



Auditoria con Enfoque Integral Modalidad Especial al Sistema General de Seguridad Social en Salud en el Departamento del Valle del Cauca SGSSSD

VIGENCIA 2005

ALMA CARMENZA ERAZO MONTENEGRO
Contralora Departamental del Valle del Cauca



1 INTRODUCCION

La Contraloría Departamental del Valle del Cauca, en desarrollo de su función constitucional y en cumplimiento de su Plan General de Auditoría, practicó Auditoría con Enfoque Integral Modalidad Especial al Sistema General de Seguridad Social en Salud en el Departamento del Valle del Cauca SGSSSD¹, Recursos para la Población Pobre No Asegurada y Régimen Subsidiado vigencia 2005.

En desarrollo del proceso auditor se evaluaron diferentes actores del SGSSSD, se escogieron unos Municipios muestra, IPS y ARS: Cartago, Bolívar, Buga, Bugalagrande, Tulúa, y Jamundí; las Instituciones Prestadoras de Servicios ESES², Hospital Universitario Evaristo García, Hospital Departamental de Cartago, Santa Ana de Bolívar, San Bernabé de Bugalagrande, Fundación Hospital San José y Hospital Divino Niño de Buga, Hospital Tomas Uribe Uribe y Rubén Cruz Vélez de Tulúa, y el Hospital Piloto de Jamundí; se visitaron las oficinas de atención de las Administradoras del Régimen Subsidiado ARS: Cafesalud, Coosalud, Emssanar, Calisalud, Caprecom, Selvasalud y Asociación Mutual Barrios Unidos de Quibdo. Se evaluaron las áreas de Contratación, Financiera, de Gestión, el Sistema de Control Interno y el Seguimiento al Plan de Mejoramiento suscrito por los municipios, con ocasión de las visitas de la oficina de Inspección Vigilancia y Control de la Secretaría Departamental de Salud.

La selección se efectuó con base en el Plan General de Auditoría aprobado para la vigencia 2006 y de acuerdo a los resultados del estudio adelantado por la Contraloría Departamental del Valle a la aplicación de los Recursos del Régimen Subsidiado vigencias 2003 y 2004.

Los hallazgos se dieron a conocer oportunamente a las administraciones objeto de la muestra, dentro del desarrollo de la auditoria.

La Contraloría Departamental del Valle del Cauca, espera que este informe contribuya al mejoramiento continuo del sector y de las entidades involucradas y con ello a una eficiente administración de los recursos públicos en el área de la salud.

¹ SGSSSD: Sistema General de Seguridad Social en Salud en el Departamento

² ESES: Empresas Sociales del Estado



2 HECHOS RELEVANTES EN EL PERIODO AUDITADO

La política de seguridad social en salud que dio origen al Régimen Subsidiado, para alcanzar la cobertura universal al año 2000 no ha sido lograda; en la actualidad, la cifra de colombianos sin aseguramiento en salud alcanza los 6 millones, siendo un indicador que cuestiona permanentemente la existencia de las ARS del régimen subsidiado.

En el Departamento del Valle del Cauca durante la vigencia 2005 se asignaron 98.833 nuevos cupos en el régimen subsidiado, aumentando el número de asegurados de 1.202.383 incluidos los 328.000 de subsidios parciales del 2004 a 1.301.186 con un costo de financiación para la vigencia de \$245.505.950.489,00.

Las fuentes de financiación se distribuyen así:

Cifras en Pesos

FUENTES	TOTALES	PART,
SGP	\$ 117.487.719.460,28	47,86%
EXCEDENTES LIQUIDACION	2.189.915.670,12	0,89%
FOSYGA	100.722.989.156,38	41,03%
RENTAS CEDIDAS DPTO	13.006.066.924,26	5,30%
ESFUERZO PROPIO MPIO	10.777.827.135,61	4,39%
OTROS GREMIOS	1.321.432.142,34	0,54%
TOTALES	245.505.950.489,00	100%

Fuente: Secretaria Departamental de Salud

El Sistema General de Participaciones SGP³ financia el 47.86%, seguida de FOSYGA⁴ con un 41.03%, mientras que los entes territoriales aportan el 9.69% del total. En actividades de P y P⁵ se ejecutaron \$24.505.950.489, de los cuales el 4.01% contrató el Municipio y el 5.99% la ARS.

La Población Pobre No Asegurada disminuyó un 15.75% al pasar de 1.731.632 en el 2004 a 1.458.781 en el 2005, descontando los subsidios parciales. Los recursos girados al Departamento para su financiación ascendieron en la vigencia a \$186.182.895.296, incluyendo SGP Patronal

³ SGP: Sistema General de Participaciones

⁴ FOSYGA: Fondo de Solidaridad y Garantías

⁵ PYP: Promoción y Prevención.

\$9.381.230.000 y SGP Prestación de Servicios \$30.801.506.672, girados a los Municipios Descentralizados de: Cali, Buenaventura, Buga, Candelaria, El Cerrito,

Jamundi, La Cumbre, Palmira, Pradera, Sevilla, Vijes y Yotoco, para financiar el primer nivel de atención.

La Secretaría de Salud Departamental, ejecutó para esta población \$146.000.158.624 Financiados Así: 15% SGP Patronal \$22.503.755.000, 38% SGP Prestación de Servicios \$55.882.748.519, 41% Rentas Cedidas \$59.736.967.250 y 5% Aportes Nacionales \$7.876.687.855.

El FOSYGA⁶, no gira en el término establecido, los recursos para financiar el régimen subsidiado, situación que limita la gestión financiera del sector e impide cumplir oportunamente los programas y proyectos previamente establecidos por los entes territoriales, siendo una debilidad estructural del sistema, denota el incumplimiento del gobierno central en sus políticas públicas.

En el componente prestación de servicios, los sistemas de información son débiles, facilitan la multifiliación, no permiten la articulación y cruce de las bases de datos entre ARS⁷, EPS⁸ y SISBEN.⁹, e influyen negativamente en la atención oportuna de los usuarios, debilidad estructural evidenciada del sistema, al mas alto nivel, incluido el nacional.

Las bases de datos presentan múltiples inconsistencias: Inadecuadas identificaciones, inexactos registros, inconsistencias en las encuestas, existe un numero de inhumados o fallecidos que se encuentran “vivos” y sobre los cuales se giran recursos generando inequidad en la distribución de los recursos.

Alta rotación del personal adscrito a las Direcciones Locales de Salud - DLS¹⁰ y perfiles inadecuados del mismo, son causa de gran numero de las inconsistencias mencionadas y del incumplimiento de las competencias asignadas al ente territorial.

⁶ FOSYGA: Fondo de Solidaridad y Garantía.

⁷ ARS: Administradoras de Régimen Subsidiado.

⁸ EPS: Empresas Prestadoras de Salud

⁹ SISBEN: Sistema de Identificación de Beneficiarios de Programas Sociales

¹⁰ DLS: Direcciones Locales de Salud



Algunas DLS realizan gestiones para recuperar los dineros glosados por las ARS y aplicarlos en ampliación de cobertura, encontrándose que la Superintendencia

de Salud les oficia recordándoles que ello es su competencia, limitando de esta forma la recuperación y aplicación adecuada de estos recursos.

Como consecuencia de las debilidades detectadas en las DLS, se descuida la promoción y prevención de la salud, actuando sin la integridad requerida con los demás actores,¹¹ que deben buscar mejorar la calidad de vida de los habitantes, generando costos elevados al sistema, en la complejidad media y alta.

La capacidad de dirección, organización, gestión y control de redes por parte de las entidades territoriales, son una debilidad del sistema.

El desconocimiento por parte de los usuarios de sus derechos, permite que estos sean vulnerados y que se sientan conformes con los pocos beneficios que reciben.

La Superintendencia Nacional de Salud y la Secretaria Departamental de Salud en sus competencias de inspección, vigilancia y control, presentan limitaciones al ser inoportunas y poco eficaces, se descuida el monitoreo a la gestión de la red pública necesario para mejorar la gestión.

Los lineamientos y criterios para la consolidación de redes de servicios prioritarios a nivel local, regional y nacional son indispensables para mejorar la gestión en salud.

Se presentan avances incipientes en los sistemas de habilitación, acreditación y auditoría, que buscan disminuir los riesgos asociados a la atención e incrementar el impacto de los servicios para mejorar el nivel de salud de la población.

Todavía no se ha cumplido en su totalidad con la obligación de elaborar, difundir y publicar con periodicidad los resultados sobre calidad de aseguradores y prestadores, para incentivar la competencia institucional por la calidad de la atención.

¹¹ Actores: En salud son entidades responsables del sistema (ARS; EPS; Depto, Mpio, etc.)



Falta compromiso de los actores obligados a promover la participación y el fortalecimiento de los mecanismos de participación social, necesarios en los procesos de evaluación y mejoramiento de la calidad,

Los pasivos prestacionales de los prestadores públicos de servicios, no se incluyen en los informes financieros, requiriendo revisión, ajustes y saneamiento con el objetivo de poder establecer su viabilidad y permanencia en el sector.



3 CARTA DE CONCLUSIONES

Santiago de Cali,

Doctor
EXERZAHIN VARGAS CASTILLO
Alcalde Municipio de Bolívar
Casa Municipal
Bolívar - Valle

La Contraloría Departamental del Valle del Cauca, con fundamento en las facultades otorgadas por el artículo 267 de la Constitución Política, practicó Auditoría con Enfoque Integral Modalidad Especial a los Recursos para la Salud, Población Pobre No Asegurada y Régimen Subsidiado a través de la evaluación de los principios de eficiencia, eficacia y equidad con que administró los recursos puestos a su disposición y los resultados de su gestión, por el período comprendido entre el 1º de Enero y el treinta y uno (31) de diciembre de 2005; con el fin de determinar si los recursos y bienes se adquieren en condiciones económicas y si su utilización se logra con los niveles de eficiencia adecuados

Es responsabilidad de las administraciones objeto de la muestra, el contenido de la información suministrada y analizada por la Contraloría Departamental del Valle. La responsabilidad de la Contraloría consiste en producir un informe integral que contenga el concepto sobre el examen practicado.

La evaluación se llevó a cabo de acuerdo con normas, políticas y procedimientos de Auditoría Gubernamental prescritos por la Contraloría Departamental del Valle, compatibles con los de aceptación general. Por lo tanto, requirió acorde con ellas, de la planeación y ejecución del trabajo, de manera que el examen proporciona una base razonable para fundamentar los conceptos y la opinión expresados en este informe.

El control incluyó la práctica de pruebas selectivas, obtención de evidencias, análisis de documentos y verificación del cumplimiento de disposiciones legales.

El informe contiene observaciones, que una vez detectadas por el equipo de auditoría fueron comunicadas a la administración para su corrección.



Concepto sobre el análisis efectuado

El examen practicado se oriento a las líneas de: Seguimiento a planes de mejoramiento, Sistema de Control Interno, Gestión, Financiera Presupuestal y Contratación como líneas especiales seleccionadas, por el impacto que éstas tienen para la comunidad y el importante volumen de recursos que se manejan en el sector salud.

Del análisis practicado se obtuvieron los siguientes resultados:

En el seguimiento al avance de las acciones correctivas plasmadas en los planes de mejoramiento, suscritos con ocasión de las visitas de la oficina de Inspección Vigilancia y Control de la SDS,¹² se observó en los municipios certificados, cumplimiento en un 80%; caso contrario presentan los municipios no certificados, en los que en algunos casos los servidores públicos responsables desconocen de su existencia.

La evaluación del sistema de control interno en el Sistema de Seguridad General de Seguridad Social en Salud en el Departamento (SGSSSD) obtuvo una calificación de 2.36 en promedio, mostrando así una deficiente gestión en los aspectos evaluados, falta de acompañamiento de las oficinas de control interno y de compromiso tanto de las administraciones territoriales como del fortalecimiento de los grupos de IVC.¹³

Se presentan debilidades en la planificación que impactan negativamente al sector; la escasa coordinación y coherencia de lo programático con lo financiero, afectan la ejecución de planes y programas, la oportuna ejecución de los recursos, la ampliación de cobertura y la prestación de los servicios a la población más pobre y vulnerable del departamento.

Los planes de desarrollo y los instrumentos de planeación no son dinámicos, no se actualizan, por lo tanto no existe coherencia entre el plan de desarrollo, plan financiero, plan operativo anual de inversiones (POAI), presupuesto, plan anualizado de caja (PAC).

¹² SDS: Secretaria Departamental de Salud

¹³ IVC: Inspección Vigilancia y Control



Alta rotación del personal adscrito a las Direcciones Locales de Salud y perfiles inadecuados del mismo, causan inconsistencias en las bases de datos e incumplimiento de las múltiples competencias asignadas a los entes territoriales municipales.

Se destaca la labor de las Secretarías de Salud Municipal de los Municipios Certificados y de categoría 3ª, que presentan avances significativos en los procesos misionales, evidenciándose su compromiso en el desarrollo propio de herramientas informáticas entre otros, para realizar la depuración de las bases de datos, incluidas las multifiliaciones y manifiestan estar dispuestos a compartir sus logros con los municipios que lo requieran.

Se comprobó la existencia de personal idóneo comprometido y competente, adscrito a las DLS de los municipios certificados y de categoría 3ª, así como de la Secretaria Departamental de Salud, que se tornan insuficientes ante las múltiples competencias asignadas y que presentan debilidad por la rotación constante.

La Secretaria Departamental de Salud, incumplió con las competencias asignadas por la Ley 715 de 2001, cuando delega la inspección vigilancia y control a los municipios en cabeza de la Dirección Local de Salud DLS¹⁴, y solicita adelantar inspección general a las Áreas Administrativa, Financiera, Laboral, Contractual, Contable y Prestación de Servicios de Salud de un Hospital Nivel II, afectando la prestación del servicio del área de influencia, al no existir concertación entre las mismas instituciones para el cumplimiento de competencias que incrementan las barreras de acceso, e impactan negativamente la salud de la comunidad.

Las barreras de acceso a los servicios de la salud, son innumerables, los usuarios más vulnerables de la población sufren las consecuencias, situación confirmada con la frecuencia de usos¹⁵, en los servicios de consulta externa y urgencias (puerta de entrada al sistema), que muestra una (1) consulta cada trece (13) meses por usuario, tanto para el régimen subsidiado como para la población pobre no asegurada, mientras el régimen contributivo presenta en promedio tres (3) consultas por usuario al año.

El incumplimiento en las acciones de promoción a cargo de las aseguradoras y la falta de seguimiento por parte de los municipios, como consecuencia de las

¹⁴ DLS: Dirección Local de Salud

¹⁵ Frecuencia de Usos: Número de consultas promedio año que recibe un usuario



interventorias deficientes, influyen negativamente en los perfiles epidemiológicos, sin desconocer los esfuerzos de las DLS comprometidos con la política de APS del actual gobierno, se recalca la necesidad de exigir a los diferentes actores el compromiso con la promoción y la prevención con el objetivo de disminuir costos en los niveles de mayor complejidad y mejorar la calidad de vida .

Los sistemas de habilitación, acreditación y auditoria, con el fin de disminuir los riesgos asociados a la atención e incrementar el impacto de los servicios en la mejora del nivel de salud de la población se encuentran en proceso; los resultados de la verificación del cumplimiento de las condiciones para la habilitación, a cargo de la Secretaria Departamental de Salud y adelantada por la Universidad del Valle no han sido publicados.

Los reportes del Centro Regulador de Urgencia CRU¹⁶, demuestran incumplimiento del portafolio de servicios ofrecidos por parte de los Hospitales del Nivel II de complejidad, congestionando el HUV por inadecuadas remisiones de estos niveles de complejidad, además se presentan contrarreferencias¹⁷ en servicios ambulatorios del 25%.

Es importante destacar que el municipio de Cali, cuenta con 2.068.386 habitantes que representa el 47.12 % de la población total del Departamento, el régimen subsidiado asegura el 25% (580.882) en la vigencia 2005, incluidos los 200.000 cupos de subsidios parciales, éstos últimos sumados con la población pobre no asegurada, muestran un 30% que utiliza los servicios de la institución.

En el manejo que se ha venido dando a los recursos de la salud a nivel de los entes competentes, se evidencia el incumplimiento del plan general de contabilidad pública y demás normas aplicables al sector salud.

En las cuentas de planeación y presupuesto, no se manejan cuentas auxiliares en la aplicación del recurso que permita identificar con precisión el origen y destinación del mismo, las operaciones registradas no se ajustan en gran parte a lo programado en el Plan de Desarrollo de los Municipios.

¹⁶ CRU: Centro Regulador de Urgencias

¹⁷ Contrarreferencias: Devolución de pacientes al nivel de atención competente



En la vigencia 2004 se detectaron inconsistencias en el cruce de información con los usuarios fallecidos y las multiafiliaciones, una vez verificadas las bases de datos de afiliados al régimen subsidiado y del SISBEN, se evidenció que aun no se han depurado en su totalidad generando pago en UPC¹⁸

Existen serías dificultades en los procesos de contratación del Régimen Subsidiado y de la Población Pobre no asegurada específicamente en las interventorias.

Se presentan informes de interventoría no adecuados por parte de algunas secretarías municipales de salud, limitando el seguimiento a todas las obligaciones contractuales con las ARS y su red de servicios, al no incluir el componente técnico, financiero y administrativo.

Los contratos con la red de servicios que realizan las ARS, se suscriben por capitación y finalmente los pagan por evento.

Lo anterior revela que el Sistema General de Seguridad Social en Salud en el Departamento en cuanto a la gestión, muestra deficiencias significativas en planeación, contratación, aseguramiento, ejecución de recursos, verificación y seguimiento, impactando negativamente la calidad en la prestación del servicio tanto en la población pobre no asegurada como en el régimen subsidiado.

En desarrollo de la presente auditoría, en los municipios muestra y Secretaría de Salud Departamental, se establecieron 294 hallazgos administrativos, de los cuales 13 son disciplinarios, uno 1 fiscal por valor de \$23.394.590.

A fin de lograr que la labor de auditoría conduzca a que se emprendan actividades de mejoramiento de la gestión pública, la Institución debe diseñar un Plan de mejoramiento que permita solucionar las deficiencias puntualizadas, documento que debe ser remitido a la Contraloría Departamental del Valle del Cauca, Subdirección Operativa Sector Central Departamental Piso 6º de la Gobernación del Valle, dentro de los quince días siguientes al recibo de este informe.

El Plan de Mejoramiento debe detallar las medidas que se tomarán respecto de cada uno de los hallazgos identificados, cronograma de las acciones con que se implementarán los correctivos, responsables de efectuarlos y seguimiento a su

¹⁸ UPC: Unidad de pago por capitación.



ejecución. Es pertinente aclarar que la Administración Central deberá diseñar el Plan de Mejoramiento que permita suplir las deficiencias detectadas respecto al cumplimiento de sus competencias. Los Municipios muestran, deberán diseñar su Plan de Mejoramiento de acuerdo a sus respectivos hallazgos

EDGAR FABIO GARCIA CASTAÑEDA
Contralor Departamental del Valle (E)



4. RESULTADOS DE LA PRESENTE AUDITORIA

4.1 RESULTADO DEL SEGUIMIENTO A LOS PLANES DE MEJORAMIENTO

Se verificaron los avances de los planes de mejoramiento suscritos con ocasión de las visitas realizadas por el grupo de Inspección Vigilancia y Control (IVC) de la Secretaría Departamental de Salud, en vigencias 2004 y 2005, los cuales buscan corregir las deficiencias de los Fondos Locales de Salud, FLS¹⁹, así mismo se evaluaron los avances de los planes de mejoramiento de la Contraloría General de la Nación y de la Contraloría Departamental del Valle.

En el seguimiento al avance de las acciones correctivas plasmadas en los planes de mejoramiento, se observó cumplimiento en los municipios de Tulúa, Guadajara de Buga, Bugalagrande y Jamundi; caso contrario presentan los municipios de Cartago y Bolívar en los cuales los servidores públicos responsables no se han comprometido en su implementación.

Los formatos que utilizan los municipios para la presentación y seguimiento a los planes de mejoramiento no corresponden a los que tiene implementado la Secretaría Departamental de Salud, SDS²⁰, lo cual impide identificar las metas y sus medidas, acciones y porcentaje de avance de las mismas.

Las oficinas de control interno, no tienen conocimiento de la existencia de los Planes de Mejoramiento y no le hacen seguimiento.

Las observaciones relacionadas con el proceso de veedurías ciudadanas, no presentan avances significativos, debido al incumplimiento de las recomendaciones hechas por el grupo de IVC²¹.

La gestión de los comités municipales de salud y de la red de controladores continúa siendo una debilidad, al no estar conformados y en el caso de los existentes, son poco operantes.

¹⁹ FLS: Fondo Local de Salud

²⁰ SDS: Secretaría Departamental de Salud

²¹ IVC: Inspección, Vigilancia y Control



Las metas establecidas para el cumplimiento de las acciones correctivas están sobreestimadas, en algunos casos el cumplimiento real es deficiente frente al propuesto como acción correctiva.

Se evidencia en el sistema de salud problemas en el manejo, gestión y seguimiento a las quejas y reclamos de los usuarios, en muy pocos municipios este sistema está plenamente establecido, adolece del registro escrito de las quejas, situación que dificulta su seguimiento.

En la observación del grupo de IVC sobre el seguimiento que debe hacer la SMS²² al Plan Municipal de Salud, se presentan fallas y poco se ha avanzado al respecto.

Se observa que las ARS²³ no informan a sus afiliados de manera efectiva sobre el plan de beneficios, motivo por el cual los usuarios no hacen uso adecuado de los servicios a que tienen derecho y las secretarías municipales de salud gestionan poco al respecto.

El seguimiento adelantado por las DLS a la gestión de las ESES²⁴ es poco efectivo en relación a los contratos para la prestación de servicios de la población pobre no asegurada y a la evaluación del cumplimiento de metas para las acciones de P y P.²⁵

4.2 EVALUACION POR LINEAS DE AUDITORIA

4.2.1 Sistema de Control interno

La metodología para la evaluación del sistema de control interno en el Sistema General de Seguridad Social en Salud en el Departamento SGSSD, en el promedio general de los municipios muestra, presenta una calificación de 2.36, siendo deficiente para la gestión en los aspectos evaluados, se evidencia la falta de acompañamiento de las oficinas de control interno de las administraciones municipales.

²² SMS: Secretaría Municipal de Salud.

²³ ARS: Administradoras de Régimen Subsidiado

²⁴ ESES: Empresas Sociales del Estado

²⁵ PYP: Promoción y Prevención



La población pobre no asegurada presenta un comportamiento adecuado, alcanzando una calificación de 3.10 puntos; en el régimen subsidiado es deficiente con 2,37 puntos; los aspectos generales muestran 2.34 puntos, evidenciando deficiencia como resultado de las debilidades en el compromiso de las administraciones municipales y de los grupos de IVC²⁶ los cuales no se fortalecen.

Con la implementación del MECI ²⁷ se espera que las oficinas asesoras de control interno asuman un papel protagónico y generen un mayor valor agregado al SGSSSD²⁸, en procesos y procedimientos.

Los manuales de procesos y procedimientos en la mayoría de los municipios muestra, no están actualizados de acuerdo a las competencias que señala la Ley 715 de 2001 para los FLS ²⁹ y en los que si lo están, falta aprobación mediante acto administrativo.

Las veedurías ciudadanas, no están operando según lo establecido por la Ley 715 de 2001, se evidenció falta de capacitación, de compromiso de la ciudadanía y rotación de las personas que históricamente han pertenecido a ellas.

4.2.2 Gestión

4.2.2.1 Plan de Desarrollo.

Falta unidad de criterios en la formulación del Plan de Desarrollo y en el diseño de los instrumentos de planeación, tales como: Plan Operativo Anual de Inversiones (POAI), Plan de Acción, Plan financiero, etc., afectando la gestión y la inversión en el sector.

Los planes plurianuales de inversión, no contienen los presupuestos, programas, subprogramas de la inversión pública, imposibilitando determinar los avances del plan de desarrollo y el costo real.

²⁶ IVC: Inspección Vigilancia y Control

²⁷ MECI: Modelo Estándar de Control Interno

²⁸ SGSSSD: Sistema General de Seguridad Social en Salud en el Departamento

²⁹ FLS. Fondo Local de Salud



Los planes de desarrollo y los instrumentos de planeación no son dinámicos, no se actualizan, en consecuencia no hay coherencia entre el plan de desarrollo, plan financiero, plan operativo anual de inversiones (POAI), presupuesto, plan anualizado de caja (PAC). La integralidad y articulación entre las áreas de planeación, financiero y operativo, no existe, incumpliendo el ciclo de planear, hacer, verificar y actuar (PHVA) que debe existir en un sistema de gestión de calidad.

Los bancos de proyectos de los municipios están desactualizados, no registran y evalúan todos los proyectos, ni se hace seguimiento a los mismos, como resultado, la gestión es deficiente.

El plan operativo anual de inversiones (POAI), no se elabora, incumpliendo lo preceptuado en el artículo 89 de la Ley 715 de 2001, que exige que los recursos del Sistema General de Participaciones (SGP), se deben programar en el POAI, evidenciando problemas estructurales de planeación que afecta la efectividad de los mismos.

Las Secretarías Municipales de Planeación no evalúan, ni hacen seguimiento permanente a los Planes de Desarrollo y la Secretaría Departamental de Planeación, no efectúa una evaluación eficaz a la gestión y resultados de los planes y programas de desarrollo e inversión de los municipios como lo establece el Art. 42 de la Ley 152 de 1994.

Los programas, subprogramas y proyectos, al carecer de codificación no permiten la articulación y seguimiento del plan de desarrollo y de los instrumentos de planificación.

Algunos indicadores no están bien formulados, producto de ello, faltan indicadores de resultados para medir el impacto de las inversiones públicas.

4.2.2.2 Administrativa.

Estructuras orgánicas débiles, con plantas de cargos reducidas, alta rotación del personal adscrito a las DLS³⁰ y perfiles inadecuados del mismo, dificultan el cumplimiento de las múltiples competencias asignadas; presentando inconsistencias en las bases de datos, no entrega de carnés para el acceso

³⁰ DLS: Direcciones Locales de Salud

oportuno de los servicios, que garanticen beneficio a la comunidad asegurada en el régimen subsidiado, entre otras deficiencias relacionadas en el texto del informe.

Se destaca la labor de las Secretarías de Salud Municipal de los Municipios Certificados y de categoría 3ª, que presentan avances significativos en los procesos misionales, evidenciándose su compromiso en el desarrollo propio de herramientas informáticas entre otros, para realizar la depuración de las bases de datos, incluidas las multifiliaciones y manifiestan estar dispuestos a compartir sus logros con los municipios que lo requieran.

Se comprobó la existencia de personal idóneo comprometido y competente, adscrito a las DLS de los municipios certificados y de categoría 3ª, así como de la Secretaría Departamental de Salud, que se tornan insuficientes ante las múltiples competencias asignadas y que presentan debilidad por la rotación constante.

4.2.2.3 Aseguramiento.

El aseguramiento en el Valle del Cauca muestra el siguiente comportamiento hasta la vigencia 2005.

ASEGURAMIENTO EN EL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD EN EL DEPARTAMENTO DEL VALLE									
INCLUYE SUBSIDIOS PARCIALES									
AÑO	POBLACION AFILIADA								
	POBLACION TOTAL	CONTRIBUTIVO	%	SUBSIDIADO	%	TOTAL	%	SIN SS /VINCULADOS PP NA *	%
1997	3.970.303	1.747.678	44,02%	513.107	12,92%	2.260.785	56,94%	1.709.518	43,06%
1998	4.033.071	1.596.458	39,58%	598.881	14,85%	2.195.339	54,43%	1.837.732	45,57%
1999	4.104.175	1.619.992	39,47%	612.363	14,92%	2.232.355	54,39%	1.872.120	45,62%
2000	4.175.515	1.752.131	41,96%	620.139	14,85%	2.372.270	56,81%	1.803.245	43,19%
2001	4.246.896	1.881.477	44,30%	685.340	16,14%	2.566.817	60,44%	1.680.079	39,56%
2002	4.318.191	2.022.711	46,84%	719.237	16,66%	2.741.948	63,50%	1.576.243	36,50%
2003	4.389.486	2.276.650	51,87%	754.913	17,20%	3.031.563	69,06%	1.357.923	30,94%
2004	4.460.850	1.854.835	41,58%	1.202.383	26,95%	3.057.218	68,53%	1.403.632	31,47%
2005	4.389.486	1.957.519	44,60%	1.301.186	29,64%	3.258.705	74,24%	1.130.781	25,76%

Fuente: Secretaría Departamental de Salud

Al régimen subsidiado pertenecen el 29.64% de la población en la vigencia 2005, incrementando en 8.22% su participación, representados en 98.833 nuevos cupos respecto del 2004; la población pobre no asegurada, representa el 25.76% del total de la población, mientras que el contributivo aumento su participación a un 44.6% de dicho total, de una población estimada según DANE de 4.389.486 habitantes.

Las anteriores cifras, incluyen la ampliación de cobertura del régimen subsidiado en el 2004 a través de subsidios parciales de 328.000 cupos, distorcinando la situación real del aseguramiento en el Departamento.

Al excluir del análisis los subsidios parciales se tiene el siguiente comportamiento:

ASEGURAMIENTO EN EL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD EN EL DEPARTAMENTO DEL VALLE									
SIN SUBSIDIOS PARCIALES									
POBLACION AFILIADA									
AÑO	POBLACION TOTAL	CONTRIBUTIVO	%	SUBSIDIADO	%	TOTAL	%	SIN SS /VINCULADOS PP NA *	%
2004	4.460.850	1.854.835	41,58%	874.383	19,60%	2.729.218	61,18%	1.731.632	38,82%
2005	4.389.486	1.957.519	44,60%	973.186	22,17%	2.930.705	66,77%	1.458.781	33,23%

Fuente: Secretaria Departamental de Salud

La participación real del régimen subsidiado en el aseguramiento para la vigencia 2005, fue del 22.17% del total de la población proyectada para el Departamento del Valle del Cauca de 4.389.486 habitantes y no del 29.64% mencionado anteriormente; la población pobre no asegurada real representa el 33.23% (1.458.751) y no el 25.76%, teniendo en cuenta que los subsidios parciales solo cubren tratamiento de alto costo y que los demás eventos en salud, se financian con recursos para la población pobre no asegurada.

La identificación, priorización y selección de beneficiarios es una debilidad del sistema; es responsabilidad de las EPS³¹, las EAPB³² y las ARS efectuar cruces y validaciones entre los afiliados incluidos en sus bases de datos y con la suministrada por el Administrador Fiduciario del FOSYGA. Lo anterior con el propósito de evitar cobros o pagos indebidos de UPC³³; los municipios deben

³¹ EPS Entidades Promotoras de Salud

³² EAPB Entidades Administradoras de Planes de Beneficios

³³ UPC Unidad de Pago por Capitación



hacerlo con la población afiliada al régimen subsidiado de su jurisdicción, los departamentos con la información de los municipios y distritos ubicados en su jurisdicción.

Los cruces de información que deben hacer los actores³⁴ del sistema, muestran multifiliaciones, fallecidos que aparecen como beneficiarios, desplazados que están multifiliados en diferentes municipios, afiliados al régimen contributivo que aparecen en el régimen subsidiado, entre otros.

Al aplicar la nueva encuesta del SISBEN, se observa que continúan las deficiencias en las bases de datos de los afiliados al Régimen Subsidiado, se identifica un número de asegurados que por el nivel deben ser excluidos, siendo necesario realizar una depuración en atención a los lineamientos y los plazos fijados por el Ministerio de Protección Social, para proceder al retiro de la base de datos de afiliados.

La dificultad para ubicar a los usuarios por las direcciones equivocadas o no entregadas, en los municipios, son el argumento utilizado por las ARS para no carnetizar a los beneficiarios siendo esta su obligación, las ARS contratan con las IPS Públicas por capitación la atención del Nivel I, diferente a las actividades de p y p o mayor nivel de atención que se contratan por evento, sin embargo si algún usuario asegurado consulta por urgencia, se glosa por parte de las ARS al no estar carnetizado.

Es el caso de los indígenas, que estando carnetizados, no presentan carné al momento de acceder a un y las ARS glosan a la IPS por este concepto.

Los municipios no han realizado las acciones de información y comunicación sobre los contenidos del acuerdo 304 del CNSSS³⁵ del 2005, a los afiliados al régimen subsidiado, para que se les conserve por un año el derecho si ingresan al régimen contributivo

4.2.2.4 Garantía en Salud Pública.

Las acciones de promoción y prevención para la población del régimen subsidiado, en el cumplimiento de metas del 4.01% evidencian: Prórrogas

³⁴ Actores: En salud son entidades responsables del sistema (ARS, EPS, Depto, Mpio, etc.)

³⁵ CNSSS: Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud



frecuentes, actividades que presentan déficit de coberturas, debilidades en las bases de datos.

Los monitoreos son puntuales sobre las acciones realizadas por las ARS correspondientes al 5.99% orientados a recibir informes trimestrales enviados por las ARS. Presentan además inoportunidad en la prestación de servicios como el de odontología, en donde los tiempos de una cita a otra para un tratamiento, es de 60 días en promedio.

El incumplimiento en las acciones de promoción a cargo de las aseguradoras y la falta de seguimiento por parte de los municipios, como consecuencia de las interventorias deficientes, influyen negativamente en los perfiles epidemiológicos, sin desconocer los esfuerzos de las DLS comprometidos con la política de APS del actual gobierno, se recalca la necesidad de exigir a los diferentes actores el compromiso con la promoción y la prevención con el objetivo de disminuir costos en los niveles de mayor complejidad y mejorar la calidad de vida .

4.2.2.5 Garantía en la Prestación de servicios

La Secretaria Departamental de Salud, incumple con las competencias asignadas por la Ley 715 de 2001, cuando delega la inspección vigilancia y control a los municipios en cabeza de la DLS y solicita adelantar inspección general a las Áreas Administrativa, Financiera, Laboral, Contractual, Contable y Prestación de Servicios de Salud de un Hospital Nivel II, afectando la prestación del servicio del área de influencia, al no existir concertación entre las mismas instituciones para el cumplimiento de competencias asignadas que incrementan las barreras de acceso, impactando negativamente la salud de la comunidad.

Toda esta problemática se refleja en los datos estadísticos reportados en las frecuencias de usos³⁶ remitidas por las IPS objeto de la muestra.

Los controles e interventorias débiles a la red prestadora de servicios y sistemas de referencia y contrarreferencia que no operan adecuadamente desmejoran la atención oportuna.

Se evidenció en el servicio de traumatología del HUV que los pacientes atendidos por las IPS por accidentes de tránsito, son remitidos cuando se ha agotado la póliza del seguro afectando la capacidad instalada del HUV y la prestación y salud

³⁶ Frecuencias de usos: No de consultas promedio que recibe un usuario en un periodo de tiempo.

del usuario quien se somete a traslados constantes para obtener la atención requerida.

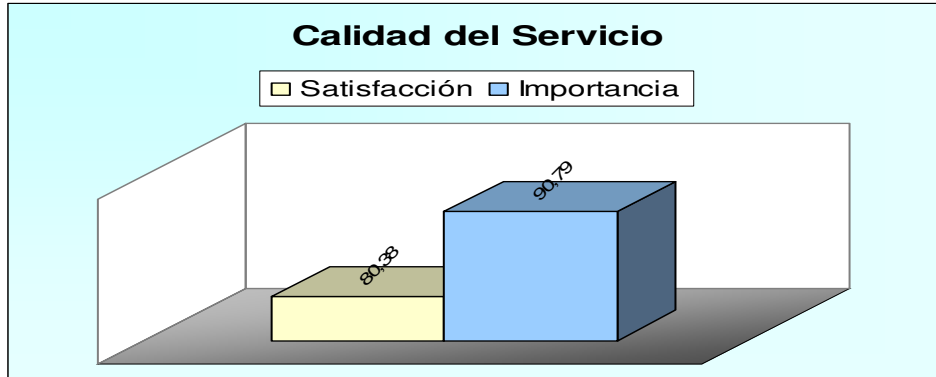
Para medir el grado de satisfacción e importancia que los usuarios perciben del servicio en las ESES, se considero, para cada aspecto evaluado, la brecha entre la importancia que el usuario le otorga al servicio frente a la satisfacción que obtiene del mismo; se aplicaron y evaluaron cuestionarios en: Calidad del servicio, del personal y de los recursos, y se obtuvo lo siguiente:

Calidad del Servicio: La brecha entre la satisfacción del servicio que perciben los usuarios y la importancia que estos le otorgan es de 10,41 puntos porcentuales a favor de esta última; requiriendo mayor atención, el tiempo de espera desde el momento de ingreso al servicio hasta el momento de ser atendido y la calidad del servicio de urgencias.

Obsérvese el cuadro y la grafica siguiente que muestran la calificación obtenida por cada uno de los aspectos evaluados:

CALIDAD DEL SERVICIO

		Satisfacción Promedio	Importancia Promedio	Ponderación satisfacción 70%	Ponderación Importancia 30%	NIVEL DE CALIDAD PONDERADO	Participación de la Satisfacción	Participación de la Importancia
				0,70	0,30			
A- CALIDAD DEL SERVICIO								
1	Como se encontró con el tiempo de espera desde el momento que ingreso al servicio hasta el momento de ser atendido(a)	3,83	4,52	2,68	1,36	4,04	76,58	90,46
2	Como se encontró con la atención durante el tiempo de estadía en el servicio	4,11	4,54	2,87	1,36	4,23	82,11	90,72
3	Que tan satisfecho(a) se encontró usted con la explicación dada por el procedimiento realizado	4,09	4,57	2,86	1,37	4,23	81,83	91,39
4	En términos generales como considera la calidad del servicio de urgencias	4,05	4,53	2,83	1,36	4,19	80,99	90,58
							80,38	90,79

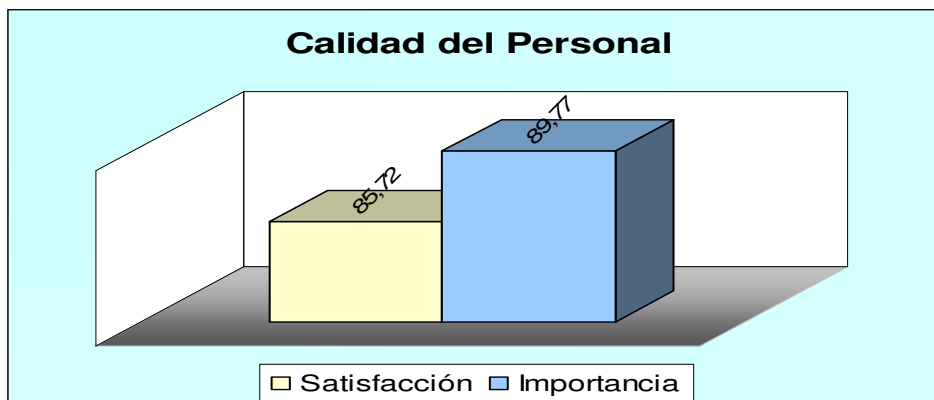


Calidad del personal: En este componente se refleja una brecha de 4,05 puntos porcentuales a favor de la importancia respecto de la satisfacción, los ítems que presentaron menor calificación y hacia los cuales el sistema debe dirigir sus mayores esfuerzos son la atención prestada por el personal de caja y la atención recibida del personal médico.

El cuadro y la gráfica que se presentan a continuación, muestran el comportamiento de la calidad de personal.

CALIDAD DEL PERSONAL

		Satisfacción Promedio	Importancia Promedio	Ponderación satisfacción 70%	Ponderación Importancia 30%	NIVEL DE CALIDAD PONDERADO	Participación de la Satisfacción	Participación de la Importancia
				0,70	0,30			
B- CALIDAD DEL PERSONAL								
1	Como califica la atención recibida por el personal de portería.	4,45	4,54	3,12	1,36	4,48	89,05	90,83
2	Como califica la atención recibida por el personal de caja	4,27	4,48	2,99	1,34	4,33	85,40	89,66
3	Como califica la atención recibida por el personal de enfermería	4,37	4,46	3,06	1,34	4,40	87,39	89,18
4	Como califica la atención recibida por el personal medico	4,02	4,51	2,81	1,35	4,17	80,42	90,16
5	En términos generales que trato recibió por parte del personal del Hospital	4,32	4,45	3,02	1,34	4,36	86,34	89,00
							85,72	89,77

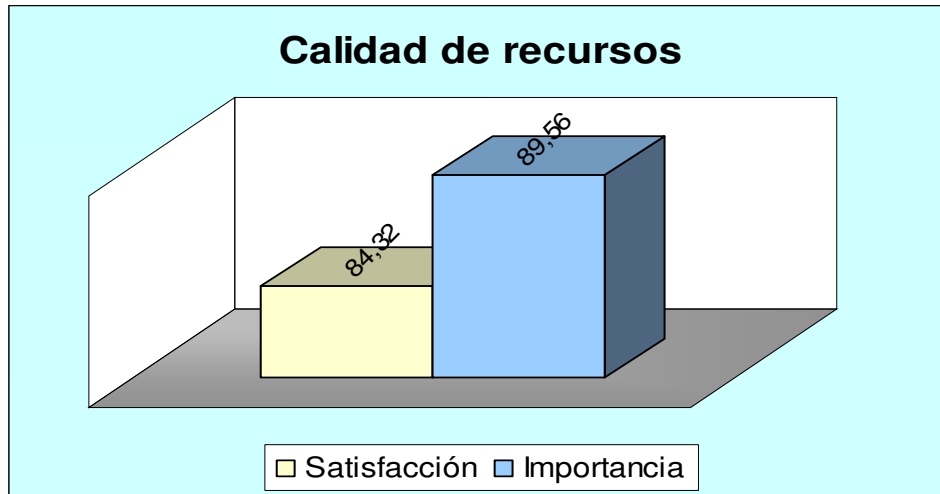


Calidad de los recursos: Se evidenció una brecha de 5,24 puntos porcentuales a favor de la importancia frente a la satisfacción. Según el resultado, el sistema debe orientar sus acciones a mejorar la calidad de los insumos y elementos utilizados durante los procedimientos, así como la comodidad de los usuarios en el servicio de urgencias de las ESE'S.

El cuadro y la gráfica siguientes muestran la calificación de los componentes evaluados en la calidad de los recursos y la brecha entre satisfacción e importancia.

CALIDAD DE LOS RECURSOS

		Satisfacción Promedio	Importancia Promedio	Ponderación satisfacción 70%	Ponderación Importancia 30%	NIVEL DE CALIDAD PONDERADO	Participación de la Satisfacción	Participación de la Importancia
				0,70	0,30			
C- CALIDAD DE RECURSOS								
1	Como califica la limpieza y aseo de las instalaciones	4,36	4,49	3,05	1,35	4,40	87,26	89,82
2	Su percepción en relación a la calidad de los insumos y elementos utilizados durante el procedimiento realizado	4,14	4,45	2,90	1,33	4,23	82,73	88,97
3	En términos generales que tan cómodo(a) se sintió usted en las instalaciones del servicio de urgencias.	4,15	4,49	2,90	1,35	4,25	82,97	89,89
							84,32	89,56



Se observa satisfacción por parte de los usuarios, sin embargo se detectaron debilidades en la entrega de medicamentos por consulta externa y en la renuncia de los servicios por parte de los usuarios cuando requieren ser trasladados a instituciones de nivel superior debido a la escasez de recursos para el desplazamiento y sostenimiento de los acompañantes durante el tiempo de estancia en el municipio de referencia.

2.2.2.6 Sistema Obligatorio de garantía de la Calidad.

Entendida como un conjunto de normas, requisitos y procedimientos, mediante los cuales se establece, se registra, se verifica y se 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, de obligatorio cumplimiento por parte de los prestadores de servicios de salud y los definidos como tales, en el Departamento del Valle del Cauca se tiene:

En el Hospital Departamental de Cartago, creado por Ordenanza No 005 de 1996, liquidado mediante Decreto 0944 del 18 de junio de 1999 y nuevamente creado con el Decreto 0496 del 2003, se trasladaron los pasivos laborales del Hospital Sagrado Corazón de Jesús y estos no se tuvieron en cuenta para determinar la suficiencia patrimonial, impidiendo conocer la situación financiera de la entidad.



Situación similar presentan los estados financieros de un gran número de los Hospitales Públicos del Departamento, cuestionándose su permanencia, ante una problemática que ha sido diagnosticada ampliamente en el sector por los actores competentes, pero se desconocen las medidas tomadas al respecto.

Los resultados de la verificación del cumplimiento de las condiciones para la habilitación, a cargo de la Secretaría Departamental de Salud y adelantada por la Universidad del Valle no han sido publicados, en los municipios de la muestra las IPS públicas visitadas no aportaron informes sobre el particular, motivo por el cual este tema se incluirá en la auditoria programada para el Departamento en el segundo semestre de la vigencia 2006.

La Auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención de la salud, presenta avances incipientes al observarse que las DLS³⁷ específicamente de los municipios de 5ª y 6ª categoría, no han organizado su estructura por procesos, desconociendo la obligatoriedad de adelantar procesos de auditoria y brindarle una prestación de servicios con mejor atención en salud en cuanto a las características de: accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y seguridad.

Se comprueba en los municipios muestra, poco seguimiento para mejorar la calidad de la atención de salud de los usuarios de la ARS, se comprobó al revisar el SIAU³⁸ de DLS y de las ARS,³⁹ falta de oportunidad en las citas para otros niveles de atención, procesos de interventoría sin seguimiento para garantizar la red de servicios que atienden una determinada población.

Las oficinas de atención a los usuarios de algunas ARS, destacadas en los municipios en ocasiones permanecen cerradas, como consecuencia de un número insuficiente de personal administrativo que brinde la información y servicios requeridos oportunamente, Se carece de elementos mínimos de oficina, como fax, sillas, archivadores entre otros.

Inoportunidad en la entrega de medicamentos incluidos en el POSS; con el argumento de falta de disponibilidad en el momento por parte del contratista de la farmacia, es una situación que atenta contra la salud de quienes han demandado el servicio.

³⁷ DLS: Direcciones Locales de Salud

³⁸ SIAU: Sistema de Atención al Usuario

³⁹ ARS :Administradoras del Régimen Subsidiado



Al revisar el Sistema de Atención al Usuario SIAU⁴⁰ tanto de las ARS como de la Dirección Local de Salud, se evidencian cobros por encima de las tarifas autorizadas según el nivel del SISBEN ⁴¹ como copagos a los usuarios.

Al verificar características del sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad se observa deficiencias en la red prestadora al comprobarse, en el Hospital Universitario del Valle, falta de oportunidad en las citas de algunas especialidades como Neurocirugía, Reumatología, Medicina Interna, en donde los tiempos de espera alcanzan hasta los 60 días o mas, cuando no se cancelan las citas, por falta de medico especialista y además no se informa al paciente oportunamente.

El Hospital Universitario Evaristo García de alta complejidad, presenta déficit en el número de camas requeridas en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), asunto de cuidado si busca cumplir con la demanda de servicios en un Departamento que solo cuenta con este Hospital Público, para atender la población que tiene contratada con las EPS, ARS y la no cubierta por el sistema de salud.

El contrato para la atención de salud suscrito con el Hospital Universitario, incluye recursos para atender tutelas para el suministro de medicamentos de alto costo para la población pobre no asegurada y para lo no cubierto por el POSS⁴², Se informa que los recursos son insuficientes arriesgando la salud de los usuarios demandantes.

El Centro Regulador de Urgencias (CRU), presenta limitaciones en su capacidad de respuesta, al carecer de equipos de alta tecnología y no contar con medios de comunicación de larga distancia para comunicarse con los diferentes niveles de complejidad.

Los reportes del CRU⁴³, demuestran incumplimiento del portafolio de servicios ofrecidos por parte de los Hospitales del Nivel II de complejidad, congestionando el HUV por inadecuadas remisiones de estos niveles de complejidad, además se presentan contrarreferencias en servicios ambulatorios del 25%.

⁴⁰ SIAU Sistema de Atención al Usuario

⁴¹ SISBEN: Sistema Identificación de Beneficiarios.

⁴² POSS Plan Obligatorio de Salud Subsidiado

⁴³ CRU: Centro Regulador de Urgencias



Es importante destacar que el municipio de Cali, cuenta con 2.068.386 habitantes que representa el 47.12 % de la población total del Departamento, el régimen subsidiado asegura el 25% (580.882) en la vigencia 2005, incluidos los 200.000 cupos de subsidios parciales, éstos últimos sumados con la población pobre no asegurada, muestran un 30% que utiliza los servicios de la institución.

En los reportes del Hospital San José de Buga se evidencia la atención de un total de 925 de usuarios por fuera del área de influencia de los cuales 512 corresponden al nivel II de atención.

Se presentan avances incipientes en la implementación de las Auditorías Internas de Calidad, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, están reorganizando su estructura para operar por procesos, en atención a la Ley 872 del 2003 y cuentan con una transición hasta diciembre del 2007.

El Departamento incumple con en el asesoramiento a las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios EAPB⁴⁴ y a las IPS⁴⁵ en la implementación de los programas de auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud, así mismo se desconoce la adopción de un programa de auditoria para el mejoramiento de la calidad, cuando obra como comprador de los servicios para la población pobre no asegurada.

La Superintendencia Nacional de Salud, adelantó las actividades necesarias para el proceso de habilitación de las ARS en el Régimen Subsidiado, siendo autorizadas para operar en el Departamento del Valle del Cauca: EMSSANAR ESS, ASMET ESS, CALISALUD EPS, MALLAMAS EPSI, CONDOR EPS, SELVASALUD EPS, CAFESALUD, AMBUQ ESS, CAPRECOM EPS Y COOSALUD.

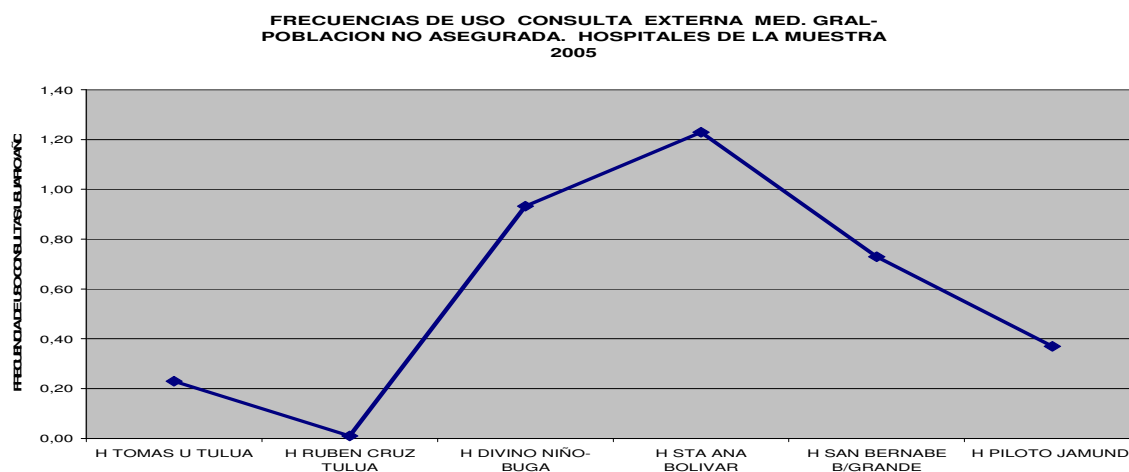
Los sistemas de información presentan deficiencias generando barreras de acceso a los usuarios, impidiendo la entrada de nuevos usuarios al sistema.

Se detalla a continuación el resultado del análisis de las frecuencias de usos en los Hospitales de la muestra.

⁴⁴ EAPB :Empresas Administradoras de Planes de Beneficios

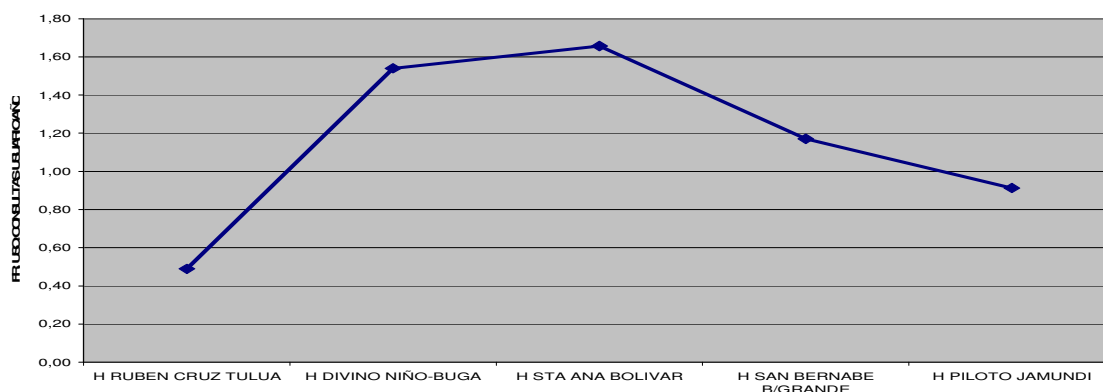
⁴⁵ IPS: Instituciones Prestadoras de Servicio

La frecuencia de uso de consulta médica general: se refiere al número de consultas externas que en promedio recibe un usuario en un periodo de tiempo. Frecuencia de uso uno (1), significa que en promedio un usuario es atendido en la consulta externa una vez al año. Siendo la consulta externa la puerta de entrada al sistema, es crítico el resultado y monitoreo de este indicador, además, indica el acceso que los usuarios tienen a los servicios de salud.



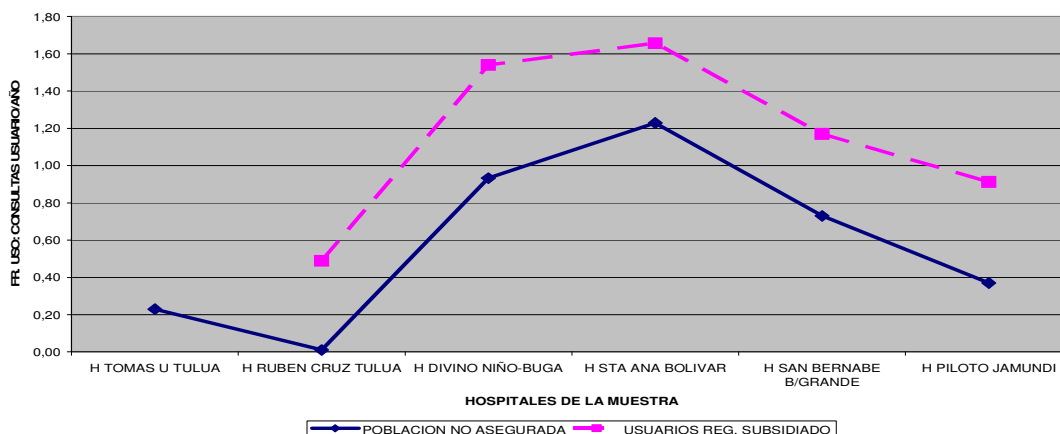
Se observa una frecuencia de uso irregular, que oscila en rangos distantes y poco consistentes. El Hospital Rubén Cruz Vélez no atiende población no asegurada, El Hospital Tomas Uribe, reporta una frecuencia de 0.2 consulta por usuario y por año, equivalente a decir, que un usuario accede a la consulta externa de medicina general una vez cada cinco (5) años en promedio; para en el Hospital Divino Niño, un usuario no asegurado es atendido aproximadamente cada 13 meses, mientras que en el Hospital Santa Ana de Bolívar es cada 10 meses y en el Hospital Piloto de Jamundi, cada dos años aproximadamente, evidenciándose claras barreras de accesibilidad al sistema.

FRECUENCIA DE USO CONSULTA EXTERNA MED. GRAL
USUARIOS REG. SUBSIDIADO - HOSPITALES MUESTRA
2005



El comportamiento de la Frecuencia de Uso de la consulta externa en el Régimen Subsidiado, presenta fluctuaciones marcadas de un Hospital a otro de la muestra, reflejando diferencias en la accesibilidad al SGSSS.

COMPARATIVO FRECUENCIA DE USO CONSULTA MEDICA GRAL
POBLACION NO ASEGURADA Y BENEFICIARIOS DEL REG. SUBSIDIADO
2005

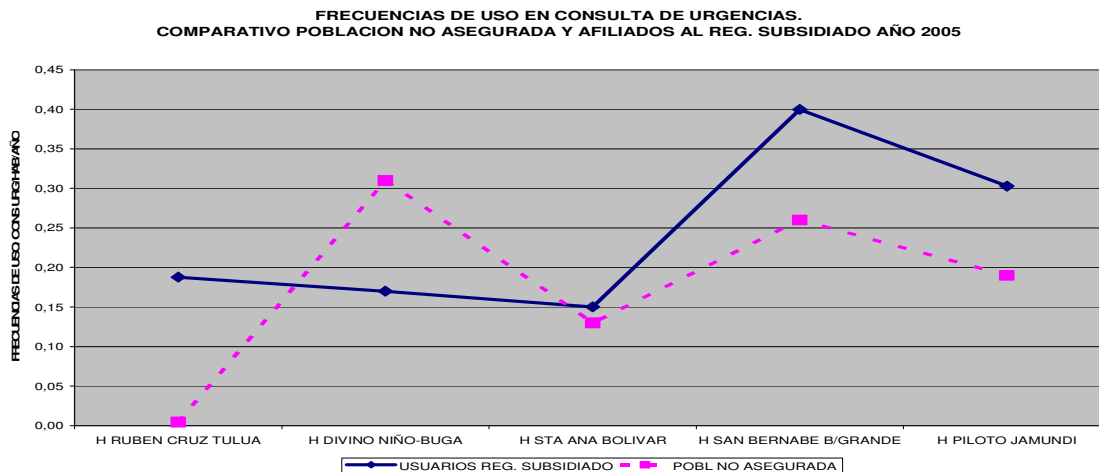


Al comparar las frecuencias de uso entre el Régimen Subsidiado y la Población Pobre No Asegurada, se observa una gran brecha de acceso en la última, cuando la diferencia es la existencia de un carné.

El acceso a los servicios de salud es deficiente para la población pobre cuando se compara este indicador (1 en promedio) con el del Régimen Contributivo que está

alrededor de tres (3). Por la evidencia presentada, la existencia de las barreras de accesibilidad es más dramática para la población no asegurada, comparada con la población subsidiada.

Si se confronta las frecuencias de uso de consulta externa entre la población no asegurada y la afiliada al régimen subsidiado, se tiene:



Las frecuencias de uso para la atención de consulta de urgencias, presenta diferencias cuando se le compara de un Hospital a otro, dentro de un mismo tipo de beneficiarios.

Una frecuencia de uso elevada en el servicio de urgencias, nos obliga a revisar la calidad de los servicios de consulta externa y la verdadera urgencia en la consulta, pues esta última tiende a incrementarse ante la poca accesibilidad en la Consulta Externa.

La Población pobre del Valle del Cauca (asegurada y no asegurada) presenta barreras de acceso al sistema de seguridad social en salud, que se refleja en deterioro de la salud por la no atención oportuna de los pacientes, demostrando poca efectividad en los recursos aplicados al sistema. Conclusión derivada del análisis de los reportes enviados a la Contraloría por parte de las IPS públicas de la muestra.

4.2.3 Financiero, Presupuestal y Contable

En algunos municipios no se cuenta con los actos administrativos que crean y reglamentan los Fondos Locales de Salud.

Los convenios suscritos con las entidades financieras para la apertura de las cuentas del FLS no se allegaron en la totalidad de los municipios de la muestra.

El programa anual mensualizado de caja – PAC⁴⁶, no es utilizado como instrumento de planificación financiera, impidiendo el control y la adecuada ejecución del presupuesto y de los recursos disponibles.

En la liquidación del presupuesto aprobado, no se desagregan adecuadamente las fuentes de financiación y apropiaciones que permitan el seguimiento a la adecuada y oportuna ejecución de los recursos de la salud, convirtiéndose en un simple instrumento de ordenación del gasto.

La circular externa 049 de febrero 25 de 2002, expedida por la Contaduría General de la Nación, establece el tratamiento contable que deben aplicar las entidades territoriales, como titulares de los recursos; efectuar el reconocimiento, registro y recaudo de los ingresos; solo se está registrando contablemente el recaudo del ingreso.

En la vigencia 2005 se generaron rendimientos financieros y no fueron adicionados en su totalidad al presupuesto.

Algunos contratos con las ARS, fijan una fuente de financiación y monto según el objeto del mismo, pero en el registro presupuestal ésta no corresponde a la señalada en el contrato.

Se efectúan transitoriamente traslados de las cuentas corrientes de los FLS⁴⁷ Locales de Salud a otras cuentas corrientes de los entes territoriales.

Se encuentran cuentas bancarias de los FLS con saldos crédito – en rojo –, evidenciando giro de recursos en exceso del saldo disponible.

⁴⁶ PAC: Plan Anual Mensualizado de Caja.

⁴⁷ FLS: Fondo Local de Salud

Los certificados de disponibilidad presupuestal, los registros presupuestales y los contratos con las ARS, se elaboran simultáneamente y en ocasiones ya se encuentra en ejecución la prestación del servicio antes su elaboración.

Las adiciones aprobadas y ejecutadas, analizadas en el informe de ejecución presupuestal de gastos vigencia 2005, no se registraron contablemente en su mayoría, en las cuentas de planeación y presupuesto, las registradas están por valores diferentes.

El flujo de información entre los FLS y los entes territoriales es deficiente, situación que puede generar aplicación de recursos no oportunos..

Las tesorerías municipales, omiten rendir informes periódicos a los FLS, sobre: El estado de los recursos, de las cuentas, los rendimientos, traslados y desembolsos, situación que impide la toma de decisiones oportunas, en el cumplimiento de los objetivos del sector.

Los recursos para la salud, permanecen mucho tiempo en las cuentas recaudadoras de los entes territoriales antes de ser trasladadas a las cuentas de los FLS, afectando la ejecución de los programas y son utilizados para sufragar gastos de otros sectores.

Se evidencia debilidad en el seguimiento a las glosas de la facturación de las IPS; falta de gestión para su recuperación considerando que los montos son significativos, exceptuando algunas DLS, encontrándose que la Superintendencia de Salud les oficia recordándoles que ello es su competencia, limitando de esta forma la recuperación y aplicación adecuada de estos recursos.

Se utilizan varias cuentas para el manejo de los recursos de la salud, las cuales no aparecen a nombre del FLS.

Se evidenció falta de coherencia y armonía entre las Secretarías de Hacienda y Salud para la ejecución de los recursos, lo que afecta en algunos casos la oportunidad en la aplicación de los mismos.

La demora en el ingreso de los recursos al FLS y los préstamos entre cuentas genera limitaciones en la ejecución del presupuesto y los programas.



Existen debilidades en la contabilidad de algunos entes territoriales, al no aplicar las normas legales expedidas por la Contaduría General de la Nación y la técnica contable, en las cuentas de planeación y presupuesto, no se manejan cuentas auxiliares en la aplicación del recurso que permita identificar con precisión el origen y destinación del mismo, las operaciones registradas no se ajustan en gran parte a lo programado en el Plan de Desarrollo de los Municipios.

Los FLS⁴⁸, no se están manejando como una cuenta especial en el presupuesto municipal, para el eficiente recaudo y uso de los recursos en la dirección y prestación del servicio de salud, así como la asignación, contabilización, administración y control de los mismos por parte de los municipios, de conformidad con los criterios de distribución establecidos en la ley.

4.2.4 Contratación

4.2.4.1 Régimen Subsidiado.

El Concejo Municipal no aprueba a tiempo las adiciones presupuestales, que vienen con destinación específica para la salud, lo cual afecta la oportunidad en la aplicación de dichos recursos, situación evidenciada en un municipio de la muestra.

La base de datos de potenciales beneficiarios no fue remitida al Departamento para su consolidación en el término establecido por el acuerdo 244 de 2003 (150 y 120 días previos al inicio de contratación).

De las multifiliaciones encontradas en el 2004, continúan algunos usuarios en otros municipios, desconociendo si en estos, los hayan bajado de la base de datos, posiblemente generando doble pago de UPC.

En lo relacionado con el cruce de información con los fallecidos detectados en la vigencia 2004, una vez verificado en la base de datos de las Secretarías, se encontró que aún se encuentran activos algunos usuarios, generando pago de la UPC⁴⁹.

⁴⁸ FLS: Fondos Locales de Salud

⁴⁹ UPC: Unidad de Pago por Capitación.



Los actos administrativos de convocatoria para la libre elección de los usuarios a las ARS, no se publican para conocimiento de la comunidad, situación comprobada en algunos municipios de la muestra ni se difunde a través de un medio de comunicación para invitar a las veedurías ciudadanas, asociación de usuarios y la personería, para darle mayor transparencia al proceso.

Todas las ARS no entregan copia de la red de servicios a los beneficiarios del Régimen subsidiado, limitando el uso adecuado de la misma.

Algunos municipios no solicitan el estado de cartera de las ARS con la red prestadora de servicio, estos fueron solicitados en el 2006, como producto del proceso auditor. No se realiza un seguimiento a los mismos, ni se presenta un informe por parte de las ARS sobre el estado de pagos a la aseguradora con la que se constituyó la póliza.

Las Secretarías no realizan un seguimiento a los contratos de prestación de servicios de salud vigentes que acrediten la existencia de la red de servicios de salud en los niveles de complejidad exigidos para este régimen, para cumplir su objeto y algunos de ellos se realizan por términos menores a un año. Los contratos y otrosi no son enumerados, ni se identifica a cual pertenece, impienso realizar un verdadero control, por parte de las Secretarías.

La inexistencia de un manual de interventoría, impide realizar un efectivo seguimiento a las actividades desarrolladas por las ARS.

Los contratos con las ARS suscritos en el 2004, han sido objeto de prorrogas con el aval del Ministerio de Protección Social, dificultando realizar un verdadero control de los recursos, toda vez, que a la fecha no ha sido procedente su liquidación, al estar vigentes hasta el 31 de Septiembre del presente año, esto impide conocer los excedentes para ser aplicados en ampliación de cobertura, en consecuencia, los municipios prorrogan el término de los contratos con la red prestadora, de Promoción y Prevención y las ARS con su red prestadora.

Los Otrosi a los contratos con la ARS no fueron aportados debidamente firmados y sus correspondientes pólizas en la totalidad de los municipios de la muestra, los cuales vencen el 31 de septiembre de 2006.

Algunos contratos del régimen subsidiado no aportaron las pólizas de garantía y cumplimiento.



Las Secretarías Municipales, como interventoras tienen la responsabilidad dentro de las obligaciones contractuales, rendir 2 informes como mínimo al año y la remisión del resultado al Departamento para su consolidación, hecho no evidenciado en la totalidad de los municipios muestra.

Algunas Secretarías no exigen los formatos 1 y 2 establecidos por el Ministerio de Protección Social, para reporte de novedades, generando pagos del 100% en UPC-S.

No se observó que se exigiera dentro de los tres días siguientes a la suscripción del contrato, la información correspondiente a la carnetización de los recibidos por traslado y la entrega de los listados o base de datos correspondientes, identificando en ellos los afiliados en continuidad, los que vienen con carné de vigencia anual y los nuevos afiliados para efectos de verificación.

LA ARSI - GUAITARA, fue retirada por incumplimiento de afiliación del 60% de la población indígena y no se evidenció el Acta de liquidación de paz y salvo por todo concepto.

Las Direcciones Locales de Salud, no aplican adecuadamente la Ley General de Archivo (Ley 594/02).

Se evidencio que la contratación de las ARS con las IPS para el nivel I de atención con los Hospitales para la prestación de servicios, se realiza por capitación y en la práctica la pagan por evento, situación que debe de ser vigilada por la Secretaria de Salud del Valle del Cauca, porque al glosarse y no ejecutarse los recursos estos deben devolverse al sector.

Las instalaciones de algunas ARS, se encuentran en regular estado, carecen de equipos de cómputo, sala de espera y son atendidas por un solo funcionario, que en ocasiones se ausentan para cumplir otras actividades propias del cargo, impidiendo la atención oportuna del usuario.

En los Contratos de Promoción y Prevención PYP,⁵⁰ Se realizan algunas adiciones al inicial y se legalizan o perfeccionan durante la ejecución y pasado hasta dos meses lo firman. El término se vence y no se presenta ampliación de

⁵⁰ PYP: Promoción y Prevención.



plazo, como tampoco presentan informes de interventoría, solo se tiene en cuenta el informe presentado por el contratista.

4.2.4.2 .Población Pobre No Asegurada.

En los Convenios 0139 del 13 de abril, 122 del 18 de marzo, 0156 del 15 de abril, 0779 y 803 del 28 de noviembre del 2005; suscritos por el Departamento, y los Hospitales, Universitario Evaristo García, Santa Ana de Bolívar, Rubén Cruz Velez respectivamente, en la carpeta del expediente del contrato no reposaban el Actas de inicio y los informes de interventoría, se presentan posterior a los términos pactados, el 0139 y 122 con termino de duración al 31 de diciembre de 2005, carecían de actas de liquidación o ampliación de plazo, El convenio adicional 122-2 del 29 de diciembre/05, deja a cargo de la universidad del valle la interventoría, el informe parcial presentado el 16 de diciembre es anterior a la firma del convenio, El análisis de conveniencia y oportunidad no contiene todos los requisitos y en algunos convenios suscritos con el Nivel I públicos, no se nombró veedor ciudadano, representante de los sindicatos quienes actuarían como veedores.

4.2.5 Quejas

Durante el proceso auditor, se trasladó la queja con Radicación CACCI No008170 QC-045-06 Radicación .CACCI 125.19.61-9390 -del Hospital San Bernabé del municipio de Bugalagrande, por parte de la Dirección Operativa de Comunicaciones y Participación Ciudadana, la cual fue evaluada en el proceso auditor y comunicada a los quejosos mediante oficio con radicación CACCI No 130.07.16-50889-50891.

Al revisar el Sistema de Atención al Usuario SIAU, en los diferentes actores entre ellos Departamento, Municipios muestra, Hospitales y ARS se comprueba, inconformidad por parte de los usuarios, en temas como: Falta de oportunidad en las citas, rechazos en la demanda de servicios, oficinas cerradas, maltrato por parte el personal en todos los niveles.



5. ANEXOS

[5.1 SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD.](#)

[5.2 MUNICIPIO DE CARTAGO](#)

[5.3 MUNICIPIO DE BOLIVAR](#)

[5.4 MUNICIPIO DE BUGALAGRANDE](#)

[5.5 MUNICIPIO DE BUGA](#)

[5.6 MUNICIPIO DE JAMUNDI](#)

[5.7 MUNICIPIO DE TULUA](#)



TABLA DE CONTENIDO

1 INTRODUCCION.....	1
2 HECHOS RELEVANTES EN EL PERIODO AUDITADO	3
3 CARTA DE CONCLUSIONES	7
<i>Concepto sobre el análisis efectuado.....</i>	8
4. RESULTADOS DE LA PRESENTE AUDITORIA.....	13
4.1 RESULTADO DEL SEGUIMIENTO A LOS PLANES DE MEJORAMIENTO	13
4.2 EVALUACION POR LINEAS DE AUDITORIA	14
4.2.1 Sistema de Control interno	14
4.2.2 Gestión.....	15
4.2.2.1 Plan de Desarrollo.....	15
4.2.2.2 Administrativa.....	16
4.2.2.3 Aseguramiento.....	17
4.2.2.4 Garantía en Salud Pública.....	19
4.2.2.6 Sistema Obligatorio de garantía de la Calidad.....	24
4.2.3 Financiero, Presupuestal y Contable.....	31
4.2.4 Contratación	33
4.2.4.1 Régimen Subsidiado.....	33
4.2.4.2 .Población Pobre No Asegurada.....	36
4.2.5 Quejas	36
5. ANEXOS	37
5.1 SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD.....	37
5.2 MUNICIPIO DE CARTAGO	37
5.3 MUNICIPIO DE BOLIVAR.....	37
5.4 MUNICIPIO DE BUGALAGRANDE	37
5.5 MUNICIPIO DE BUGA	37
5.6 MUNICIPIO DE JAMUNDI.....	37
5.7 MUNICIPIO DE TULUA	37



**AUDITORÍA CON ENFOQUE INTEGRAL MODALIDAD ESPECIAL AL
SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL RECURSOS POBLACION
POBRE NO ASEGURADA Y REGIMEN SUBSIDIADO**

DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA

VIGENCIA 2005

CDV-S-No-

Agosto de 2006



**AUDITORÍA CON ENFOQUE INTEGRAL MODALIDAD ESPECIAL AL
SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL RECURSOS POBLACION
POBRE NO ASEGURADA Y REGIMEN SUBSIDIADO
DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA**

Contralor Departamental

Alma Carmenza Erazo Montenegro

Director Operativo De Control Fiscal

Gonzalo Hernández Páez

Subdirector

Lisandro Roldan Gonzáles

Equipo De Auditoría:

Amanda Madrid Panesso (Líder)

Iván Alberto Aguirre Sánchez

Fernando Arévalo Terán

Amilvia Coca Pinzon

Gustavo Cubillos Pardo

Luz Helena Herrera Rodríguez

Luis Mario Molina González

Gloria Amparo Narváez Reyes

Francia Ibetty Ramírez Lugo

Geovanny Rodríguez Guauque

Fernando Maya Londoño (Asesor)