirieron constantes desacatos a los fallos de las tutelas interpuestas por los usuarios del Sistema de Salud.

El derecho de petición se reconoció como uno de los mecanismos de protección con menor efectividad, y se mencionó la falta de oportunidad para las respuestas a las PQRD interpuestas por los usuarios, originada por la deficiente infraestructura tecnológica de los sistemas de información en este campo, así como por la falta y elevada rotación del recurso humano en las áreas de Atención al Usuario de las instituciones. Los diferentes agentes que participaron en el estudio coincidieron en que los datos sobre las PQRD, procedentes de los sistemas de información de las oficinas de atención al usuario de las diferentes instituciones como Superintendencia Nacional de Salud (SNS), la Secretaría Distrital de Salud (SDS), las EPS e IPS, se utilizan en muy baja medida para analizar las problemáticas y barreras de acceso interpuestas a los usuarios, así como para tomar las acciones correctivas o proponer planes de mejora en estas instituciones del SGSSS.

Se registraron como factores limitantes para las Oficinas de Atención al Usuario: la falta de recurso humano y alta rotación en estas dependencias; la insuficiente capacitación, asesoría y asistencia

técnica a las (EPS-IPS) por parte de las Direcciones Territoriales de Salud (DTS) y las deficiencias en infraestructura tecnológica y en tecnologías de información y comunicación; se mencionaron insuficientes acciones de IVC por parte de las instituciones responsables; incumplimiento de la normatividad expedida sobre protección; y falta de claridad en las competencias o responsabilidades que se deben asumir frente al tema de protección al usuario, por parte de los diferentes agentes del SGSSS.

Gráfica 2. Riesgos o eventos negativos que tienen la posibilidad de presentarse en la protección al usuario.



Fuente: Elaboración propia

2.2. Recomendaciones a partir del diagnóstico de la efectividad de la participación social y protección al usuario

En Colombia, se ha desarrollado un conjunto importante de normas y mecanismos con el fin de asegurar la institucionalización de la participación y la apertura de los procesos de toma de decisiones a la ciudadanía. El sentido de la participación es ejercer un poder de incidencia en la vida, que permita presentar propuestas y emprender acciones individuales y colectivas orientadas a la exigibilidad y realización de los derechos. El diagnóstico de la efectividad de la participación social encontró que, aunque los ciudadanos participan en la construcción de las normas y esto ha evolucionado en los últimos años, los diferentes agentes del SGSSS coincidieron en que aún perciben falta de incidencia en la construcción de políticas o normas a partir de la participación de los ciudadanos y, aún más, ausencia en la toma de decisiones, factor limitante para una participación real y efectiva.

Si el esfuerzo de la ciudadanía para intervenir en la escena pública no produce los resultados esperados, se genera en forma inmediata un sentimiento de frustración entre sus agentes y beneficiarios, lo que les resta incentivos para seguir incidiendo en las decisiones de interés colectivo.

Ante las fallas en el Sistema de IVC, identificadas por instituciones como la Contraloría General de la República, existe un riesgo importante cuando la Superintendencia Nacional de Salud (SNS) no ejerce a cabalidad la función de IVC. Esto se refleja en que no se cumplen las normas establecidas para contar con una Superintendencia fuerte, cuyas decisiones impacten favorablemente en todos los usuarios del SGSSS, en temas tan cruciales como el cumplimiento de las normas, el control del aseguramiento, la afiliación, la calidad de la atención en la prestación de los servicios y la protección de los usuarios (Contraloría General de la República, 2015).

Lo anterior fue ratificado por el diagnóstico que identificó como riesgos los eventos negativos que impiden el cumplimiento de los objetivos y funciones que tienen las diferentes formas de participación en el SGSSS, para realizar una inspección y vigilancia del acceso, uso y calidad de los servicios de salud: la ausencia de credibilidad y desconfianza de los ciudadanos hacia los entes de control; la falta de asesoría y acompañamiento a las EPS-IPS por parte de los entes de control; la falta de apoyo por parte de los entes de control para respaldar el control social ante las instituciones; el incumplimiento de la normatividad dispuesta en participación; y la insuficiente IVC a la participación por parte de las instituciones responsables.

Por otro lado, a pesar de los esfuerzos, el Estado no ha podido consolidar la protección que garantice el acceso y la calidad en los servicios de salud. Se ha observado un incremento de las tutelas en salud y las peticiones, quejas, reclamos y denuncias (PQRD) por los servicios prestados (Contraloría General de la República., 2015).

La tutela, consagrada como mecanismo de protección de derechos fundamentales, se ha convertido, en relación con el derecho a la salud, en un instrumento con una doble finalidad: tanto como mecanismo de protección de derechos fundamentales como consecuencia de la no protección del derecho a la salud, como un proceso alterno que deben utilizar los usuarios para acceder a servicios de salud y más concretamente a la atención médica a través de la cual se hace efectivo el derecho. Sin duda, la tutela no debería ser el instrumento de garantía para la protección del derecho a la salud en Colombia (Vélez, 2005).

Aunque la gran mayoría de usuarios y muchos líderes se refieren a la tutela y al derecho de petición como mecanismos para obtener respuestas efectivas del Estado y de las instituciones de salud, el desacato de las tutelas por parte de las EPS y de las IPS ha sido un importante problema. El incumplimiento o retardo de la orden judicial debería dar lugar a la imposición de las sanciones previstas en las normas vigentes, para lo cual la Superintendencia Nacional de Salud deberá adelantar las actuaciones que, en el marco de sus competencias, le corresponden (Resolución 021, 2012).

En concordancia con lo anterior, en cuanto a los riesgos identificados para llevar a cabo una efectiva protección al usuario, el diagnóstico efectuado encontró diferentes elementos que limitan la efectividad de los mecanismos jurídicos en Colombia, como la falta de oportunidad o el incumplimiento de los fallos, el desacato frecuente a los fallos de tutela y la falta de capacitación e información a los usuarios sobre los diferentes mecanismos jurídicos existentes.

En cuanto al tema de peticiones, quejas, reclamos y denuncias (PQRD), tales mecanismos son utilizados como insumo por algunos sistemas de salud para medir la insatisfacción de los usuarios de los servicios de salud y para identificar las deficiencias en su prestación, especialmente en lo relacionado con el acceso y la calidad, lo cual permite una evaluación de necesidades, problemas, fallas y errores del Sistema de Salud. Al realizar una evaluación, un seguimiento, una inspección y un control sobre las causas de las PQRD del Sistema, se estaría contribuyendo a corregir estas fallas y, por lo tanto, a mejorar la calidad y el acceso, permitiendo una reducción en la vulneración del derecho a la salud.

En este sentido, el diagnóstico estableció que el derecho de petición se reconoció como uno de los mecanismos de protección con menor efectividad. Se mencionó la falta de oportunidad para la respuesta a las PQRD interpuestas por los usuarios, así como que sus sistemas de información no son utilizados para tomar acciones correctivas o proponer planes de mejora en las instituciones del SGSSS. Se mencionó la insuficiencia de las acciones de IVC por parte de las instituciones responsables e incumplimiento de la normatividad expedida sobre protección, así como la falta de claridad en las competencias o responsabilidades que deben asumir los diferentes agentes, frente al tema de protección al usuario.

Teniendo en cuenta lo identificado en el diagnóstico, un modelo de participación y protección al usuario debe propiciar los factores que incidan en una participación efectiva: es fundamental contar con el trabajo en conjunto, apoyo y respaldo de la Dirección Territorial de Salud y se hace necesaria una articulación, asesoría y acompañamiento entre los órganos de control y los ciudadanos para maximizar la incidencia de los resultados del control social. Se debe propiciar el trabajo en conjunto entre las instituciones (EPS-IPS) y las instancias de participación, con el propósito de facilitar los procesos y resultados del control social. De la misma forma, se requiere promover la disponibilidad de recursos económicos, espacios físicos y logísticos para la participación, siendo necesario establecer incentivos para que los ciudadanos participen, con el fin de superar barreras económicas que impidan o limiten la participación y el control social.

De igual manera, la capacitación de los integrantes sobre los mecanismos de participación se constituye como un elemento esencial, para lo cual se requiere la implementación de herramientas y metodologías de capacitación apropiadas al perfil y edad de la población participante. Son múltiples los beneficios que se obtendrían al lograr mejorar la efectividad de la capacitación: reducción en la asimetría de poder; incremento de la autonomía de los integrantes de las instancias de participación frente a las instituciones objeto de control social; y reducción de la manipulación hacia estas organizaciones. De igual forma, con capacitaciones apropiadas se incidiría en las limitaciones que se presentan para la solicitud de información objeto de control social, el análisis de esta información, la elaboración de informes de control social, la contribución a la construcción concertada y objetiva de planes y acciones de mejora para, finalmente, mejorar los resultados del control social y de la participación para la IVC del acceso, uso y calidad de los servicios de salud.

La construcción de credibilidad y confianza se constituye como un elemento esencial para la efectividad de la participación, requiere del cumplimiento de los compromisos y de las responsabilidades que adquieren las instituciones (EPS-IPS) y los entes de control con los ciudadanos que ejercen el control social. El incremento en la credibilidad y confianza hacia las instituciones del SGSSS y los entes de control, reduciría la desmotivación y deserción de los ciudadanos que participan en estos procesos.

Con el propósito de incrementar la efectividad de los mecanismos jurídicos para proteger el derecho a la salud, se requiere mejorar la oportunidad de los fallos de estos mecanismos, garantizando su cumplimiento por parte de las instituciones del SGSSS, siendo necesario incrementar la IVC para prevenir el desacato a los fallos; de igual forma, se requiere una mayor capacitación e información sobre los diferentes mecanismos jurídicos a los usuarios de los servicios.

Sin embargo, es preferible priorizar mecanismos administrativos, antes que jurídicos; existe la percepción que su implementación podría considerarse como una respuesta tardía ante la vulneración del derecho a la salud. Es preciso que los entes de control exijan el cumplimiento

de la normatividad expedida con relación al desacato de las tutelas en las diferentes instituciones del SGSSS. De igual forma, se requiere hacer visibles las investigaciones, sanciones y multas interpuestas a las instituciones del SGSSS por el desacato a las tutelas. El análisis de las PQRD recibidas por las instituciones del SGSSS generaría insumos para los planes de mejora y acciones correctivas a implementar por parte de las instituciones y, con esto, incidir en la reducción de barreras de acceso, uso y calidad. Se requiere establecer investigaciones o sanciones por parte de los entes de control ante la magnitud y frecuencia de las PQRD.

En cuanto a la participación de los ciudadanos para la elaboración de las normas o políticas públicas, se requiere el fortalecimiento de metodologías y herramientas para los procesos participativos, que deberán incluir mecanismos de consensos y disensos, en donde se registren las diferentes posiciones, así como el manejo de conflictos y divergencias entre participantes. Para mejorar la efectividad de la participación e incidir en la construcción de políticas y normas, se hace necesario fomentar y dar a conocer la toma de decisiones a partir de los procesos participativos que se desarrollan. La incidencia en la elaboración de políticas se lograría a partir de la construcción de confianza y credibilidad de los ciudadanos hacia las instituciones que lideran estos procesos. De igual forma, ayuda a la cohesión de las asociaciones o instancias de participación, pues una participación atomizada reduce las posibilidades de éxito para una construcción conjunta. Por último, es imprescindible la participación de la ciudadanía en la evaluación y el seguimiento a las mismas.

3 DISEÑO DEL MODELO DE IVC PARA PARTICIPACIÓN SOCIAL Y PROTECCIÓN AL USUARIO

3.1 Metodología para el diseño del modelo de participación social y protección al usuario

La metodología implementada para el diseño del modelo incluyó los siguientes elementos:

- Revisión documental sobre experiencias nacionales e internacionales de participación social en salud y protección al usuario.

- Identificación, documentación y análisis del marco normativo y jurisprudencial de la participación social y de la protección al usuario en salud, identificación del alcance de las normas y los potenciales vacíos en la efectividad de la participación social y protección al usuario.

- Evaluación de la efectividad de los actuales mecanismos de participación social y protección al usuario en salud.

- Diseño de una serie de herramientas, instrumentos e indicadores para la IVC de la participación en las instituciones responsables de la participación, como las Direcciones Territoriales de Salud, IPS y EPS.

El alcance del modelo de participación social compartió el alcance dispuesto por el "Modelo integrado para la Inspección, Vigilancia y Control del acceso oportuno, el uso adecuado y la calidad en la prestación de servicios en el SGSSS colombiano", así:

El modelo se desarrolló en el marco de la regulación vigente[4], aludiendo de manera especial en lo territorial a la división político administrativa municipal y, de manera subsidiaria, a la departamental. El modelo se fundamentó en una lógica de abajo (lo local, desconcentrado/descentralizado) hacia arriba (nacional/centralizado), siendo el municipio la expresión estatal más próxima al ciudadano para dar respuesta a sus necesidades y satisfacer sus derechos. Se propendió por la articulación con los niveles superiores y se concentró en las acciones de inspección y vigilancia, mientras que para el control dependió de insumos de niveles superiores (CENDEX, FES, 2015).

[4] *Se consideró la regulación vigente hasta el 30 de septiembre de 2015.*

3.2 Modelo de Participación Social y Protección al Usuario

En el marco del Programa "Desarrollo y Evaluación de un Modelo integrado de IVC del acceso oportuno, el uso adecuado y la calidad en la prestación de servicios de salud en el SGSSS colombiano", este Modelo de Participación Social y Protección al Usuario, se integra como uno de los núcleos de riesgo del Modelo integrado para la inspección, vigilancia y control de riesgos de acceso, uso y calidad de los servicios de salud, en el ámbito territorial.

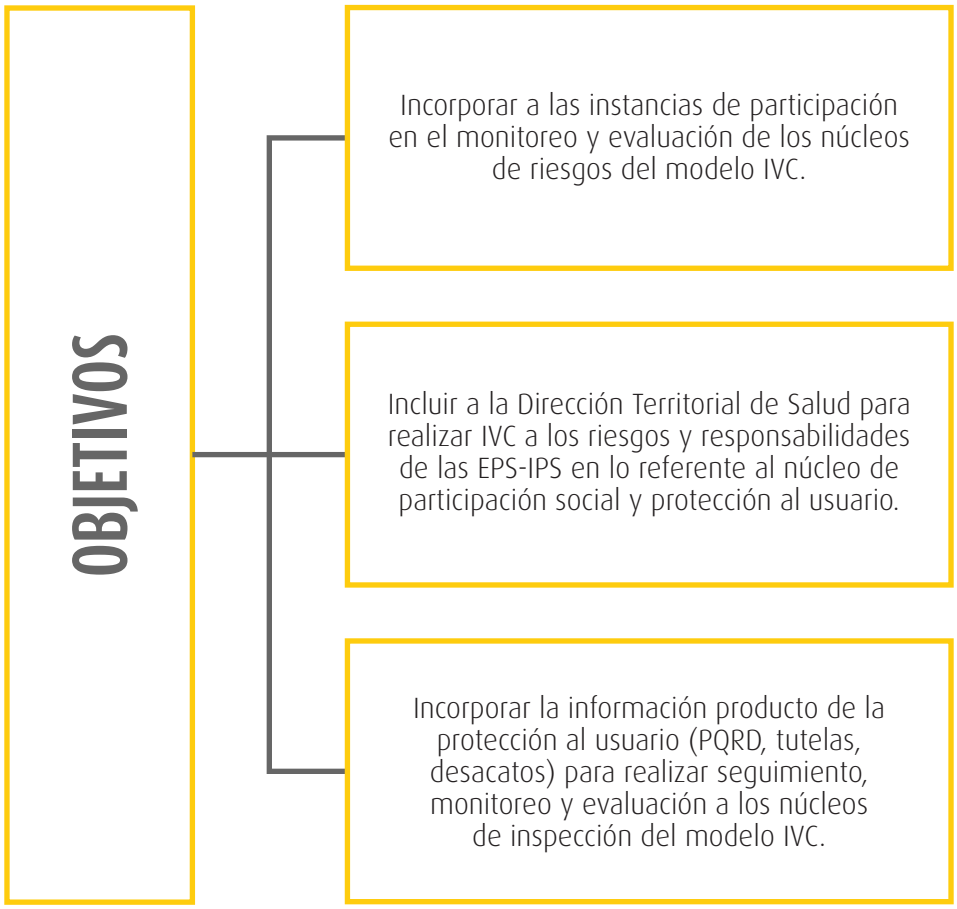
A partir del proceso de diagnóstico de la efectividad de la participación social y la protección al usuario, la revisión documental de experiencia nacionales e internacionales y el análisis del marco normativo, se identificaron y priorizaron los riesgos a incluir en el núcleo de PS y PU, se definieron los objetivos centrales, sus propósitos, procedimientos y actividades para el modelo, como se presentan a continuación:

Tabla 3. Riesgos priorizados para el núcleo del PS y PU del Modelo de IVC

- Limitaciones para solicitar y recolectar información objeto de IVC.
- Limitaciones en el análisis de información y elaboración de informes de IVC.
- Escasa Incidencia de los resultados de la participación o control social en las decisiones de las Instituciones.
- Falta de apoyo y trabajo conjunto por parte de los entes de control en salud, para respaldar la labor de los mecanismos de participación.
- Deficiente asesoría y acompañamiento permanente por parte de los entes rectores y entes de control.
- Insuficiente capacitación a los integrantes de las instancias de participación.
- Incumplimiento de la normatividad dispuesta en participación y protección al usuario.
- Inoportunidad en la respuesta a las PQRD de ciudadanos insatisfechos con la prestación de los servicios del SGSSS.
- Ausencia de seguimiento, monitoreo y evaluación de indicadores producto de las PQRD, para generar acciones correctivas y mejorar la calidad de la prestación de los servicios.
- Incremento en el número de tutelas para acceder a los servicios de salud.
- Desacato al fallo de tutelas por parte de las Direcciones Territoriales de Salud, EPS e IPS.

Fuente: Elaboración propia

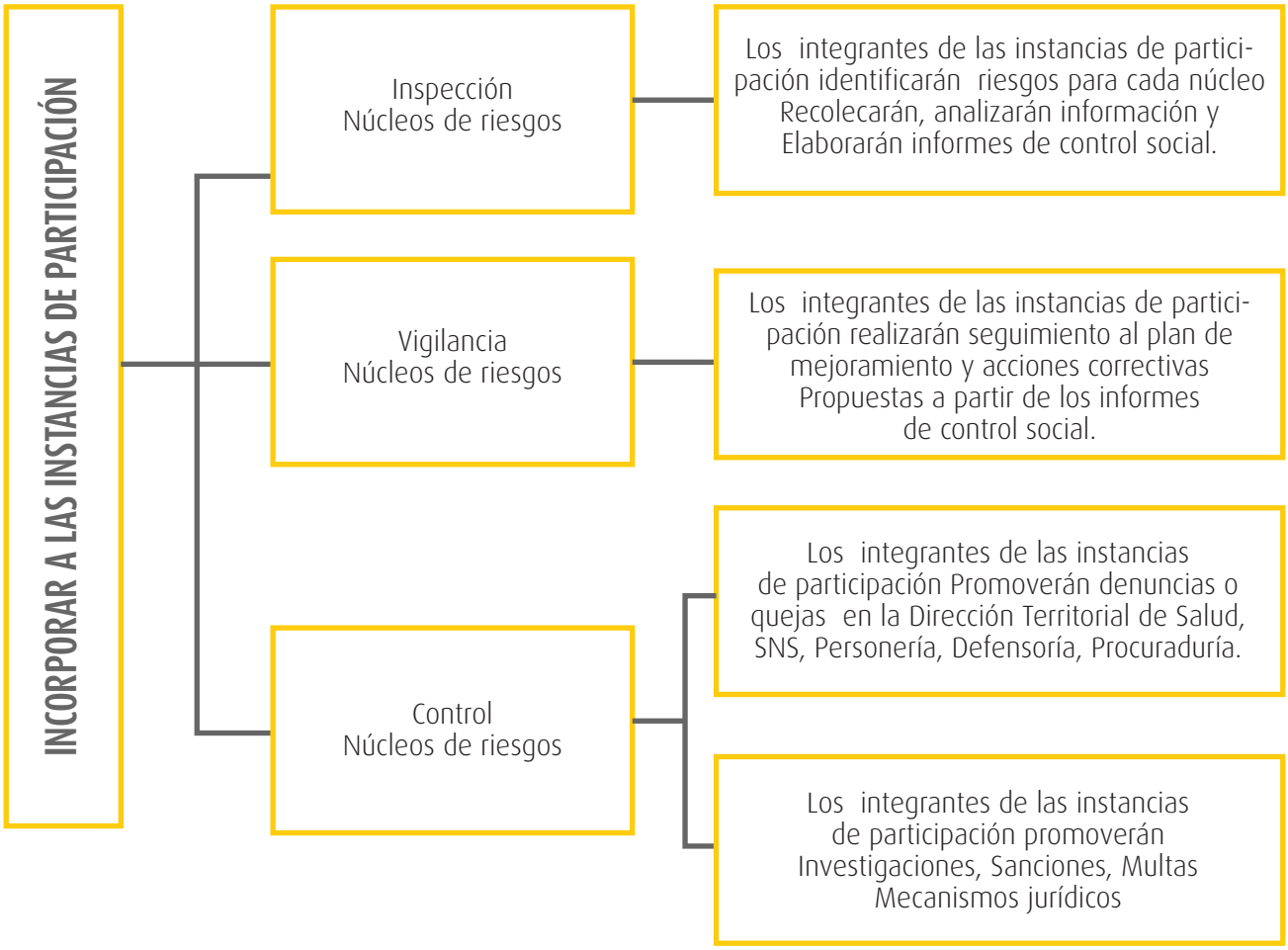
Gráfica 3. Objetivos del modelo de participación social y protección al usuario



Fuente: Elaboración propia

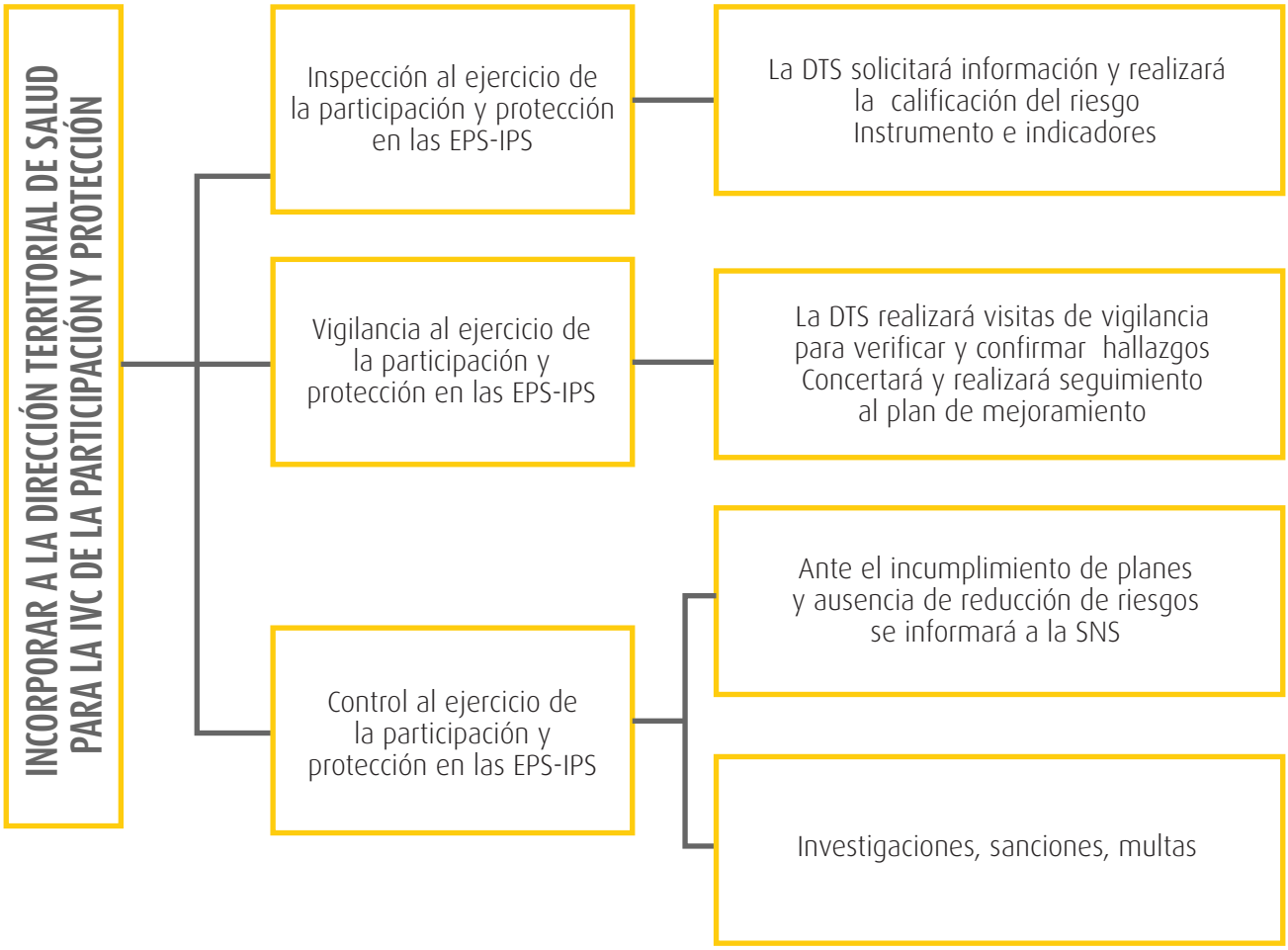
A continuación, en las Gráficas 4, 5 y 6 se presentan los procesos, procedimientos y actividades definidos por el Modelo de Participación Social y Protección al Usuario.

Gráfica 4. Instancias de participación en la IVC del acceso, uso y calidad de los servicios



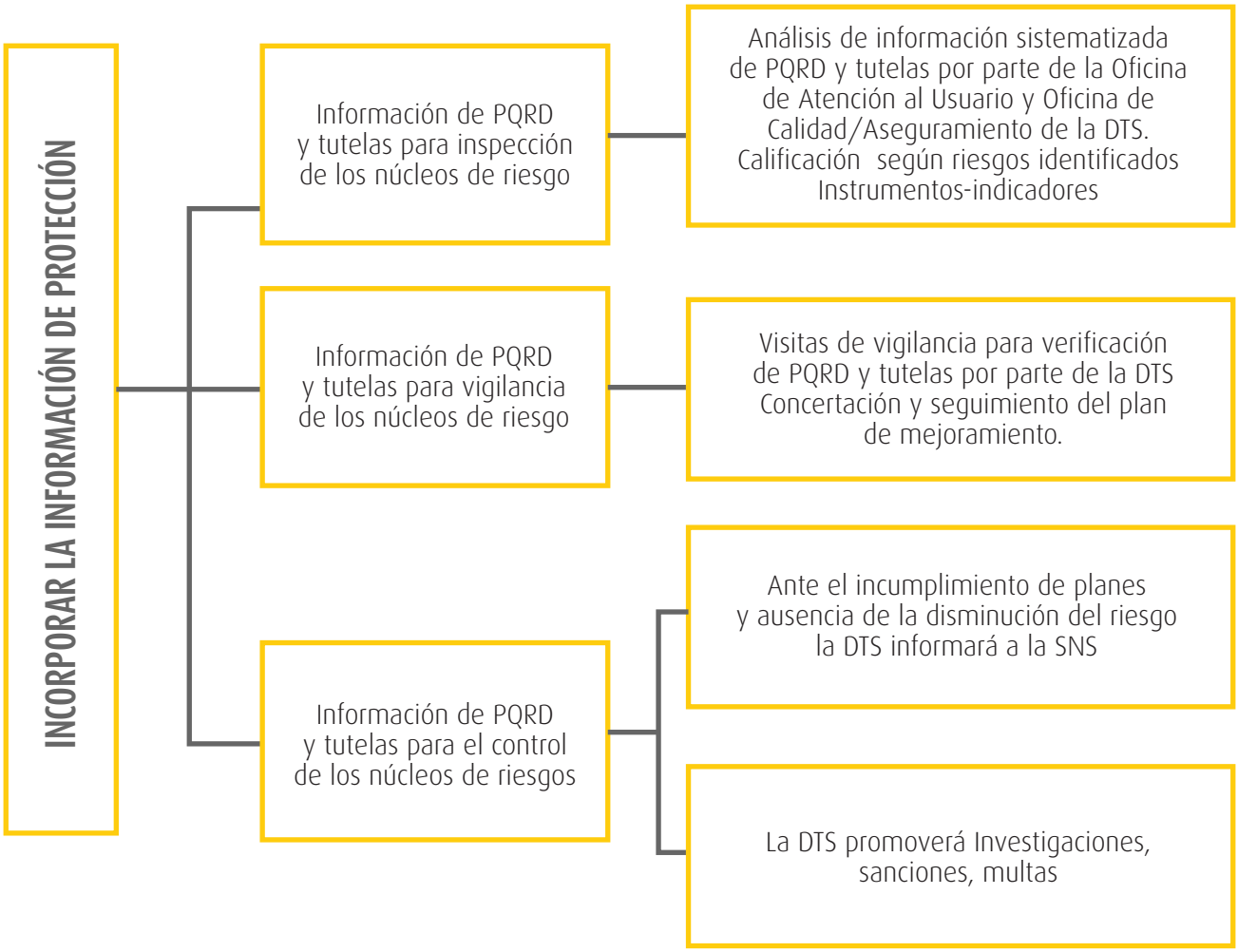
Fuente: Elaboración propia

Gráfica 5. Inspección, vigilancia y control de la participación social y protección al usuario



Fuente: Elaboración propia

Gráfica 6. Incorporar la información de los sistemas de protección para la IVC



Fuente: Elaboración propia

4 PRUEBA PILOTO DEL NÚCLEO DE PARTICIPACIÓN SOCIAL Y PROTECCIÓN AL USUARIO EN EL MUNICIPIO DE EL ESPINAL-TOLIMA

4.1 Metodología y resultados de la prueba piloto

En el marco del programa "Desarrollo y Evaluación de un Modelo Integrado para la Inspección Vigilancia y Control del Acceso Oportuno, el Uso Adecuado y la Calidad en la Prestación del Servicio en SGSSS Colombiano", se llevó a cabo una prueba piloto del Modelo de IVC en tres municipios de diferentes categorías y departamentos, entre los cuales se incluyó el municipio de El Espinal, Tolima. A la prueba piloto en este municipio se integró la prueba del núcleo de participación social y protección al usuario, con los siguientes objetivos: probar las herramientas e instrumentos para involucrar a las instancias de participación en el monitoreo y evaluación de los núcleos de riesgos; probar las herramientas e instrumentos propuestos para la Secretaría de Salud, con el fin de realizar inspección y vigilancia a los riesgos y responsabilidades de las EPS-IPS en lo referente al núcleo de participación social y protección al usuario; e incorporar la información producto de la protección al usuario (PQRD/tutelas), para realizar seguimiento, monitoreo y evaluación a los núcleos de inspección del Modelo IVC.

Los agentes del SGSSS que participaron en la prueba piloto del núcleo de PS y PU en el municipio de El Espinal fueron: la Secretaría Municipal de Desarrollo Social; el Hospital San Rafael E.S.E; 4 EPS y la Asociación de Usuarios del Hospital San Rafael E.S.E, conformada por integrantes de Veedurías, del COPACO, de representantes de los usuarios ante la Junta Directiva del Hospital y del Comité de Ética Hospitalaria.

Los instrumentos se diseñaron a partir de las categorías o ejes temáticos. Para cada tipo de agente del SGSSS se implementaron diferentes instrumentos y técnicas de investigación, según la fase de ejecución de la prueba piloto. La tabla 4 presenta las técnicas de investigación implementadas, y el tipo de agente al cual se aplicó la técnica.

Con la Asociación de Usuarios del Hospital San Rafael se trabajó la metodología Investigación-Acción-participativa –IAP-, con el fin de indagar y propiciar la discusión y el análisis para concertar instrumentos de acción e intervención para la comunidad en los procesos del control social y la participación activa en la toma de decisiones, basándose en las capacidades

locales. Esta metodología ha sido considerada propicia para fomentar la participación de la ciudadanía en el diseño e implementación de políticas públicas y programas sociales, así como una clave de mayor éxito para la sostenibilidad de los proyectos de intervención, limitando la imposición de lógicas externas (Moncada & Pinilla, 2006).

Las entrevistas semiestructuradas, los grupos focales y las sesiones pedagógicas de investigación-acción participativa fueron analizadas mediante procedimientos cualitativos. Los datos recolectados a partir del trabajo de campo fueron trascritos textualmente en formato Word y, posteriormente, almacenados en una base de datos de documentos primarios para ser codificados. El análisis de los datos cualitativos estuvo apoyado con la herramienta informática ATLAS. Ti, específica para análisis de datos. La codificación se constituyó como un modo sistemático de desarrollar y refinar las interpretaciones de los datos.

Mediante el registro de información en una base de datos en Excel, se realizó el análisis descriptivo según las categorías o dimensiones de las encuestas, establecidas de acuerdo con los riesgos priorizados por el municipio, para las 268 "Encuestas de la Secretaría de Desarrollo Social para evaluar la satisfacción de los usuarios con los servicios de salud prestados por las EPS-IPS en el municipio de El Espinal-Tolima" y para las156 "Encuestas de la Asociación de Usuarios para evaluar la Satisfacción con el acceso, uso y calidad de los servicios prestados por el Hospital San Rafael E.S.E".

Tabla 4. Información recolectada en la prueba piloto del modelo de participación social y protección al usuario

TIPO DE AGENTE	TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN IMPLEMENTADAS
Dirección Departamental de Salud del Tolima	• 1 lista de chequeo - Identificación de capacidades en participación social y protección al usuario. • 1 lista de chequeo - Validación para recolección de información EPS/IPS
Dirección Municipal de Salud-Oficina de Aseguramiento.	• 1 lista de chequeo - Identificación de capacidades en participación social y protección al usuario. • 1 lista de chequeo - Validación del núcleo de participación. • 1 lista de chequeo - Validación para recolección de información EPS/IPS. • 1 lista de chequeo e indicadores para la Auditoría del municipio a las EPS. • 2 entrevistas semi-estructuradas para la línea de control y resultados. • Aplicación de 268 encuestas de satisfacción por parte de la Secretaría de Desarrollo Social a los usuarios de las EPS/IPS del municipio.
Dirección Municipal de Salud - Oficina de Atención al Usuario	• 1 entrevista semi-estructurada para la línea de base. • 1 entrevista semi-estructurada para la línea de control y resultados. • 1 formato de captura con los motivos para las PQRD.
Asociación de Usuarios de la ESE (11 integrantes que hacen parte de la veeduría ciudadana, COPACO, representante ante la Junta Directiva, Comité de Ética Hospitalaria)	• 1 lista de chequeo - línea de base. • 1 lista de chequeo - validación del núcleo de participación. • 1 matriz de validación de núcleos de riesgos. • 9 encuentros pedagógicos Investigación/acción participativa. • 2 entrevistas semi-estructuradas línea de base. • 13 entrevistas semi-estructuradas para la línea de control y resultados. • 1 grupo focal para la línea de control y resultados. • Aplicación de 156 encuestas de satisfacción
ESE-II Nivel.	• Aplicación de 156 encuestas a miembros de la Asociación de Usuarios para evaluar la satisfacción con el acceso, uso y calidad de los servicios prestados por la E.S.E. • 1 lista de chequeo - mapa de identificación de las instancias de participación.
EPS - A EPS - B EPS - C EPS - D	• 1 lista de chequeo - mapa de identificación de las instancias de participación. • 1 instrumento para la lista de chequeo e indicadores para la Auditoría del municipio a las EPS. • TAplicación de 268 encuestas de la Secretaría de Desarrollo Social para evaluar la satisfacción de los usuarios con los servicios de salud prestados por las EPS-IPS del municipio de El Espinal, Tolima. I semestre 2017.
TOTAL	• 10 listas de chequeo • 19 entrevistas semi-estructuradas • 1 grupo focal • 424 encuestas de satisfacción • 9 encuentros pedagógicos Investigación/acción participativa • 1 formato de captura con los motivos para las PQRD • 1 matriz de validación de núcleos de riesgos.

Fuente: Elaboración propia

La implementación de la prueba piloto se realizó mediante las siguientes fases, objetivos y actividades:

Tabla 5. Fases, objetivos y actividades de la prueba piloto del núcleo de participación social y protección al usuario en el municipio de El Espinal-Tolima

FASES	*OBJETIVOS*	*ACTIVIDADES*
Fase 1. Preparatoria y línea de base del núcleo de participación social y protección al usuario e identificación y selección de instancias de participación social en el municipio de El Espinal.	***1.1*** *Convocar y generar acercamiento con las autoridades departamentales y municipales para presentar y avalar la implementación del núcleo de participación.*	***1.1.1*** *Inducción sobre el núcleo de participación social y protección al usuario a las autoridades departamentales.* ***1.1.2*** *Identificación de riesgos asociados a la participación social y protección al usuario en el departamento del Tolima.* ***1.1.3*** *Levantamiento de línea de base-cumplimiento de la normatividad e instancias de participación social en el Departamento.* ***1.1.4*** *Levantamiento de línea de base-viabilidad para conseguir información de las EPS-IPS y la Secretaría de Salud Departamental requerida.*
	1.2 *Identificar las capacidades del municipio en materia de participación social y protección al usuario*	***1.2.1*** *Identificación del cumplimiento de la normatividad e instancias de participación social en el municipio de El Espinal.* ***1.2.2*** *Construcción del mapa de las instancias de participación con las que cuentan las EPS/IPS y el municipio de El Espinal.*
	1.3 *Identificar la línea de base del núcleo de participación social y protección al usuario en el municipio de El Espinal.*	***1.3.1.*** *Recolección de información para el levantamiento de la línea de base del núcleo de participación social y protección al usuario en el municipio de El Espinal.*
Fase 2. Implementación del núcleo de participación y protección al usuario en la fase de inspección.	***2.1*** *Probar las herramientas e instrumentos para incorporar a las instancias de participación en el monitoreo y evaluación de los núcleos de riesgos del modelo IVC.*	***2.1.1*** *Inducción y capacitación a las instancias de participación sobre el núcleo de participación social y protección al usuario del modelo de IVC.* ***2.1.2*** *Implementación del procedimiento para la inspección de los diferentes núcleos de riesgos para el acceso, uso y calidad de los servicios, por parte de las instancias de participación.* ***2.1.3*** *Implementación del procedimiento para la recolección de información para inspección por parte de las organizaciones de control social.* ***2.1.4*** *Implementación del procedimiento para el análisis de información y elaboración de informes de control social.*

	2.2 *Probar las herramientas e instrumentos propuestos para la Dirección de Salud municipal, con el fin de realizar inspección a los riesgos y responsabilidades de las EPS-IPS en lo referente al núcleo de participación social y protección al usuario.*	***2.2.1*** *Inducción y capacitación a la Dirección de Salud municipal sobre el núcleo de participación social y protección al usuario del modelo de IVC.* ***2.2.2*** *Implementación del procedimiento para la inspección a la participación social (Construcción de los instrumentos, en conjunto con la* Dirección de Salud municipal, formatos de auditorías a EPS-IPS, encuesta de satisfacción de los usuarios con las EPS-IPS)
	2.3 *Incorporar la información producto de la protección al usuario, para realizar seguimiento, monitoreo y evaluación a los núcleos de inspección del modelo IVC.*	***2.3.1*** *Implementación del procedimiento para la caracterización de la utilización de la información procedente de los mecanismos de protección al usuario (PQRD y desacato a la tutela) en la inspección.*
Fase 3. Implementación del núcleo de participación y protección al usuario en la fase de vigilancia.	***3.1*** *Probar las herramientas e instrumentos para incorporar a las instancias de participación en la vigilancia de los núcleos de riesgos del modelo IVC.*	***3.1.1*** *Implementación del procedimiento para concertar el plan de mejoramiento con los vigilados y las instancias de control social.* ***3.1.2*** *Implementación del procedimiento para realizar seguimiento a los planes de mejoramiento por parte de las*
Fase 4. Recolección de información para el levantamiento de la línea de control y de resultados de la implementación del núcleo de participación social y protección al usuario.	***4.1*** *Recolectar y analizar la información para la línea de control y resultados de las instancias de participación en la implementación del núcleo de participación social y protección al usuario.*	***4.1.1*** *Análisis de los resultados sobre avances y logros obtenidos en la prueba piloto para las instancias de participación.* ***4.1.2*** *Análisis sobre barreras y limitaciones para implementar la prueba piloto para las instancias de participación.*
	4.2 *Recolectar y analizar la información para la línea de control resultados de la Dirección de Salud Municipal en la implementación del núcleo de participación social y protección al usuario.*	***4.2.1*** *avances y logros obtenidos en la prueba piloto por la Secretaría de Desarrollo Social.* ***4.2.2*** *Análisis sobre barreras y limitaciones para implementar la prueba piloto por la Secretaría de Desarrollo Social.*
	4.3 *Recolectar y analizar la información para la línea de control y resultados sobre la Implementación del procedimiento para la Caracterización de la utilización de la información procedente de los mecanismos de protección al usuario.!*	***4.3.1*** *Análisis de las limitaciones para utilizar la información procedente de PQRD, tutelas y desacato a tutelas para la inspección y la vigilancia en el acceso, uso y calidad de los servicios.*
Fase 5. Conclusiones y recomendaciones a partir de la prueba piloto, para mejorar la efectividad del núcleo de participación social y protección al usuario.		

Fuente: Elaboración propia

4.2 Resultados y recomendaciones de la implementación de la prueba piloto en el municipio de El Espinal Tolima

Se presentan según los objetivos propuestos:

4.2.1 Resultados y recomendaciones para incorporar la participación de los usuarios en el seguimiento, monitoreo y evaluación a los diferentes núcleos de riesgos para el acceso, uso y calidad de los servicios:

En orden de importancia, se lograron los siguientes resultados a partir de la implementación de la prueba piloto para las instancias de participación: implementación de herramientas para el análisis y recolección de información para mejorar el control social y la calidad de los servicios; mayor capacitación y conocimiento en control social; generación de acciones correctivas, seguimiento y continuidad en las actividades y hallazgos realizados; posicionamiento y liderazgo de la Asociación de Usuarios; mayor interacción con la comunidad y los usuarios; aportes para el trabajo en conjunto; generación de un primer informe de control social de forma escrita; incidencia de los resultados de la participación; buena acogida por parte de los usuarios para mejorar la calidad de la atención; y mejor planificación.

Con la implementación de la prueba piloto se corroboró y resaltó, de una manera significativa, la importancia de la capacitación y difusión de conocimientos para el ejercicio del control social, por lo que se recomienda la implementación de metodologías participativas de "aprender haciendo", para que los participantes, desde sus capacidades y experiencias, propongan estrategias y diseñen herramientas propias y ajustadas a sus necesidades locales, limitando la imposición de lógicas externas.

Tanto la comunidad como la Secretaría Social del municipio demostraron un interés especial en el diseño e implementación de encuestas de satisfacción que permitieron acercarse a las necesidades de los usuarios. Se recomienda incluir herramientas relacionadas con la preparación, planificación y programación de actividades, al percibirse mejores resultados de las actividades de control social cuando son planificadas; de igual forma, se recomienda incluir el seguimiento de las actividades, herramientas y productos implementados en el control social.

Conflictos como la lucha de poder, el oportunismo y la búsqueda de un beneficio propio, fueron riesgos usualmente identificados, por lo que se requiere capacitación en la misión del control social, así como educación e información sobre la lucha anticorrupción.

Se comprobó la efectividad del derecho de petición, en cuanto a las respuestas de solicitudes de información, para ejercer la inspección por parte de las instancias de participación.

Aunque no siempre se recibieron respuestas por parte de algunas EPS, se requiere un estricto control por parte de la Procuraduría, mediante la vigilancia al derecho de petición. De igual forma, se requiere un mecanismo de seguimiento al contenido de la información suministrada por parte de las instituciones, ya que su entrega, con frecuencia, no se realiza de forma completa.

Se recomienda elaborar los planes de inspección o control social partir de los núcleos de riesgos priorizados para la IVC del acceso, uso y calidad de los servicios, generando objetivos que surjan desde el reconocimiento prioritario de los usuarios y fomentando el contacto directo de los integrantes de las diversas instancias de participación y el usuario de los servicios.

La generación de informes de control social representó, para los integrantes de las instancias de participación, una forma de redireccionar el control social tradicional que se ejerce sobre las instituciones de salud, ya que, al pasar de una forma verbal a una escrita, se hace necesario que, de manera oficial, estos informes se remitan a las instituciones como IPS, EPS, Secretarías de Salud y Personerías. Los informes consolidan la evidencia requerida para que las instituciones reconozcan las problemáticas específicas, constituyéndose en un insumo para mejorar la calidad y prestación de los servicios, ya que incluyen propuestas de solución o mejoras. Un riesgo importante que superar, lo constituye la falta de autonomía y asimetría de poder como obstáculos para las iniciativas de la comunidad.

En el marco de la implementación del núcleo de participación, en el municipio de El Espinal no fue posible la generación de un plan de mejoramiento a partir del informe de control social, por lo que se requiere el seguimiento por parte de las Direcciones Sociales o de Salud[5], para verificar las respuestas ante los planes de mejoramiento solicitados por las instancias de participación. De acuerdo con la normatividad vigente, la Dirección Territorial debe garantizar que las EPS y las IPS tomen las medidas correctivas necesarias frente a la calidad de los servicios, de acuerdo con los hallazgos de la participación de la comunidad (Decreto 1757 de 1994). Ante la ausencia de los planes de mejoramiento, los usuarios deberán continuar con el ejercicio de inspección a los servicios, mediante la aplicación periódica de herramientas de inspección, seguimiento y verificación del cumplimiento de las acciones y, en última instancia, dirigirse a los entes de control.

Sin embargo y a pesar de la ausencia de un plan de mejoramiento, la prueba piloto permitió, desde la visión de los integrantes de las instancias de participación, observar la aplicación de algunas acciones de mejora inmediatas en la prestación de los servicios, producto del trabajo realizado por los usuarios; con esto se hace evidente un cierto nivel de incidencia en las

[5] *En muchos municipios del país, no existen las Secretarías de Salud y los temas relacionados se encuentran a cargo de las Secretarías Sociales u otras dependencias del gobierno local.*

decisiones de las instituciones objeto de inspección, mediante los aportes de la comunidad que identificó las principales necesidades y falencias para los usuarios en cuanto a la prestación de los servicios. Se recomienda involucrar a las instancias de participación para proponer soluciones de mejora ante las problemáticas identificadas, pues muestran la expectativa de aportar en este sentido. El núcleo de participación y protección al usuario contempla el fomento del uso de mecanismos dispuestos por las instancias de control para realizar denuncias, sin embargo, su implementación fue limitada, por lo que se recomiendan mecanismos de protección para los líderes sociales, evitando la intimidación de las personas e instituciones cuando se presentan denuncias. De igual forma, se propone generar o difundir estrategias de denuncias ante los organismos de control, mediante la utilización de Tecnologías de Información y Comunicación (TIC) para mitigar las barreras económicas que limitan el acceso a dichas entidades de control.

Como un resultado adicional de la prueba piloto, se hizo evidente un cierto nivel de fortalecimiento del liderazgo y el posicionamiento de las instancias de participación ante las instituciones objeto de inspección y ante los usuarios del sistema, derivado del suministro de herramientas y de la aparición de resultados concretos en materia de control social. De igual forma, se fortaleció el trabajo conjunto entre las instancias de participación, las EPS e IPS, y la Dirección de Salud, gracias a una mayor capacitación de los integrantes de las instancias de participación en lo relacionado con el control social. Se recomienda incrementar la difusión a los usuarios sobre la existencia de mecanismos como las Asociaciones de Usuarios y Veedurías Ciudadanas, ante las cuales pueden exponer sus problemas y dificultades para la garantía del derecho a la salud.

4.2.2 Resultados y recomendaciones para incorporar a las Direcciones de Salud para la IVC de la participación social y la protección al usuario

Los principales logros y avances identificados por la Secretaría de Desarrollo Social, a partir de la implementación de la prueba piloto para el modelo de PS y PU fueron: aportes para mejorar los criterios de evaluación para la inspección y vigilancia de la participación social y protección al usuario; generación de la encuesta de satisfacción como herramienta para ejercer inspección; y vigilancia y aportes para una mejor clasificación de motivos de PQRD.

Como principales barreras y limitaciones identificadas, a partir de la prueba piloto, se referenciaron: falta de competencias para ejercer inspección y vigilancia en el nivel municipal; falta de respaldo por parte de la Secretaría de Desarrollo Social a los integrantes de las instancias de participación (desconocimiento de los informes de control social); incumplimiento de la entrega de información solicitada a las EPS para inspeccionar y vigilar la participación social y la protección al usuario; falta de capacitación y apoyo por

parte de las instancias de IVC departamentales y nacionales; falta de recursos financieros y humanos para implementar las actividades de IV; falta de oportunidad y respuesta a las PQRD por parte de las EPS; y ausencia de planes de mejora a partir de las PQRD.

Mediante la prueba piloto, se identificó la prioridad de incluir en el núcleo de participación social y protección al usuario, la asistencia técnica a los funcionarios que ejercen la inspección y la vigilancia en el nivel territorial[6]. Se identificaron como temas prioritarios: inspección, vigilancia y control; apertura de expedientes de investigación; el papel que desempeñan el fomento y respaldo del control social en los municipios; la generación de criterios e indicadores para la inspección de la participación; la definición de herramientas que permitan la clasificación y análisis de información procedente de PQRD y tutelas; y el diseño, recolección de información, análisis e interpretación de resultados de las encuestas de satisfacción.

Una gran barrera para la prueba piloto consistió en la ausencia de herramientas de control por parte del nivel municipal que se concretan en la no competencia frente a facultades sancionatorias y la falta de autoridad ante las EPS/IPS. Estas limitaciones impidieron que se recolectara y analizara la información propuesta para inspeccionar la participación social y protección al usuario. El sistema de IVC, desde el nivel territorial, carece de efectividad, por lo que se debería considerar el otorgamiento de facultades y herramientas de control para exigir respuestas inmediatas a los agentes del sistema de salud.
Para un apropiado funcionamiento del núcleo de participación, se requiere una mayor contratación de personal destinado a IVC en los municipios, equipos de funcionarios con capacidad técnica y estabilidad laboral para garantizar curva de aprendizaje y compromiso frente al núcleo de participación.

4.2.3 Resultados y recomendaciones para incorporar la información procedente de PQR, tutelas y desacatos de tutelas como insumo para el seguimiento, monitoreo y evaluación de las deficiencias en el acceso, uso y calidad en la prestación de los servicios de salud

Limitaciones importantes relacionadas con la implementación del núcleo de participación y protección al usuario fueron: la escasa utilización del mecanismo de PQRD por parte de los usuarios, la falta de oportunidad en el reporte y ausencia de planes de mejoramiento de las instituciones a partir de las PQRD. No fue posible realizar inspección a partir del consolidado de

[6] *El artículo 2.10.1.14, del Decreto Único 780 de 2016, incorporó lo dispuesto en el año 94 con respecto al servicio de atención a la comunidad, en donde se mantiene para los niveles de Dirección Municipal, Distrital y Departamental del SGSSS.*

PQRD por ser muy reducido y tardío, situación que no coincide frente a las problemáticas observadas en la calidad de la prestación de los servicios. Se recomienda una mayor difusión, capacitación y educación al usuario sobre el mecanismo de PQRD, procurando una implementación apropiada.

Los funcionarios de Atención al Usuario refirieron tener que remitir las PQRD no resueltas a la SNS, pero lo consideran un mecanismo con poca efectividad debido a que dicha entidad, se limita a enviar la PQRD para que la EPS la resuelva, sin realizar seguimiento al efectivo cumplimiento de la misma. Se recomienda que la SNS ejerza un seguimiento y control real y oportuno sobre el proceso de las PQRD de las EPS en el nivel territorial, ya que el municipio carece de la competencia de control para exigir a estas instituciones el cumplimiento de las reclamaciones frecuentes de los usuarios.

No fue posible implementar la prueba piloto en lo referente a tutelas y desacato a tutelas, debido a la limitación para el acceso a la información de estos mecanismos de protección al usuario. Las EPS no se remitieron la información solicitada por la Dirección de Salud.Se hace necesaria la capacitación y/o asistencia técnica por parte del nivel departamental o nacional al recurso humano, para el diseño de bases de datos que permitan registrar las PQRD y realizar el análisis estadístico de los motivos de los reclamos de los usuarios y así alcanzar un mejor nivel de análisis de las situaciones presentadas. Un análisis estadístico apropiado permitiría reconocer las temáticas priorizadas para la inspección y la vigilancia en las instituciones como EPS/IPS.

5 BIBLIOGRAFIA

Alcaldía Mayor de Bogotá & Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. (2010). Política Pública de Participación Social en Salud y Servicio al Ciudadano. *Bogotá D.C.*

Butler, Rissel, & Khavarpour. (1999). The context for community participation in health action in Australia. *Australian Jounal of Social Issues, 34(3), 253-265.*

CENDEX, FES. (2015). Propuesta de Modelo Prototipo para la IVC en el ámbito Territorial. Segunda Versión. Documento Técnico GPES /1744B-15. *Bogotá D.C.*

Chinitz. (2000). Regulated competition and citizen participation: lessons from Israel. *Health Expectation, 3, 90-96.*

Constitución Política de Colombia (1991).

Currya, & Alpern. (2012). Community perspectives on roles and responsibilities for strengthening primary health care in rural Ethiopia. *Global Public Health, 7(9), 961-973.*

Decreto No 780, Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social. *(Ministerio de Salud y Protección Social 06 de Mayo de 2016).*

Delgado, & Gallego. (2006). Conocimientos, Opiniones y Experiencias con la Aplicación de las Políticas de Participación en Salud en Colombia. *Rev Salud Pública, 3(8), 150-167.*

Delgado, M., & Vázquez, L. (2006). Barreras y Oportunidades para la Participación Social en Salud en Colombia: Percepciones de los Actores Principales. *Revista de Salud Pública, 2(8), 128-140.*

Delgado, M., Vázquez, M., Zapata, Y., & García, M. (2005). Participación social en salud: conceptos de usuarios, líderes comunitarios, gestores y formuladores de políticas en Colombia. Una mirada cualitativa. *Revista Española de Salud Pública, 697-707.*

Fundación Corona . (2003). ¿Qué ha pasado con la participación ciudadana en Colombia?ISBN 958-97199-7-x. *Bogotá D.C.*

Gómez, A. (Enero-Junio de 2014). Marco conceptual y legal sobre la Gestión del riesgo en Colombia: Aportes para su implementción. *Monitor Estratégico, 4-11.*

Harrington. (2001). Citizen Participation in the UK Health Care System: The Role of the Law. *European Journal of Health Law, 8, 243-256.*

Hernández, P. (1995). Los métodos de participación del usuario en la evaluación y mejora de la calidad de los servicios sanitarios. *Revista Española de Salud Pública, 69, 163-175.*

Kenny, Hyett, & Sawtell. (2013). Community Participation in Rural Health: A Scoping Review. *Health Services Research, 13(64), 1-8.*

Ley No 100, Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones *(Diario Oficial 41.148 23 de diciembre de 1993).*

Ley No 1751, Por medio de la Cual se Reglamenta el Derecho Fundamental a la Salud y se Dictan otras Disposiciones *(Congreso de Colombia. Diario Oficial 49427 16 de Febrero de 2015).*

Ley No 1757, Por la cual se dictan disposiciones en materia de promoción y protección del derecho a la participación democrática. *(Diario Oficial No. 49.565 15 de 06 de 2015).*

Ley No. 1122 (Congreso de Colombia. *Diario Oficial 46506 Bogotá D.C 09 de Enero de 2007).*

Ley No. 1438 (Congreso de Colombia. Diario Oficial No 47957 *Bogotá D.C 19 de Enero de 2011).*

Méndez, & Vanegas. (2010). Priorización de las Garantías Explícitas en Salud: ¿es posible la participación social? *Cuad Med Soc, 50(1), 66-52.*

Moncada&Pinilla. (2006). Opiniones, debates y controversias. Investigación en educación. *Rev Fac Med Univ Nac Colomb, 54, 313-329.*

Organización Mundial de la Salud . (2006). "Ninth Futures Forums on Health Systems Governance and Public Participation". *Copenhagen.*

PARS. (2007). La Seguridad Social en la Encrucijada. Participación comunitaria y contol social en el régimen subsidiado. *Bogotá D.C : Colección PARS. doi:978-958-98220-9-8*

Pineda, F. (2014). La Participación en Salud, factores que favorecen una implementación efectiva. *Monitor Estratégico. , 10-20.*

Preston, Waugh, & Larkins. (2010). Community participation in rural primary health care: intervention or approach?. *Australina Jounal of Primary Health, 16, 4-16.*

Puerta, C., & Agudelo, A. (2012). Modalidades de interacción en el Régimen Subsidiado de Salud de Medellín: Participación y Estrategias Sociales. Hacia la promoción de la salud, *17(1), 13-28.*

Resolución 2063, Por la Cual se Adopta la Política de Participación Social en Salud-PPSS *(Ministerio de Salud y Protección Social 09 de Junio de 2017).*

Resolución 518, Dicta disposiciones en relación con la gestión de la salud pública y se establecen directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas-PIC *(Ministerio de Salud y Protección Social 24 de febrero de 2015).*

Resolución No 429 , Por medio de la cual se adopta la Política de Atención Integral en Salud *(Ministerio de Salud y Protección Social 17 de febrero de 2016).*

IMPLEMENTACIÓN DE UN SISTEMA PARA LA CONSTRUCCIÓN DE CAPACIDADES PARA LA INSPECCCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL DEL ACCESO, USO Y CALIDAD EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD EN SALUD

Carlos Alberto Garzón Flórez
Abel Matiz Salazar

COLCIENCIAS
GOBIERNO DE COLOMBIA
Pontificia Universidad JAVERIANA Bogotá
INSTITUTO DE Salud Pública
FES
FUNDACIÓN HORIZONTES PROFESIONALES
OISS ORGANIZACIÓN IBEROAMERICANA DE SEGURIDAD SOCIAL

CAPÍTULO: Implementación de un sistema para la construcción de capacidades para la Inspección, Vigilancia y Control del Acceso, Uso y Calidad en la prestación de servicios en el Sistema General de Seguridad en Salud

Autores
Carlos Alberto Garzón Flórez
Abel Matiz Salazar

Evaluadora:
Yolanda Zapata Bermudez

Programa:
Desarrollo y Evaluación de un Modelo Integrado de IVC del Acceso Oportuno, el Uso Adecuado y la Calidad en la Prestación de Servicios en el SGSSS Colombiano.

Proyecto:
Implementación de un sistema para la construcción de capacidades para la Inspección, Vigilancia y Control del Acceso, Uso y Calidad en la prestación de servicios en el Sistema General de Seguridad en Salud

Fechas de ejecución:
Agosto de 2015 a Enero de 2018

Institución ejecutora:
Fundación Horizontes Profesionales

Investigador Principal:
Carlos Alberto Garzón Flórez

Equipo Técnico:
Carlos Enrique Rondón Almeida
Coinvestigador

Adriana Gonzales Perdomo
Coinvestigadora

Delfín Soto Chaves
Coinvestigador

Ruth Alayón
Coinvestigadora

Marisol Suárez
Coinvestigadora

Camila Pumarejo
Apoyo técnico

Angela Ivonne Castellanos Acosta
Coinvestigadora

Abel Matiz Salazar
Auxiliar de Investigación

Daniel Valencia
Consultor

Jorge Andrés Caballero
Apoyo en la elaboración de informes

COLCIENCIAS · GOBIERNO DE COLOMBIA · Pontificia Universidad Javeriana Bogotá · Instituto de Salud Pública · FES · Fundación Horizontes Profesionales · OISS Organización Iberoamericana de Seguridad Social

CAPÍTULO

IMPLEMENTACIÓN DE UN SISTEMA PARA LA CONSTRUCCIÓN DE CAPACIDADES PARA LA INSPECCCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL DEL ACCESO, USO Y CALIDAD EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD EN SALUD

Autores
Carlos Alberto Garzón Flórez
Abel Matiz Salazar

TABLA DE CONTENIDO

1 INTRODUCCIÓN 443

2 MARCO CONCEPTUAL PARA LA CONSTRUCCIÓN DE UN MODELO DE GC 444

2.1 DISEÑO DEL MODELO DE GENERACIÓN DE CONOCIMIENTO PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROTOTIPO DEL MODELO DE IVC A NIVEL REGIONAL 447

2.1.1 Sistema de generación de conocimiento en la implementación del modelo o de ivc a nivel territorial 447

2.2 PRODUCTOS DEL MODELO DE GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO EN LA IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO PROTOTIPO DE IVC A NIVEL REGIONAL 448

2.3 SISTEMATIZACIÓN DE EXPERIENCIAS: FORMAS DE PRODUCCIÓN DE CONOCIMIENTO 449

2.3.1 Ruta metodológica en la sistematización de experiencias territoriales 450

2.3.2 Relaciones entre los sujetos de la sistematización e investigación 451

2.3.3 Construcción del objeto de sistematización 452

2.3.4 Fuentes, técnicas e instrumentos de sistematización 454

3 INFORME VISITAS A LOS MUNICIPIOS DE EL ESPINAL, CORINTO, CALI, IBAGUÉ Y POPAYÁN EN EL MARCO DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO PROTOTIPO DE INSPECCIÓN VIGILANCIA Y CONTROL - IVC 455

3.1 CONCLUSIONES DESDE LA INFORMACIÓN OBTENIDA A TRAVÉS DE LAS ENTREVISTAS EN LOS MUNICIPIOS DE LA PRUEBA PILOTO DEL MODELO IVC 456

4 IMPLEMENTACIÓN DE UN MODELO POR COMPETENCIAS Y SELECCIÓN PARA EL MODELO PROTOTIPO DE INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL DEL ACCESO, USO Y CALIDAD EN LA PRESENTACIÓN DE SERVICIOS EN EL SGSSS 458

4.1 RUTA PARA LA CONSTRUCCIÓN DE UN SISTEMA DE COMPETENCIAS Y SELECCIÓN DEL TALENTO HUMANO 458

4.1.1 Base conceptual y teórica 459
4.1.2 Recolección y análisis de información 459
4.1.2.1 Bases de datos capacidad institucional 459
4.1.2.2 Información recolectada de anteriores procesos 460

4.2 DISEÑO DE UN MODELO POR COMPETENCIAS 462

4.2.1 Definir competencias organizacionales 462
4.2.2 Competencias cardinales 463
4.2.3 Competencias específicas 463
4.2.3.1 Competencias nivel táctico 463
4.2.3.2 Competencias nivel operativo 463
4.2.4 Diccionario y niveles de competencia 463

4.3 LEVANTAMIENTO DE PERFILES DE CARGO 464

4.4 PROPUESTA DE PROCESO DE SELECCIÓN 468

4.4.1 Coordinador modelo IVC 470
4.4.2 Auditor eps e ips, auditor régimen subsidiado 473
4.4.3 Técnico de apoyo en gestión 475

5 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES DEL PROYECTO 477

6 BIBLIOGRAFÍA 480

1 INTRODUCCIÓN

El contenido del presente capítulo, da cuenta del marco conceptual y los resultados de la construcción de un modelo de Gestión del Conocimiento (GC de aquí en adelante) en el marco de la implementación del Modelo de Inspección, Vigilancia y Control (IVC) del acceso, uso y calidad de los servicios que presta el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) colombiano.

El objetivo del Sistema de GC se plantea en términos del fortalecimiento de capacidades institucionales para la gestión del prototipo del Modelo de IVC en el acceso, uso y calidad de la prestación de servicios, así como en la apropiación de competencias por el personal encargado de implementarlo.

En este sentido, el documento se estructura en 4 partes. La primera parte corresponde al marco conceptual para la construcción de un modelo de GC y la propuesta de dicho modelo.

La segunda parte presenta los principales resultados de las visitas que realizó el equipo del proyecto a los municipios de El Espinal, Corinto, Cali, Ibagué y Popayán en el marco de la implementación del Modelo de Inspección, Vigilancia y Control (IVC), dando cuenta de la percepción de diferentes actores acerca del proceso de implementación.

La tercera parte del documento presenta el diseño del proceso de selección y formación de talento humano requerido para la nueva institucionalidad, el cual busca la disminución de brechas de conocimiento del Capital Humano, pretendiendo garantizar una adecuada ejecución de los procesos de IVC en la prestación de los servicios en el SGSSS colombiano.

Finalmente, se presentan las conclusiones y recomendaciones del proyecto.

2 MARCO CONCEPTUAL PARA LA CONSTRUCCIÓN DE UN MODELO DE GC

La Gestión del Conocimiento es un concepto amplio que incluye la generación y creación, la apropiación, la interpretación, la transformación, la transferencia y el uso del conocimiento, ya sea disciplinar y científico, o aplicado, con el objetivo de mejorar la comprensión de los fenómenos sociales y producir cambios que mejoren la calidad de vida de los integrantes de una sociedad.

Para el Modelo de IVC, la visión de gestión del conocimiento está mucho más focalizada, pues se enfoca en la sistematización de experiencias de la implementación territorial del Modelo IVC, identificando los obstáculos, limitaciones y beneficios, permitiendo la priorización de acciones de mejoramiento sobre necesidades específicas por parte de los diferentes funcionarios que lo van a operar y facilitando una mejora en la toma de decisiones para el fortalecimiento de la inspección, vigilancia y control en el acceso, uso y calidad en el Sistema General de Salud.

En este caso, para el Modelo de IVC, la Gestión de Conocimiento es un ejercicio participativo en múltiples vías, cuyos principales protagonistas son los actores del proceso de la implementación del Modelo Prototipo IVC en cada uno de los municipios identificados para el pilotaje, El Espinal (Tolima), La Tebaida (Quindío) y Cali (Valle del Cauca), así que esto supone conocer la realidad para saber qué hacer para mejorarla y, su importancia es incuestionable en los programas de evaluación y mejora de la calidad de los servicios de salud (Hernández, 1995).

La participación de quienes implementan el modelo, comprende la identificación y priorización de las necesidades específicas, permitiendo una mejor toma de decisiones por parte de los proveedores y originando a su vez unos mejores resultados en salud, así como una mejor distribución de los recursos. (Aston & Meagher, 2009).

De manera sintética, para el aprovechamiento de la GC en la sistematización de experiencias, se aplican técnicas e instrumentos de recolección y análisis de información, con una periodicidad definida a lo largo del tiempo de implementación del Modelo. Con base en la información recopilada se generan las "Páginas Amarillas" de experiencias individuales, teniendo en cuenta los criterios que muestra la Gráfica 1.

Grafica 1. Criterios del proceso de sistematización de experiencias territoriales

Se busca con lo anterior, una interpretación crítica de las experiencias recopiladas desde su ordenamiento y reconstrucción, con el objetivo de convertir dicha información en conocimiento, mediante una comprensión más profunda de las situaciones que genera la implementación del modelo, identificando aciertos y errores, así como el intercambio de experiencias que contribuyan a los objetivos del Modelo de IVC.

Para esto, se estableció un método que facilita la identificación de los activos del conocimiento, esto es: a) reconocer los activos del conocimiento, b) ubicarlos, c) clasificarlos, d) describirlos y e) valorarlos.

Por este método se genera un proceso de aprendizaje social que permite compartir problemas, necesidades y soluciones, sobre aspectos específicos del Modelo de IVC. Las acciones de aprendizaje se caracterizan por:

- Centrar las experiencias sobre cuestiones comunes, explorando ideas y sondeando nuevas soluciones.

- Adquirir habilidades, ofrecer y producir aprendizajes.

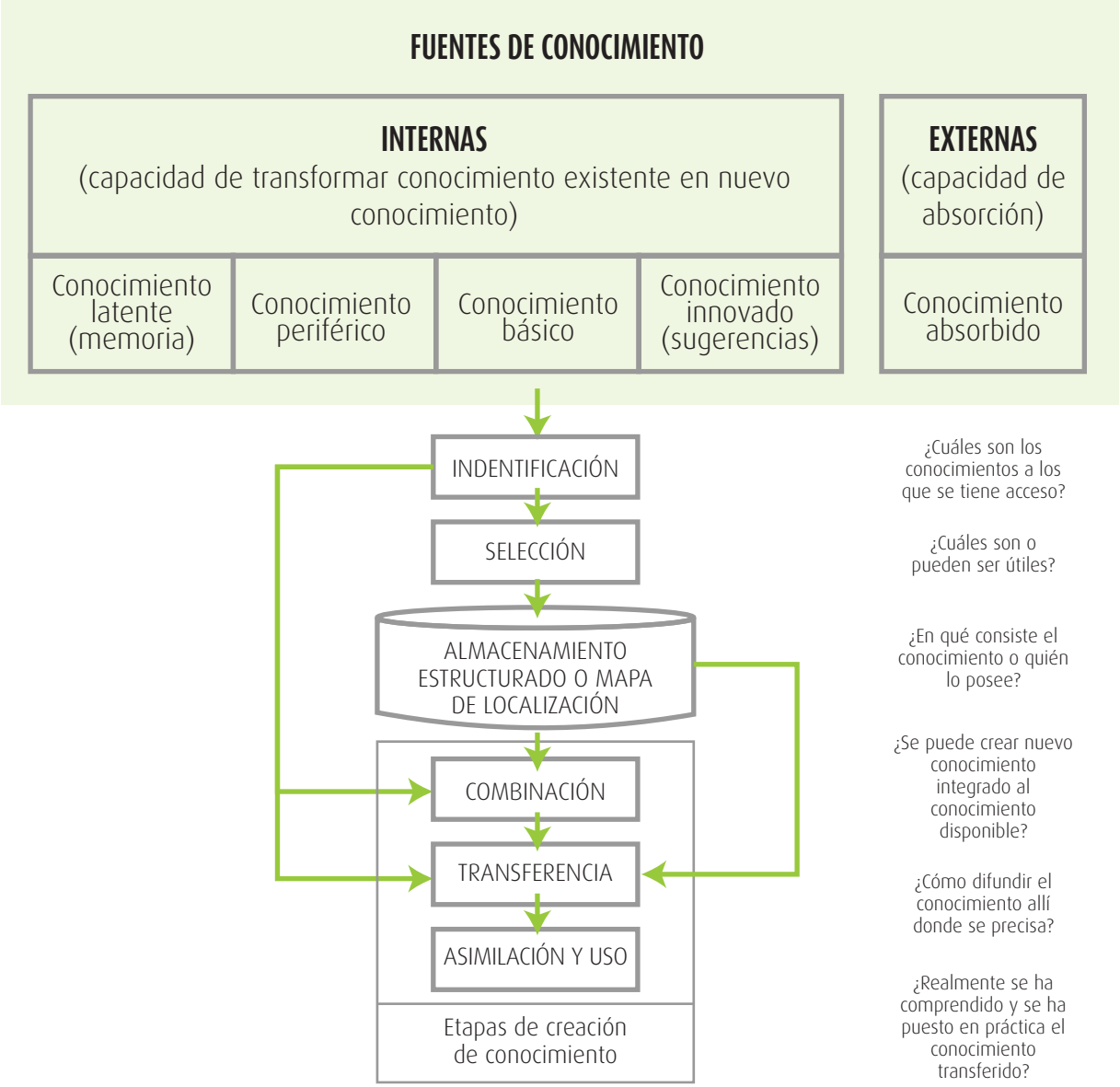
- Incorporar el conocimiento generado como parte integral de las actividades e interacciones de las personas a cargo de la operación del Modelo de IVC.

- Producir documentos que formen parte de la operación del Modelo de IVC.

Estas acciones son parte de una dinámica que contribuye a la generación de espacios clave para la interacción de los equipos de implementación y los funcionarios encargados de la operación del modelo de IVC, así como a la GC.

El proceso de GC se representa, como lo muestra la Gráfica 2, mediante fuentes internas y externas que permiten identificar los conocimientos a los que se tiene acceso, su utilidad, su propiedad, la creación de nuevo conocimiento, su difusión, comprensión, puesta en práctica y transferencia. El proceso para el logro de resultados viables de implementación del Modelo de IVC mediante un enfoque integrado de GC, permite la mejora del acceso, uso y calidad de los servicios de salud.

Gráfica 2. Proceso de Gestión del Conocimiento



Fuente: Salazar, J & Zarandona, X. (s.f).

2.1 Diseño del Modelo de generación de Conocimiento para la implementación del Prototipo del Modelo de IVC a nivel Regional

2.1.1 Sistema de generación de conocimiento en la implementación del modelo de ivc a nivel territorial

La clasificación, ordenamiento y catálogo de la información que estuvo a disposición del sistema de GC, requirió de un plan operativo que consta de: la definición de criterios que incluyen la fijación de procesos de implementación pertinentes a sistematizar para garantizar su replicabilidad, y la definición del para qué, cómo y qué se puede hacer con los resultados de la sistematización (Rodríguez, 2006). Así, se concibe el conocimiento como el escenario que se manifiesta a través de:

- Los servicios que presta.
- Las decisiones que toman.
- Los resultados que alcanzan.
- Las relaciones dinámicas que mantiene con los actores responsables del acceso, uso y calidad en los servicios de salud.
- La información que produce.
- La documentación que genera.
- Las soluciones que logra a los problemas y necesidades que identifica.
- Los procesos de planeación y seguimiento que realiza.
- Las actividades que emprende para su preservación institucional.
- Los acuerdos a que llega para coordinarse y actuar.
- Su cultura organizacional.
- Las alianzas que realiza.
- La información que sistematiza y organiza en sus sistemas de información y bases de datos.
- Su cultura organizacional.
- Las alianzas que realiza.
- La información que sistematiza y organiza en sus sistemas de información y bases de datos.

Adicionalmente, la información de las Peticiones, Quejas, Reclamos y Denuncias (PQRD) por parte de los usuarios sirven para mejorar y evaluar la calidad, porque permiten la identificación de problemas u oportunidades de mejora (Hernández, 1995).

La integración de la GC se enfoca en las herramientas y los procesos del Modelo de IVC de forma integral, para maximizar los resultados a través de la evaluación continua, la captura, la síntesis, la generación y el intercambio de información relevante y el conocimiento.

Bajo el enfoque sistémico de gestión del conocimiento propuesto para el presente proyecto, la sistematización de experiencias es un proceso de reflexión e interpretación crítica en la práctica de la implementación del modelo de IVC en los municipios en los que se implementó el pilotaje.

Esta sistematización se basa en la reconstrucción y ordenamiento de los factores objetivos y subjetivos que han intervenido en esa experiencia, extrayendo un conjunto de aprendizajes con el fin de compartirlos con los actores y sujetos de la IVC y todos aquellos formuladores y evaluadores de políticas públicas que implementen y difundan el modelo de IVC a nivel nacional.

Los principales objetivos son el fortalecimiento de capacidades institucionales para la gestión del prototipo del modelo de IVC en la prestación de servicios (acceso, uso y calidad) y la apropiación de competencias por el personal encargado de implementarlo.

Fundamentalmente, se genera conocimiento desde la realidad de la implementación territorial del prototipo del modelo IVC, identificando los obstáculos, limitaciones y beneficios, lo cual permitirá la priorización de acciones de mejoramiento sobre necesidades específicas por parte de los diferentes funcionarios que lo van a operar, permitiendo una mejora en la toma de decisiones desde un enfoque preventivo de la gestión de riesgos.

2.2. Productos del Modelo de Gestión del Conocimiento en la implementación del Modelo Prototipo de IVC a nivel Regional

El Modelo de GC para la Construcción de Capacidades dades para la IVC del Acceso, Uso y Calidad en la prestación de servicios en el SGSSS, tiene una serie de productos encaminados a fortalecer el ejercicio de IVC en el quehacer de lo/as funcionarios/as que tienen en las entidades territoriales las siguientes responsabilidades asignadas:

- Sistematización de experiencias territoriales en la implementación del Modelo de IVC.
- Análisis diagnóstico para fortalecer el Modelo de IVC en el contexto de las entidades territoriales.
- Herramienta de consulta, fortalecimiento de capacidades y referencia para el ejercicio efectivo de IVC del acceso, uso y calidad desde las entidades territoriales, adaptada a las condiciones específicas de competencias, descentralización, tamaño, institucionalidad y recursos disponibles de cada municipio.
- Método de operación desde un enfoque preventivo de riesgos en el ejercicio de IVC.
- Información estratégica para la planeación, evaluación y toma de decisiones que afectan directamente las características del acceso, uso y calidad de los servicios del SGSSS.
- Manuales de Operación del Modelo de IVC.
- Flujogramas de Procedimientos del Modelo de IVC.
- Compendio de Normas.
- Colección de buenas prácticas de manejo del Modelo de IVC.
- Manuales para el soporte de actividades formativas.
- Documentación de procesos.

• Relatos de interés para el mantenimiento de la memoria histórica de los responsables de operar el Modelo de IVC.
• Métodos de resolución de problemas.
• Sistemas de apoyo on-line y off-line.
• Páginas Amarrillas.

Los resultados del proceso de GC alrededor de la implementación del Modelo de IVC se recogen en diferentes tipos de soporte, como electrónico, impreso, audio video y multimedia.

2.3 Sistematización de Experiencias: Formas de producción de conocimiento

El Modelo de IVC en el acceso oportuno, uso adecuado y calidad en la prestación del servicio de salud en el ámbito territorial, diseñado bajo los lineamientos del Modelo de Supervisión Basado en Riesgos, tiene como objeto convertirse en una herramienta de consulta, fortalecimiento de capacidades y referencia para el ejercicio efectivo de la IVC desde las entidades territoriales, ajustada a las condiciones específicas de competencias, descentralización, tamaño, institucionalidad y recursos disponibles de cada municipio identificado para realizar la prueba piloto.

La sistematización es entendida como un ejercicio reflexivo de producción de conocimientos desde y para la práctica; tiene su origen en una construcción epistemológica en la que la práctica es una fuente de conocimiento en "interrelación dialéctica con la teoría" (Palma, 1992), lo que no está ajeno a paradojas epistemológicas en la construcción de la relación entre teoría y práctica, puesto que se corren riesgos de situarse con un mayor peso en alguno de los extremos entre teoría y práctica.

La apuesta epistemológica del Proyecto "Implementación de un Sistema para la Construcción de Capacidades para la Inspección, Vigilancia y Control del Acceso, Uso y Calidad en la Prestación de Servicios en el Sistema General de Seguridad en Salud", parte por comprender la sistematización como "proceso permanente y acumulativo de creación de conocimientos a partir de nuestra experiencia de intervención en una realidad social" (Barnechea & González, 1992, pág. 11).

La sistematización de experiencias como producción de conocimiento es un proceso de reflexión en la acción. El proceso de sistematización de experiencias de la implementación del Modelo de IVC en el SGSSS en Colombia para determinar los aciertos, desaciertos y las áreas de mejora, es una apuesta epistemológica de organización, clasificación y apropiación del conocimiento producido en la implementación del Modelo de IVC en las entidades territoriales, en la práctica de los sujetos que lo implementan y en la capacidad de comunicar "lo allí producido".

La práctica de sistematizar, para referirnos al proceso sistemático de organización y clasificación de información para producir conocimiento, se lleva a cabo a través del compromiso de los sujetos involucrados en la experiencia, en este

caso funcionarios/as públicos que cumplen con una serie de responsabilidades, cuyas vivencias, intereses y visiones tienen naturaleza diversa, así como sus formas de intervención y, en consecuencia, en sus modos de comprensión sobre la práctica misma de la IVC.

El objeto de conocimiento en un proceso de sistematización es la experiencia de intervención, el quehacer, la práctica, que se constituye en un escenario reflexivo que posibilita el mirarse uno mismo con los diferentes modos de hacer y de comprender.

La sistematización se centra, entonces, en la producción de conocimiento práctico con el propósito de construir un diálogo entre la práctica y los enfoques teóricos y conceptuales que alimentan la experiencia, mediante un proceso ordenado, sistemático, de investigación y análisis que genera datos nuevos.

Bajo esta premisa, la sistematización de experiencias territoriales propuesta en la implementación del Modelo de IVC es, entonces, un proceso investigativo-reflexivo, basado en una estrategia metodológica de orden cualitativo.

Es importante señalar que los desarrollos epistemológicos de la sistematización de experiencias permiten identificar el propósito, los énfasis, los sujetos de la sistematización y los productos.

Finalmente, la sistematización arroja una serie de productos que, según Askunce et al. (2004), son de la siguiente naturaleza:

- Lecciones aprendidas como producto del ejercicio reflexivo colectivo en la identificación de temas críticos de la práctica.
- Análisis e interpretación conjunta de datos e información.
- La comunicación de los resultados es estratégica y transformadora.
- Los resultados de la Sistematización son los insumos fundamentales para reorientar la práctica, el quehacer.

Concretamente, en la Sistematización de Experiencias Territoriales sobre la implementación del Modelo de IVC, el centro epistemológico se focaliza en explicitar los factores (la gestión de los riesgos en el acceso, uso y calidad del servicio de salud) que median el ejercicio de las acciones de IVC y así comprender, interpretar y aprender de la experiencia de implementación del Modelo de IVC, brindar información pertinente y adecuada sobre los riesgos identificados a través de la implementación a nivel territorial, para quienes se encuentran interesados en valorar el impacto y resultados del Modelo.

2.3.1 Ruta metodológica en la sistematización de experiencias territoriales

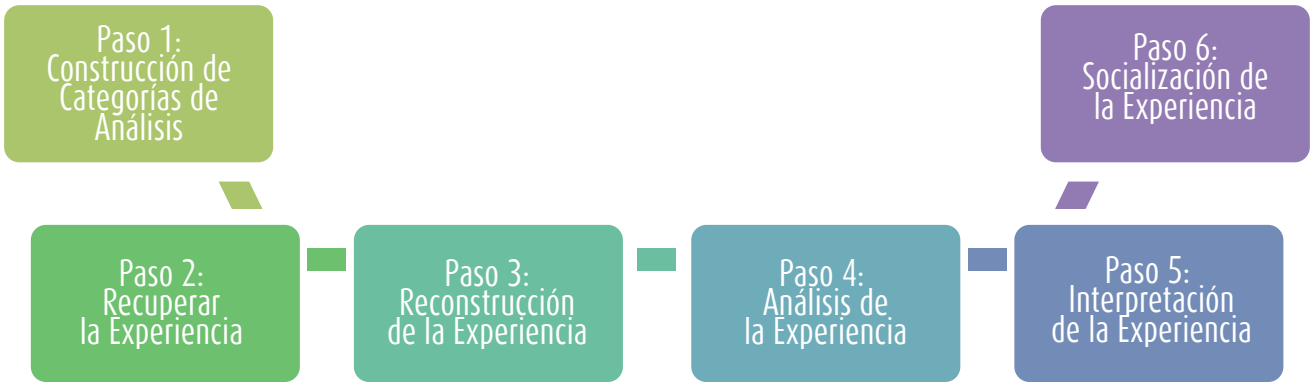
La ruta metodológica que se presenta como propuesta para la sistematización de la implementación del Modelo de IVC, define una serie de pasos articulados que se mencionan a continuación y se basan en que el proceso de reflexión sobre la experiencia es un proceso circular:

- Construcción del objeto de conocimiento
- Problematización de la experiencia
- Identificación de categorías de análisis
- Recolección de información
- Procesamiento de información
- Análisis de información
- Interpretación de la experiencia

Ahora bien, la ruta metodológica que aquí se presenta responde a un tipo de sistematización denominada sistematización en proceso, la cual se despliega en el "aquí y ahora", es decir, cuando la experiencia se está desarrollando. Este tipo de sistematización se diferencia del tipo de sistematización en retrospectiva, que responde a las necesidades de sistematizar una experiencia concluida.

Los pasos contemplados en el ejercicio de sistematización de las experiencias territoriales de implementación del Modelo de IVC se muestran en la Gráfica 3.

Gráfica 3. Ruta Metodológica en la Sistematización de Experiencias Territoriales



Fuente: Elaboración propia

La sistematización es un proceso mediado profundamente por intereses e intencionalidades, algunos explícitos, otros implícitos, en virtud de la naturaleza de diálogo y confrontación entre los sujetos de la sistematización y el sujeto que sistematiza o traduce los hallazgos, para evidenciar el conocimiento que arroja la práctica.

2.3.2 Relaciones entre los sujetos de la sistematización e investigación

La sistematización no es un ejercicio inocente de investigación puesto que está en juego una serie de aspectos propios de los sujetos de la sistematización, tales como:

- Modos de comprensión de los sujetos de la sistematización sobre el propósito y los énfasis de la sistematización.

- Jerarquías al interior de los sujetos de la sistematización.

- Tipos de funciones y responsabilidades de los sujetos de la sistematización.

- Nivel de receptividad de los sujetos de la sistematización sobre las categorías de sistematización.
- Capacidad de autorreflexión sobre la práctica de los sujetos de la sistematización.
- Apropiación de los aprendizajes e identificación de aspectos a mejorar por parte de los sujetos de la sistematización.

Del lado del sujeto que sistematiza existe también una serie de aspectos importantes a considerar en la relación con los sujetos de la sistematización y en el contexto de la misma: la capacidad de comprender el contexto en el que se lleva a cabo la sistematización, la capacidad de generar empatía con los sujetos del proceso de la sistematización y la actitud crítica y constructiva presente en el diálogo con los sujetos de la sistematización.

2.3.4 Construcción del objeto de sistematización

La construcción del objeto de sistematización se define como la experiencia que se desea sistematizar, lo cual supone definir el para qué de la sistematización, el qué se sistematizará, el cuándo y el dónde según el propósito mismo de recuperar la experiencia.

En la Tabla 1 se presentan los elementos de construcción del Objeto de sistematización:

Tabla 1. Construcción del Objeto de Investigación

DIMENSIONES DE LA SISTEMATIZACIÓN	EXPERIENCIA TERRITORIAL
¿Para qué?	Reflexionar sobre las prácticas de los/as funcionarios/as en torno a la inspección, vigilancia y control del acceso, uso y calidad en la prestación de servicios de salud, permitirá identificar lecciones y recomendaciones desde las características propias territoriales, para implementar el modelo en otros territorios.
¿Qué se sistematiza?	Las prácticas y el quehacer de los/as funcionarios/as sobre los mecanismos y estrategias de inspección, vigilancia y control del acceso, uso y calidad en la prestación de servicios de salud.
Objetivo de la Sistematización	Identificar las lecciones aprendidas en la implementación del Modelo Prototipo para el fortalecimiento de las capacidades de inspección, vigilancia y control del acceso, uso y calidad en la prestación de servicios de salud, bajo un enfoque preventivo de la Supervisión Basada en Riesgos (SBR).
Ejes de la Sistematización	Prácticas Institucionalizadas y No Institucionalizadas de IVC en el manejo de los núcleos de riesgos para el acceso, uso y calidad en la prestación de servicios de salud propuestas por el Modelo Prototipo.
¿Cuándo?	El proceso de sistematización propuesto responde al tipo de sistematización en proceso, esto significa que el proceso de sistematización se desarrolla al tiempo del proceso de implementación del Modelo Prototipo de IVC.
¿Dónde?	Las experiencias de implementación se desarrollaron en los municipios de El Espinal (Tolima), La Tebaida (Quindío) y Cali (Valle del Cauca).

Fuente: Elaboración propia

2.3.4 Fuentes, técnicas e instrumentos de sistematización

La identificación de las fuentes de información en los procesos de sistematización de experiencias está delimitada, en primer lugar, por su objeto, y por el contexto de la sistematización, en segundo lugar.

En este orden de ideas, las fuentes para la sistematización responden a dos tipos: fuentes primarias o aquellas que brindan información proveniente de los sujetos en el proceso mismo de la sistematización, bien a través de entrevistas, grupos focales, talleres, entre otros; y fuentes secundarias o aquellas que brindan información proveniente de insumos previos o creados para otros fines diferentes al ejercicio de sistematización, tales como documentos.

Por otra parte, las técnicas de recolección de información en el marco de la sistematización se definen como espacios creados para la participación y reflexión de los sujetos que facilitan la recolección de la información pertinente al objeto de la sistematización. En este sentido, como técnicas se tienen previstas entrevistas, grupos focales y talleres.

Finalmente, los instrumentos de recolección están diseñados de acuerdo con las intencionalidades de la sistematización y es viable que en el trabajo de campo puedan ser objeto de ajustes.

Es necesario señalar que, en el marco del Programa, el presente proyecto se alimenta de la información que produce el proyecto de Implementación y Evaluación de un Sistema Piloto para la IVC del acceso, uso y calidad en la prestación de Servicios en el SGSSS.

También, es importante mencionar que no se presentan en la propuesta de instrumentos, preguntas específicas, en virtud de que una de las características de la sistematización de experiencias es justamente la identificación en el eje de sistematización de preguntas con la participación activa de los sujetos de la misma.

Al respecto, en el proceso de sistematización se construye un banco de preguntas generales y específicas, a partir de las cuales se trata de responder a una serie de criterios a considerar:

- Construcción de preguntas de acuerdo con los pasos de la ruta de sistematización.
- Identificación de los momentos críticos del proceso de la sistematización.
- Identificación del contexto y de las condiciones facilitadoras y no facilitadoras de la recuperación de la experiencia.
- Construcción de preguntas desde diferentes lugares según los sujetos de la sistematización.
- Mantener la apertura a preguntas nuevas a lo largo del proceso de sistematización.

3 INFORME VISITAS A LOS MUNICIPIOS DE EL ESPINAL, CORINTO, CALI, IBAGUÉ Y POPAYÁN EN EL MARCO DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO PROTOTIPO DE INSPECCIÓN VIGILANCIA Y CONTROL - IVC

Una vez hecha la sensibilización y capacitación frente al Modelo de IVC, se procedió a realizar una serie de entrevistas a funcionarios y colaboradores que participaron en la implementación en los municipios de El Espinal, Corinto, Cali, Ibagué y Popayán[1]; en estas entrevistas se pudo evidenciar y determinar la adherencia, la aceptación y la viabilidad operativa del Modelo de IVC.

Con el fin de poder indagar sobre el resultado de la sensibilización y capacitación realizada se aplicaron en total cuatro instrumentos que enmarcaban preguntas sobre inspección y sobre los núcleos de riesgo.

Una vez analizada la información obtenida se pudo determinar que los objetivos del Modelo y su proceso de implementación se mantienen y deben fortalecerse, sin embargo, también se han agregado objetivos como sensibilizar a la totalidad de los actores implicados con el fin de mantener la apropiación del proceso.

Respecto a las necesidades, se considera que se hace imperativo el aumento del recurso humano para capacitar de manera permanente a los actores en todos los aspectos del Modelo IVC y asimismo articular con la política PAIS, el Modelo MIAS y las Rutas Integrales de Atención en Salud RIAS.

A nivel local, se evidenció que, a pesar de que algunos de los encuestados manifiestan no conocer el Modelo de la prueba piloto, hay mayor apropiación y necesidad de conocimiento en los aspectos de IVC en aras de prestar servicios de salud integrales, pertinentes y con altos estándares de calidad.

Otro aspecto para resaltar es la interacción entre las entidades públicas y la población, siendo un aspecto fuerte en los municipios sometidos a la prueba piloto y que cuentan con estrategias fuertes para mantener la articulación entre estos dos actores.

Respecto a las tensiones y contradicciones, se evidencia el malestar que genera la centralización del control y la importancia de ampliar esta competencia a los entes territoriales.

[1] *En Ibagué y Popayán no se implementó en modelo, pero se entrevistaron funcionarios y contratistas relacionados con las Secretarías de Salud departamentales para recoger su percepción.*

Adicionalmente, se ve a las EPS como entes autónomos que no siguen normas vigentes, ni responden oportunamente a los requerimientos, ya que han perdido el temor a la sanción al adjudicar como una de las causas la demora de los procesos generados por la centralización.

La articulación y la apropiación de los conceptos hasta cierto punto de muchos de los participantes en la prueba piloto, han permitido el debate, el conocimiento de modelos propios implementados y el surgimiento de recomendaciones para fortalecer el proceso. El compromiso y la disposición de los participantes influyeron positivamente en el desarrollo del pilotaje, la sensibilización escasa y la entrega oportuna de información respecto al Modelo para algunos implicados. El desconocimiento de la Política PAIS, el Modelo MIAS y de las RIAS influyeron negativamente en el proceso.

3.1 Conclusiones desde la información obtenida a través de las entrevistas en los municipios de la prueba piloto del modelo IVC

• El Modelo de IVC ha sido percibido por los entrevistados como una estrategia enriquecedora que debe ser tomada en cuenta y fortalecida, con el fin de mejorar de manera tangible y medible el acceso y la prestación de servicios de salud con todos sus componentes de oportunidad, calidad e integralidad dentro de la política PAIS, el MIAS y las RIAS.

• Todos los actores en los diferentes municipios tienen como objetivo en común disminuir las barreras de acceso y garantizar el derecho a la salud, teniendo al individuo en el centro y como objeto principal de las acciones a tomar.

• La plataforma para el registro de la información para el Modelo del IVC aún debe ser mejorada, ya que constantemente no se encuentra disponible, la carga de la información es difícil y requiere el registro de gran cantidad de información.

• Aún no se ha logrado educar y sensibilizar a los actores en sus obligaciones y responsabilidades para facilitar la implementación del Modelo.

• Los entes municipales y departamentales solo logran hacer Inspección y Vigilancia; el Control se encuentra centralizado en la Superintendencia de Salud, que no siempre toma acciones oportunas frente a los hallazgos.

• La implementación del piloto del Modelo IVC ha permitido encontrar fallas en los procesos y a su vez plantear e implementar acciones de mejora, con el fin de optimizar la atención y el acceso de los usuarios.

• La educación y la sensibilización permanente a los usuarios sobre aseguramiento y acceso a los servicios de salud, influyen en el adecuado funcionamiento del sistema.

• Según los entrevistados, las EPS son quienes por sus particularidades incrementan las barreras de acceso y prestación de servicios de salud.

• Aunque para el pilotaje del Modelo en los diferentes municipios se cuenta con personal suficiente para las tareas propias de éste, todos los entrevistados están de acuerdo en que no es la realidad en el territorio nacional, porque muchas veces todas las funciones recaen sobre uno o dos profesionales.

• Quienes se encargan de los temas de salud en los municipios deben ser profesionales de Ciencias de la Salud idóneos y capacitados para la IVC y preferiblemente vinculados laboralmente y no solamente contratistas.

• El manejo de los recursos en la actualidad después de la implementación del Decreto 971 de 2011, por medio del cual se define el instrumento a través del cual el Ministerio de la Protección Social girará los recursos del Régimen Subsidiado a las Entidades Promotoras de Salud, ha dejado a los municipios sin herramientas para ejercer control sobre las aseguradoras, puesto que estas reciben los recursos cumplan o no con sus compromisos adquiridos directamente desde el Ministerio de Salud y Protección Social.

• Hay preocupación frente al marco de implementación del MIAS y de las RIAS, por la suficiencia de los prestadores de baja complejidad para incorporarse a las redes integrales de servicios de salud.

• Las EPS actúan como entes autónomos, desatendiendo e ignorando en muchos casos a las entidades que ejercen IVC, porque no hay mecanismos sancionatorios efectivos.

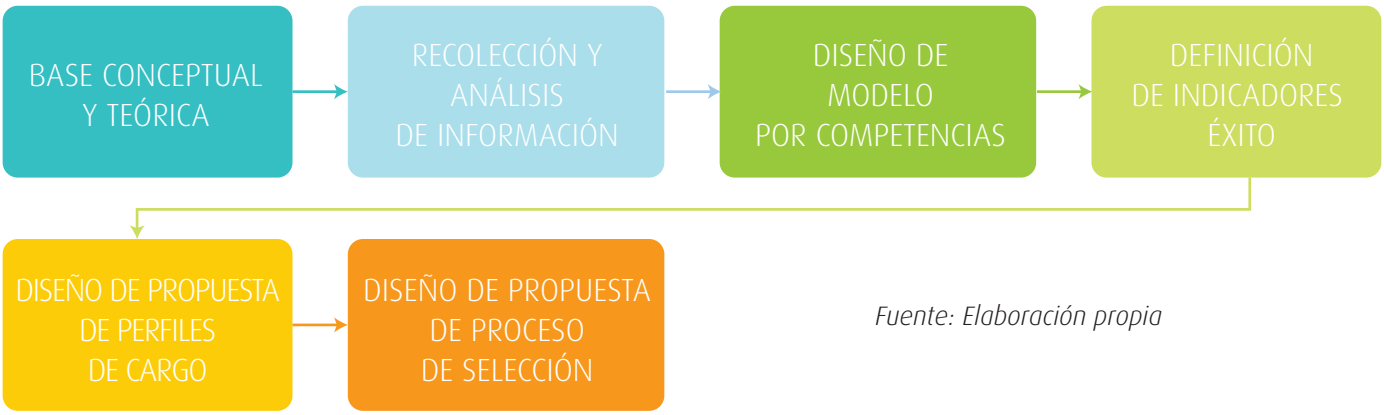
4 IMPLEMENTACIÓN DE UN MODELO POR COMPETENCIAS Y SELECCIÓN PARA EL MODELO PROTOTIPO DE INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL DEL ACCESO, USO Y CALIDAD EN LA PRESENTACIÓN DE SERVICIOS EN EL SGSSS

A continuación, se presenta la construcción de un Modelo de Selección y Formación por competencias para facilitar la consecución de capital humano idóneo, alineado a la nueva institucionalidad y al Modelo de IVC.

4.1 Ruta para la construcción de un sistema de competencias y selección del talento humano

Para la construcción de un modelo de selección y formación se ha definido una ruta de acción que permita la construcción de los perfiles de cargo y el proceso de selección, presentada en el Gráfico 4.

Gráfico 4. Ruta de acción para la elaboración de los perfiles de cargo y el proceso de selección



Fuente: Elaboración propia

4.1.1 Base conceptual y teórica

Permite definir los elementos especializados que dan evidencia, tanto de las competencias, como de los perfiles requeridos para la operación del Modelo de IVC en el ámbito territorial.

4.1.2 Recolección y análisis de información

Facilita la caracterización tanto de los perfiles de cargo, como del proceso de selección actual, en el marco de las entidades vinculadas con el Sistema General de Seguridad Social en Salud, con el fin de evidenciar las condiciones bajo las cuales se debe realizar la vinculación de las personas que implementan el modelo.

4.1.2.1 Bases de datos capacidad institucional

Frente al capital humano encargado de ejecutar actividades de IVC en los diferentes municipios piloto para la implementación del Modelo Prototipo de IVC, se identifican diferentes características de los cargos descritas en la Tabla 2.

Tabla 2. Información bases de datos capacidad institucional

TIEMPO DE ANTIGÜEDAD	TIPO DE CONTRATACIÓN	EXPERIENCIA	FORMACIÓN
Superior a un año, el número de personas que está recientemente vinculado a la entidad es un número inferior.	Contratista. Es decir, que se contrata al personal bajo la figura de la actividad que va a desarrollar, cumpliendo con el objetivo del contrato.	El personal cuenta con experiencia superior a 1 año en el sector salud, lo que le permite tener competencias alineadas a los requerimientos del cargo.	Del personal que actualmente se encuentra implementando el Modelo Prototipo de IVC. Existe un mayor porcentaje de personal con formación Tecnológica.

Fuente: Elaboración propia

Aunque la información recolectada corresponde al personal que actualmente se encuentra ejecutando el Modelo Prototipo de IVC, se evidencia que hay un reporte frecuente de rotación en diversos cargos que, al igual que este personal, también se encarga de ejecutar este tipo de actividades bajo el modelo actual.

4.1.2.2 Información recolectada de anteriores procesos

En la etapa de implementación del Modelo Prototipo se logra caracterizar un número determinado de riesgos en la fase inicial, asociados con la prestación de los servicios y también con las características de contratación del talento humano. Algunas de las problemáticas identificadas que son relevantes para esta etapa del proceso y que justifican la propuesta de cambio bajo la metodología de un Modelo por competencias ajustado a la nueva institucionalidad son:

- Inadecuada política de contratación que limita la prestación de los servicios.
- Falta de comunicación entre los funcionarios del ente regulador (auditor) y las EPS – IPS, situación que altera la continuidad de los procesos de mejora continua.
- Los entes encargados de la vigilancia y control deben involucrarse con las asociaciones de usuarios, con el fin de conocer las diversas problemáticas de acceso en los servicios, teniendo en cuenta que no existen mecanismos efectivos para hacer la valoración de la calidad en este proceso.
- Los entes encargados de realizar los procesos de control y auditoría tienen a cargo varias funciones, lo que evidencia una entidad ausente.
- Poco personal, lo que genera sobrecargas laborales, porque los recursos dispuestos para la contratación del capital humano son limitados.

De acuerdo con lo anterior, se identifica la importancia de fortalecer las competencias dirigidas a los procesos de control y prevención de riesgos, puesto que en el Sistema de Salud se están presentando dificultades asociadas con la forma como se está entendiendo la gestión de calidad, con el conocimiento en las implicaciones que tienen los riesgos en el acceso, uso y calidad al Sistema de Salud, las dificultades estructurales al interior de las organizaciones, además de una alta resistencia frente a los aprendizajes que se construyen de los fracasos.

La construcción y propuesta del Modelo por Competencias se fundamenta en los enfoques, principios y modelos de supervisión propuestos en el Modelo Prototipo de IVC del proyecto "Implementación y evaluación de un sistema piloto para la inspección, vigilancia y control del acceso, uso y calidad en la prestación de servicios en el sistema general de seguridad social en salud" (Cubillos y Caballero, 2017).

a. Enfoques: Un enfoque mixto preventivo/reactivo con el que se busca prevenir posibles riesgos (inspección y vigilancia), pero en caso tal de que estos se presenten o materialicen, se desarrollen acciones correctivas con sus respectivas sanciones (vigilancia y control).

Además, se sugiere el desarrollo de un enfoque participativo en donde se suministren herramientas, mecanismos e indicadores para la participación social y protección del usuario, con el fin de asegurar el acceso oportuno, el uso adecuado y la calidad de los servicios de salud que se prestan a la comunidad.

b. Principios: Efectividad en el acceso y uso, efectividad en la calidad, aceptabilidad, subsidiariedad,

concurrencia, participación y aprendizaje continuo y soporte.

c. Modelos de supervisión: Se propone la supervisión basada en cumplimiento (SBC), que establece para todas las entidades el cumplimiento de las diferentes reglas y regulaciones para la ejecución de sus funciones, así como la supervisión basada en riesgos (SBR), que busca hacer una evaluación de la efectividad de los controles destinados para evitar la materialización del riesgo sin centrarse únicamente en el marco normativo.

4.1.2.3 Implementación de instrumentos

Para realizar la recolección de información de fuentes primarias se diseñan dos instrumentos con el fin de realizar el Análisis de Cargos y Proceso de Selección, elementos que son evaluados desde la mirada de las personas encargadas de acompañar la implementación del Modelo Prototipo de IVC y el personal a cargo de su ejecución en los diferentes territorios.

Dentro de los hallazgos más relevantes se encontró que las actividades de auditoría están distribuidas entre diversas personas, lo cual permite evidenciar la necesidad de diversas dependencias que permitan la adecuada distribución de las labores relacionadas con la Inspección, Vigilancia y Control del SGSSS; esto permite prevenir eventos de sobrecarga laboral.

Para el personal encargado de la ejecución del Modelo de IVC en los territorios, es necesario que dentro del cargo se desempeñan actividades basadas en un enfoque de prevención de riesgos, lo que permite una mayor adaptación al Modelo Prototipo de IVC, aunque se evidencia una carencia en el proceso de selección, puesto que solo se cumplen con dos fases: (1) Primera entrevista y (2) Entrevista con el jefe directo.

Una vez estas personas son contratadas, se debe desarrollar un proceso de inducción. Por otro lado, frente a los altos índices de rotación, aspecto que se relaciona con factores como el tipo de contratación y carencia de planes de carrera, es necesario que estos elementos hagan parte fundamental en la propuesta de cambio con el fin de asegurar un alto desempeño y cumplimientos de los objetivos propuestos.

Además, se evidencia que el trabajo en equipo es considerado una competencia fundamental para el adecuado desarrollo del Modelo Prototipo IVC, situación que se soporta desde el trabajo interdisciplinar que se desarrolla con las personas que hacen parte de los demás entes territoriales para llevar a cabo una adecuada Inspección, Vigilancia y Control de la prestación en los servicios de salud.

Teniendo en cuenta que el sector está expuesto a cambios, se requiere un capital humano que cumpla con capacidades que le permitan adaptarse al entorno y, por lo tanto, generen el menor impacto tanto en los objetivos organizacionales, como en los beneficiarios del mismo.

4.2 diseño de un modelo por competencias

Para esta etapa se plantea el levantamiento de los perfiles de cargo bajo un modelo por competencias y se proponen las siguientes fases: (1) definir competencias organizacionales; (2) definir competencias específicas; (3) definir los niveles de competencia y (4) diseño del diccionario de comportamientos.

4.2.1 Definir competencias organizacionales

La construcción del modelo por competencias se debe basar tanto en los enfoques, como en los principios y los modelos de supervisión propuestos en el Modelo Prototipo de Inspección, Vigilancia y Control del SGSSS y la información recolectada a lo largo del proceso.

Se requieren unas competencias cardinales y otras específicas, las cuales aportan al cumplimiento no solo de las funciones sino también de la visión estratégica del modelo.

Al tener en cuenta las características de los diferentes territorios, se plantea la construcción de un modelo por competencias en donde las competencias específicas están orientadas a dos niveles organizacionales: Táctico, con personal encargado de coordinar y dirigir las actividades desarrolladas, generando programas de acción siguiendo un proceso de toma de decisiones que impacta el área, y Operativo, con personal encargado del desarrollo eficaz de las tareas que se realizan en el Modelo de IVC.

En la Tabla 3 se especifican los cargos relacionados a cada uno de los niveles ocupacionales, información que se relaciona de acuerdo con la propuesta que se desarrolla de perfiles de cargo ajustados al Modelo para el SGSSS.

Tabla 3. Niveles ocupaciones y sus respectivos cargos

NIVEL TÁCTICO	NIVEL OPERATIVO
1. Coordinador de Inspección, vigilancia y Control	1. Auditores de EPS e IPS 2. Auditor del régimen subsidiado 3. Técnicos de apoyo en gestión

Fuente: Elaboración propia

4.2.2 Competencias cardinales

De acuerdo con las especificaciones y requerimientos del modelo, se plantean cuatro competencias organizacionales que buscan medir el comportamiento del talento humano:

a. Orientación a resultados: capacidad de orientar los esfuerzos con el fin de obtener los objetivos del Modelo Prototipo de IVC, generando tareas que permitan el cumplimiento de las necesidades de los clientes, desarrollando procesos que no interfieran con la ejecución de las labores y generen motivación para alcanzar aquello que se propone en los plazos estimados.

b. Trabajo en equipo: capacidad de colaborar con las demás personas involucradas.

c. Compromiso: empoderamiento de los objetivos organizacionales y del modelo para el cumplimiento de metas comunes, manteniendo altos estándares de calidad y desempeño.

d. Adaptación al cambio: capacidad de la persona para ajustarse a los cambios de su entorno y de sus funciones de acuerdo con las nuevas normatividades.

4.2.3 Competencias específicas

4.2.3.1 Competencias nivel táctico

a. Liderazgo: Capacidad de orientar la acción de los equipos de trabajo hacia el logro de los objetivos propuestos en el Modelo.

b. Pensamiento estratégico: Capacidad para prever, identificar y entender tanto los cambios, como las exigencias del contexto.

c. Toma de decisiones: Capacidad de seleccionar una estrategia o determinada forma de actuar, que permitan la solución de los requerimientos de los clientes o del cargo.

4.2.3.2 Competencias nivel operativo

a. Pensamiento Analítico: Capacidad de analizar y entender diversas situaciones mediante la identificación de sus implicaciones y consecuencias, desarrollando planes de acción que permitan la solución de diversas problemáticas teniendo en cuenta los diversos sujetos y entes involucrados en las mismas.

b. Orientación al usuario Habilidad para servir y ayudar a los clientes tanto internos como externos en la satisfacción de sus necesidades.

c. Iniciativa – Proactividad: Eficiente ejecución de las actividades del cargo, respondiendo a los requerimientos del mismo y del usuario.

4.2.4 Diccionario y niveles de competencia

Para que las competencias sean aplicadas se debe tener en cuenta el desarrollo de niveles en

cada una, los cuales permitirán su evaluación y seguimiento asegurando un proceso de mejora continua en el Modelo de IVC. Para este caso se trabajan 3 niveles, con 5 indicadores conductuales:

a. Nivel A: Para este nivel la persona supera las expectativas para cada uno de los indicadores conductuales, lo cual asegurará el cumplimiento de los objetivos por encima de un 100%.

b. Nivel B: En este nivel la persona cumple con las funciones y objetivos, pero no supera las expectativas, se cumple con el 90% de los objetivos.

c. Nivel C: La persona cumple con algunas de las funciones, pero no tiene en cuenta su adecuada ejecución y las consecuencias de estas dentro del cumplimiento de los objetivos del Modelo de IVC, para este caso se cumple con el 70% de los mismos lo que afecta el adecuado funcionamiento del Modelo.

4.3 Levantamiento de perfiles de cargo

En el marco del Modelo Prototipo de Inspección, Vigilancia y Control surge la necesidad de proponer perfiles de cargo que se encuentren alineados a la nueva institucionalidad y a la propuesta de prevención de riesgos que se plantea desde el mismo, situación que propone el desarrollo o la construcción de una línea especializada para este tipo de labor, con el fin de asegurar el adecuado acceso, uso y calidad de los servicios de salud prestados.

Según Hackman y Oldham, citados por Torres y Jaramillo (2014), un perfil diseñado de forma correcta y acorde con los objetivos misionales de la organización representará una alta motivación y satisfacción a los colaboradores, razón por la cual se plantea una serie de cargos que cumplan con los requerimientos necesarios para la ejecución de las funciones y actividades necesarias dentro del cargo.

Adicionalmente, Torres y Jaramillo (2014) soportan que los perfiles de cargo deben estar alineados con la visión organizacional, teniendo en cuenta que se debe buscar una alineación con el Modelo Prototipo de IVC; en este caso se tienen en cuenta los principios, enfoques y modelos de supervisión planteados desde el mismo, buscando el cumplimiento del objetivo y propósito del mismo.

Para este caso, se desarrolla un mapa funcional de competencias a partir del cual se definen aquellas competencias que permitirán el adecuado desarrollo del Modelo de Inspección, Vigilancia y Control en los diferentes territorios. Según el estudio realizado por CENDEX y el MPS-PARS (2007), las competencias laborales están relacionadas con las estrategias de competitividad, calidad del trabajo y productividad laboral al interior de las organizaciones, teniendo en cuenta sus características territoriales, siendo posible su implementación en los mismos. A continuación, se describen las competencias clave y funcionales que permitirán diseñar los perfiles de cargo necesarios.

Tabla 4. Mapa funcional de competencias

Propósito clave	Competencias globales (Funciones clave)	Unidades de competencia (Funciones principales)	Elementos de competencia (Funciones específicas)
Inspección, Vigilancia y Control del acceso oportuno, el uso adecuado y la calidad en la prestación de los servicios en el SGSSS Colombiano.	Dirección y coordinación de procesos que permitan el cumplimiento de los principios del Modelo de IVC.	Coordinación de procesos que permitan el cumplimiento del Modelo de IVC.	Construcción y desarrollo de estrategias que permitan evidenciar posibles riesgos en el ejercicio de la prestación de servicios de salud.
			Construcción y desarrollo de estrategias que permitan el control y evitar la materialización de riesgos.
			Planeación y desarrollo de soluciones estratégicas que permitan la mejora continua al interior del Modelo de IVC y el SGSSS
			Desarrollo de una adecuada toma de decisiones ante situaciones que lo requieran con el fin de dar continuidad a los procesos internos del Modelo de IVC.
		Dirección y liderazgo de procesos que den cumplimiento a los principios y misióndel Modelo de IVC.	Desarrollo de planes de acción ante dificultades que se presenten en el capital humano que integra el Modelo de IVC.
			Propuesta de desarrollo de actividades que permitan la auditoría de los diferentes entes prestadores de salud.
			Seguimiento y control del capital humano involucrado dentro del Modelo de Inspección, Vigilancia y Control. Implementación de planes de acción que permitan procesos eficientes al interior del Modelo de IVC, con lo que no sea necesario recurrir a toda la línea jerárquica para dar cumplimiento a los objetivos del mismo.
			Manejo y control del relacionamiento con los diferentes entes territoriales encargados de la prestación de servicios de salud.
	Inspección, Vigilancia y Control a EPS e IPS.	Ejecución de procesos de inspección y vigilancia que permitan la identificación de riesgos durante la prestación de los servicios de salud.	Desarrollo de actividades que permitan la planificación de los procesos de auditoría que se deben llevar a cabo con cada prestador de servicios de salud.
			Verificación del cumplimiento de las EPS e IPS frente a la normatividad vigente.
			Verificación del manejo de los recursos económicos al interior de los entes territoriales.
			Verificación e inspección de los riesgos o problemáticas manifestados por los beneficiarios de los servicios de salud.
			Inspección y verificación de los procesos de administración que se llevan a cabo con los beneficiarios de los servicios de salud.
			Desarrollo de informes que permitan evidenciar los riesgos identificados en los procesos de auditoría.
		Ejecución de procesos de control que eviten la materialización de los riesgos dentro del SGSSS.	Reconocimiento e identificación de riesgos en la prestación de los servicios de salud al interior del territorio.
			Manifestación o publicación de hallazgos a los prestadores de servicios de salud.
			Establecimiento y construcción de planes de mejora que eviten la materialización de los riesgos.
			Control y seguimiento a las actividades de mejora para dar continuidad a los procesos de evaluación.

		Inspección y vigilancia de procesos que se llevan a cabo desde el régimen subsidiado.	Desarrollo de actividades que permitan la planificación de los procesos de auditoría que se deben llevar a cabo con cada prestador de servicios de salud.
			Inspección y vigilancia de los recursos que se utilizan al interior del régimen subsidiado.
			Inspección y vigilancia de los procesos administrativos que se ejecutan en el régimen subsidiado.
			Verificación e inspección de los riesgos o problemáticas manifestados por los beneficiarios de los servicios prestados en el régimen subsidiado.
			Verificación del cumplimiento de la normatividad vigente que regula las prácticas y procesos en el régimen subsidiado.
		Control de procesos que se llevan a cabo desde el régimen subsidiado.	Reconocimiento e identificación de riesgos en la prestación de los servicios del régimen subsidiado.
			Manifestación o publicación de hallazgos a los entes regulados.
			Establecimiento y construcción de planes de mejora que eviten la materialización de los riesgos.
			Control y seguimiento a las actividades de mejora para dar continuidad a los procesos de evaluación.
	Gestión de los recursos necesarios para la ejecución de los procesos de inspección, vigilancia y control, así como de los recursos obtenidos de este proceso.	Apoyo y soporte de las actividades de gestión que se requieran durante los procesos de Inspección, Vigilancia y Control.	Apoyo en la gestión y organización de actividades de auditoría llevadas a cabo con los diferentes entes territoriales.
			Apoyo en la gestión y organización de actividades de auditoría llevadas a cabo en actividades de promoción y prevención.
			Apoyo en la recolección de información necesaria y requerida para la identificación de riesgos.
			Apoyo en la recolección de información de los entes involucrados dentro del Modelo de IVC.
		Soporte de las actividades a ejecutar durante el seguimiento y cierre de procesos de IVC llevados a cabo con los diferentes entes regulados.	Construcción de bases de datos de control a los procesos llevados a cabo durante las actividades de Inspección, Vigilancia y Control.
			Construcción y seguimiento de las diferentes bases de datos del personal y capital humano de los diferentes entes territoriales inspeccionados.
			Diseño de estrategias que permitan la divulgación de los planes de mejora propuestos en los diferentes entes territoriales.
			Apoyo en el seguimiento de los planes de mejora establecidos en el Modelo de Inspección Vigilancia y Control.

Fuente: Elaboración propia

Para llevar a cabo la ejecución e implementación del Modelo, se ha realizado previamente la evaluación de la situación actual del Sistema General de Seguridad Social en Salud en cada uno de los lugares en los que se implementará el modelo, resultados y estudios que evidencian factores críticos que se presentan en la actualidad, razón por la cual dicha información también es tenida en cuenta para la ejecución del modelo por competencias, los perfiles de cargo y el proceso de selección más idóneo y ajustado al mismo.

Se utiliza un instrumento de evaluación de actitudes, que tiene como propósito recolectar información relacionada con los perfiles de cargo que en este momento están encargados de la implementación del Modelo de IVC del acceso, uso y calidad en la prestación de servicios de salud, además del proceso de selección que se implementó con el capital humano que está encargado de este proceso.

El instrumento es diseñado en un formato que permite a los colaboradores manifestar su opinión con respecto a estos elementos, permitiendo a los investigadores identificar aquellos aspectos que es necesario ajustar de acuerdo con un modelo por competencias.

Antes de su implementación, se cuenta con la validación previa del instrumento por parte de diversos expertos, luego se continúa con la debida recolección y análisis de la información.

Cada perfil de cargo debe cumplir con unos requisitos tanto del ser, saber y saber hacer. En la Tabla 5 se muestra el formato que se establece para la ubicación de cada uno de estos elementos.

Tabla 5. Formato para perfiles propuestos

IDENTIFICACIÓN DEL CARGO			
Nombre del Cargo			
Proceso al que aporta			
Cargo al que reporta			
ROL DE CARGO		**SUPERVISIÓN DE PERSONAS**	
Estratégico		**SI**	
Táctico		**NO**	
Operativo			

DESCRIPCIÓN DEL CARGO	
Objetivo del Cargo	

FUNCIONES DEL PUESTO

COMPETENCIAS REQUERIDAS PARA EL CARGO		
Competencia	Definición	Criterios conductuales

CAPACIDADES Y REQUERIMIENTOS	
Formación Académica	
Conocimientos y Habilidades Técnicas	
Experiencia Total	
Experiencia Especifica	

Fuente: Elaboración propia

a. Identificación del cargo: En este espacio se delimitarán aquellos aspectos generales correspondientes al cargo como nombre, proceso al que aporta – estratégicas, misionales, apoyo, mejora continua y control de la gestión, cargo al que reporta.

b. Rol del cargo: Hace referencia al nivel organizativo al que pertenece el cargo – estratégico, táctico y operativo.

c. Supervisión de personas: Si el cargo debe dirigir o liderar personal se seleccionará la casilla SI.

d. Descripción del cargo: En este espacio se especificará el objetivo del cargo, teniendo en cuenta las funciones que deberá desempeñar.

e. Funciones del puesto: Este espacio está diseñado para delimitar las actividades específicas requeridas dentro del cargo.

f. Competencias requeridas para el cargo: En este espacio se habla de aquellas competencias relacionadas con el ser y el hacer.

g. Capacidades y requerimientos: En este espacio se especifican aspectos relacionados con el conocer y el saber hacer, tales como formación académica, conocimientos y habilidades técnicas –uso de herramientas específicas, experiencia total y específica-.

4.4 Propuesta de proceso de selección

Tal y como se describe en la literatura, es necesario que los procesos de selección al interior de cualquier organización permitan identificar la congruencia entre el perfil propuesto por la compañía y el aspirante, además de tener contempladas estrategias adecuadas al nivel del cargo que desempeñará la persona.

Se sugiere, en este caso, el manejo de un proceso de selección en donde se definan estrategias de reclutamiento, actividades al interior del proceso de selección -proceso en el que se tendrá en cuenta los niveles definidos en el diccionario por competencias de acuerdo con el nivel estratégico al que pertenece el cargo- y modalidades de contratación del capital humano. Además de la definición de periodos de prueba que permitan hacer seguimiento al desempeño del capital humano.

Es importante aclarar que una vez ha sido definido el perfil de cargo, este debe ser revisado e inspeccionado con anterioridad, de tal manera que, al momento de hacer el proceso de reclutamiento, los candidatos que se presenten estén alineados con las necesidades del cargo En la Gráfica 5 se presenta la estructura de un proceso de selección que permite evaluar y definir de forma adecuada al candidato más idóneo para el cargo.

Gráfico 5. Proceso de selección del personal para el Modelo de IVC

Fuente: Elaboración propia

1. Definición de fuentes de reclutamiento: Se definen las fuentes o métodos utilizados para la divulgación de la oferta laboral, las que deben estar ajustadas al tipo de cargo y permitir la captación de candidatos idóneos para el cargo.

2. Publicación y divulgación de la oferta: Publicación de la oferta de manera formal en donde se enuncian las características del cargo ajustadas a las necesidades de la organización.

3. Recepción de las candidaturas: Recepción de todas las hojas de vida y postulaciones efectuadas dentro del tiempo establecido de reclutamiento.

4. Preselección de hojas de vida: Proceso de evaluación de los postulantes, momento en el que se hace un primer proceso de evaluación para escoger a los candidatos que cumplen con los requerimientos de experiencia y formación.

5. Estrategias de selección: Para cada caso se definirán unas estrategias de selección ajustadas a los niveles organizacionales de cada cargo, con el fin de evaluar las competencias de cada candidato.

6. Valoración y decisión: Valoración de cada uno de los candidatos para elegir a la persona que cumpla con la mayoría de los requerimientos del cargo y que se encuentre alineado con las competencias necesarias.

7. Selección: Selección del nuevo empleado, etapa en la cual se realiza la comunicación al

mismo con el fin de dar continuidad al proceso de contratación, recibiendo toda la documentación requerida para su vinculación.

8. Contratación: Vinculación formal y por escrita del nuevo empleado, en donde se establece en un medio escrito –contrato– todos aquellos elementos que serán exigidos en el cargo y que permitirán la evaluación del desempeño.

9. Inducción: Se definirán para cada caso las estrategias de inducción ajustadas a los requerimientos de cada cargo.

10. Evaluación del desempeño: Periodo de prueba para el candidato, tiempo en el cual se hará seguimiento al cumplimiento de las funciones del mismo.

4.4.1 Coordinador modelo IVC

Para el diseño de este proceso de selección se tiene en cuenta una característica principal del cargo asociada al nivel organizacional del mismo al interior del Modelo de IVC del SGSSS, esto teniendo en cuenta que la forma de evaluar sus competencias debe estar alineada con la experiencia de la persona, identificando las brechas entre el nivel de desarrollo de las competencias de un candidato y el nivel de desarrollo exigido por el perfil del cargo. A continuación, se describe el proceso de selección propuesto para el cargo de Coordinador del Modelo de Inspección, Vigilancia y Control.

Tabla 6. Proceso de selección Nivel Táctico – Coordinador Modelo IVC

ETAPA	DEFINICIÓN	EJECUCIÓN
Reclutamiento	Según Ruano, citado por Arteaga (2016), el proceso de reclutamiento permite atraer a candidatos que se encuentren calificados para el cargo, proceso para el cual se pueden desarrollar 2 formas de reclutamiento: (1) interno, proceso que se lleva al interior de la organización, mediante el desarrollo de convocatorias internas con el personal que hace parte de la organización, (2) externo, proceso de reclutamiento permita atraer candidatos que no integran la organización y se desarrolla a través de fuentes públicas de información.	Para este caso se sugiere realizar un proceso de reclutamiento interno y externo de la siguiente manera. • **RECLUTAMIENTO INTERNO:** (1) Publicación de la oferta laboral por medio electrónico interno, especificando los criterios requeridos de la vacante. (2) Se propone como otra fuente de reclutamiento la recomendación que se desarrolle por parte de directivos, teniendo en cuenta los resultados de desempeño de la persona que se recomienda para el cargo. (3) Desarrollo de concurso por méritos en donde el personal con el mejor desempeño puede postularse. • **RECLUTAMIENTO EXTERNO:** (1) Para este caso se propone el uso de fuentes de reclutamiento como licitaciones públicas.
Estrategias de selección	Según Zayas citado por Arteaga (2016), las estrategias implementadas en el proceso de selección deben contemplar el desarrollo de actividades que permitan identificar los conocimientos, competencias y experiencia del candidato, sin estar alejadas de las actividades que se deben desempeñar en el cargo.	A. Teniendo en cuenta que se realiza una preselección de los candidatos y se ha verificado la experiencia de cada uno de los mismos, se propone la implementación de una entrevista de incidentes críticos donde se pueda realizar la evaluación de las competencias de Liderazgo y Pensamiento Estratégico de la siguiente manera.

		• LIDERAZGO: · Mencione una situación en la cual su equipo de trabajo no cumplió con los objetivos o metas organizacionales y ¿cómo impulsó a su equipo de trabajo para cumplir nuevamente con dichas metas? · Mencione una situación en la cual se haya generado un conflicto en su equipo de trabajo y ¿cómo lo solucionó? · Mencione una situación en la cual uno de los colaboradores no estuviese motivado y explique ¿cómo manejó dicha situación? · ¿Usted ha presentado dificultades para que los demás acepten sus ideas? ¿Cómo logró que los demás las aceptaran? · ¿Cuál es el grupo con el cual ha tenido mayores dificultades? Describa cómo manejó el grupo. **• PENSAMIENTO ESTRATÉGICO:** · Describa una situación o proyecto en el que se evidenció su pensamiento estratégico. · Mencione una situación en la cual se requirió diseñar e implementar una estrategia en su ambiente de trabajo. ¿Qué rol ocupó? ¿Cuál fue su aporte a dicha situación? · Mencione una situación en la cual se requirió una gran precisión al detalle en su trabajo para el adecuado desarrollo de un proyecto ¿Cómo manejódicha situación? · Mencione una situación laboral en la cual fue necesario tomar una decisión de forma estratégica ¿Qué decisión tomó y cuál fue su criterio para manejar la situación de esa manera? · Mencione una situación o proyecto en el cual fue necesario realizar una prevención de riesgos ¿Qué estrategias utilizó para este proceso? **• TOMA DE DECISIONES:** · Mencione una situación en la cual fue necesario que tomara una decisión importante en alguna organización en la que haya laborado. · En la situación anterior, mencione qué aspectos tuvo en cuenta para tomar la decisión más estratégica para la organización. · Mencione una situación en la cual fue necesario la toma de una decisión relevante para su equipo de trabajo. · En la situación anterior, cómo tuvo en cuenta la opinión de los demás para la toma de la decisión más estratégica. B. Luego de esto se plantea el desarrollo de una entrevista grupal la cual estará presidida por quien va a dar control y seguimiento al nuevo colaborador dentro del cargo de Gerente General. Se plantea el desarrollo de una entrevista situacional, donde se expone a los candidatos diversas situaciones en las cuales se pueden ver expuestos durante la ejecución de las funciones del cargo. Esto permitirá evaluar las competencias de liderazgo y pensamiento estratégico a partir de su experiencia y conocimientos.

		C. Una vez se ha desarrollado la entrevista individual, se plantea el desarrollo de una prueba de polígrafo, elemento que se incluye en este proceso de selección teniendo en cuenta que en el marco del Modelo de IVC se propone el desarrollo de un enfoque de prevención de riesgos y mediante el uso de esta herramienta se puede confirmar la veracidad de las acciones efectuadas por el aspirante. D. Teniendo en cuenta las funciones que debe desempeñar el empleado, se define el desarrollo de unas pruebas de conocimiento que permitan hacer la evaluación de la idoneidad del candidato. E. Desarrollo de exámenes médicos donde se evalúe el estado físico del solicitante, para determinar que puede dar cumplimiento a las funciones del cargo.
Modalidad de contratación	Tiene la finalidad de fijar los parámetros en cuanto a funciones, remuneración, condiciones de trabajo y, en general, los acuerdos pactados entre las partes.	Se sugiere un proceso de vinculación laboral y contratación que permita al colaborador tener una percepción de estabilidad, teniendo en cuenta que la actividad que desarrolle esta persona se encuentra ligada con la misión de la entidad. Se propone la construcción de una contratación directa con la Secretaria de Salud del territorio. Se propone el desarrollo de una contratación a término fijo a un año, tiempo en el cual el seleccionado debe estar expuesto a un periodo de prueba para identificar su capacidad de dar cumplimiento a las funciones. Este ítem no aplicaría para los funcionarios públicos de carrera administrativa en las entidades territoriales Una vez se cumple con el periodo de prueba y el tiempo establecido para la ejecución de las funciones, este podrá ser prorrogado de forma indefinida, teniendo en cuenta que estas especificaciones deben constar por escrito al inicio de la contratación.
Inducción	Es el proceso mediante el cual los trabajadores reciben una capacitación para el desarrollo de sus funciones. Es el insumo para emplear en la curva de aprendizaje dentro de la organización.	Antes de iniciar las funciones propias del cargo, el nuevo colaborador debe hacer parte de un proceso de inducción, donde se fortalezca y adecúe el comportamiento del empleado para el cumplimiento de los objetivos. En este proceso es importante que el gerente de IVC tenga claros los objetivos del área, las estrategias a implementar, ratificación de las funciones del puesto, así como la entrega de los recursos necesarios para su ejecución. Con esto se propone el desarrollo de un proceso de empalme, con el fin de dar continuidad a los procesos que se estén ejecutando en la institución. En el proceso inicial de vinculación e inducción la persona debe conocer las formas en que se evaluará su desempeño, tanto en el periodo de prueba, como en la continuidad de las actividades que desarrolla dentro del cargo.
Evaluación de desempeño-Periodo de Prueba	En esta etapa se plantea la evaluación del desempeño del colaborador durante la ejecución de sus funciones durante un periodo de tiempo, el cual no podrá ser superior a la quinta parte del término inicialmente pactado para el respectivo contrato.	En el periodo de prueba se identifica el adecuado desempeño del colaborador y aquellos factores sensibles de mejora. Se sugiere un periodo de prueba no mayor de 2 meses, tiempo en el cual se realizará seguimiento a las funciones que desempeñe el nuevo empleado. Se plantea el desarrollo de una evaluación de desempeño de 270°, en la cual se desarrolla un seguimiento y evaluación donde se tiene en consideración la opinión del superior, pares, y subordinados, además de un proceso de autoevaluación, utilizando el conjunto de competencias cardinales y específicas. En este proceso de selección se deben evaluar las competencias de orientación a resultados, trabajo en equipo, compromiso, adaptación al cambio, liderazgo, pensamiento estratégico y toma de decisiones.

Fuente: Elaboración propia

4.4.2 Auditor EPS e IPS, Auditor régimen subsidiado

En la Tabla 7 se identifica la descripción del proceso de selección de este nivel, se plantea desde la evaluación de las competencias de los candidatos, etapa en la que, además de seleccionar a los candidatos más idóneos, se logra identificar las brechas entre el nivel de desarrollo de las competencias de un candidato y el nivel de desarrollo exigido por el perfil del cargo.

Tabla 7. Proceso de selección Nivel Operativo – Auditor de EPS e IPS, Auditor de Régimen

ETAPA	DEFINICIÓN	EJECUCIÓN
Reclutamiento	Según Ruano, citado por Arteaga (2016), el proceso de reclutamiento permite atraer a candidatos que se encuentren calificados para el cargo, proceso para el cual se pueden desarrollar dos formas de reclutamiento: (1) interno, proceso que lleva al interior de la organización mediante el desarrollo de convocatorias internas con el personal de la organización, (2) externo, proceso de reclutamiento que permite atraer candidatos que no integran la organización y se desarrolla a través de fuentes públicas de información.	Al igual que el anterior nivel organizacional, se propone: Un proceso de reclutamiento mixto, en donde se desarrolle un proceso con personas que integran la organización y por otro lado con personas externas de la misma. Desarrollo de un proceso de reclutamiento interno donde, a través de un concurso de méritos, se logre identificar si algún colaborador cumple con los requisitos para su participación en dicha convocatoria. Implementación de un proceso de reclutamiento interno para promover al interior de la institución planes de carrera. Uso de un reclutamiento externo en donde se utilicen fuentes que permitan la atracción de personal idóneo; algunas de estas fuentes de reclutamiento son: Agencias de colocación, publicación de avisos, entre otros.
Estrategias de selección	Según Zayas, citado por Arteaga (2016), las estrategias implementadas en el proceso de selección deben contemplar el desarrollo de actividades que permitan identificar los conocimientos, competencias y experiencia del candidato, esto sin estar alejadas de las actividades que se deben desempeñar en el cargo.	(1) Una vez se ha realizado el proceso de preselección de las hojas de vida de los candidatos y se han seleccionado los que son idóneos para el cargo, a través de la confirmación de referencias y experiencia laboral se plantea el uso de una estrategia de evaluación de competencias que permita la identificación del nivel de desarrollo de las competencias de Pensamiento Analítico, Orientación al cliente e Iniciativa - Proactividad. Para este caso se implementa un método de evaluación de assessment center, proceso en el que se presenta al candidato una situación hipotética ante la cual debe dar respuesta y justificar la forma en que le daría solución. En el Anexo 5 se podrá identificar el ejercicio utilizado para hacer la evaluación de competencias de los candidatos. (2) Luego de esto se plantea el desarrollo de una entrevista grupal la cual estará presidida por quien va a dar control y seguimiento al nuevo colaborador dentro del cargo de Gerente del Modelo de IVC. (3) Una vez se ha desarrollado la entrevista individual, se plantea el desarrollo de una prueba de polígrafo, elemento que se incluye en este proceso de selección teniendo en cuenta que en el marco del Modelo de IVC se plantea el desarrollo de un enfoque de prevención de riesgos y mediante el uso de esta herramienta se puede confirmar la veracidad de las acciones efectuadas por el aspirante, lo cual permite la toma de decisiones frente a la elección del aspirante más idóneo.

		(4) Teniendo en cuenta las funciones que debe desempeñar el empleado, se plantea el desarrollo de unas pruebas de conocimiento que permitan hacer la evaluación de la idoneidad del candidato. Estas pruebas deben estar relacionadas con las normas para la prestación de servicios en salud, conocimientos en ofimática y aptitudes. (5) Finalmente, se plantea y programa el desarrollo de unos exámenes médicos en donde se evalúe el estado físico del solicitante.
Modalidad de contratación	Tiene la finalidad de fijar los parámetros en cuanto a funciones, remuneración, condiciones de trabajo y en general los acuerdos pactados entre las partes.	Teniendo en cuenta que el cargo está relacionado con la misión de la organización, se propone el desarrollo de una contratación a término fijo de un año, tiempo en el cual el seleccionado debe estar expuesto a un periodo de prueba para identificar su capacidad de dar cumplimiento a las funciones. Una vez se cumple con el periodo de prueba y el tiempo establecido para la ejecución de las funciones, este podrá ser prorrogado de forma indefinida, teniendo en cuenta que estas especificaciones deben constar por escrito al inicio de la contratación.
Inducción	Es el proceso mediante el cual los trabajadores reciben una capacitación para el desarrollo de sus funciones. Es el insumo para emplear en la curva de aprendizaje dentro de la organización.	Antes de iniciar las labores es importante que el nuevo colaborador tenga claras las funciones requeridas dentro del cargo, para la cual le será entregado y dispuesto un manual de funciones. Luego de esto se plantea el desarrollo de un proceso de inducción en donde se implementará un empalme de las actividades que se vienen ejecutando en el Modelo de IVC, dando continuidad a los procesos ejecutados al interior de la organización. En esta etapa inicial de vinculación e inducción la persona debe conocer las formas en que se evaluará su desempeño, tanto en el periodo de prueba, como en la continuidad de las actividades que desarrolla dentro del cargo. En el proceso de inducción es necesario que se fortalezcan las competencias relacionadas con el liderazgo, además de establecer un entorno en el cual se pueda relacionar la misión del Modelo de IVC, entendiendo que el actuar del colaborador debe estar encaminado al cumplimiento del mismo.
Evaluación de desempeño – Periodo de Prueba	En esta etapa se plantea la evaluación del desempeño del colaborador durante la ejecución de sus funciones durante un periodo de tiempo, el cual no podrá ser superior a la quinta parte del término inicialmente pactado para el respectivo contrato.	Para este periodo de prueba se plantea el desarrollo de una evaluación de desempeño de 270°, en la cual se desarrolla un seguimiento y evaluación donde se tiene en consideración la opinión del superior, pares y beneficiarios, además de un proceso de autoevaluación, utilizando el conjunto de competencias cardinales y específicas. En este proceso se deben evaluar las competencias de orientación a resultados, trabajo en equipo, compromiso, adaptación al cambio, pensamiento estratégico y toma de decisiones, competencias necesarias para la adecuada ejecución de sus funciones.

Fuente: Elaboración propia

4.4.3 Técnico de apoyo en gestión

En la Tabla 8 se relaciona el proceso de selección propuesto para el cargo de nivel operativo – técnico de apoyo en gestión, etapa que se propone desde una evaluación de competencias relacionadas con el ser, el hacer y el saber hacer; en este proceso es importante prestar especial atención puesto que este capital humano es quien entra en contacto directo con los entes territoriales encargados de la prestación de los servicios de salud además de las asociaciones de usuarios.

Tabla 8. Proceso de selección Nivel Operativo – Técnico de Apoyo en Gestión

ETAPA	DEFINICIÓN	EJECUCIÓN
Reclutamiento	Según Ruano, citado por Arteaga (2016), el proceso de reclutamiento permite atraer a candidatos que se encuentren calificados para el cargo, proceso para el cual se pueden desarrollar 2 formas de reclutamiento: (1) interno, proceso que lleva al interior de la organización mediante el desarrollo de convocatorias al internas con el personal de la organización, (2) externo, proceso de reclutamiento que permite atraer candidatos que no integran la organización y se desarrolla a través de fuentes públicas de información.	Teniendo en cuenta el número de cargos requeridos en este nivel se propone un proceso de reclutamiento que permita la atracción masiva de candidatos, para esto se realizará un proceso mixto de la siguiente manera. (1) Reclutamiento externo: En este caso se propone el desarrollo de un proceso de reclutamiento a través de bolsas de empleo, publicación de empleo en medios de comunicación nacional y manejo de licitaciones públicas que permitan la atracción de candidatos potenciales. (2) Reclutamiento interno: Teniendo en cuenta que este proceso de selección se está desarrollando para cargos operativos, se hace la divulgación por medios internos que permitan el anuncio de los requerimientos de la vacante, de tal manera que las personas al interior de la entidad refieran capital humano potencial que se encuentre interesado en participar.
Estrategias de selección	Según Zayas, citado por Arteaga (2016), las estrategias implementadas en el proceso de selección deben contemplar el desarrollo de actividades que permitan identificar los conocimientos, competencias y experiencia del candidato, esto sin estar alejadas de las actividades que se deben desempeñar en el cargo.	(Una vez las hojas de vida son recibidas por los diferentes medios, se realiza su análisis, de tal manera que los candidatos más idóneos continúen en el proceso. En este caso se propone el desarrollo de diferentes estrategias que permitan un adecuado filtro y selección de personal idóneo, para el desarrollo de las funciones relacionadas en los cargos operativos del Modelo de IVC. (1) En el proceso de selección por competencias se manejan diferentes estrategias que permiten identificar las brechas entre el nivel de desarrollo de las competencias esperadas y actuales de los candidatos. La estrategia implementada para este caso es el uso de un Role Playing, donde se evalúen las competencias de pensamiento analítico, orientación al cliente e iniciativa. El ejercicio propuesto para esta actividad se encuentra en el Anexo 6. (2) Se plantea el desarrollo de una entrevista grupal la cual estará presidida por quien va a dar control y seguimiento al nuevo colaborador dentro del cargo de Gerente del Modelo de IVC. (3) Una vez se ha desarrollado la entrevista individual se plantea el desarrollo de una prueba de polígrafo, elemento que se incluye en este proceso de selección teniendo en cuenta que en

		el marco del Modelo de IVC se basa en un enfoque de prevención de riesgos y mediante el uso de esta herramienta se puede confirmar la veracidad de las acciones efectuadas por el aspirante y la información de la hoja de vida. Este tipo de estrategia se propone teniendo en cuenta que las personas estarán encargadas de manejar información confidencial y relevante para los hallazgos que se obtienen del proceso de Inspección, Vigilancia y Control. (4) Teniendo en cuenta las funciones para el cargo de Administrador de Bases de Datos, se plantea el desarrollo de unas pruebas de conocimiento, que permitan hacer la evaluación del manejo de herramientas ofimáticas. Además, se propone el desarrollo de unas pruebas de conocimiento para las personas que ocupan los cargos de Auditoría, donde se evalúe la experticia en la normatividad vigente. (5) Finalmente, se plantea y programa el desarrollo de unos exámenes médicos en donde se evalúe el estado físico del solicitante, determinando si puede dar cumplimiento a las funciones del cargo para el cual se está postulando.
Modalidad de contratación	Tienen la finalidad de fijar los parámetros en cuanto a funciones, remuneración, condiciones de trabajo y en general los acuerdos pactados entre las partes.	Para el establecimiento de la modalidad de contratación, se realiza un análisis del proceso o procesos a los que aportan las actividades que debe desempeñar cada uno de los cargos. Para este cargo se considera adecuada una vinculación por medio de un contrato a término fijo, en el cual se establezca el tiempo durante el cual va a ser vinculado para la ejecución de las funciones descritas en un manual de funciones.
Inducción	Es el proceso mediante el cual los trabajadores reciben una capacitación para el desarrollo de sus funciones. Es el insumo para emplear en la curva de aprendizaje dentro de la organización.	Independientemente del tipo de vinculación laboral que manejen los nuevos colaboradores, estos deberán participar en un proceso de inducción donde se les contextualice frente a los principios y enfoques del Modelo de IVC, teniendo en cuenta que estos elementos son los que direccionarán el desempeño de cada uno de los funcionarios. Se propone el desarrollo de un proceso de empalme de las actividades que se vienen desarrollando en la ejecución de las labores del Modelo de IVC, dando continuidad a las actividades que se vienen ejecutando al interior de la organización. También, es importante que en el proceso inicial de vinculación e inducción la persona conozca las formas en que se evaluará su desempeño tanto en el periodo de prueba, como en la continuidad de las actividades que desarrolla dentro del cargo.
Evaluación de desempeño – Periodo de Prueba	En esta etapa se plantea la evaluación del desempeño del colaborador durante la ejecución de sus funciones durante un periodo de tiempo, el cual no podrá ser superior a la quinta parte del término inicialmente pactado para el respectivo contrato.	Para este periodo de prueba se plantea el desarrollo de una evaluación de desempeño de 270°, en la cual se desarrolla un seguimiento y evaluación donde se tiene en consideración la opinión del superior, pares, y clientes, además de un proceso de autoevaluación, utilizando el conjunto de competencias cardinales y específicas. En este proceso es necesario evaluar las competencias de orientación a resultados, trabajo en equipo, compromiso, adaptación al cambio, orientación al cliente e iniciativa-proactividad, competencias necesarias para la adecuada ejecución de sus funciones.

Fuente: Elaboración propia

5 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES DEL PROYECTO

Una vez analizadas las diferentes entrevistas a los representantes de los entes municipales y departamentales dentro del proyecto se pueden concluir que:

1. El Modelo de Inspección., Vigilancia y Control implementado en los municipios piloto se constituye en un instrumento clave para mejorar, de manera tangible y medible, el acceso y la prestación de servicios de salud con todos sus componentes de oportunidad, calidad e integralidad dentro de la política PAIS, el MIAS y las RIAS.

2. Los actores que participaron en el proceso de pilotaje del modelo IVC coincidieron en la importancia de contar con una herramienta diseñada con un enfoque territorial para mejorar las funciones de inspección y vigilancia, teniendo en cuenta que sus competencias en materia de control son limitadas, debido a que en su mayoría estas se concentran en las autoridades del orden nacional, especialmente en la Superintendencia de Salud.

3. Dentro de las recomendaciones para la implementación a futuro del modelo, los participantes recomiendan que este sea adoptado institucionalmente por las entidades territoriales y las directivas (Alcaldes, Gobernadores, Secretarios y demás funcionarios de Alto Nivel) asuman su compromiso para ejecutar los procesos determinados.

4. Otro aspecto relevante señalado por los actores del Sistema en el territorio en relación con el Modelo, es que su enfoque es preventivo, más que punitivo, pues permite trabajar sobre riesgos agrupados en núcleos y cada región puede determinar los factores que se deben priorizar en la atención de los pacientes y usuarios por tipo de enfermedad.

5. Adicionalmente, se hace una alta valoración que el modelo vincule activamente la participación social, fortaleciendo las funciones de las veedurías y asociaciones de usuarios, como parte clave de la inspección, vigilancia y control, pues suministra a las entidades territoriales información relevante en cumplimiento del IVC.

6. Los actores de las secretarías de salud o integración social manifestaron también, que a partir de la implementación del modelo de IVC, se evidenció la debilidad en los sistemas de

información existentes y la urgencia de mejorar la sistematización de todos los eventos para mejorar el acceso, uso y calidad en la salud de las regiones.

7. Los actores participantes consideran, en su mayoría, que la plataforma para el registro aún debe ser mejorada, ya que constantemente no se encuentra disponible, el ingreso de la información es difícil y requiere el registro de gran cantidad de información.

8. Los entrevistados recomiendan que para implementar a futuro formalmente el modelo en las entidades territoriales, es necesario educar y sensibilizar a los actores en sus obligaciones y responsabilidades en la inspección, vigilancia y control, con una definición clara de estos conceptos.

9. Los actores entrevistados coincidieron en la falta de autonomía de los entes municipales y departamentales para ejercer el control, pues esta función se encuentra centralizado en la Superintendencia Nacional de Salud que, en la gran mayoría de los casos, no toma acciones oportunas frente a los hallazgos. En este sentido, abogan por fortalecer la descentralización en IVC.

10. La implementación del piloto del Modelo de IVC ha permitido encontrar fallas en los procesos y, a su vez, plantear e implementar acciones de mejora, con el fin de mejorar la atención y el acceso de los usuarios.

11. La educación y la sensibilización permanente a los usuarios sobre aseguramiento y acceso a los servicios de salud es esencial para el adecuado funcionamiento del sistema.

12. Las EPS deben ser reguladas y observadas con más detenimiento puesto que, según los entrevistados, son quienes, por sus particularidades, incrementan las barreras de acceso para la prestación de servicios de salud.

13. Se concluye que, a pesar de que para el pilotaje del Modelo en los diferentes municipios se cuenta con personal suficiente para las tareas propias de este, todos los entrevistados están de acuerdo en que no es la realidad en el territorio nacional. Muchas veces todas las funciones recaen sobre uno o dos profesionales, por lo cual la implementación del Modelo se dificulta ampliamente.

14. Quienes se encargan de los temas de salud en los municipios deben ser profesionales de Ciencias de la Salud idóneos y capacitados para el desarrollo de las actividades de Inspección, Vigilancia y Control.

15. Frente a las dos anteriores problemáticas, se valoró que el modelo incluyera una definición clara de competencias que deben tener los funcionarios encargados de operar el Modelo de Inspección, Vigilancia y Control, así como un proceso de selección transparente y claro basado en un perfil ocupacional adecuado a las funciones que se deben desempeñar.

16. El manejo de los recursos en la actualidad, después de la implementación del Decreto 971, ha dejado a los Municipios sin herramientas para ejercer control sobre las aseguradoras, puesto que estas reciben los recursos, cumplan o no cumplan con los compromisos adquiridos directamente con el Ministerio de Salud y Protección Social.

17. Hay preocupación por parte de los entrevistados en el marco de la implementación del MIAS y de las RIAS, por la poca disposición de los prestadores de baja complejidad para incorporarse a las redes integrales de servicios de salud.

18. Consideran los entrevistados que las EPS actúan como entes autónomos desatendiendo e ignorando, en muchos casos, a las entidades que ejercen IVC, puesto que no hay mecanismos sancionatorios efectivos.

19. Como se puede evidenciar en la mayoría de recomendaciones y observaciones de los participantes de la implementación del modelo, que fueron entrevistados por el equipo de P- 7, este modelo de inspección, vigilancia y control es absolutamente necesario para fortalecer y ampliar el acceso, uso y calidad en el Sistema de salud, como base para garantizar este derecho fundamental consagrado en la Carta Política de Colombia.

6 BIBLIOGRAFÍA

Arteaga, S. (2016). Nuevos retos en el reclutamiento y selección de personal: perspectivas organizacionales y divergencias éticas. Vol. 1, Núm. 33 (2016): Boletín Informativo CEI – Artículos. *Recuperado el 20 de Octubre de 2017 de http://www.umariana.edu.co/ojs-editorial/index.php/BoletinInformativoCEI/article/viewFile/924/849.*

Askunce, C, Eizaguirre, M, Urrutia, G. (2004). "La sistematización, una nueva mirada a nuestras prácticas. Guía para la Sistematización de experiencias de transformación social". *Bilbao, Hegoa, 1vol.*

Aston, M., & Meagher-Stewart, D. (2009). Public health nurses' primary health care practice: strategies for fostering citizen participation. *Journal of Community Health Nursing, 26, pp. 24-34.*

Barnechea, M., González, E. y Morgan, M. (1992). "¿Y Cómo lo hace? Propuesta de Método de Sistematización". *Taller Permanente de Sistematización-CEAAL-Perú, Lima, Agosto de 1992.*

Briones, G. (2004). La investigación social y educativa, *Bogotá, Convenio Andrés Bello.*

Calderón, G., Álvarez, C., Naranjo, J. (2006). Gestión humana en las organizaciones un fenómeno complejo: Evolución, retos, tendencias y perspectivas de investigación. Cuadernos de Administración. 19 (32). *Recuperado el 04 de Abril de 2017 de: http://www.scielo.org.co/pdf/cadm/v19n32/v19n32a10.pdf*

Calderón, G., Álvarez, C., Naranjo, J. (2007). La gestión humana en Colombia: Características y tendencias de la práctica y de la investigación. Estudios Gerenciales. 23 (103), págs. 39-64. *Recuperado el 14 de Abril de 2017 de: https://www.icesi.edu.co/revistas/index.php/estudios_gerenciales/article/view/223/html*

Calderón, G., Álvarez, C., Naranjo, J. (2010). Gestión humana en la empresa colombiana: sus características, retos y aportes. Una aproximación a un sistema integral. Cuadernos de Administración. 23 (41), págs. 13-36. *Recuperado el 14 de Abril de 2017 de: http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/cuadernos_admon/article/view/1890*

Carvajal, B.A. (2006). Teoría y Práctica de la Sistematización de Experiencias, *Facultad de Humanidades, Universidad del Valle, Santiago de Cali.*

Congreso de la Republica de Colombia. Ley 100 de 1993. Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones.

Congreso de la Republica de Colombia. Ley 1122 DE 2007. Reglamentada parcialmente por el Decreto Nacional 313 de 2008, Modificada por el art. 36, Decreto Nacional 126 de 2010, en lo relativo a las multas. Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.

Congreso de la Republica de Colombia. Ley 1164 de 2007. Por la cual se establecen las disposiciones relacionadas con los procesos de planeación, formación, vigilancia y control del ejercicio, desempeño y ética del Talento Humano del área de la salud mediante la articulación de los diferentes actores que intervienen en estos procesos.

Congreso de la Republica de Colombia. Ley 1438 de 2011. Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.

Cordero Borjas, A., & García Fernández, F. (2008). Knowledge Management and Work Teams. *Observatorio Laboral Revista Venezolana, pp. 43-64.*

Cubillos, J., Caballero, A. (2017). Implementación del modelo prototipo para la IVC del acceso, uso y calidad en la prestación de servicios de salud. *Documento Técnico ISP / 1786 – 16.*

Cuesta, A. (2016). Gestión del Talento Humano y del Conocimiento. Ecoe Ediciones. *Recuperado el 14 de Abril de 2017 de: https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=-trDDQAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT6&dq=gesti%C3%B3n+del+talento+humano&ots=UBKUaYGlHx&sig=biNeZioyTwvxmZslXnn2eU0Ivk#v=onepage&q=gesti%C3%B3n%20del%20talento%20humano&f=false*

Ernst, A., Young, A. (2011). Manual del director de recursos humanos. Manual de competencias. Ernst & Young Consultores. *Recuperado el 18 de abril de 2017.*

Estrada, O. V. et al. (2005). Miradas sobre la Sistematización de experiencias en trabajo social, *Santiago de Cali, Facultad de Humanidades, Escuela de Trabajo Social y Desarrollo Humano, Universidad del Valle.*

Gallego, M. (2000). Gestión humana basada en competencias. Contribución efectiva al logro de los objetivos organizacionales. *Revista Universidad EAFIT. Vol. 36, N° 119. pp. 63 – 71.*

Hernández, P. (1995). Los métodos de participación del usuario en la evaluación y mejora de la calidad de los servicios sanitarios. *Revista Española de Salud Pública, N° 69, pp. 163-175.*

Hintze, Jorge. (2002). Capacidad Institucional Y Profesionalización: El Enfoque ORH. Ponencia presentada en el VII Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y la Administración Pública (Lisboa, Portugal, 7-11 octubre 2002). *Revista Argentina del régimen de la Administración Pública Nº 42, La Plata.*

Hoyos, W. (2012). Diseño de perfil del cargo basado en competencias. Estudio de caso para coordinador HSQE en la gran empresa. *Revista universidad EAFIT. Vol. 46, N° 159. pp. 11 – 40.*

Ibarra, A. (2000). Formación de los recursos humanos y competencia laboral. Cinterfor. 149, 95 – 108. *Recuperado el 10 de Agosto de 2017 de http://www.oitcinterfor.org/sites/default/files/file_articulo/ibarra1.pdf*

Jara, O. (1993). "La Sistematización y la Producción de Conocimientos" En: Taller Permanente de Sistematización-CEAAL-Perú, Memoria del Seminario de Intercambio y Debate sobre Sistematización, *Lima, 20 al 24 de julio de 1993.*

K4 Healt - Knowledge for Healt- and USAID. (2012). The Intersection of Knowledge Management and Health Systems Strengthening: Implications from the Malawi Knowledge for Health Demonstration Project. *United States.*

Malhotra, Y. (2002). Why Knowledge Management Systems Fail? Enablers and Constraints of Knowledge Management in Human Enterprises, En Handbook on Knowledge Management, *Alemania.*

Ministerio de Salud y Protección Social y CENDEX. Recursos humanos de la salud en Colombia. Balance, competencias y prospectiva. *Colombia. Segunda edición 2007. Recuperado el 20 de Agosto de 2017 de: http://www.javeriana.edu.co/cendex/GPES/publicaciones/libros/Recursos_humanos_II_ed.pdf*

Ministerio de Salud y Protección Social. Decreto 2560 de 2012. Por el cual se suprime la Comisión de Regulación en Salud (CRES), se ordena su liquidación y se trasladan unas funciones al Ministerio de Salud y Protección Social y se dictan otras disposiciones.

Ministerio de Salud y Protección Social. Decreto 2462 de 2013. Por medio del cual se modifica la estructura de la Superintendencia Nacional de Salud.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2013). Monitor estratégico: Una herramienta para la Inspección, Vigilancia y Control. Supersalud. 4, págs. 63-68. *Recuperado el 14 de Abril de 2017 de: https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Monitor%20Estrat%C3%A9gico.pdf#page=64*

Montes, M., González, P. (2006). Selección de personal. La búsqueda del candidato indicado. Editorial Ideas Propias. España. *Recuperado el 25 de Mayo de 2017 de:https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=0jkELJ2nfVw-C&oi=fnd&pg=PA1&dq=proceso+de+selecci%C3%B3n+personal&ots=cGgZ_jF0hU&sig=oQLe9tu76kASo-Cla-_fRyEiEcM#v=onepage&q=proceso%20de%20selecci%C3%B3n%20personal&f=false*

Project Management Institute. (2013). Guía de los fundamentos para la dirección de proyectos (Guía del PMBOK). *Quinta Edición.*

Puerto, S., Rodríguez, L., Suárez, L., y Ramírez, J. (2015). Desarrollo y evaluación de un modelo integrado de IVC del acceso oportuno, el uso adecuado y la calidad en la prestación de servicios en el SGSSS Colombiano. (2015). pp. 15 – 23. *Recuperado el 14 de Agosto de 2017 de informes parciales del programa publicados en Dropbox*

Oszlak, O. y Orellana, E. (1996). El análisis de la capacidad institucional: aplicación de la metodología SADCI. *Biblioteca virtual TOP.*

Ocampo, A., Berdegué, J., y Escobar, G. (2000). Sistematización de experiencias locales de desarrollo agrícola y rural. Guía metodológica. *Fidamérica-Preval. Lima, Perú.*

Palma, D. (1992). "La Sistematización como Estrategia de Conocimiento en la Educación Popular. El estado de la cuestión en América Latina" Serie Papeles del CEAAL No. 3, CEAAL, *Santiago, junio de 1992.*

Peluffo, M. (2002). Introducción a la gestión del conocimiento Aplicada al sector público. Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica y Social. *Santiago, Chile.*

Ramírez, J. (1991). La sistematización como espejo del maestro innovador. En Cuadernos de reflexión educativa. *Citado por Puerta Zapata, pp. 122.*

Red Latinoamericana y del Caribe de Seguridad Alimentaria y Desarrollo Sustentable, [Redlayc], (2008) "¿Cómo construir el plan de sistematizacion?", *Recuperado el 10 de Agosto de 2016 de: http://www.redlayc.net/PDF/sistema/guia.pdf.*

Rey, A., Acosta, N. (2013). El enfoque de competencias para los equipos de Atención Primaria en Salud. Una revisión de literatura. Revista Gerencia y Políticas de Salud. 12 (25), pp. 28 – 39. *Recuperado el 17 de Mayo de 2017 de: http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/viewFile/7125/5642*

Rodríguez, D. (2006). Modelos para la creación y gestión del conocimiento. *Educar, pp. 25-39.*

Rodríguez, I., González, A., Noy, P., Pérez, S. (2012). Metodología de Diseño organizacional integrando enfoque a procesos y competencias. Ingeniería Industrial. 33 (2), pp. 188 – 199. *Recuperado el 23 de Mayo de 2017 de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1815-59362012000200010*

Rodríguez, N. (2014). Selección efectiva de personal basada en competencias. Revista de Servicio Público. 51 (3), págs. 99 – 120. *Recuperado el23 de Mayo de 2017 de: https://revista.enap.gov.br/index.php/RSP/article/view/333/339*

Rueda, C., Jiménez, K., Sánchez, Y. (2015). Percepciones del impacto de la capacitación, compensación y selección del personal en la eficiencia de los proyectos. *Administer. 25, pp. 5-26.*

Salazar, J. & Zarandona, X. (s.f). Valoración crítica de los modelos de gestión del conocimiento. *Recuperado el 30 de Junio de 2017 de: file:///C:/Users/Angie/Downloads/Dialnet-ValoracionCriticaDe-LosModelosDeGestionDelConocimie-2527673%20(1).pdf*

Salgado, J. y Moscoso, S. (2008). Selección de personal en la empresa y las AAPP. De la visión tradicional a la visión estratégica. Papeles del psicólogo. 29 (1), pp. 16-24. *Recuperado el 31 de Mayo de 2017 de http://www.psychologistpapers.com/pdf/1126.pdf#page=17*

Sánchez, M., Sánchez, P., Cruz, M., Sánchez, F. (2014). Características organizacionales de la satisfacción laboral en España. Revista de Administração de Empresas. Vol 54 N°5, pp. 537-547. *Recuperado el 27 de Julio de 2017 de: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=155131802006.*

Sandoval, C. (1996). Investigación Cualitativa, Programa de Especialización enTeoría, Métodos y Técnicas de Investigación Social, *Instituto Colombiano para el Fomento de la Educación Superior, ICFES.*

Sandoval, F., Montaño, N., Miguel, V., Ramos, E. (2012). Gestión de los perfiles de cargos laborales basados en competencias. Revista Venezolana de Gerencia. 17 (60), pp. 660-675. *Recuperado el 31 de Mayo de 2017 de http://200.74.222.178/index.php/rvg/article/view/10937/10926*

Sangui, S. (2007). The handbook of competency mapping. Understanding, designing and implementing competency models in organizations. *New Delhi. Response Books.*

Santamaria, M. (2014). El Sector Salud en Colombia: resultados, retos y regulación. *Bogotá D.C., Bogotá D.C., Colombia: Universidad de los Andes.*

Soltura, A., Cuesta, A. (2008). Diseño estratégico de perfiles de cargo por competencias. Una contribución al alineamiento del desempeño individual con el desempeño organizacional. Revista Ingeniería Industrial. 29 (1), págs.52 – 56. *Recuperado el 23 de Mayo de 2017 de: http://www.redalyc.org/pdf/3604/360433565003.pdf*

Stiglitz, J. (1998). "Towards a New Paradigm for Development: Strategies, Policies and Process", World Bank, Prebish Lecture, *(Octubre 1998).*

Superintendencia Nacional de Salud. (2007) El sistema de inspección, vigilancia y control en salud una oportunidad de articulación de esfuerzos con entidades territoriales. José Renán Trujillo García Superintendente Nacional de Salud. Propuestas expresadas por el Superintendente Nacional de Salud, José Renán Trujillo García, en el seminario de Inducción a la Administración Pública para Autoridades Electas 2008-2011. *Recuperado de http://documents.mx/documents/el-sistema-de-inspeccion-vigilancia-y-control-en-salud-una-oportunidad-de.html*

Superintendencia Nacional de Salud. (2007). Guía de Consulta - Entidades Territoriales – Competencias de Inspección, Vigilancia y Control en materia de Salud. *Tomo 1 / Nivel Departamental y Distrital.*

Superintendencia Nacional de Salud. (2015). Informe de Gestión pp. 1-52.

Superintendencia Nacional de Salud. (2015). Veeduría Ciudadana en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. *Bogotá D.C., Colombia.*

Tobelem, A. (1993). Sistema de análisis y desarrollo de la capacidad Institucional, *Banco Mundial, Washington.*

Torres, J. (2015). Análisis institucional de la evolución de la política pública de gestión de talento humano en Colombia. Gestión estratégica del talento humano en el sector público. Estado del arte, diagnóstico y recomendaciones para el caso Colombiano. Ediciones Uniandes. *Págs. 61-93. Recuperado el 6 de Junio de 2017 de http://www.funcionpublica.gov.co/eva/admon/files/empresas/ZW1wcmVzYV83Ng==/imgproductos/gestion_estrategica_talento_humano_sectorpublico.pdf*

Torres, J y Jaramillo, (2014). Diseño y análisis del puesto de trabajo: herramienta para la gestión del talento humano. Colombia. *Editorial Universidad del Norte.*

Vargas, F. (2006). Competencias en la formación y en la gestión de talento humano. Anales de la educación común. Dirección Provincial de Planeamiento. 2, págs. 147-163. *Recuperado el 18 de Abril de 2017 de: http://www.upla.cl/armonizacioncurricular/wp-content/uploads/2016/05/Competencias-en-la-formacio%CC%81n-y-en-la-gestio%CC%81n-de-talento.pdf*

Vargas, J. (2016). Las reglas cambiantes de la competitividad global en el nuevo milenio. Las competencias en el nuevo paradigma de la globalización. Red Internacional de Investigadores en Competitividad. 1 (1). *Recuperado el 23 de Mayo de: http://riico.net/index.php/riico/article/view/1050/411.*

Vesga, J. (2011). Los tipos de contratación laboral y sus implicaciones en el contrato psicológico. Pensamiento psicológico. Vol 9, N°16, pp. 171 – 182. *Recuperado el 10 de Agosto de 2017 de http://www.scielo.org.co/pdf/pepsi/v9n16/v9n16a12.pdf.*

COLCIENCIAS

GOBIERNO DE COLOMBIA

Pontificia Universidad JAVERIANA Bogotá

INSTITUTO DE Salud Pública

FES

FUNDACIÓN HORIZONTES PROFESIONALES

OISS ORGANIZACIÓN IBEROAMERICANA DE SEGURIDAD SOCIAL