

	PROCESO	CONTROL Y EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN	Código	CEVF06
	Formato	Informe de auditorías internas de gestión	Versión	01

Proceso y/o tema auditado:	Gestión de la Prestación de Servicios en Salud.		
Nombre y Cargo de los Auditados:	Dr. Luis Fernando Correa Serna Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios. Dr. José Fernando Arias Duarte Director de Prestación de Servicios y Atención Primaria.		
Equipo auditor:	Ruby Rocío Castro Contreras y María Nina Zambrano Trujillo		
Objetivo auditoría:	Verificar la gestión adelantada por el Ministerio de Salud y Protección Social, en la conformación y organización de las redes integrales de prestadores de servicios de salud en zonas dispersas.		
Alcance auditoría:	El objeto de la auditoría se aplicará a los departamentos de: Chocó, Putumayo, Archipiélago de San Andrés y Providencia, Amazonas, Guaviare, Vaupés y Vichada, considerados ámbitos territoriales dispersos en el Nuevo Modelo de Atención en Salud. Se evaluará la gestión adelantada desde la expedición del citado Modelo a la fecha. Se exceptúa del seguimiento, al departamento de Guainía, por cuanto el avance en la implementación del piloto del modelo de atención integral en salud presenta un cumplimiento del 100%.		
Periodo de la auditoría:	5 de marzo a 30 de abril de 2018	Lugar:	MSPS

Introducción y contextualización:

1. ANTECEDENTES NORMATIVOS

Los primeros intentos por establecer algún tipo de articulación entre los prestadores de servicios de salud en el país se remontan a mediados de la década de los años 50, cuando se suscitaron los debates en torno a la urgencia de reformar el sistema y adoptar una cultura de "planificación" para la salud que, paulatinamente se incorporaron en la legislación. Estos esfuerzos se fueron depurando y han incluido varias reformas estructurales al Sistema con el propósito de avanzar en la visión conceptual de la "integración" para la prestación de los servicios de salud.¹ Por ejemplo:

Ley 10 de 1990. Incluyó como uno de los principios que debían regir al servicio público de salud, la "integración funcional" de acciones y recursos entre las entidades públicas o privadas, para concurrir armónicamente en su prestación.² Determinando a su vez, que al Ministerio de Salud, le correspondía *Coordinar las actividades de todas las entidades e instituciones del sector salud, entre sí, y con las de otros sectores relacionados, y promover la integración funcional.*³

¹ Las leyes 10 de 1990 y 60 de 1993 abordaron la descentralización del sector transfiriendo competencias y recursos desde el Ministerio de Salud hacia las entidades territoriales. Posteriormente, la Carta Magna de 1991 propulsó el proceso al constitucionalizar el derecho a la salud, entre otros, como un servicio público esencial y sus fuentes de financiación. En adelante, las leyes: 100 de 1993, 715 de 2001, 1122 de 2007 y 1438 de 2011 desarrollaron, en buena parte, los preceptos para la asignación y distribución de los recursos, organizar la estructura institucional y las competencias para atender las demandas de la prestación de los servicios básicos de salud.

² Artículo 3. Principios básicos. f) Integración funcional: Las entidades públicas o privadas que presten servicios de salud, concurrirán armónicamente a la prestación del servicio público de salud, mediante la integración de sus funciones, acciones y recursos, en los términos previstos en la presente Ley.

³ Artículo 9. Funciones de la Dirección Nacional del Sistema de Salud.

 	PROCESO	CONTROL Y EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN	Código	CEVF06
	Formato	Informe de auditorías internas de gestión	Versión	01

Ley 60 de 1993. Estableció dentro de las competencias de los departamentos, la de garantizar la operación de la red de servicios de salud y adoptar las normas técnicas y administrativas para la operación de los sistemas de referencia y contrarreferencia de pacientes en todos los niveles de atención y grado de complejidad.⁴

Uno de los decretos reglamentarios de esta Ley, el 1770 de 1994, concretó en su capítulo VI la definición de red⁵, los requisitos técnicos para su diseño –incluida la división en subregiones del Ente Territorial según criterios geográficos, sociales, culturales o económicos para facilitar la organización y funcionamiento de la Red de Servicios–, las competencias para acreditar su organización, la viabilidad de la misma según concepto técnico del Ministerio de Salud y la acreditación de la organización y funcionamiento de un sistema de información.

Ley 100 de 1993. Produjo la segunda gran reforma en el sector, al eliminar el Sistema Nacional de Salud (SNS) y crear el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), esquema que implicaba una estrecha interacción entre las entidades territoriales –particularmente las direcciones seccionales, distritales o locales de salud–, las nuevas instancias de aseguramiento –Entidades Promotoras de Salud (EPS) para el Régimen Contributivo, las Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS)⁶ y las Empresas Solidarias de Salud (ESS) que operan como ARS– y las Instituciones Prestadoras de Servicios –(IPS⁷: clínicas hospitalares y profesionales independientes o con las Empresas Sociales del Estado (ESE)–. La Ley 100 autorizó a las EPS para prestar el servicio de salud a sus afiliados de manera directa a través de su propia red de IPS o contratando con otras instituciones prestadoras de terceros.

En el ámbito subnacional, el esquema dependía de la capacidad técnica y financiera de los entes territoriales⁸, para asumir el manejo autónomo de los recursos del sistema –concurriendo con sus propios ingresos al sostenimiento de este–, desarrollar la institucionalidad acorde con las nuevas competencias y decidir sobre las políticas de prestación y control del servicio de salud en sus respectivas jurisdicciones. Particularmente importante, fue la misión asignada de facilitar el acceso al servicio de salud a la población socioeconómicamente pobre, para lo cual consagró, entre otras, la posibilidad de que los entes territoriales pudieran crear, contratar y ampliar el Régimen Subsidiado, así como la obligación de identificar y clasificar la asignación de los subsidios a la demanda para cubrir, total o parcialmente la cotización, para la vinculación de los individuos al sistema.

Posteriormente se dieron otras grandes reformas con las leyes 715, 1122 y 1438. A nivel de redes de prestación de servicios tenemos que:

Ley 715 de 2001: Promovió, nuevamente, la organización de redes de prestación. Una de las competencias de la Nación en el sector salud fue: *Definir, implantar y evaluar la Política de Prestación de Servicios de Salud. En ejercicio de esta facultad regulará la oferta pública y privada de servicios, estableciendo las normas para controlar su crecimiento, mecanismos para la libre elección de prestadores por parte de los usuarios y la garantía de la calidad; así como la promoción de la organización de redes de prestación de servicios de salud, entre otros. A su vez establece que: El servicio de salud a nivel territorial deberá prestarse mediante la integración de redes que permitan*

⁴ Ver artículos 3 y 14. Esta norma fue derogada por el artículo 113, Ley 715 de 2001.

⁵ Decreto 1770 de 1994 Artículo 26 “Se entiende la Red de Servicios como un sistema que organiza la totalidad de los Servicios de Salud existentes en el ente territorial de tal manera que se garantice su funcionamiento dinámico y fluido con el único propósito de brindar una atención oportuna integral y humanizada al conjunto de los habitantes del Ente Territorial”.

⁶ Que con la Ley 1438 de 2011 pasaron a denominarse Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado.

⁷ Las IPS materializan el derecho a la salud para los usuarios son entidades oficiales, mixtas, privadas, comunitarias y solidarias, organizadas para la prestación de los servicios de salud a los afiliados dentro de las EPS o fuera de ellas. Ver artículos 156, Ley 100 de 1993

⁸ De acuerdo con el artículo 174 de la Ley 100 de 1993 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. Derogado por el artículo 145 de la Ley 1438 de 2011.

	PROCESO	CONTROL Y EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN	Código	CEVF06
	Formato	Informe de auditorías internas de gestión	Versión	01

la articulación de las unidades prestadoras de servicios de salud, la utilización adecuada de la oferta en salud y la racionalización del costo de las atenciones en beneficio de la población, así como la optimización de la infraestructura que la soporta.

La red de servicios de salud se organizará por grados de complejidad relacionados entre sí mediante un sistema de referencia y contrarreferencia que provea las normas técnicas y administrativas con el fin de prestar al usuario servicios de salud acordes con sus necesidades, atendiendo los requerimientos de eficiencia y oportunidad, de acuerdo con la reglamentación que para tales efectos expida el Ministerio de Salud.⁹

Ley 1122 de 2007. Reiteró que el servicio de salud a nivel territorial se prestara mediante la integración de redes y otorgó al afiliado la prerrogativa de cambiar libremente de aseguradora cuando vea menoscabado su derecho de obtener los servicios prometidos en una determinada red de prestadores si éstos no son ciertos, caso en el cual la aseguradora incurrirá, además, en sanciones de parte de la SNS.¹⁰ A su vez precisó que el Sistema tendrá entre otras, la siguiente regla adicional para su operación: *Por tratarse de una población dispersa geográficamente y con el fin de facilitar la operatividad en la atención en salud de la población de los departamentos de Amazonas, Caquetá, Guaviare, Guainía, Putumayo, Vichada y Vaupés, el Gobierno Nacional definirá los mecanismos que permitan mejorar el acceso a los servicios de salud de dichas comunidades y fortalecerá el aseguramiento público en dichos Departamentos.*

...La Nación y las entidades territoriales promoverán los servicios de Telemedicina para contribuir a la prevención de enfermedades crónicas, capacitación y a la disminución de costos y mejoramiento de la calidad y oportunidad de prestación de servicios como es el caso de las imágenes diagnósticas. Especial interés tendrán los Departamentos de Amazonas, Casanare, Caquetá, Guaviare, Guainía, Vichada y Vaupés.¹¹

Ley 1438 de 2011. Insistió en que la prestación de los servicios de salud dentro del SGSSS se haría a través de las redes integradas de servicios de salud, ubicadas en un espacio poblacional determinado, cuya organización y conformación estaría a cargo de las entidades territoriales, municipios, distritos, departamentos y la Nación, según corresponda, en coordinación con las Entidades Promotoras de Salud a través de los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud. Además, precisó que las redes debían ser habilitadas por las entidades departamentales o distritales competentes, en el marco del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad ofreciendo los servicios a los afiliados de manera integral, continua, coordinada y eficiente, con portabilidad, calidad y oportunidad, a través de las redes.¹²

Como criterios determinantes para la conformación de redes menciona: i) Conocimiento de la demanda real de la población tomando en consideración la accesibilidad geográfica, cultural y económica; ii) oferta de servicios; iii) modelo de atención primaria en salud centrado en la persona, la familia y la comunidad, teniendo en cuenta las particularidades culturales, raciales y de género; iv) Recurso humano suficiente; v) Adecuada estructuración de los servicios de baja complejidad; vi) Mecanismos efectivos de referencia y contrarreferencia para garantizar la integralidad y continuidad de la atención del usuario; vii) Red de transporte y comunicaciones; viii) acción intersectorial efectiva; ix) Esquemas de participación social amplia; x) Gestión integrada de los sistemas de apoyo administrativo, financiero y logístico; xi) Sistema de información único e integral de todos los actores de la red; xii) Financiamiento adecuado y mecanismos de seguimiento y evaluación de resultados; xiii) Cumplimiento de estándares de habilitación.¹³

⁹ Ley 715 de 2001. Artículos 42 y 54.

¹⁰ Ley 1122 de 2007 Artículo 25. Parágrafo 3.

¹¹ Ley 1122 de 2011. Artículo 14. Literal I. Artículo 26º. De la prestación de servicios por parte de las instituciones públicas. Parágrafo 2.

¹² Ley 1438: Artículos: 11, 60-62 y 64.

¹³ Idem. Artículo 63.

	PROCESO	CONTROL Y EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN	Código	CEVF06
	Formato	Informe de auditorías internas de gestión	Versión	01

Específicamente para territorios con población dispersa, establece: **Aseguramiento en territorios con población dispersa geográficamente.** El Gobierno Nacional definirá los territorios de población dispersa y los mecanismos que permitan mejorar el acceso a los servicios de salud de dichas comunidades y fortalecerá el aseguramiento. Y en el artículo 79 señala que: *Se garantizarán los recursos necesarios para financiar la prestación de servicios de salud a través de instituciones públicas en aquellos lugares alejados, con poblaciones dispersas o de difícil acceso, en donde estas sean la única opción de prestación de servicios, y los ingresos por venta de servicios sean insuficientes para garantizar su sostenibilidad en condiciones de eficiencia.*¹⁴

2. MARCO LEGAL RECIENTE

Ley 1751 de 2015 o Ley Estatutaria en Salud. Estableció entre otras las siguientes disposiciones:

- *El sistema de salud estará organizado en redes integrales de servicios de salud, las cuales podrán ser públicas, privadas o mixtas.*¹⁵
- *El Estado deberá garantizar la disponibilidad de los servicios de salud para toda la población en el territorio nacional, en especial, en las zonas marginadas o de baja densidad poblacional. La extensión de la red pública hospitalaria no depende de la rentabilidad económica, sino de la rentabilidad social. En zonas dispersas, el Estado deberá adoptar medidas razonables y eficaces, progresivas y continuas, para garantizar opciones con el fin de que sus habitantes accedan oportunamente a los servicios de salud que requieran con necesidad.*¹⁶

Ley 1753 de 2015. Adopta el Plan Nacional de Desarrollo (PND, 2014-2018) y plantea dentro de sus objetivos, *reducir las brechas territoriales y poblacionales existentes, para asegurar el acceso en igualdad de condiciones a servicios fundamentales como la salud, la educación y la vivienda para toda la población.*

En el artículo 65 establece que dentro del marco de la Ley 1751 de 2015, el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), definirá la política en salud que recibirá la población residente en el territorio colombiano, la cual será de obligatorio cumplimiento para los integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y de las demás entidades que tengan a su cargo acciones en salud, en el marco de sus competencias y funciones, integrando los siguientes enfoques: i) atención primaria en salud (APS); ii) salud familiar y comunitaria, iii) articulación de las actividades individuales y colectivas y iv) enfoque poblacional y diferencial y teniendo en cuenta entre otros, los componentes de rutas de atención específicas por grupos de riesgos, el fortalecimiento del prestador primario y la operación en redes integrales de servicios.

Adicional establece, que el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) *realizará la adaptación de esta política en los ámbitos territoriales con población dispersa, rural y urbana diferenciando a los municipios y distritos que tengan más de un millón de habitantes. Para zonas con población dispersa y rural, se podrá determinar la existencia de uno o varios aseguradores. Si se trata de un único asegurador, el MSPS establecerá las condiciones para su selección.*

La Corte Constitucional a propósito del control a la Ley Estatutaria, mediante sentencia C-313 de 2014, precisó: *El concepto de “redes integrales” de servicios de salud que incorpora la ley examinada, lo cual, valga decir, no puede confundirse con el de “redes integradas”. Para este Tribunal, las primeras, son aquellas que en su estructura cuentan con instituciones y tecnologías de cada una de las especialidades para garantizar una cobertura global de las contingencias que se puedan presentar en materia de salud; las segundas, guardan relación con sistemas interinstitucionales comprendidos como una unidad operacional, lo que no necesariamente implica la disposición de todos los servicios necesarios para abordar el mayor número de situaciones posibles, ya que de su etimología, como*

¹⁴ Ídem. Artículo 30.

¹⁵ Ley 1751 de 2015. Artículo 13. Redes de servicios.

¹⁶ Artículo 24. Deber de garantizar la disponibilidad de servicios en zonas marginadas.

	PROCESO	CONTROL Y EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN	Código	CEVF06
	Formato	Informe de auditorías internas de gestión	Versión	01

ya se dijo, tan solo se desprende la idea de varias entidades compartiendo un orden funcional, mas no el propósito de atender la demanda de la salud en todos sus ámbitos.

Resolución 429 de 2016. Adopta la Política de Atención Integral en Salud – PAIS y Modelo Integral de Atención en Salud – MIAS. La Política Integral de Atención en Salud, fue una respuesta transversal a lo establecido en la Ley Estatutaria en Salud, en particular en lo referente a la accesibilidad, la integralidad de los servicios, la prevención, los determinantes de la salud, la articulación intersectorial y la atención en zonas marginadas.¹⁷

La política comprende un componente estratégico, que determina las prioridades del sector salud en el largo plazo; y un componente operativo, que consiste en el Modelo de Atención Integral en Salud (MIAS), el cual se constituye en el marco para la organización y coordinación de actores e instituciones para garantizar que los ciudadanos accedan a servicios seguros, accesibles y humanizados.¹⁸

La Política comprende cuatro estrategias: i) La atención primaria en salud con enfoque de salud familiar y comunitaria,¹⁹ ii) el cuidado, iii) la gestión integral del riesgo en salud y iv) el enfoque diferencial de territorios y poblaciones, estrategia que exige adaptar el modelo a las particularidades de los territorios, las características de la población y las estructuras de servicios disponibles considerados como factores críticos de éxito en el desempeño del Sistema de Salud.²⁰

Este enfoque incluye dos diferenciaciones: una poblacional que está dada por la vulnerabilidad, que se ha expresado como la baja capacidad de los individuos, grupos, hogares y comunidades para prever, resistir, enfrentar y recuperarse del impacto de eventos de origen interno o externo, que inciden en las necesidades, capacidades, problemáticas y potencialidades de la población. Esta diferenciación también incluye el fortalecimiento de potencialidades de personas que aportan al cuidado de la salud, tanto de modo intramural como extramural, principalmente a nivel familiar y comunitario, en el marco de procesos de construcción intercultural.

La segunda diferenciación es la territorial. La aplicación del modelo integral de atención debe adaptarse a las condiciones de la población y del territorio y su contexto, hay que tener en cuenta las necesidades específicas culturales, territoriales, geográficas, ambientales, del conflicto armado y la vulnerabilidad económica y social en que se encuentran poblaciones, tales como las víctimas del conflicto armado, grupos étnicos en ciertas regiones del país, población con discapacidad, habitantes de la calle, población dispersa en el territorio nacional, mujeres y hombres jefes únicos de familia, población según el curso de vida (niñez, adolescencia, adultez y personas mayores), esto implica la adaptación de la oferta de servicios a esas particularidades específicas. Existen diferencias marcadas a nivel nacional en relación con las entidades territoriales tanto en las condiciones del territorio como en las necesidades de la población lo que implica un problema operacional. Esto hace necesario ajustar el Sistema de Salud al contexto territorial. La selección del modelo territorial es esencial para la superación de las limitaciones del Sistema y la eficacia del modelo integral de atención en salud.²¹

Por su parte el Modelo Integral de Atención en Salud – MIAS, tiene como propósito la integralidad en el cuidado de la salud y el bienestar de la población y los territorios en que se desarrollan, lo cual requiere la armonización de los objetivos y estrategias del Sistema alrededor del ciudadano como objetivo de este. El modelo señala, que esta integralidad no implica unicidad ya que las características de las poblaciones y de los territorios tienen diferencias.

¹⁷ Ministerio de Salud y Protección Social. Boletín de Prensa No 017 de 2017.

¹⁸ Boletín electrónico para los actores del sistema de salud en Colombia No. 79 del 22 de febrero de 2016.

¹⁹ Una de las connotaciones de este enfoque es que incluye de manera transversal los diferentes componentes del sistema, la interculturalidad y tiene en cuenta las prácticas tradicionales, alternativas y complementarias.

²⁰ Ministerio de Salud y Protección Social. Política de Atención Integral en Salud. Enero de 2016.

²¹ Idem. Página 45.

 	PROCESO	CONTROL Y EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN	Código	CEVF06
	Formato	Informe de auditorías internas de gestión	Versión	01

Para estos efectos, el Modelo establece diez componentes: *Caracterización de la Población, Regulación de Rutas Integrales de Atención en Salud - RIAS, Implementación de la Gestión Integral del Riesgo en Salud - GIRS, Delimitación Territorial del MIAS, Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud, Redefinición del rol del asegurador, Redefinición del Esquema de incentivos, Requerimientos y procesos del sistema de información, Fortalecimiento del Recurso Humano en Salud – RHS, Fortalecimiento de la investigación, innovación y apropiación del conocimiento.*

La implementación de dichos componentes se da bajo dos condiciones: la *gobernanza* del sistema de salud por parte de todos los agentes del Sistema y la *progresividad y gradualidad* en el desarrollo de instrumentos relacionados con los componentes del modelo que permitan su operación progresiva por ámbitos territoriales. En este sentido, el Ministerio contaba con un plazo de un año para la adopción de los respectivos instrumentos, esto es, febrero de 2017, en tanto que, para la implementación de los componentes del modelo, el plazo se extendió hasta febrero de 2019.²²

De otra parte, el MIAS define que para que su implementación sea efectiva debe adaptarse a las diferentes condiciones de los territorios. *Para hacer una operación efectiva del MIAS es necesario armonizar las funciones de los dos tipos de entidades territoriales, municipio y departamento, con las escalas requeridas para garantizar la efectividad del Modelo. Esto implica la homologación en el encuadre territorial del modelo y de la operación de los tres agentes del sistema (Ente territorial, EAPB y Redes de prestación) con la población del territorio.*

Para el efecto reconoce tres tipos de ámbitos territoriales: Urbanos, Alta Ruralidad y **Dispersos**, que conforman el cuarto componente: *Delimitación Territorial del MIAS.*²³

Ámbitos territoriales dispersos: *en estos municipios la densidad poblacional es muy baja, la disponibilidad y accesibilidad a los servicios es muy limitada por la baja densidad poblacional, limitaciones en la oferta de servicios y de recurso humano especializado, carencia de vías de acceso, barreras geográficas o condiciones culturales. El acceso vial a la oferta es una barrera sustancial para la población, usualmente se requiere disponibilidad de transporte aéreo, fluvial o marítimo para acceder a un número sustancial de servicios del plan.*

De acuerdo con la categorización se plantearán los modelos de operación del MIAS bajo condiciones diferenciales en:

- 1. Adaptación de las RIAS al conjunto de acciones colectivas y tipo de tecnologías, recursos y resultados esperados de la intervención del Modelo.*
- 2. Conformación y organización de las redes integrales de prestadores de servicios de salud, teniendo en cuenta que en los ámbitos donde no se pueda asegurar la disponibilidad completa de servicios se debe considerar la complementariedad con otros territorios.*
- 3. Criterios diferenciales para la habilitación y autorización de funcionamiento y de operación de los aseguradores buscando las mejores escalas de mancomunación que permitan la atención de los afiliados en condiciones de continuidad y oportunidad en la atención.*

²² Resolución 429 de 2016. Artículos 5 y 6.

²³ **Ámbitos territoriales urbanos:** son aquellos donde existe alta agregación de población en condiciones de densidad y accesibilidad geográficas a los servicios de salud pues la demanda se ubica especialmente en la inmediación de la oferta, la oferta es suficiente en los diferentes segmentos tecnológicos, y no existen barreras relevantes en la distancia entre los servicios y la población. **Ámbitos territoriales con alta ruralidad:** estos corresponden a la mayor parte de municipios del país donde la oferta de servicios tiende a ser monopólica y en la mayoría de los casos de naturaleza pública, con prevalencia de servicios de baja complejidad y poca capacidad de resolución.

	PROCESO	CONTROL Y EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN	Código	CEVF06
	Formato	Informe de auditorías internas de gestión	Versión	01

Dado que debe existir una armonización entre las condiciones de operación del aseguramiento y la prestación que superen la fragmentación de la respuesta asistencial que actualmente existe, el entorno territorial de habilitación de la red de prestación debe corresponder al del aseguramiento bajo condiciones de la habilitación de una única red de prestación de servicios. Esto plantea un requerimiento de escala en la capacidad instalada de la red que debe resolverse de acuerdo con el artículo 65 del Plan de Desarrollo 2014-2018.²⁴

De igual forma el citado Modelo, adopta criterios y definiciones para la calificación de municipios y departamentos en ámbitos territoriales:²⁵

*Se consideran **ámbitos territoriales dispersos** aquellos departamentos en los cuales más del 90% de los municipios sean clasificados como dispersos, así como las agrupaciones de municipios del andén pacífico y la alta Guajira, ubicados en departamentos con mayor participación de municipios no clasificados como dispersos. Para la clasificación de los municipios se toma como referencia el Estudio de Geografía Sanitaria.*

Los departamentos que cumplen ese criterio son: Chocó, Putumayo, Archipiélago de San Andrés y Providencia, Amazonas, Guainía, Guaviare, Vaupés y Vichada. Los departamentos con conglomerados de municipios dispersos en el andén pacífico son Valle, Cauca, Nariño y Guajira. En los tres departamentos del pacífico, el modelo de atención adaptado a zonas dispersas solo aplica para los municipios del andén pacífico clasificados como tales. En la Guajira se incluyen únicamente cinco municipios con alta dispersión de la alta Guajira: Riohacha, Uribia, Manaure, Maicao y Albania.

Las condiciones específicas de habilitación de los aseguradores y de las redes integrales de prestadores de servicios de salud serán definidas con base en el plan territorial de salud departamental.

El total de unidades de habilitación territorial de redes sería de ocho ámbitos territoriales dispersos, cinco urbanos y 24 de alta ruralidad, para un total de 39 unidades de habilitación territorial de redes y operación de EAPB. Es evidente que los prestadores complementarios de la red podrán pertenecer a redes de las tres diferentes categorías de ámbito territorial y podrán ser complementarios en las redes de otros departamentos en tanto que no todos los departamentos cuentan con la totalidad de los servicios requeridos para el modelo de atención. Los prestadores primarios deben evidenciar una capacidad instalada concomitante con los requerimientos al prestador primario y podrán suplementarse dentro del propio departamento en la prestación de los servicios primarios. Así mismo deben organizarse como sub redes en condiciones de complementariedad de los servicios y cercanía geográfica con el usuario.

²⁴ Artículo 65°. Política de atención integral en salud. El Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), dentro del marco de la Ley 1751 de 2015, Estatutaria en Salud, así como las demás leyes vigentes, definirá la política en salud que recibirá la población residente en el territorio colombiano, la cual será de obligatorio cumplimiento para los integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y de las demás entidades que tengan a su cargo acciones en salud, en el marco de sus competencias y funciones.

Para la definición de la política integral en salud se integrarán los siguientes enfoques: i) atención primaria en salud (APS); ii) salud familiar y comunitaria, iii) articulación de las actividades individuales y colectivas y iv) enfoque poblacional y diferencial. Dicha atención tendrá en cuenta los componentes relativos a las rutas de atención para la promoción y mantenimiento de la salud por curso de vida, las rutas de atención específicas por grupos de riesgos, el fortalecimiento del prestador primario, la **operación en redes integrales de servicios**, el desarrollo del talento humano, en el marco de la Ley 1164 de 2007, articulación de las intervenciones individuales y colectivas, el desarrollo de incentivos en salud y la definición de requerimientos de información para su seguimiento y evaluación.

²⁵ Se consideran **ámbitos urbanos** los definidos en el Artículo 65 del Plan de Desarrollo 2014-2018, como tal con el criterio de población mayor a 1 millón de habitantes. Estos ámbitos territoriales tendrán definidos igualmente condiciones específicas de habilitación de los aseguradores y de las redes integrales de prestadores de servicios de salud. Las ciudades que conservan esta categoría son: Bogotá, Medellín, Cali, Barranquilla y Cartagena. Adicionalmente se incluyen las áreas metropolitanas de Barranquilla y Medellín, reconocidas oficialmente. También puede considerarse ámbito urbano Bucaramanga con su área metropolitana, ya que al agregarla se cumple el criterio de ley de 1 millón de habitantes. Se consideran **ámbitos territoriales con alta ruralidad** aquellos departamentos que no cumplieron con los criterios de clasificación de departamentos dispersos. Estos departamentos incluyen aquellos cuyas capitales estén ubicadas en la categoría dos, pero sus redes y EAPB podrán diferenciarse en cuanto a autorización de funcionamiento de las EAPB y habilitación de red, de aquellas que sirven a sus respectivas capitales. Esta categoría incluye los restantes 24 departamentos.

 	PROCESO	CONTROL Y EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN	Código	CEVF06
	Formato	Informe de auditorías internas de gestión	Versión	01

3. REDES INTEGRALES DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD

Las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud constituyen el quinto componente del Modelo, definidas como el conjunto articulado de prestadores de servicios de salud u organizaciones funcionales de servicios de salud, públicos y privados; ubicados en un ámbito territorial definido de acuerdo con las condiciones de operación del MIAS, con una organización funcional que comprende un componente primario y un componente complementario; bajo los principios de disponibilidad, aceptabilidad, accesibilidad y calidad al igual que los mecanismos requeridos para la operación y gestión de la prestación de servicios de salud, con el fin de garantizar el acceso y la atención oportuna, continua, integral, resolutive a la población, contando con los recursos humanos, técnicos, financieros y físicos para garantizar la gestión adecuada de la atención, así como de los resultados en salud.

Con respecto a las Redes, el Modelo Integral de Atención en Salud define, entre otros, los siguientes aspectos:

- Una red se define a partir de i) las necesidades de la población ubicada en un ámbito territorial; ii). La caracterización de riesgo de las aseguradoras para su población afiliada en el respectivo entorno territorial y consecuente con: iii) Los requerimientos de las RIAS y iv) Los resultados de la definición de grupos poblacionales y grupos de riesgo del territorio donde esté autorizada para operar la red.
- Las redes, para su planificación, dimensionamiento, desarrollo e implementación, deben tener explícitos los criterios y procesos que propicien una prestación de servicios de salud configurada desde los requerimientos de la demanda y su correspondiente arreglo institucional y no al arbitrio de los agentes institucionales del Sistema.
- Cada RED debe consolidarse para una población y un entorno territorial de referencia, su conformación debe sustentarse en los resultados del ASIS del territorio, la caracterización de las aseguradoras y debe atender las prioridades del Plan Territorial de Salud.
- Toda red integral deberá tener dos componentes prestacionales: **Componente primario** de prestación, encargado de la prestación de las acciones individuales, colectivas y poblacionales en salud, definidas como primarias de acuerdo a las RIAS, para la resolución de los eventos más frecuentes, a nivel personal, familiar y comunitario, durante todos los momentos del curso de la vida y en los diferentes entornos, en un ámbito geográfico cercano a la población, e incorporando la tecnología necesaria y disponible, con pertinencia socio cultural, con servicios de baja y mediana complejidad. **Componente complementario de prestación**, encargado de las acciones individuales de mayor complejidad en la atención, para lo cual utilizan la referencia desde el componente primario y su contra referencia a éste, para garantizar la integralidad y continuidad en la atención. Está dirigido a la atención de aquellos eventos de enfermedad que requieran tecnología y competencias especializadas no disponibles en el componente primario las cuales son garantizadas por prestadores de servicios de salud con servicios habilitados de mediana y alta complejidad.

De otra parte, determina que para su conformación, organización y gestión deben tener en cuenta los siguientes elementos a ser garantizados, según las competencias de los actores que intervienen:

- Valoración y dimensionamiento de la demanda de la población en el territorio determinado, a partir de la caracterización y estimación de las necesidades de la población.
- Interrelación y estimación del diferencial entre oferta y demanda.
- Definición del portafolio de servicios que se podrá garantizar en el territorio.
- Conformación y organización de la RED en sus componentes primario y complementario.
- Definición de procesos, procedimientos y mecanismos administrativos y asistenciales para la gestión del flujo de pacientes, el Sistema de referencia y contra referencia, la red de urgencias, contratación, recepción de cuentas, reconocimiento y pago de servicios de Prestadores, capacitación y actualización continua para promover el desarrollo de competencias del personal encargado de la operación de la red, y la gestión de los reportes obligatorios de información.

	PROCESO	CONTROL Y EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN	Código	CEVF06
	Formato	Informe de auditorías internas de gestión	Versión	01

- Definición de procesos, procedimientos y mecanismos administrativos y asistenciales para la adecuación y coordinación de los sistemas de referencia y contra referencia al interior de las redes conformadas por los aseguradores; y con las respectivas entidades departamentales y distritales de salud, en lo referente a la red de urgencias, mediante los respectivos Centros Reguladores de Urgencias y Emergencias, CRUE.
- Definición de procesos, procedimientos y mecanismos administrativos para la contratación, recepción de cuentas, reconocimiento y pago de servicios a prestadores.
- Adaptación de la conformación y organización de la RED de acuerdo al ámbito territorial autorizado en su operación. Esto incluye su adaptación en cuanto al tipo de recursos humanos y comunitarios que intervienen, conformación de equipos asistenciales, tecnologías médicas apropiadas, transporte y ubicación de los servicios de alta complejidad.
- Establecimiento de estrategias para la capacitación del personal de salud de las entidades territoriales, los aseguradores y de los prestadores que integran la respectiva red, en los ámbitos de gestión requeridos para su adecuado funcionamiento y los procesos operativos, técnicos, jurídicos, administrativos y financieros que la soportan.
- Mecanismos de articulación que las redes conformadas tendrán con las respectivas entidades departamentales y distritales, en el ejercicio de su función rectora de la prestación del servicio en el territorio, de manera que posibiliten la apropiada interacción de la gestión de riesgos individuales a través del Plan de beneficios a cargo de los aseguradores, con la gestión de los riesgos colectivos y determinantes en salud a través del Plan de Intervenciones Colectivas, la gestión intersectorial y las políticas públicas en el territorio, en cabeza de las entidades departamentales, distritales de salud y municipales.

Como producto del cuarto componente del MIAS, Delimitación Territorial, la operación de las redes integrales de prestadores de servicios de salud debe considerar el ámbito territorial (Departamento o Distrito) para garantizar las condiciones de disponibilidad, suficiencia, y completitud. El aseguramiento debe garantizar una operación y habilitación departamental con el fin de integrar las escalas y procesos de la red integral de prestadores de servicios de salud habilitada en el ámbito territorial (Departamento o Distrito) donde está la aseguradora autorizada para operar.

El Modelo precisa las siguientes responsabilidades:

- a) El MSPS definirá los ámbitos territoriales de referencia para la implementación y habilitación de las redes integrales de prestadores de servicios de salud, así como los estándares y criterios de habilitación de las mismas, bajo condiciones básicas de oportunidad, calidad, continuidad, aceptabilidad, integralidad y capacidad resolutoria.²⁶
- b) Las entidades departamentales y distritales de salud habilitarán la red en su ámbito territorial.
- c) La Superintendencia de Salud, de acuerdo con sus competencias, vigilará y controlará el cumplimiento de lo regulado por el MSPS, en los términos que ella defina.
- d) La operación de la RED será responsabilidad tanto del asegurador como de los integrantes de la propia red y corresponde al asegurador garantizar adicionalmente el cumplimiento de los criterios de permanencia de la red, durante la vigencia de la habilitación realizada por parte de la entidad territorial.
- e) La operación de la red en lo relacionado con las acciones colectivas de promoción y prevención que hacen parte del Plan de intervenciones colectivas es responsabilidad de la entidad territorial.
- f) El ámbito de habilitación de redes es departamental o Distrital, pero dada la existencia de servicios pertenecientes a otros departamentos o distritos, que por distancia o disponibilidad pueden atender poblaciones de otros departamentos, por lo tanto, las redes habilitadas deberán considerar los siguientes criterios:

²⁶ Modelo. Página 75

	PROCESO	CONTROL Y EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN	Código	CEVF06
	Formato	Informe de auditorías internas de gestión	Versión	01

- **Complementariedad:** cuando un servicio sea requerido en la atención de las personas, pero no exista en el departamento, este deberá ser provisto desde otro departamento o distrito para garantizar la completitud de la red.
 - **Contigüidad:** cuando existan instituciones o servicios que por razones de cercanía geográfica, capacidad instalada o flujos de demanda sean requeridos, se deberán incluir en la red habilitada por el asegurador.
- g) Los departamentos y distritos deberán contemplar en el marco de sus competencias de gestión de prestación de servicios en su territorio, y en la aplicación de los Planes de Desarrollo Territoriales y Planes Territoriales de Salud, lo pertinente para fortalecer la oferta de servicios de salud dentro de los mismos; y en el caso de la oferta pública, en concordancia con los Planes Financieros Territoriales y los Programas Territoriales de Reorganización, Rediseño y Modernización de redes de Empresas Sociales del Estado, lo correspondiente en los Planes Bienales de Inversiones, dando prioridad al fortalecimiento del componente primario al interior de la red pública.

4. RESOLUCIÓN 1441 DE 2016

Con la **Resolución 1441 de 2016**, el Ministerio da cumplimiento a la responsabilidad de definir los estándares y criterios de habilitación de las mismas, bajo condiciones básicas de oportunidad, calidad, continuidad, aceptabilidad, integridad y capacidad resolutoria.²⁷

El citado acto administrativo: i) establece estándares, criterios y procedimientos para la habilitación de las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud; ii) determina responsabilidades en la conformación, organización, gestión, habilitación, seguimiento y evaluación de las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud- RIPSS y, iii) adopta el "Manual de Habilitación de Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud".²⁸

Grosso modo la Resolución define:

- a) Tres estándares para la habilitación de las RIPSS: de conformación y organización, de operación y de seguimiento y evaluación.
- b) Criterios de entrada y de permanencia, es decir las condiciones y requisitos que se deben cumplir y ser verificados en cada estándar para la habilitación de las RIPSS.
- c) El procedimiento para la habilitación y renovación de las redes, que se describe así:
 - Autoevaluación y declaración de autoevaluación a cargo de la EPS, a través del Módulo de Redes.
 - Habilitación por parte de la entidad departamental o distrital de salud.
 - Habilitación de las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud — RIPSS a cargo de la Superintendencia Nacional de Salud, en caso de que la EPS no cumpla criterios o que la entidad departamental, considere no procedente la información cargada por la EPS.
- d) Procedimiento para la renovación de la habilitación la cual tiene una vigencia de cinco años.
- e) Responsabilidades en la conformación, organización, gestión, habilitación, seguimiento y evaluación de las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud-RIPSS.
- f) Vigilancia y Control, a cargo de la Superintendencia Nacional de Salud.

²⁷ En 2017 la Oficina de Control Interno adelantó auditoría al procedimiento Formulación, implementación y evaluación de las políticas públicas, regulaciones y reglamentaciones del Sistema General de Seguridad Social en Salud, para el efecto se analizó la Resolución 1441, con el fin de conocer la forma en que la Dirección de Prestación de Servicios aplicaba el citado procedimiento. De acuerdo con la información entregada y los soportes revisados, se evidenció que la Dirección cumplió con las actividades propias de las fases de diseño de reglamentaciones: identificación, formulación, socialización e implementación. De igual forma se pudo constatar el cumplimiento del procedimiento de *Atención de Asuntos Normativos*, Resolución 5594 de 2015.

²⁷ Ver: Conpes 3654 de 2010. Ley 1757 de 2015. Carta Iberoamericana de la Calidad. Decreto 1499 de 2017. Actualización Modelo Integrado de Planeación y Gestión.

²⁸ Se exceptúan de la aplicación de la resolución las Entidades Promotoras de Salud Indígenas — EPSI y las entidades que administran los Regímenes de excepción y especiales.

	PROCESO	CONTROL Y EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN	Código	CEVF06
	Formato	Informe de auditorías internas de gestión	Versión	01

g) Finalmente establece que las EPS que se encuentren habilitadas deberán adelantar el procedimiento descrito, en un plazo no superior a doce (12) meses contados a partir de la fecha en la cual esté dispuesto el módulo de redes por parte de este Ministerio. Si vencido el plazo no se ha culminado el trámite de habilitación, la Superintendencia Nacional de Salud adoptará las medidas que estime de pertinentes.

El citado Módulo está contemplado en el artículo 12 de la resolución 1441, indicando que el Ministerio de Salud *dispondrá de un módulo de redes en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud — REPS²⁹ y sus aplicativos, para el registro de la información concerniente al proceso de habilitación de las RIPSS.*

El módulo entró en producción a principios de 2017 y se dispuso formalmente, el primero de diciembre del mismo año, mediante la expedición de la Circular Externa 043 y el Manual de usuario. Módulo en el que se debe cumplir el registro de la información para la habilitación de las redes integrales de prestadores de servicios de salud de acuerdo con las responsabilidades definidas.³⁰

De acuerdo con la Resolución 1441, frente a la conformación y organización de las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud- RIPSS, al Ministerio de Salud le corresponde: *garantizar la disponibilidad y continua actualización del módulo de redes en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud — REPS y sus correspondientes aplicativos, para uso de los integrantes del Sistema de Salud.*³¹

El acto administrativo está acompañado por documentos técnicos: ABC de la Habilitación; preguntas frecuentes y manuales básicos sobre: Lineamientos para el Proceso de Conformación, Organización, Gestión, Seguimiento y Evaluación; Manual de habilitación de redes integrales de prestadores de servicios de salud para las entidades promotoras de salud; Manual de habilitación de redes integrales de prestadores de servicios de salud para las entidades departamentales y distritales de salud y, Manual de habilitación de las redes integrales de prestadores de servicios de salud para la Superintendencia Nacional de Salud.

5. DE LOS LINEAMIENTOS NORMATIVOS A LA IMPLEMENTACIÓN

La Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria, ha tenido a su cargo el desarrollo del Componente No. 5 del Modelo Integral de Atención en Salud, *Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud – RIPSS*. De acuerdo con los reportes al Plan de Acción,³² efectuados por esa Dirección, su gestión durante 2016, 2017 y primer trimestre de 2018, para materializar dicho componente se centró en:

- Regular el componente a través de la Resolución 1441 de 2016.
- Diseñar los instrumentos que la soportan: ABC de la Habilitación; preguntas frecuentes en lo correspondiente a RIPSS y manuales sobre: i) Lineamientos para el Proceso de Conformación, Organización, Gestión, Seguimiento y Evaluación; ii) Manual de habilitación de redes integrales de prestadores de servicios de salud para las entidades promotoras de salud; iii) Manual de habilitación de redes integrales de prestadores de servicios de salud para las entidades departamentales y distritales de salud y, iv) Manual de habilitación de las redes integrales de prestadores de servicios de salud para la Superintendencia Nacional de Salud.
- Diseñar y poner en marcha el módulo Redes - REPS, aplicación Web implementada *para apoyar*

²⁹ Es la base de datos de las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, en la cual se efectúa el registro de los Prestadores de Servicios de Salud que se encuentren habilitados y es consolidada por parte del Ministerio. Ministerio de Salud y Protección Social. Estudios Sectoriales. Caracterización Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS)- IPS

³⁰ Por medio de la cual se oficializa la entrada en operación del módulo de Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud - RIPSS en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud - REPS. Plan de Acción. 2017

³¹ Resolución 1441. Artículo 14.

³² Plan de Acción <https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/RCuentas/Paginas/planes-accion.aspx>. 2017

 	PROCESO	CONTROL Y EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN	Código	CEVF06
	Formato	Informe de auditorías internas de gestión	Versión	01

tecnológicamente a las Direcciones Departamentales y Distritales de Salud en los procesos de Inscripción y Novedades para el módulo de Organizaciones Funcionales del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS), que entró a operar mediante la Circular 043 de 2017.

- Elaborar propuestas técnicas y normativas sobre el Prestador Primario de Salud y los Centros de Referencia de Diagnóstico, Tratamiento y Farmacia para la Atención de Enfermedades Huérfanas. A la fecha se cuenta con un proyecto de Resolución “Por la cual se establecen los estándares, criterios y procedimientos para la habilitación del Prestador Primario de Servicios de Salud” y la expedición de la Resolución 651 de 2018, “Por la cual se establecen las condiciones de habilitación de los centros de referencia de diagnóstico, tratamiento y farmacias para la atención integral de enfermedades huérfanas así como la conformación de la red y subredes de centros de referencia para su atención”, que incluye como anexo el Manual de habilitación de los centros de referencia de diagnóstico, tratamiento y farmacia para la atención integral de enfermedades huérfanas.³³
- Avanzar en el diseño de los Componentes de Talento Humano – Infraestructura – Dotación del RIPSS.

De acuerdo con la Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria, la interiorización e implementación de las directrices normativas referidas, se han venido cumpliendo a través de procesos de asistencia técnica, precisando que:³⁴

- a) A 5 de marzo de 2018, no se ha habilitado ninguna Red Integral de Prestadores de Servicios de Salud – RIPSS en el país, incluyendo al Departamento del Guainía.³⁵
- b) Después de la expedición de la circular 043 las EPS tienen un año para habilitar las RIPSS ante las respectivas Entidades Departamentales o Distritales de Salud o ante la Superintendencia Nacional de Salud (diciembre de 2018)
- c) El proceso de asistencia técnica ha incluido actividades con:
 - Supersalud y EPS de los Regímenes Contributivo y Subsidiado y Cajas de Compensación. Actividad coordinada desde la Dirección.
 - Entidades departamentales y Distrital de Salud, actividad que organiza la Subdirección de Prestación de Servicios.
 - La asistencia técnica en lo posible se hace diferenciada: Prestación de Servicios y Habilitación.
 - Dado que la resolución se expidió en abril de 2016, las actividades de asistencia técnica solo se aplican a partir de 2017.³⁶
 - Previo a la expedición de la norma y antes de la entrada en operación del módulo de redes (RIPSS) del REPS, se llevaron a cabo actividades similares a “asistencia técnica”. Tales actividades consistieron en consultas y socialización a actores relacionadas (Prestadores, EPS, DTS, SNS) con la propuesta normativa, su validación y retroalimentación que permitieron su expedición; y posteriormente las correspondientes a difusión, socialización, y capacitación a actores (EPS, DTS, SNS) sobre la Norma expedida y el referido módulo en el REPS, según sus responsabilidades en el proceso.

³³ Ver MIAS página 67: Toda red integral deberá tener dos componentes prestacionales: Primario y Complementario. Ver Artículo 5, numeral 5.5 de la Resolución 429. Documentos incluidos dentro de los criterios de la presente auditoría.

No obstante, cabe mencionar que la Resolución 651 de 2018 y el proyecto de Resolución “Por la cual se establecen los estándares, criterios y procedimientos para la habilitación del Prestador Primario de Servicios de Salud”, no fueron objeto de auditoría, pero se puntualiza que:

i) todo acto administrativo y/o proyecto puede ser objeto de auditoría sin esperar a que estos últimos, por ejemplo, sean expedidos y se encuentren formalmente en firme. ii) El equipo auditor hubiera podido dar alcance al mismo, porque el Componente primario forma parte de la RIPSS. iii) La Resolución 1441, no es el único referente normativo a seguir para efectos del objeto de la auditoría. (Ver criterios de auditoría)

³⁴ Correos electrónicos del 9 de marzo de 2018.

³⁵ A 30 de abril, las DTS continúan en proceso de alistamiento.

³⁶ En el marco del proceso auditor efectuado por esta Oficina en 2017 al procedimiento de Formulación, implementación y evaluación de las políticas públicas, regulaciones y reglamentaciones del Sistema General de Seguridad Social en Salud, a propósito de la forma en que esa Dirección se aseguraba de la implementación de las regulaciones a su cargo, específicamente sobre la resolución 1441, señaló que: A noviembre de 2016, se habían asistido 35 de las 37 Entidades Territoriales. Algunos por demanda, solicitaron segunda fase de asistencia.

	PROCESO	CONTROL Y EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN	Código	CEVF06
	Formato	Informe de auditorías internas de gestión	Versión	01

Sobre este último punto considerado por la Dirección, se puntualiza lo siguiente: Las llamadas *actividades similares a "asistencia técnica"*, a las que se refiere, se denominan técnicamente participación ciudadana,³⁷ en tanto que las de *difusión, socialización, y capacitación a actores (EPS, DTS, SNS) sobre la norma expedida y el referido módulo en el REPS, según sus responsabilidades en el proceso, corresponden a Asistencia Técnica.*³⁸

5.1 ALCANCE DE LAS ACTIVIDADES DE ASISTENCIA TÉCNICA

Con el propósito de analizar el alcance de las actividades de asistencia técnica efectuado por la Dirección al tema específico de la 1441 y sus instrumentos adjuntos, el equipo auditor examinó, entre otros los siguientes documentos correspondientes a las vigencias 2016, 2017 y primer trimestre de 2018: i) Planes de Acción, ii) informes trimestrales y anuales sobre ejecución de planes de acción, iii) Planes de Asistencia Técnica, iv) soportes de asistencia técnica e, v) Informes de comisiones o desplazamientos, vi) Otras fuentes (reportes de videoconferencias, reportes de salones)

Como conclusiones de este ejercicio tenemos:

PLANES DE ASISTENCIA TÉCNICA:

- La Dirección cuenta con planes de Asistencia Técnica diferenciados para habilitación y prestación de servicios con los siguientes nombres: i) Sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención de salud del SGSSS, en el ámbito de la prestación de servicios de salud y, ii) Entidades territoriales asistidas técnicamente en procesos de planificación e implementación de gestión asistencial, administrativa y financiera de la prestación de servicios.
- Los formatos de los citados planes, para las vigencias 2016 y 2017 corresponden a los aprobados por el Sistema de Gestión, no ocurre lo mismo para 2018, cuyo formato fue actualizado en versión 2 pero no fue tenido en cuenta por la Dirección.³⁹
- El Plan de Asistencia Técnica con enfoque en el Sistema Único de Habilitación registra los siguientes datos: Nombre de la Entidad receptora de la AT, Objetivo de la AT, Resultado (s) esperado (s), actividades, subactividades, forma de evaluación, si requiere o no articulación con otra dependencia y recursos. Para cada uno de los cuatro trimestres se hace la siguiente precisión: *Anote el número total de desplazamientos por trimestre y por entidad territorial; si no aplica desplazamiento marcar cero.* Parámetro que no se cumple porque solo se marcan "X", sin que se pueda conocer el número total de desplazamientos por trimestre ni modalidad de la asistencia (presencial o virtual con o sin desplazamiento). Tampoco se pueden determinar las direcciones territoriales a las cuales se les ofrecerá asistencia técnica, por cuanto en la columna *Nombre de la Entidad receptora de la AT*, solamente se registra: 37 ETS.

El Plan para 2017 viene acompañado de un cronograma, solo para una modalidad de asistencia técnica, conferencias virtuales, en el que se describen temas, responsables, meses del año y enlace virtual, en este último se dispone el vínculo de las videoconferencias que fueron grabadas, que no se cumple para todos los casos. No resulta fácil establecer si los números registrados en los diferentes meses hacen relación al número de participantes o al número de videoconferencias realizadas o al número de departamentos enlazados.

³⁷ Ver: Conpes 3654 de 2010. Ley 1757 de 2015. Carta Iberoamericana de la Calidad. Decreto 1499 de 2017. Actualización Modelo Integrado de Planeación y Gestión.

³⁸ <http://intranet.minsalud.gov.co/Sistema-integrado/Mapa-de-procesos/Documentosmapa/DESP02Fortalecimientocapacidadesténicas.pdf>

³⁹ El formato Plan de Asistencia Técnica está vigente desde el 7 de febrero de 2017, razón por la cual dicho formato debía emplearse desde esa fecha hasta su nueva actualización.

 	PROCESO	CONTROL Y EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN	Código	CEVF06
	Formato	Informe de auditorías internas de gestión	Versión	01

El cronograma adjunto al Plan de 2018 solo presenta tres columnas: temática, vigencia (se registra la fecha en la que se realizará la actividad de asistencia técnica) y responsable. Sin que se especifique modalidad y entidad territorial asistida.

A nivel temático, se observan los siguientes objetivos:

Sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención de salud del SGSSS, en el ámbito de la prestación de servicios de salud

2016	2017	2018
Elaborar diagnóstico del talento humano disponible en el país para realizar las actividades de verificación de servicios de salud		Brindar asistencia técnica a las DTS en la implementación de la Resolución 1441 de 2016 - Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud, con énfasis en los aspectos de habilitación.
Homologar conceptos contenidos en la norma de habilitación con los grupos de verificación de las Entidades Territoriales de Salud	Homologar entre los grupos de verificación de las Entidades Territoriales de Salud, los conceptos contenidos en la norma de habilitación de servicios de salud vigente y los relacionados con el Programa de Auditoría Para el Mejoramiento Continuo.	Homologar entre los grupos de verificación de las Entidades Territoriales de Salud, los conceptos contenidos en la norma de habilitación de servicios de salud vigente y los relacionados con el Programa de Auditoría Para el Mejoramiento Continuo.
Elaborar y socializar lineamientos técnicos que orienten y fortalezcan a los grupos de verificación de las ETS, en aspectos del Sistema Único de Habilidadación.	Actualizar y socializar entre los grupos de verificación de las ETS, el banco de preguntas frecuentes, relacionadas con el Sistema único de Habilidadación y Programa de Auditoría Para el Mejoramiento Continuo.	Actualizar y socializar entre los grupos de verificación de las ETS, el banco de preguntas frecuentes, relacionadas con el Sistema único de Habilidadación y Programa de Auditoría Para el Mejoramiento Continuo.

En 2017 dentro del cronograma se contempla el tema: *implementación de la Resolución 1441 de 2016*, video conferencia realizada en marzo, de la que no realizó grabación ni sobre la cual se puede establecer quienes participaron.

TEMA	Responsable	E	F	M	A	M	J	JL	A	S	O	N	D	Enlace Virtual
implementación de la Resolución 1441 de 2016.	Martha Emilia Moreno Gómez			17										Se llevo a cabo la videoconferencia pero no se realizo grabación

En 2018 se incluyó el tema: Taller Resolución 1441 de 2016 - Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud - Módulo de Redes del REPS, para ejecutarse el 19 de febrero, 6 de marzo y 23 de marzo. No se define si es presencial o virtual.

TEMÁTICA	VIGENCIA 2018	RESPONSABLE
Taller Resolución 1441 de 2016 - Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud - Módulo de Redes del REPS	19 de febrero, 6 de marzo y 23 de marzo	Ligia Patricia Reyes _ Paola Sarmiento

En los Planes, se observan actividades que corresponden a aspectos propios de la fase de *Diagnóstico y priorización de necesidades de asistencia Técnica para el Desarrollo de capacidades*,⁴⁰ que a la formulación del Plan como tal:

⁴⁰ Idem. Página 11

	PROCESO	CONTROL Y EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN	Código	CEVF06
	Formato	Informe de auditorías internas de gestión	Versión	01

2016	2017	2018
Subactividad	Subactividad	Subactividad
Diseñar el instrumento para la recolección de información y enviarlo a las ETS	Identificar los temas objeto de asistencia técnica a partir de las necesidades reportadas de las ETS.	Identificar los temas objeto de asistencia técnica a partir de las necesidades reportadas de las ETS.
Recoger la información de cada ETS	Organizar por estándares de habilitación, los temas identificados y elaborar un cronograma para la realización de conferencias virtuales. Se adjunta cronograma.	Organizar por estándares de habilitación, los temas identificados y elaborar un cronograma para la realización de conferencias virtuales. Se adjunta cronograma.
Consolidar la información recolectada.	Gestionar la logística necesaria para la realización de las conferencias virtuales conforme el cronograma propuesto.	Gestionar la logística necesaria para la realización de las conferencias virtuales conforme el cronograma propuesto.
Elaborar documento con el análisis de la información consolidada del país.	Invitar a los grupos de verificación de las ETS y registrar la asistencia.	Invitar a los grupos de verificación de las ETS y registrar la asistencia.
Priorizar los temas a partir de las necesidades reportadas por las ETS en la matriz enviada para recolectar la información	Elaborar las ayudas o herramientas necesarias para realizar las conferencias virtuales.	Elaborar las ayudas o herramientas necesarias para realizar las conferencias virtuales.
Elaborar un cronograma de capacitaciones virtuales basado en la priorización definida.	Realizar encuentros virtuales o presenciales específicos a demanda de cada ETS.	Realizar encuentros virtuales o presenciales específicos a demanda de cada ETS.
Invitar a los grupos de verificación de las ETS a las capacitaciones virtuales acorde con el cronograma definido.	Responder por diferentes medios de comunicación, peticiones o solicitudes de información, conceptos técnicos y orientaciones a demanda de las ETS.	Responder por diferentes medios de comunicación, peticiones o solicitudes de información, conceptos técnicos y orientaciones a demanda de las ETS.
Elaborar presentaciones y gestión para la divulgación mediante teleconferencias.	Informar a las ETS, la Publicación del banco de preguntas frecuentes actualizado y suministrar el enlace correspondiente.	Realizar encuentros virtuales o presenciales específicos a demanda de cada ETS, con el fin de brindar asistencia técnica a las DTS y capacitarlas en la implementación de las RIPSS y en el Módulo de Redes del REPS
Capacitaciones específicas según solicitudes de las ETS. Responder solicitudes de información, conceptos técnicos y orientaciones a demanda de las ETS por diferentes medios de comunicación.		Informar a las ETS, la Publicación del banco de preguntas frecuentes actualizado y suministrar el enlace correspondiente.
Elaborar los lineamientos en los temas definidos, cuando aplique		
Publicar lineamientos elaborados en la página web del Ministerio de Salud y Protección Social e informar a las ETS, cuando aplique.		
Publicar actualización del banco de preguntas frecuentes en la página web del Ministerio de Salud y Protección Social e informar a las ETS, cuando aplique.		

- El Plan con enfoque de **prestación de servicios**, para la vigencia 2016, presenta el formato que estaba vigente a esa fecha, salvo que está distribuido una hoja por cada entidad territorial (37).

Para 2017 y 2018 el formato se reduce a tres columnas: *Objetivo específico, aspecto y actividad y cronograma de enero a noviembre*, de forma similar para cada una de las 37 entidades territoriales.

En cuanto al contenido, se observa para 2016 un único objetivo; para 2017 y 2018 se registran los mismos seis objetivos:

2016	2017	2018
Contribuir a la modernización de la gestión asistencial, gerencial y administrativa de la prestación de servicios de salud	Brindar asistencia técnica a la DTS en la implementación de la Política de Atención Integral en Salud – PAIS	Brindar asistencia técnica a la DTS en la implementación de la Política de Atención Integral en Salud – PAIS
	Brindar asistencia técnica en el Fortalecimiento de la Red Pública	Brindar asistencia técnica en el Fortalecimiento de la Red Pública
	Brindar asistencia técnica en el Plan Financiero Territorial - PFT	Brindar asistencia técnica en el Plan Financiero Territorial - PFT
	Brindar asistencia técnica en la Gestión de prestación de servicios de enfermedades de interés en salud pública y víctimas de la violencia	Brindar asistencia técnica en la Gestión de prestación de servicios de enfermedades de interés en salud pública y víctimas de la violencia
	Brindar asistencia técnica a la DTS en el SOGC - SUH en lo relacionado con el PTRRM aprobado	Brindar asistencia técnica a la DTS en el SOGC - SUH en lo relacionado con el PTRRM aprobado
	Brindar asistencia técnica en la suscripción, seguimiento y evaluación de los convenios de desempeño	Brindar asistencia técnica en la suscripción, seguimiento y evaluación de los convenios de desempeño

En cuanto a actividades, se tiene que para el tema objeto de auditoría se incluyen las siguientes:

 	PROCESO	CONTROL Y EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN	Código	CEVF06
	Formato	Informe de auditorías internas de gestión	Versión	01

VIGENCIA	OBJETIVOS	ACTIVIDADES
2016	Contribuir a la modernización de la gestión asistencial, gerencial y administrativa de la prestación de servicios de salud	Brindar asistencia técnica a la DTS en la adecuada implementación de la Política de Atención Integral en Salud - PAIS: Asistencia técnica en el desarrollo de la reglamentación respectiva expedida para la implementación de las redes integrales de servicios de salud
		Brindar asistencia técnica a la DTS en el SOGC - SUH en lo relacionado con el PTRRM aprobado: Brindar asistencia técnica a la DTS para la habilitación de prestadores de servicios de salud del Departamento, según Decreto 1011 y Resolución 2003 de 2014, en lo relacionado con la Red de prestación de Servicios del departamento.
2017 /2018	Brindar asistencia técnica a la DTS en la implementación de la Política de Atención Integral en Salud - PAIS Brindar asistencia técnica a la DTS en el SOGC - SUH en lo relacionado con el PTRRM aprobado	Asistencia técnica en el desarrollo de la reglamentación respectiva expedida para la implementación de las redes integrales de servicios de salud
		Brindar asistencia técnica a la DTS para la habilitación de prestadores de servicios de salud del Departamento, según Decreto 1011 y Resolución 2003 de 2014, en lo relacionado con la Red de prestación de Servicios del departamento.

Al verificar la forma en que se tenían programadas las actividades de asistencia, específicamente para los departamentos incluidos en el proceso auditor, se encontró que:

- Para la vigencia 2016 se tenían previstas actividades para los cuatro trimestres en: *implementación de la Política de Atención Integral en Salud - PAIS y en SOGC - SUH en lo relacionado con el PTRRM*, este último con excepción para San Andrés.

ENTIDAD TERRITORIAL	Actividad	Subactividad	Forma de evaluación	Dirigido a los siguientes actores	Dependencia responsable	Trimestre I ejecución *	Trimestre II ejecución *	Trimestre III ejecución *	Trimestre IV ejecución *
AMAZONAS	Brindar asistencia técnica a la DTS en la adecuada implementación de la Política de Atención Integral en Salud - PAIS	Asistencia técnica en el desarrollo de la reglamentación respectiva expedida para la implementación de las redes integrales de servicios de salud	Informe consolidado que dé cuenta de los resultados alcanzados	Dirección Territorial de Salud y Empresas Sociales del Estado	Subdirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria	X	X	X	X
	Brindar asistencia técnica a la DTS en el SOGC - SUH en lo relacionado con el PTRRM aprobado	Brindar asistencia técnica a la DTS para la habilitación de prestadores de servicios de salud del Departamento, según Decreto 1011 y Resolución 2003 de 2014, en lo relacionado con la Red de prestación de Servicios del departamento.				X	X	X	X
CHOCO	Brindar asistencia técnica a la DTS en la adecuada implementación de la Política de Atención Integral en Salud - PAIS	Asistencia técnica en el desarrollo de la reglamentación respectiva expedida para la implementación de las redes integrales de servicios de salud	Informe consolidado que dé cuenta de los resultados alcanzados	Dirección Territorial de Salud y Empresas Sociales del Estado	Subdirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria	X	X	X	X
	Brindar asistencia técnica a la DTS en el SOGC - SUH en lo relacionado con el PTRRM aprobado	Brindar asistencia técnica a la DTS para la habilitación de prestadores de servicios de salud del Departamento, según Decreto 1011 y Resolución 2003 de 2014, en lo relacionado con la Red de prestación de Servicios del departamento.				X	X	X	X
GUAMARE	Brindar asistencia técnica a la DTS en la adecuada implementación de la Política de Atención Integral en Salud - PAIS	Asistencia técnica en el desarrollo de la reglamentación respectiva expedida para la implementación de las redes integrales de servicios de salud	Informe consolidado que dé cuenta de los resultados alcanzados	Dirección Territorial de Salud y Empresas Sociales del Estado	Subdirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria	X	X	X	X
	Brindar asistencia técnica a la DTS en el SOGC - SUH en lo relacionado con el PTRRM aprobado	Brindar asistencia técnica a la DTS para la habilitación de prestadores de servicios de salud del Departamento, según Decreto 1011 y Resolución 2003 de 2014, en lo relacionado con la Red de prestación de Servicios del departamento.				X	X	X	X
PUTUMAYO	Brindar asistencia técnica a la DTS en la adecuada implementación de la Política de Atención Integral en Salud - PAIS	Asistencia técnica en el desarrollo de la reglamentación respectiva expedida para la implementación de las redes integrales de servicios de salud	Informe consolidado que dé cuenta de los resultados alcanzados	Dirección Territorial de Salud y Empresas Sociales del Estado	Subdirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria	X	X	X	X
	Brindar asistencia técnica a la DTS en el SOGC - SUH en lo relacionado con el PTRRM aprobado	Brindar asistencia técnica a la DTS para la habilitación de prestadores de servicios de salud del Departamento, según Decreto 1011 y Resolución 2003 de 2014, en lo relacionado con la Red de prestación de Servicios del departamento.				X	X	X	X

	PROCESO	CONTROL Y EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN	Código	CEVF06
	Formato	Informe de auditorías internas de gestión	Versión	01

ENTIDAD TERRITORIAL	Actividad	Subactividad	Forma de evaluación	Dirigido a los siguientes actores	Dependencia responsable	Trimestre I ejecución *	Trimestre II ejecución *	Trimestre III ejecución *	Trimestre IV ejecución *
SAN ANDRÉS	Brindar asistencia técnica a la DTS en la adecuada implementación de la Política de Atención Integral en Salud - PAIS	Asistencia técnica en el desarrollo de la reglamentación respectiva expedida para la implementación de las redes integrales de servicios de salud	Informe consolidado que dé cuenta de los resultados alcanzados	Dirección Territorial de Salud y Empresas Sociales del Estado	Subdirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria	X	X	X	X
	Brindar asistencia técnica a la DTS en el SOGC-SUH en lo relacionado con el PTRRM aprobado	Brindar asistencia técnica a la DTS para la habilitación de prestadores de servicios de salud del Departamento, según Decreto 1011 y Resolución 2003 de 2014, en lo relacionado con la Red de prestación de Servicios del departamento.				NA	NA	NA	NA
VAUPES	Brindar asistencia técnica a la DTS en la adecuada implementación de la Política de Atención Integral en Salud - PAIS	Asistencia técnica en el desarrollo de la reglamentación respectiva expedida para la implementación de las redes integrales de servicios de salud	Informe consolidado que dé cuenta de los resultados alcanzados	Dirección Territorial de Salud y Empresas Sociales del Estado	Subdirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria	X	X	X	X
	Brindar asistencia técnica a la DTS en el SOGC-SUH en lo relacionado con el PTRRM aprobado	Brindar asistencia técnica a la DTS para la habilitación de prestadores de servicios de salud del Departamento, según Decreto 1011 y Resolución 2003 de 2014, en lo relacionado con la Red de prestación de Servicios del departamento.				X	X	X	X
VICHADA	Brindar asistencia técnica a la DTS en la adecuada implementación de la Política de Atención Integral en Salud - PAIS	Asistencia técnica en el desarrollo de la reglamentación respectiva expedida para la implementación de las redes integrales de servicios de salud	Informe consolidado que dé cuenta de los resultados alcanzados	Dirección Territorial de Salud y Empresas Sociales del Estado	Subdirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria	X	X	X	X
	Brindar asistencia técnica a la DTS en el SOGC-SUH en lo relacionado con el PTRRM aprobado	Brindar asistencia técnica a la DTS para la habilitación de prestadores de servicios de salud del Departamento, según Decreto 1011 y Resolución 2003 de 2014, en lo relacionado con la Red de prestación de Servicios del departamento.				X	X	X	X

- Para 2017, los planes no especifican en qué mes se ejecutarían las asistencias, con excepción de Amazonas que registra mayo, junio y julio para la PAIS y junio a octubre para SOGH. Las demás tienen una programación por convenciones en color, que por demás no son uniformes para todos los departamentos e inclusive algunos no lo tienen:

AMAZONAS	
CHOCO	A EJECUTAR
	NO APLICA
	En la medida en que la reglamentación sea expedida
GUAVIARE	
PUTUMAYO	En la medida en que la reglamentación sea expedida
	A ejecutar
	No aplica
SAN ANDRÉS	
VAUPES	Actividades a ejecutar
VICHADA	En la medida en que la reglamentación sea expedida
	A ejecutar
	No aplica

 	PROCESO	CONTROL Y EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN	Código	CEVF06
	Formato	Informe de auditorías internas de gestión	Versión	01

DEPARTAMENTO	Objetivo Específico	Aspecto	Actividad	2017											
				Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Agos	Sept	Oct	Nov	
AMAZONAS	Brindar asistencia técnica a la DTS en la implementación de la Política de Atención Integral en Salud - PAIS	Redes integrales de servicios de salud conforme a la Política Integral de Atención en Salud - PAIS	Asistencia técnica en el desarrollo de la reglamentación respectiva expedida para la implementación de las redes integrales de servicios de salud					X	X	X					
	Brindar asistencia técnica a la DTS en el SOGC-SUH en lo relacionado con el PTRRM aprobado	Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad - Habilitación	Brindar asistencia técnica a la DTS para la habilitación de prestadores de servicios de salud del Departamento, según Decreto 1011 y Resolución 2003 de 2014, en lo relacionado con la Red de prestación de Servicios del departamento.						X	X	X	X	X		
CHOCO	Brindar asistencia técnica a la DTS en la implementación de la Política de Atención Integral en Salud - PAIS	Redes integrales de servicios de salud conforme a la Política Integral de Atención en Salud - PAIS	Asistencia técnica en el desarrollo de la reglamentación respectiva expedida para la implementación de las redes integrales de servicios de salud												
	Brindar asistencia técnica a la DTS en el SOGC-SUH en lo relacionado con el PTRRM aprobado	Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad - Habilitación	Brindar asistencia técnica a la DTS para la habilitación de prestadores de servicios de salud del Departamento, según Decreto 1011 y Resolución 2003 de 2014, en lo relacionado con la Red de prestación de Servicios del departamento.												
COPACABANA	Brindar asistencia técnica a la DTS en la implementación de la Política de Atención Integral en Salud - PAIS	Redes integrales de servicios de salud conforme a la Política Integral de Atención en Salud - PAIS	Asistencia técnica en el desarrollo de la reglamentación respectiva expedida para la implementación de las redes integrales de servicios de salud					Se ha efectuado la asistencia técnica y resuelto inquietudes sobre el tema							
	Brindar asistencia técnica a la DTS en el SOGC-SUH en lo relacionado con el PTRRM aprobado	Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad - Habilitación	Brindar asistencia técnica a la DTS para la habilitación de prestadores de servicios de salud del Departamento, según Decreto 780 de 2016 y Resolución 2003 de 2014, en lo relacionado con la Red de prestación de Servicios del departamento.												
PUTUMAYO	Brindar asistencia técnica a la DTS en la implementación de la Política de Atención Integral en Salud - PAIS	Redes integrales de servicios de salud conforme a la Política Integral de Atención en Salud - PAIS	Asistencia técnica en el desarrollo de la reglamentación respectiva expedida para la implementación de las redes integrales de servicios de salud												
	Brindar asistencia técnica a la DTS en el SOGC-SUH en lo relacionado con el PTRRM aprobado	Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad - Habilitación	Brindar asistencia técnica a la DTS para la habilitación de prestadores de servicios de salud del Departamento, según Decreto 1011 y Resolución 2003 de 2014, en lo relacionado con la Red de prestación de Servicios del departamento.												
SAN ANDRÉS	Brindar asistencia técnica a la DTS en la implementación de la Política de Atención Integral en Salud - PAIS	Redes integrales de servicios de salud conforme a la Política Integral de Atención en Salud - PAIS	Asistencia técnica en el desarrollo de la reglamentación respectiva expedida para la implementación de las redes integrales de servicios de salud												
	Brindar asistencia técnica a la DTS en el SOGC-SUH en lo relacionado con el PTRRM aprobado	Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad - Habilitación	Brindar asistencia técnica a la DTS para la habilitación de prestadores de servicios de salud del Departamento, según Decreto 1011 y Resolución 2003 de 2014, en lo relacionado con la Red de prestación de Servicios del departamento.												
VAUPES	Brindar asistencia técnica a la DTS en la implementación de la Política de Atención Integral en Salud - PAIS	Redes integrales de servicios de salud conforme a la Política Integral de Atención en Salud - PAIS	Asistencia técnica en el desarrollo de la reglamentación respectiva expedida para la implementación de las redes integrales de servicios de salud												
	Brindar asistencia técnica a la DTS en el SOGC-SUH en lo relacionado con el PTRRM aprobado	Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad - Habilitación	Brindar asistencia técnica a la DTS para la habilitación de prestadores de servicios de salud del Departamento, según Decreto 1011 y Resolución 2003 de 2014, en lo relacionado con la Red de prestación de Servicios del departamento.												
VICHADA	Brindar asistencia técnica a la DTS en la implementación de la Política de Atención Integral en Salud - PAIS	Redes integrales de servicios de salud conforme a la Política Integral de Atención en Salud - PAIS	Asistencia técnica en el desarrollo de la reglamentación respectiva expedida para la implementación de las redes integrales de servicios de salud												
	Brindar asistencia técnica a la DTS en el SOGC-SUH en lo relacionado con el PTRRM aprobado	Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad - Habilitación	Brindar asistencia técnica a la DTS para la habilitación de prestadores de servicios de salud del Departamento, según Decreto 1011 y Resolución 2003 de 2014, en lo relacionado con la Red de prestación de Servicios del departamento.												

Del cuadro llama la atención: i) Putumayo y Vichada tendrían asistencia técnica en la medida en que la reglamentación se expida, ii) Chocó actividades de asistencia en MIAS en la medida en que la reglamentación se expida, no obstante que la reglamentación estaba expedida desde abril 2016.

Para la presente vigencia, la convención fue unificada:

	PROCESO	CONTROL Y EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN	Código	CEVF06
	Formato	Informe de auditorías internas de gestión	Versión	01

A ejecutar

No aplica

Los departamentos objeto de auditoría, tienen programadas actividades de asistencia de enero a noviembre en las dos líneas, con excepción de San Andrés en el tema de Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad – Habilitación, que señala, *no aplica*.

Departamento	Objetivo Específico	Aspecto	Actividad	2018											
				Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Agos	Sept	Oct	Nov	
AMAZONAS	Brindar asistencia técnica a la DTS en la implementación de la Política de Atención Integral en Salud – PAIS	Redes integrales de servicios de salud conforme a la Política Integral de Atención en Salud – PAIS	Asistencia técnica en el desarrollo de la reglamentación respectiva expedida para la implementación de las redes integrales de servicios de salud												
	Brindar asistencia técnica a la DTS en el SOGC – SUH en lo relacionado con el PTRRM aprobado	Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad – Habilitación	Brindar asistencia técnica a la DTS para la habilitación de prestadores de servicios de salud del Departamento, según Decreto 1011 y Resolución 2003 de 2014, en lo relacionado con la Red de prestación de Servicios del departamento												
CHOCO	Brindar asistencia técnica a la DTS en la implementación de la Política de Atención Integral en Salud – PAIS	Redes integrales de servicios de salud conforme a la Política Integral de Atención en Salud – PAIS	Asistencia técnica en el desarrollo de la reglamentación respectiva expedida para la implementación de las redes integrales de servicios de salud												
	Brindar asistencia técnica a la DTS en el SOGC – SUH en lo relacionado con el PTRRM aprobado	Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad – Habilitación	Brindar asistencia técnica a la DTS para la habilitación de prestadores de servicios de salud del Departamento, según Decreto 1011 y Resolución 2003 de 2014, en lo relacionado con la Red de prestación de Servicios del departamento												
GUAVARE	Brindar asistencia técnica a la DTS en la implementación de la Política de Atención Integral en Salud – PAIS	Redes integrales de servicios de salud conforme a la Política Integral de Atención en Salud – PAIS	Asistencia técnica en el desarrollo de la reglamentación respectiva expedida para la implementación de las redes integrales de servicios de salud												
	Brindar asistencia técnica a la DTS en el SOGC – SUH en lo relacionado con el PTRRM aprobado	Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad – Habilitación	Brindar asistencia técnica a la DTS para la habilitación de prestadores de servicios de salud del Departamento, según Decreto 1011 y Resolución 2003 de 2014, en lo relacionado con la Red de prestación de Servicios del departamento												
PUTUMAYO	Brindar asistencia técnica a la DTS en la implementación de la Política de Atención Integral en Salud – PAIS	Redes integrales de servicios de salud conforme a la Política Integral de Atención en Salud – PAIS	Asistencia técnica en el desarrollo de la reglamentación respectiva expedida para la implementación de las redes integrales de servicios de salud												
	Brindar asistencia técnica a la DTS en el SOGC – SUH en lo relacionado con el PTRRM aprobado	Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad – Habilitación	Brindar asistencia técnica a la DTS para la habilitación de prestadores de servicios de salud del Departamento, según Decreto 1011 y Resolución 2003 de 2014, en lo relacionado con la Red de prestación de Servicios del departamento												
SAN ANDRÉS	Brindar asistencia técnica a la DTS en la implementación de la Política de Atención Integral en Salud – PAIS	Redes integrales de servicios de salud conforme a la Política Integral de Atención en Salud – PAIS	Asistencia técnica en el desarrollo de la reglamentación respectiva expedida para la implementación de las redes integrales de servicios de salud												
	Brindar asistencia técnica a la DTS en el SOGC – SUH en lo relacionado con el PTRRM aprobado	Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad – Habilitación	Brindar asistencia técnica a la DTS para la habilitación de prestadores de servicios de salud del Departamento, según Decreto 1011 y Resolución 2003 de 2014, en lo relacionado con la Red de prestación de Servicios del departamento												
VAUPES	Brindar asistencia técnica a la DTS en la implementación de la Política de Atención Integral en Salud – PAIS	Redes integrales de servicios de salud conforme a la Política Integral de Atención en Salud – PAIS	Asistencia técnica en el desarrollo de la reglamentación respectiva expedida para la implementación de las redes integrales de servicios de salud												
	Brindar asistencia técnica a la DTS en el SOGC – SUH en lo relacionado con el PTRRM aprobado	Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad – Habilitación	Brindar asistencia técnica a la DTS para la habilitación de prestadores de servicios de salud del Departamento, según Decreto 1011 y Resolución 2003 de 2014, en lo relacionado con la Red de prestación de Servicios del departamento												
VICHADA	Brindar asistencia técnica a la DTS en la implementación de la Política de Atención Integral en Salud – PAIS	Redes integrales de servicios de salud conforme a la Política Integral de Atención en Salud – PAIS	Asistencia técnica en el desarrollo de la reglamentación respectiva expedida para la implementación de las redes integrales de servicios de salud												
	Brindar asistencia técnica a la DTS en el SOGC – SUH en lo relacionado con el PTRRM aprobado	Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad – Habilitación	Brindar asistencia técnica a la DTS para la habilitación de prestadores de servicios de salud del Departamento, según Decreto 1011 y Resolución 2003 de 2014, en lo relacionado con la Red de prestación de Servicios del departamento												

- Tanto para los planes de asistencia técnica de habilitación como de prestación de servicios, se registra la columna “Forma de Evaluación”, que de acuerdo con la *Guía Planeación implementación y evaluación de la asistencia técnica en el Ministerio de Salud y Protección Social*, se define como: *Mecanismos o instrumentos que permiten evidenciar que las capacidades a desarrollar fueron construidas o fortalecidas en el talento humano, las instituciones y/o las comunidades. Pueden ser informe, encuesta de percepción, lista de chequeo, escala de apreciación o Pre y Post test.*⁴¹ No obstante, dentro de los instrumentos definidos no todos tienen este alcance, como se observa en el siguiente cuadro, incluso los planes con enfoque en prestación de servicios para 2017 y 2018, no la incorporan.

⁴¹ http://intranet.minsalud.gov.co/Sistema-integrado/Mapa-de-procesos/Documentosmapa/DESG02_Guia_asistencia_tecnica.pdf

	PROCESO	CONTROL Y EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN	Código	CEVF06
	Formato	Informe de auditorías internas de gestión	Versión	01

Forma de evaluación: Habilitación		
2016	2017	2018
Información consolidada a nivel país en el instrumento definido	Porcentaje de cumplimiento de las conferencias virtuales programadas.	Porcentaje de cumplimiento de las conferencias virtuales programadas.
Documento	Porcentaje de encuentros virtuales o presenciales realizados	Porcentaje de encuentros virtuales o presenciales realizados
Porcentaje de cumplimiento de las capacitaciones programadas.	Documentos que soportan las respuestas y la información suministradas.	Documentos que soportan las respuestas y la información suministradas.
Información de los soportes de información suministrada.		Documentos que soportan las acciones de asistencia técnica virtual y presencial realizadas a las DTS
Lineamientos publicados	Publicación del banco de preguntas frecuentes actualizado.	Publicación del banco de preguntas frecuentes actualizado.
Publicación del banco de preguntas frecuentes actualizado.		
Forma de evaluación: Prestación de Servicios		
Informe consolidado que dé cuenta de los resultados alcanzados	NO PRESENTA	NO PRESENTA

PLANES DE ACCIÓN: REPORTES TRIMESTRALES E INFORMES ANUALES

A partir de los soportes de seguimiento trimestral a planes de acción de las vigencias 2016, 2017 y primer trimestre de 2018, la gestión de la Dirección grosso modo se resume así:⁴²

VIGENCIA	DESCRIPCIÓN	GESTIÓN
2016	Desarrollar instrumentos técnicos para la gestión de servicios y redes integrales de prestadores de servicios de salud	Se desarrollaron los instrumentos técnicos para implementar la Resolución 1441 de 2016. Así las cosas, se cuenta con tres Manuales de Habilitación de Redes de Prestadores de Servicios de Salud, para EPS, Entidades Departamentales y Distritales de Salud y la SNS. Así mismo, se elaboró Documento de preguntas frecuentes en lo correspondiente a RIPSS. De otra parte, se desarrolló el Módulo de Unidades Funcionales del REPS.
	Apoyar procesos dirigidos al mejoramiento de la prestación de servicios de salud a nivel territorial y de IPS públicas	La asistencia técnica se brindó de conformidad con lo programado. Los temas principales fueron: Implementación del MIAS, aplicación Res 1441 de 2016 Habilitación de RIPSS, elección de gerentes y evaluación de sus Planes de Gestión, análisis evolución de PSFF y PGIR de las ESE, prestación de servicios - Plan Financiero Territorial. Así mismo, seguimiento a ejecución de recursos asignados mediante las Res 2078, 5038 y 5422 de 2015. Socialización de normativa relacionada con prestación de servicios de salud. Se continuó con el desarrollo de acciones dirigidas al restablecimiento de la solidez económica y financiera de las empresas sociales del Estado, entre las cuales se encuentra el apoyo brindado en la planificación, implementación, seguimiento y evaluación de las acciones relacionadas con la asignación y ejecución de recursos de la Nación destinados a la financiación de los programas de saneamiento fiscal y financiero.
2017	Adelantar los procesos para la implementación de los instrumentos técnicos y de información para la conformación, habilitación, y seguimiento de formas funcionales de organización y gestión de servicios y de redes integrales de prestadores de servicios de salud por parte de los actores responsables correspondientes.	Puesta en producción del Módulo de redes del REPS, incluyendo la expedición de la reglamentación mediante circular 0043 de 2017, asistencia técnica a los actores en los contenidos del Módulo de Redes del REPS y desarrollo de manual de usuario en lo correspondiente a EPS
	Apoyar la implementación y seguimiento para el mejoramiento de la prestación de servicios de salud a nivel territorial e IPS públicas.	Durante la vigencia 2017 se brindó asistencia técnica a las entidades territoriales y ESE para la implementación de los PTRRM y de las RIPSS. Así mismo, se adelantaron acciones dirigidas al restablecimiento de la solidez económica y financiera de las empresas sociales del Estado, entre las cuales se encuentra el apoyo brindado en la planificación, implementación, seguimiento y evaluación de las acciones relacionadas con la asignación y ejecución de recursos de la Nación destinados a la financiación de los programas de saneamiento fiscal y financiero y de saneamiento de cartera hospitalaria
2018	Adelantar los procesos para contribuir a la habilitación de servicios organizaciones funcionales de servicios de salud y de redes integrales de prestadores de servicios de salud, por parte de los actores responsables correspondientes.	En este contexto, en el primer trimestre de la vigencia 2018 se ha prestado la asistencia técnica requerida para habilitar dichas redes. Con el fin de disponer de mayor información para la actualización de las RIPSS, los análisis de disponibilidad, suficiencia y completud, así como garantizar la actualización de la información y de lo requerido respecto a los procesos de habilitación, se ha continuado con la conceptualización y definición de las variables de captura sobre Talento Humano, Infraestructura y Dotación, así como información adicional en el REPS básico. Tales componentes de información en el REPS suministrarán información con periodicidad de registro razonable, útil para valorar condiciones de disponibilidad y suficiencia de la oferta incorporada en las RIPSS y en consecuencia de utilidad para los fines referidos. Se elaboró una propuesta técnica sobre el Prestador Primario de Servicios de Salud y un Proyecto de Resolución "Por la cual se establecen los estándares, criterios y procedimientos para la habilitación del Prestador Primario de Servicios de Salud", como forma de organización funcional para la gestión de la prestación del componente primario. El proyecto de norma surge el proceso de discusión, revisión y ajuste, en el marco de los procedimientos establecidos para su expedición. Una vez se expida esta norma se desarrollará el Módulo de Prestador Primario del REPS, para soportar el proceso de habilitación de estas formas de organización funcional

⁴² Ver el detalle en el Anexo 1, hojas 1 y 2.

	PROCESO	CONTROL Y EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN	Código	CEVF06
	Formato	Informe de auditorías internas de gestión	Versión	01

En los reportes de Plan de Acción de 2016, se advierte que la Dirección inició acciones de asistencia técnica a las Entidades Departamentales y Distritales de Salud para la Implementación de las RIPSS en el tercer trimestre,⁴³ señalando en el cuarto que *la asistencia técnica se brindó de conformidad con lo programado*. De acuerdo con los planes debería darse desde el primer trimestre a todas las Entidades Territoriales.

En 2017, la Dirección indica para los cuatro trimestres que: *Se continúa con actividades de asistencia técnica a entidades territoriales e IPS para la implementación de PTRRM y las RIPSS*. Específicamente a EPS del Régimen Subsidiado, EPS del Régimen Contributivo y Entidades Departamentales y Distritales de Salud.

A primer trimestre de 2018, la descripción de las actividades de asistencia técnica es muy general, indica *que se ha prestado la asistencia técnica requerida para habilitar dichas redes*.

INFORMES CONSOLIDADOS DE ASISTENCIA TÉCNICA

Vigencia 2016

En informe de asistencia técnica de 2016, con corte a septiembre, titulado *informe de actividades y logros en desarrollo de la asistencia técnica brindada a las entidades promotoras de salud, las entidades departamentales y distritales de salud y a la superintendencia nacional de salud para la implementación de las redes integrales de prestadores de servicios de salud*, se describen actividades ejecutadas de asistencia técnica en el marco de la Resolución 1441, para siete departamentos, dentro de los cuales figura Chocó, el único, del grupo de departamentos objeto de auditoría, que había sido asistido a septiembre de 2016.

Los temas objeto de asistencia se centraron en:

- Presentación general de la Política de Atención Integral en Salud, adoptada mediante Resolución 429 de 2016 y su marco operativo conocido como el Modelo Integral de Atención en Salud
- Presentación de Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud incluyendo, las responsabilidades de los actores, los estándares, criterios y procedimiento para la Habilitación de Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud.
- Presentación del Módulo de Redes del REPS, donde se daban a conocer los conceptos generales del desarrollo del módulo, considerando los componentes, perfiles y usos potenciales.
- Caso práctico para verificación por parte de las Entidades Departamentales o Distritales de Salud, del cumplimiento de los estándares y criterios de habilitación por parte de una EPS a operar en el Departamento o Distrito.

En el informe de asistencia técnica del iv trimestre de 2016, cuyo objetivo precisa: *Brindar asistencia técnica a las DTS en la implementación de la Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud en el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud*,⁴⁴ se describen actividades para 22 entidades territoriales. Dentro de los temas está la socialización de la Resolución 1441 para 20 de ellas. De los siete departamentos objeto de esta auditoría, no se observaron registros para las Direcciones Territoriales de Amazonas y Guaviare. Los reportes de las actividades realizadas se presentan así:

⁴³ Ver: Plan de Acción <https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/RCuentas/Paginas/planes-accion.aspx>. 2016

⁴⁴ Allegado con ocasión de la presente auditoría. Correo electrónico 26 de marzo de 2018. *Informe de actividades y logros alcanzados en desarrollo de la asistencia técnica brindada a las DTS para la implementación de los programas territoriales de reorganización, rediseño y modernización de las redes de empresas sociales del estado – cuarto trimestre 2016*.

 	PROCESO	CONTROL Y EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN	Código	CEVF06
	Formato	Informe de auditorías internas de gestión	Versión	01

ENTIDAD TERRITORIAL	OBJETIVO ESPECÍFICO	ASPECTO	ACTIVIDAD	AVANCE
CHOCO	Brindar asistencia técnica a la DTS en la adecuada implementación de la Política de Atención Integral en Salud - PAIS	Redes integrales de servicios de salud conforme a la Política Integral de Atención en Salud - PAIS	Asistencia técnica en el desarrollo de la reglamentación respectiva expedida para la implementación de las redes integrales de servicios de salud	Se socializa con el departamento la normalidad y de los documentos referentes para el análisis de la política, se realiza asistencia técnica al departamento en la implementación del MAS y sobre la Resolución 1441 Habilitación de Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud, se realiza capacitación en la política PAIS, en el MAS y ejercicio práctico del proceso de la evaluación de la propuesta de redes que será presentada por los Aseguradores de la región, dicha capacitación realizada en dos ocasiones en la ciudad de Quibdó.
	Brindar asistencia técnica a la DTS en el SOGC - SUH en lo relacionado con el PTRRM aprobado	Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad - Habilitación	Brindar asistencia técnica a la DTS para la habilitación de prestadores de servicios de salud del Departamento, según Decreto 1011 y Resolución 2003 de 2014, en lo relacionado con la Red de prestación de Servicios del departamento.	Se realizaron acciones de enlace entre la entidad territorial y los asesores asignados por el Ministerio al SOGC - SUH, principalmente en mejorar la oportunidad de validación de los prestadores registrados, la difusión de presentaciones sobre el SOGC y seguimiento a la calidad del dato registrado por parte de ESE.
VICHADA	Brindar asistencia técnica a la DTS en la adecuada implementación de la Política de Atención Integral en Salud - PAIS	Redes integrales de servicios de salud conforme a la Política Integral de Atención en Salud - PAIS	Asistencia técnica en el desarrollo de la reglamentación respectiva expedida para la implementación de las redes integrales de servicios de salud	En Bogotá, el 28 de octubre se llevó a cabo Capacitación en Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud (Resolución 1441 de 2016) y solicitud de referenda para la gestión de las mismas.
	Brindar asistencia técnica a la DTS en el SOGC - SUH en lo relacionado con el PTRRM aprobado	Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad - Habilitación	Brindar asistencia técnica a la DTS para la habilitación de prestadores de servicios de salud del Departamento, según Decreto 1011 y Resolución 2003 de 2014, en lo relacionado con la Red de prestación de Servicios del departamento.	Se envió correo por parte del Dr. Milton Urbano informando sobre habilitación del formulario correspondiente al tercer trimestre del presente año, esto con el fin de dar cumplimiento a lo establecido en el Decreto 2153 de 2004, compilado en la Sección 2, Capítulo 8, Título 3, Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 -Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social.
VAUPES	Brindar asistencia técnica a la DTS en la adecuada implementación de la Política de Atención Integral en Salud - PAIS	Redes integrales de servicios de salud conforme a la Política Integral de Atención en Salud - PAIS	Asistencia técnica en el desarrollo de la reglamentación respectiva expedida para la implementación de las redes integrales de servicios de salud	Se socializa en la Secretaría de Salud del Departamento los días 27 - 28 de septiembre de 2016 la Resolución 1441 de 2016, el Manual de Habilitación de RIPSS para las Entidades Departamentales y el Módulo de RIPSS. Se define el responsable del proceso para el año 2017.
	Brindar asistencia técnica a la DTS en el SOGC - SUH en lo relacionado con el PTRRM aprobado	Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad - Habilitación	Brindar asistencia técnica a la DTS para la habilitación de prestadores de servicios de salud del Departamento, según Decreto 1011 y Resolución 2003 de 2014, en lo relacionado con la Red de prestación de Servicios del departamento.	Se realizaron acciones de enlace entre la entidad territorial y los asesores asignados por el Ministerio al SOGC - SUH, principalmente en mejorar la oportunidad de validación de los prestadores registrados, la difusión de presentaciones sobre el SOGC y seguimiento a la calidad del dato registrado por parte de ESE.
DEPARTAMENTO ARCHIEPILOGO DE SAN ANDRÉS, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA	Brindar asistencia técnica en el fortalecimiento de la red pública	Actualización, implementación y seguimiento del programa territorial de reorganización, rediseño y modernización de redes de empresas sociales del Estado-ESE	Redes integrales de servicios de salud conforme a la Política Integral de Atención en Salud - PAIS	Se apoyo en la capacitación al departamento de San Andres y Providencia sobre la Resolución 1441 de 2016 en la jornada de asistencia realizada los días 10 y 11 de octubre de 2016.
PUTUMAYO	Brindar asistencia técnica a la DTS en la adecuada implementación de la Política de Atención Integral en Salud - PAIS	Redes integrales de servicios de salud conforme a la Política Integral de Atención en Salud - PAIS	Asistencia técnica en el desarrollo de la reglamentación respectiva expedida para la implementación de las redes integrales de servicios de salud	En desarrollo del cuarto trimestre objeto del presente informe se continuo con la orientación técnica sobre las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud (Resolución No. 1441 de 2016, se realizó jornada en el Departamento de Putumayo en la que se dio explicación y retroalimentación a la DTS sobre la habilitación de las RIPSS, de igual forma en el mes de diciembre se llevo a cabo jornada con la DTS en las instalaciones del MSPS en la que se revisaron los avances realizados por la DTS con las EAPB y se continuo con el despeje de dudas y se dio orientación.
	Brindar asistencia técnica a la DTS en el SOGC - SUH en lo relacionado con el PTRRM aprobado	Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad - Habilitación	Brindar asistencia técnica a la DTS para la habilitación de prestadores de servicios de salud del Departamento, según Decreto 1011 y Resolución 2003 de 2014, en lo relacionado con la Red de prestación de Servicios del departamento.	En el cuarto trimestre se continuo con las acciones de enlace entre la Secretaría de Salud y el asesor designado por Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria del MSPS a los temas del SOGC - SUH.

De acuerdo con los informes, en total se asistieron 26 entidades territoriales durante el 2016. No se identifican las actividades de asistencia técnica señaladas por la Dirección, según las cuales, a *noviembre de 2016, se habían asistido 35 de las 37 Entidades Territoriales. Algunos por demanda, solicitaron segunda fase de asistencia.* (Ver pie de página 34, página12)

En los informes no se observan datos de asistencia técnica para: Amazonas, Antioquia, Córdoba, Guainía, Guaviare, Huila, La Guajira, Magdalena, Norte de Santander, Tolima y Santa Martha.

De los departamentos incluidos en la auditoría, solo Amazonas no evidencia ejecución de actividades de asistencia técnica en 2016.

	PROCESO	CONTROL Y EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN	Código	CEVF06
	Formato	Informe de auditorías internas de gestión	Versión	01

Vigencia 2017

Para 2017 la Dirección remitió *Informe de asistencia técnica brindada a las entidades departamentales y distritales para la implementación y seguimiento de procesos para el mejoramiento de la prestación de servicios de salud*, que evidencia ejecución de actividades de asistencia técnica para las 37 entidades territoriales.

Las siete entidades objeto de auditoría presentan la siguiente gestión:

ENTIDAD TERRITORIAL	OBJETIVO ESPECÍFICO	ASPECTO	ACTIVIDAD	AVANCE
CHOCO	Brindar asistencia técnica a la DTS en la implementación de la Política de Atención Integral en Salud - PAIS	Redes integrales de servicios de salud conforme a la Política Integral de Atención en Salud - PAIS	Asistencia técnica en el desarrollo de la legislación respectiva expedida para la implementación de las redes integrales de servicios de salud	Se brindó asistencia técnica en la implementación del MIAS y la Resolución 1441 de 2016. Habilitación de Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud, y en el aplicativo de las RIPS.
	Brindar asistencia técnica a la DTS en el SOGC - SUH en lo relacionado con el PTRRM aprobado	Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad - Habilitación	Brindar asistencia técnica a la DTS para la habilitación de prestadores de servicios de salud del Departamento, según Decreto 1011 y Resolución 2003 de 2014, en lo relacionado con la Red de prestación de Servicios del departamento.	Se realizaron acciones de enlace entre la entidad territorial y los asesores asignados por el Ministerio al SOGC - SUH, principalmente en mejorar la oportunidad de validación de los prestadores registrados, la difusión de presentaciones sobre el SOGC y seguimiento a la calidad del dato registrado por parte de ESE.
VICHADA	Brindar asistencia técnica a la DTS en la adecuada implementación de la Política de Atención Integral en Salud - PAIS	Redes integrales de servicios de salud conforme a la Política Integral de Atención en Salud - PAIS	Asistencia técnica en el desarrollo de la legislación respectiva expedida para la implementación de las redes integrales de servicios de salud	Se prestó asistencia técnica en lo relacionado con la Resolución 1441 de 2016 acerca de la Habilitación de Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud, en la implementación de Módulo de Redes del REPS - RIPS, y la Circular No 43 de 2017.
	Brindar asistencia técnica a la DTS en el SOGC - SUH en lo relacionado con el PTRRM aprobado	Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad - Habilitación	Brindar asistencia técnica a la DTS para la habilitación de prestadores de servicios de salud del Departamento, según Decreto 1011 y Resolución 2003 de 2014, en lo relacionado con la Red de prestación de Servicios del departamento.	Se adelantaron acciones de enlace entre la Secretaría de Salud Distrital de Bogotá y el equipo del SOGC - SUH.
VAUPES	Brindar asistencia técnica a la DTS en la adecuada implementación de la Política de Atención Integral en Salud - PAIS	Redes integrales de servicios de salud conforme a la Política Integral de Atención en Salud - PAIS	Asistencia técnica en el desarrollo de la legislación respectiva expedida para la implementación de las redes integrales de servicios de salud	Se brindó asistencia técnica para la puesta en funcionamiento del Módulo de Habilitación de Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud.
	Brindar asistencia técnica a la DTS en el SOGC - SUH en lo relacionado con el PTRRM aprobado	Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad - Habilitación	Brindar asistencia técnica a la DTS para la habilitación de prestadores de servicios de salud del Departamento, según Decreto 1011 y Resolución 2003 de 2014, en lo relacionado con la Red de prestación de Servicios del departamento.	Se realizaron acciones de enlace entre la entidad territorial y los asesores asignados por el Ministerio al SOGC - SUH, principalmente para mejorar la oportunidad de validación de los prestadores registrados, la difusión de presentaciones sobre el SOGC y seguimiento a la calidad del dato registrado por parte de ESE.
DEPARTAMENTO ARCHIPELAGO DE SAN ANDRÉS, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA	Brindar asistencia técnica en el fortalecimiento de la red pública	Actualización, implementación y seguimiento del programa territorial de reorganización, rediseño y modernización de redes de empresas sociales del Estado-ESE	Redes integrales de servicios de salud conforme a la Política Integral de Atención en Salud - PAIS	Se prestó asistencia en los temas de la PAIS / MIAS y en la capacitación de RIPS - Módulo de REPS. Se brindó asistencia técnica con el objetivo de avanzar en la implementación del Modelo Integral de Atención en Salud, en especial, el proceso de transición para la operación de la red integral de prestadores de servicios de salud para la garantía en el acceso a la atención en salud de la población del archipiélago; asimismo, el análisis de la situación del operador de prestador de servicios. Se apoyó la capacitación del módulo de las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud (RIPS) en WEB, con el fin de dar a conocer el sistema de acuerdo con la legislación vigente. Socialización de la Circular Externa 043 relacionada con la entrada en operación del módulo de Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud (RIPS), en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS).
PUTUMAYO	Brindar asistencia técnica a la DTS en la adecuada implementación de la Política de Atención Integral en Salud - PAIS	Redes integrales de servicios de salud conforme a la Política Integral de Atención en Salud - PAIS	Asistencia técnica en el desarrollo de la legislación respectiva expedida para la implementación de las redes integrales de servicios de salud	Se prestó asistencia técnica en lo relacionado con la Resolución 1441 de 2016 acerca de la Habilitación de Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud, en la implementación de Módulo de Redes del REPS - RIPS, y la Circular No 43 de 2017.
	Brindar asistencia técnica a la DTS en el SOGC - SUH en lo relacionado con el PTRRM aprobado	Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad - Habilitación	Brindar asistencia técnica a la DTS para la habilitación de prestadores de servicios de salud del Departamento, según Decreto 1011 y Resolución 2003 de 2014, en lo relacionado con la Red de prestación de Servicios del departamento.	Se adelantaron acciones de enlace entre la Secretaría de Salud Distrital de Bogotá y el equipo del SOGC - SUH.
AMAZONAS	Brindar asistencia técnica a la DTS en la adecuada implementación de la Política de Atención Integral en Salud - PAIS	Redes integrales de servicios de salud conforme a la Política Integral de Atención en Salud - PAIS	Asistencia técnica en el desarrollo de la legislación respectiva expedida para la implementación de las redes integrales de servicios de salud	Se socializó la Resolución 1441 de 2016 y la Circular externa MSPS No 00043 de 2017.
GUAVARE	Brindar asistencia técnica a la DTS en la adecuada implementación de la Política de Atención Integral en Salud - PAIS	Redes integrales de servicios de salud conforme a la Política Integral de Atención en Salud - PAIS	Asistencia técnica en el desarrollo de la legislación respectiva expedida para la implementación de las redes integrales de servicios de salud	Se brindó asistencia técnica en aspectos relacionados con la Resolución 1441 de 2016. Lo anterior en el contexto de la política de atención integral en salud (PAIS) y el modelo integral de atención en salud (MIAS).
	Brindar asistencia técnica a la DTS en el SOGC - SUH en lo relacionado con el PTRRM aprobado	Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad - Habilitación	Brindar asistencia técnica a la DTS para la habilitación de prestadores de servicios de salud del Departamento, según Decreto 1011 y Resolución 2003 de 2014, en lo relacionado con la Red de prestación de Servicios del departamento.	Se brindó asistencia técnica a la DTS para la habilitación de prestadores de servicios de salud del Departamento, según Decreto Único del sector salud 780 de 2016 y Resolución 2003 de 2014.

	PROCESO	CONTROL Y EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN	Código	CEVF06
	Formato	Informe de auditorías internas de gestión	Versión	01

SOportes de Asistencia Técnica Asesores Territorio DPSYAP

Con el propósito de verificar lo planeado, frente a lo informado y realmente ejecutado, se solicitaron los informes y/o soportes de asistencia técnica de cada uno de los asesores que tienen a su cargo los departamentos objeto de análisis. Para el efecto, la Dirección puso a disposición una carpeta digital compartida en la cual los asesores por departamento de la Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria deben adjuntar los soportes que demuestren la ejecución de las actividades de asistencia técnica en materia de RIPSS. El equipo auditor verificó dicha información para los siete departamentos incluidos en la auditoría.

De manera general se observó:

- No se encontraron para todos los casos, soportes de asistencia técnica de las tres vigencias en análisis.
- Los soportes no corresponden a la programación establecida en los Planes de Asistencia Técnica, es decir, las evidencias documentales no demuestran la coherencia entre lo programado y lo ejecutado.
- Los formatos de listas de asistencia a reuniones no son diligenciados de manera integral: fechas incompletas o inexistencia de estas; objetivos inconclusos, en la medida que no clarifican el propósito real de la reunión o los temas tratados; no se registran todos los participantes a quienes va dirigida la actividad; datos como conclusiones y/o compromisos no son diligenciados de manera integral ni para todos los casos; tampoco se especifica la modalidad de la asistencia técnica.
- Figuran soportes que no corresponden a actividades de asistencia técnica propiamente dichas: memorandos y correos de solicitud de datos⁴⁵ o de remisión de información, sin que ello constituya necesariamente asistencia técnica.
- Los soportes disponibles en las carpetas de los departamentos no permiten advertir la trazabilidad en las actividades de asistencia técnica.

Ejemplo:

Guaviare, únicamente cuenta con un formato de listado de asistencia a reuniones, del 6 de marzo de 2018. No presenta soportes para 2017.

Vaupés, para 2016, incluye un correo electrónico invitando a una capacitación en noviembre de 2016. Para 2017, no hay información, y para 2018, se tienen cuatro correos.

En el siguiente cuadro se observa el detalle para los siete departamentos:

DEPARTAMENTO	ACTIVIDAD
VAUPES	2016: Correo relacionado con invitación para que asista al Ministerio a recibir una capacitación el 28 de octubre. Listado de asistencia del 28 de octubre de 2016
	2017: Correo electrónico del 29 de noviembre remitiendo Resolución 043 de 2017.
	2018: i) Invitación a Asistencia Técnica virtual (lunes 19 febrero de 2018). (No se encontraron soportes de la ejecución de la capacitación en esta fecha) ii) Recordatorio: Plazos para la habilitación de las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud - RIPSS. Resolución 1441 de 2016. iii) Correo del Grupo de Habilidadación informando sobre dos actividades: *Julo 10 de 2017. Asistencia Técnica presencial dirigida a todas las DTS, en la implementación de la Resolución 1441 de 2016. Adjunto lista de asistencia (Vaupes no figura dentro de los registros) *Marzo 6 de 2018. Asistencia Técnica virtual dirigida a todas las DTS, en la implementación de la Resolución 1441 de 2016. Adjunto lista de asistencia. (No se adjuntan soportes)
	iv) Correo de la Secretaría de Salud de Vaupés 2017 informando que: <i>Fui capacitado en el manejo de la plataforma para la res 1441 de 2016 el DIA 4 DE JULIO DE 2017. A la fecha las EPS no han dado respuesta a los avances realizados por cada uno de ellas en el Vaupes. (No se adjuntan soportes)</i> v) Listado de asistencia capacitación presencial, 22 y 23 de marzo de 2018.

⁴⁵ Requiriendo información del equipo a cargo del módulo de Redes del REPS resolución No. 1441 de 2016.

 	PROCESO	CONTROL Y EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN	Código	CEVF06
	Formato	Informe de auditorías internas de gestión	Versión	01

DEPARTAMENTO	ACTIVIDAD
GUAVIARE	2016: Listado de asistencia técnica 28 de octubre de 2016. Asistencia técnica regional. Piso 4 MSPS.
	2017: Listado de asistencia técnica 12 de septiembre de 2017. Ajuste Red Departamento de Guaviare, y otros aspectos inherentes a la política de prestación de servicios de salud en el Guaviare (Piso 18 MSPS)
	2018: Listado de asistencia técnica: 6 de marzo de 2018. Teleconferencia Objetivo: Asistencia técnica a DTS sobre RIPPS En el listado se registra el nombre de 34 Departamentos, incluido el Guaviare Dentro de las conclusiones clarifican que ingresaron 65 participantes, pero al final solo quedaron 14. Dificultades en la video conferencia: de audio y visión de la presentación solo algunos pudieron recibir la presentación de forma completa.
VICHADA	2016: Listado de asistencia técnica del 28 de octubre, asistencia técnica presencial en el Ministerio
	2017: Listado de Asistencia a reuniones: 25/10/2017 Objetivo: Asistencia Técnica DTS Vichada y ESE Hospital San Juan de Dios Puerto Carrero. Piso 18 MSPS Ayuda de memoria noviembre de 2017 Brindar asistencia técnica en el marco del PTRMR: Programa Territorial Rediseño, Reorganización y Modernización de Redes. Informe Comisión/desplazamiento: 14 de noviembre de 2017, 7 de noviembre a 11 de noviembre de 2017. Objetivo: Brindar asistencia técnica en el marco del PTRMR: Programa Territorial Rediseño, Reorganización y Modernización de Redes.
	2018: i) Remisión información: Preguntas frecuentes, Circular 043 de 2017 ii) Remisión material para Asistencia Técnica Videoconferencia RIPSS del 19 de febrero de 2018 iii) Remisión presentación: apoyo asistencia técnica RIPSS para Departamentos y Distritos iv) Listado de asistencia capacitación presencial, 22 y 23 de marzo de 2018.
AMAZONAS	2017: i) Correo del 30 de noviembre de 2017 a las DTS, con el objeto de informar el inicio de la implementación del módulo de redes REPS Resolución 1441 de 2016.
	2018: i) Correo del 28 de febrero de 2018, recordatorio que el módulo de REPS está disponible hasta el 30 de noviembre de 2018 para realizar el procedimiento establecido para la habilitación. ii) Correo 5 de marzo de 2018 invitando a participar en la videoconferencia el día 6 de marzo de 2018, taller resolución 1441 de 2016 en el módulo de las RIPSS del REPS. iii) Correo 5 de marzo de 2018 recordando plazos para la habilitación de las Redes Integrales de prestadores de Servicios RIPSS.
	Listado de asistencia técnica: 6 de marzo de 2018. Teleconferencia Objetivo: Asistencia técnica a DTS sobre RIPPS
	Listado de asistencia técnica: 14 de marzo de 2018. Subdirección de Prestación de Servicios Objetivo: Asistencia técnica a DTS sobre RIPPS Memorando con radicado No. 201723000955871 solicitando a la Secretaría Departamental del Amazonas, suministrar el nombre del funcionario que representaría al Equipo Técnico para la conformación de los equipos de REPS y RIPSS. Lista de Asistencia a reunión 8 de noviembre no se especifica año. Secretaría Departamental Con el objeto de Analizar desnutrición de Amazonas - implementación MIAS y RIPSS.
CHOCO	2016: i) Informe de Comisión. Presta asesoría en la creación de la Nueva EPS, y en la implementación de la Resolución No. 1441 de 2016. ii) Lista de asistencia del 13 de septiembre de 2016. Objeto: Capacitación Redes Integradas de Salud realizada en la Unidad de Vista del Chocó. Se registra la participación de 34 funcionarios de la SS del Chocó.
	2017: i) Correo electrónico de la Dirección de Prestación de Servicios del 29 de Noviembre de 2017 en el cual se socializa la entrada de la implementación de la Circular No. 43 sobre la entrada en operación del Módulo de Redes. ii) Listados de asistencia técnica del 15 y 16 de noviembre de 2017 e informe de comisión. El asesor del Departamento en entrevista con el equipo auditor, aseguró que esta visita no se había incluido dentro de los soportes por cuanto el objeto era diferente al tema de RIPSS como efectivamente aparece en los objetivos de los listados de asistencia: Proyecto de inversión, Contrato del PTRMR.
	2018: i) Lista de asistencia del 8 de febrero de 2018, con el objeto de prestar asistencia técnica al Departamento de Chocó en lo referente a RIPSS: antecedentes normativos y módulo REPS. No se identificó lugar. ii) Lista de asistencia Video Conferencia 6 de marzo de 2018. iii) Listado de asistencia capacitación presencial, 22 y 23 de marzo de 2018.
PUTUMAYO	2016: i) Listado de asistencia del 18 de noviembre de 2016.
	2017: i) Correo electrónico de la Dirección de Prestación de Servicios del 29 de Noviembre de 2017 en el cual se socializa la entrada de la implementación de la Circular No. 43 sobre la entrada en operación del Módulo de Redes.
	2018: i) Lista de asistencia del 12 de Febrero de 2018, asesoría técnica al profesional de apoyo respecto a la habilitación de servicios RIPSS. En temas de urgencia muerte cerebral, terapia en C. Externa y atención de las RIPSS piso 8 del Ministerio. ii) Lista de asistencia Video Conferencia piso 12 del Ministerio del 6 de marzo de 2018. iii) Listado de asistencia capacitación presencial, 22 y 23 de marzo de 2018.

 	PROCESO	CONTROL Y EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN	Código	CEVF06
	Formato	Informe de auditorías internas de gestión	Versión	01

DEPARTAMENTO	ACTIVIDAD
SAN ANDRÉS	2016: Listado de asistencia e informe de comisión 16 de junio de 2016: <i>Apoyo en la socialización e implementación del MIAS, dirigida a los funcionarios de la Secretaría de Salud Departamental.</i> La asesora del Departamento en entrevista con el equipo auditor, aseguró que esta visita no se había incluido dentro de los soportes por cuanto había sido una asistencia técnica liderada por un asesor del Despacho del Viceministro de Salud, para hablar específicamente del MIAS y no de RIPSS. Informe de comisión 10 y 11 de octubre de 2016. Objetivo: Brindar asistencia técnica a la Secretaría Departamental de Salud en la implementación de la Resolución 1441.
	2017: i) Lista de asistencia del 10 de noviembre de 2017 con los funcionarios de la gobernación de San Andrés para la gestión y la operación de los servicios de salud. No tiene datos ii) Reiteran solicitud del memorando del 22 de mayo de 2017 a las Direcciones respecto a la información de los profesionales que gestionaran la implementación de la normatividad resolución 1441 de 2016. No hay fecha. Hoja word iii) Memorando con radicado No. 201723000956161 solicita al Secretario de Salud Departamental de San Andrés, información del Equipo a cargo del módulo de Redes del REPS resolución No. 1441 de 2016.
	2018: i) Lista de asistencia técnica 20 de abril de 2018. Asistencia técnica a un funcionario profesional universitario en el piso 18 del MSPS

La Dirección explicó que durante 2016 se realizaron actividades de asistencia técnica a nivel nacional con el fin de iniciar el proceso de socialización de la Resolución 1441. Para el efecto remitió cuadro en excel en el que se observa programación sobre 36 entidades territoriales, con excepción de Cauca que no se registra, no obstante la Dirección allegó listado de asistencia del 22 de noviembre de 2016 en el que se evidencia su participación. Los siete departamentos objeto de auditoria están registrados, no obstante, en los soportes no figuran registros para los departamentos de Amazonas y Vaupés.⁴⁶ Por su parte Chocó, San Andrés, Guaviare, Vichada y Putumayo aceptaron las convocatorias realizadas en septiembre, octubre y noviembre de 2016.

PLAN DE ASISTENCIA TÉCNICA: EPS DEL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO Y SUBSIDIADO - SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

De acuerdo con los soportes remitidos por la Dirección, el objetivo de las actividades de este plan durante los últimos tres años ha sido el mismo: *Apoyar el desarrollo de los instrumentos, metodologías y reglamentación para la conformación, organización, gestión, habilitación, seguimiento y evaluación de las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud.* En este sentido las actividades de asistencia se han centrado en: i) Capacitación a los actores en los contenidos de la Resolución 1441 de 2016 (Actividad de carácter permanente de acuerdo con los requerimientos de las EPS del Régimen Contributivo y Subsidiado) y, ii) Capacitación a los actores en la gestión del Módulo de Redes del REPS en su versión de desarrollo (EPS, SUPERSALUD y entidades departamentales y distritales de salud). En 2016, se ejecutaron en el último trimestre. En 2017 se adelantaron durante toda la vigencia y para 2018 la programación prevista es para el primer semestre. (Ver cuadro)

Al contrastar el plan con los soportes de asistencia técnica se observó:

- El 14 de octubre y 4 de noviembre de 2016, se realizaron dos jornadas presenciales para las EPS. No se observaron actividades de asistencia técnica en septiembre como señala el Plan.
- En 2017 se evidencia: i) cuatro reuniones con la Superintendencia Nacional de Salud (enero, mayo, agosto y diciembre); ii) seis jornadas con EPS para capacitación del módulo de REDES; iii) reuniones individuales con distintas EPS (30).
- En 2018 se han cumplido 13 reuniones individuales con distintas EPS.

⁴⁶ Listados de asistencia a reuniones, sin organización cronológica, sin foliación y sin la totalidad de los campos diligenciados.

	PROCESO	CONTROL Y EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN	Código	CEVF06
	Formato	Informe de auditorías internas de gestión	Versión	01

Vigencia	Objetivo Específico	Aspecto	Actividad	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Agos	Sept	Oct	Nov	Dic
2016	Realizar una aproximación y asistencia técnica a las EPS del Régimen contributivo y subsidiado para la realización del procedimiento de habilitación de las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud - RIPSS, en el Departamento o Distrito donde estén autorizadas a operar las Entidades Promotoras de Salud - EPS	Lineamientos y metodología para la conformación, organización y gestión de las redes integrales de prestadores de servicios de salud.	Capacitación a los actores en los contenidos de la Resolución 1441 de 2016 (Actividad de carácter permanente de acuerdo a los requerimientos de las EPS del Régimen Contributivo y Subsidiado)												
		Presentación de contenidos generales de la propuesta regulatoria: Presentación general de la Política de Atención Integral en Salud, adoptada mediante Resolución 429 de 2016 y su marco operativo conocido como el Modelo Integral de Atención en Salud													
	Realizar asistencia técnica y capacitación para la verificación del cumplimiento de los estándares y criterios de habilitación de las RIPSS	Presentación de Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud incluyendo, las responsabilidades de los actores, los estándares, criterios y procedimiento para la Habilitación de Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud.													
		Presentación del Módulo de Redes del REPS, donde se presentan los conceptos generales del desarrollo del módulo, donde se consideran los componentes, perfiles y usos potenciales													
2017	Realizar una aproximación y asistencia técnica a las EPS del Régimen contributivo y subsidiado para la realización del procedimiento de habilitación de las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud - RIPSS, en el Departamento o Distrito donde estén autorizadas a operar las Entidades Promotoras de Salud - EPS	Lineamientos y metodología para la conformación, organización y gestión de las redes integrales de prestadores de servicios de salud.	Capacitación a los actores en los contenidos de la Resolución 1441 de 2016 (Actividad de carácter permanente de acuerdo a los requerimientos de las EPS del Régimen Contributivo y Subsidiado)												
	Realizar capacitación en la gestión de la información, procesos de negocio y procedimientos a ser realizados a través del Módulo de Redes del REPS	Presentación general del Módulo de Redes del REPS Caso Práctico: Desarrollo de las acciones correspondientes en el Módulo de Redes del REPS	Capacitación a los actores en la gestión del Módulo de Redes del REPS en su versión de desarrollo (EPS, SUPERSALUD y entidades departamentales y distritales de salud)												
	Realizar asistencia técnica en el procedimiento para la habilitación de las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud en el Departamento o Distrito donde está autorizada para operar	Lineamientos y metodología para la conformación, organización y gestión de las redes integrales de prestadores de servicios de salud.	Asistencia técnica a los actores en los contenidos de la Resolución 1441 de 2016 (Actividad de carácter permanente de acuerdo a los requerimientos de las EPS del Régimen Contributivo y Subsidiado)												
2018	Realizar asistencia técnica en los procedimientos operativos en el Módulo de Redes del REPS para la habilitación de las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud en el Departamento o Distrito donde está autorizada para operar	Autenticación de la EPS Creación de escenarios Creación de solicitud de habilitación Monitoreo del estado de la solicitud	Asistencia técnica a los actores en el módulo de Redes del REPS (Actividad de carácter permanente de acuerdo a los requerimientos de las EPS del Régimen Contributivo y Subsidiado)												

OTRAS FUENTES CONSULTADAS

El equipo auditor analizó la programación y ejecución de las videoconferencias solicitadas por la Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria, durante los años 2016, 2017 y primer trimestre de 2018. Así como la programación de salas de conferencia del cuarto piso. De igual manera se consultaron las resoluciones de comisión⁴⁷ de las citadas vigencias y los informes de comisiones, con el propósito de identificar actividades de asistencia técnica relacionadas por el objeto de la auditoría.

⁴⁷ <http://minps21-temp-co:82/Vi%C3%A1ticos/default.aspx>

	PROCESO	CONTROL Y EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN	Código	CEVF06
	Formato	Informe de auditorías internas de gestión	Versión	01

Dicho proceso permitió identificar las siguientes situaciones:

- De un total de 88 videoconferencias realizadas durante 2016, 2017 y primer trimestre de 2018, 7 corresponden a asistencia técnica en RIPSS. Dos de ellas dirigidas a la totalidad de las DTS realizadas en febrero y marzo de 2018.
- Del grupo de departamentos de la auditoría, se observa que solo Casanare y Putumayo, han sido objeto de asistencia técnica individual a través de este medio. El primero en noviembre de 2016 y el segundo en febrero de 2018. El detalle se observa en el cuadro.

INFORME DE VIDEOCONFERENCIAS SOLICITADAS POR LA DIRECCIÓN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y ATENCIÓN PRIMARIA VIGENCIAS 2016, 2017, 2018, AL GRUPO DE SOPORTE							
VIGENCIA	Total videoconferencias realizadas por la DPSYAP	Total videoconferencias sobre RIPSS	Fecha Solicitud	Fecha de Realización	Objetivo Videoconferencia	Tipo de Videoconferencia	Público objetivo
2016	25	1	03/11/2016	26/11/2016	Asistencia técnica al Departamento de Casanare Resolución 1441 de 2016	Asistencia técnica al Departamento de Casanare. - ID de la Reunión: 6472 - PIN de la Reunión: 18801 - PIN Moderador: 1476	Secretaría de Salud Departamental de <u>Casanare</u>
2017	56	3	01/03/2017	17/03/2017	Asistencia técnica en la implementación de la Resolución 1441 de 2016.	Aclaración de dudas DTS de Nariño frente a la implementación de la Resolución 1441 de 2016. - ID de la Reunión: 6185 - PIN de la Reunión: 171181 - PIN Moderador: 1476.	Secretaría Departamental de Nariño
			21/04/2017	04/05/2017	Asistencia técnica al Departamento de Guainia Resolución 1441 de 2016	Asistencia técnica al Departamento de Guainia. - ID de la Reunión: 6090 - PIN de la Reunión: 171723 - PIN Moderador: 1476.	Secretaría de Salud Departamental de Guainia
			05/05/2017	19/05/2017	Asistencia técnica al Departamento de Guainia Resolución 1441 de 2016	Asistencia técnica al Departamento de Guainia	Secretaría de Salud Departamental de Guainia
			07/06/2017	04/06/2017	Asistencia técnica al Departamento de Guainia Resolución 1441 de 2016	Asistencia técnica al Departamento de Guainia. - ID de la Reunión: 6805 - PIN de la Reunión: 171714 - PIN Moderador: 1476.	Secretaría de Salud Departamental de Guainia
2018	7	3	26/01/2018	12/02/2018	Aclarar dudas de habilitación de servicios y RIPSS	Videoconferencia participativa con utilización de medios audiovisuales e intercambio de inquietudes. - ID de la Reunión: 6166 - PIN de la Reunión: 121802 - PIN Moderador: 1476.	Secretaría de Salud del <u>Putumayo</u>
			30/01/2018	19/02/2018	Brindar asistencia técnica en el módulo de RIPSS del REPS a las DTS. R 1441 DE 2016	Taller Resolución 1441 de 2016 en el módulo de las RIPSS del REPS. - ID de la Reunión: 6751 - PIN de la Reunión: 181821 - PIN Moderador: 1819	Todas las Secretarías Departamentales y Distritales del país
			20/02/2018	06/03/2018	Brindar asistencia técnica en el módulo de RIPSS del REPS a las DTS. R 1441 DE 2016	Taller Resolución 1441 de 2016 en el módulo de las RIPSS del REPS. - ID de la Reunión: 6303 - PIN de la Reunión: 210618 - PIN Moderador: 6741	Todas las Secretarías Departamentales y Distritales del país

- En cuanto a la modalidad presencial haciendo uso de los salones de conferencias del cuarto piso, se observó que en 2017 no se desarrollaron eventos de asistencia técnica relacionados con la Resolución 1441. Como se anotó anteriormente, se identificaron seis listas de asistencia de capacitaciones sobre el módulo de Redes, cinco de ellas a EPS y una más a cuatro DTS en el centro táctico del MSPS.
- En 2018, figuran dos jornadas realizadas el 22 y 23 de marzo dirigidas a DTS.⁴⁸

⁴⁸ Reporte Subdirección Administrativa. Coordinación Grupo de Servicios de Apoyo Logístico. Correo 25 de abril de 2018. Solo remiten información de 2017 y 2018.

	PROCESO	CONTROL Y EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN	Código	CEVF06
	Formato	Informe de auditorías internas de gestión	Versión	01

FECHA DE RESERVA	FECHA DE EJECUCIÓN	NOMBRE	ENCARGADO
27/02/2017	03/03/2017	Estudio - Caracterización de riesgos y prácticas de corrupción, e identificación de niveles de tolerancia a la corrupción en el sistema de salud.	Jose Fernando Arias Duarte
27/04/2017	17/05/2017	Propuesta Prestador Primario	Catherine Helene Ramirez Gutiérrez
14/07/2017	25/07/2017	Explicar la funcionalidad de importación en la aplicación SIHO.	Milton Urbano
16/08/2017	04/09/2017	Socialización contenidos prestador primario y componentes del REPS (EPS)	Catherine Helene Ramirez Gutiérrez
04/09/2017	06/09/2017	Socialización Sistema Integrado de Gestión - DPSAP	ZULY CARO
16/08/2017	08/09/2017	Socialización contenidos prestador primario y componentes del REPS (EPS)	Catherine Helene Ramirez Gutiérrez
16/08/2017	12/09/2017	Socialización contenidos prestador primario y componentes del REPS (EPS)	Catherine Helene Ramirez Gutiérrez
04/09/2017	25/09/2017	Socialización contenidos prestador primario y componentes del REPS (EPS)	Catherine Helene Ramirez Gutiérrez
20/11/2017	30/11/2017	Conversatorio sobre avances de la propuesta de modificación de la Resolución 2003 de 2014	Ligia Patricia Reyes S.
08/03/2018	22/03/2018	Asistencia técnica implementación Resolución 1441 DE 2016	Catherine Helene Ramirez Gutiérrez
08/03/2018	23/03/2018		
21/03/2018	09/04/2018	Socialización del procedimiento "Fortalecimiento de capacidades técnicas de los agentes y actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS" a la DPSAP	Lina María Rojas Ospina
09/04/2018	18/04/2018	Reunión Mesa Nacional de Enfermedades Huerfanos	Patricia González Varela
24/04/2018	26/04/2018	Reunión Mesa Nacional de Enfermedades Huerfanos	Patricia González Varela

- El Grupo de Comisiones, Desplazamientos y Viáticos, de acuerdo con la Resolución 5405 de 2015, debe mantener actualizada una base de datos de comisiones y desplazamientos, que efectivamente administra y que le permite contar con información no solo a nivel de datos estadísticos sino como mecanismo de control sobre CDP, penalidades por cambios en la programación de tiquetes, moras en la legalización, reintegros, adiciones y entrega de documentos pendientes, entre otros.

De acuerdo con esta base, en 2016 las actividades relacionadas con viáticos y/o desplazamientos para la Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria se concentraron principalmente en los temas de:

 	PROCESO	CONTROL Y EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN	Código	CEVF06
	Formato	Informe de auditorías internas de gestión	Versión	01

prestación de servicios de salud, representación del Ministerio en mesas de concertación regional y seguimiento a obras de infraestructura hospitalaria. Solo se cumplieron 3 actividades, asociadas al tema de habilitación de Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud (RIPSS).

OBJETO DESPLAZAMIENTO 2016	NÚMERO DESPLAZAMIENTOS	Part %
ASISTENCIA TÉCNICA REDES	6	28.57
ASISTENCIA TÉCNICA PRESTACIÓN SERVICIOS DE SALUD	4	19.05
REPRESENTACIÓN DEL MINISTERIO EN MESAS	4	19.05
AVANCES INFRAESTRUCTURA HOSPITALARIA	3	14.29
HABILITACIÓN RIPS	3	14.29
APOYO OTRAS DIRECCIONES	1	4.76
TOTAL	21	100.00

En 2017, el 50% de las acciones se centraron en materias relacionadas con prestación de servicios de salud, y 40% al seguimiento de obras de infraestructura hospitalaria y recursos Fonsaet.

OBJETO DESPLAZAMIENTO 2017	NÚMERO DESPLAZAMIENTOS	Part %
ASISTENCIA TÉCNICA PRESTACIÓN SERVICIOS DE SALUD	15	50.00
AVANCES INFRAESTRUCTURA HOSPITALARIA	6	20.00
SEGUIMIENTO RECURSOS FONSAET	6	20.00
ASISTENCIA TÉCNICA REDES	2	6.67
TELESALUD Y TELEMEDICINA	1	3.33
TOTAL	30	100.00

A primer trimestre de 2018, el 77% de los esfuerzos en asistencia técnica han dirigido su interés a 4 temas: el cumplimiento de condiciones técnico-científicas de habilitación de servicios oncológicos, la construcción de hospitales, el Programa Redes y la participación en mesas regionales de concertación.

OBJETO DESPLAZAMIENTO 2018	NÚMERO DESPLAZAMIENTOS	Part %
HABILITACIÓN ONCOLÓGICOS	12	27.91
AVANCES INFRAESTRUCTURA HOSPITALARIA	11	25.58
ASISTENCIA TÉCNICA REDES	5	11.63
REPRESENTACIÓN DEL MINISTERIO EN MESAS	5	11.63
SEGUIMIENTO RECURSOS FONSAET	5	11.63
ASISTENCIA TÉCNICA PRESTACIÓN SERVICIOS DE SALUD	2	4.65
PLAN BIENAL DE INVERSIÓN	2	4.65
RIPSS*	1	2.33
TOTAL	43	100.00

*Resolución 921 de 2018: Participar en jornada de capacitación convocada por la Dirección de Prestación de servicios y Atención primaria, para la implementación de las redes integrales de prestadores de servicios de salud y el módulo de redes del REPS. Se aclara que la contratista reside en la ciudad de Riohacha.

	PROCESO	CONTROL Y EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN	Código	CEVF06
	Formato	Informe de auditorías internas de gestión	Versión	01

ENTREVISTAS ASESORES TERRITORIOS SUBDIRECCIÓN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Se realizaron entrevistas con cada uno de los servidores públicos que, desde la Subdirección de Prestación de Servicios, asesoran a los siete departamentos objeto de la auditoría, en los diferentes temas que lidera la Dirección. La información suministrada, permitió confirmar que:

- Todos los departamentos recibieron vía correo electrónico la documentación normativa relacionada con las Redes Integrales de Prestación de Servicios, incluidos los siete departamentos del proceso auditor.
- Durante la vigencia 2016, fue la Dirección quien lideró la ejecución de las actividades de asistencia técnica. En total se ejecutaron 20 jornadas organizadas en sendas ciudades con la participación de 34 DTS.
- Para 2017 y 2018, los asesores por departamento de la Subdirección de Prestación de Servicios apoyan la asistencia técnica a las DTS que están bajo su responsabilidad. La Dirección se encarga de la asistencia técnica a las EPS y Supersalud.
- La asistencia técnica, ha sido fundamentalmente telefónica, en razón a las restricciones de índole presupuestal que existen y que les ha impedido ejecutar estas actividades en territorio. Explican, que esta situación, ha obligado a los referentes de las DTS a trasladarse a Bogotá para recibir información sobre diferentes temas, oportunidad que es aprovechada para esclarecer las dudas que puedan tener sobre las RIPSS, aunque admiten que no siempre deja evidencia de estas asistencias, a veces, imprevistas.
- La segunda modalidad empleada es la videoconferencia, aunque no siempre resulta ser tan efectiva, principalmente por temas de conectividad especialmente con las zonas dispersas. Adicional, por ser un medio impersonal, captar la atención de los asistentes no es fácil, usualmente a intervalos se conectan o desconectan, entran y salen de las salas o hacen uso del celular, sin que se logre para todos los casos, el cuidado y la escucha que exige este tipo de herramienta.

Existen otros inconvenientes que afectan la efectividad de los procesos de asistencia técnica: i) Los cambios o rotación de personal a nivel territorial, desde gobernadores, secretarios de salud y equipos técnicos, situación que escapa al control del Ministerio pero que afecta seriamente porque la capacidad que se logra se puede perder de un año a otro e incluso de un semestre a otro o de un mes a otro. La rotación de las personas hace difícil que se desarrollen las capacidades y que se mantengan; ii) investigaciones por posibles hechos de corrupción que incluyen a servidores públicos de entes territoriales; iii) falta de voluntad política, capacidad administrativa y debilidad en la gobernanza del territorio; iv) recurso humano insuficiente en los territorios; v) debilidad en las competencias técnicas de servidores públicos de DTS; vi) situaciones inesperadas de orden público o de tipo social en las regiones que han afectado la planeación, programación y ejecución de las actividades de asistencia técnica; vii) inexactitudes de quienes vienen a Bogotá, cuando retransmiten la información a los referentes técnicos, incluso, casos en los que ni siquiera la socializan; viii) el servicio de videoconferencia al interior del Ministerio presenta fallas tanto de conectividad como de déficit de salas de transmisión; ix) la complejidad y la cantidad de temas que se manejan al interior de la Dirección frente a la escases de tiempo por parte de los visitantes de las DTS quienes además aprovechan el viaje para atender otros asuntos con otras Direcciones; x) falta de personal en las direcciones territoriales para soportar el proceso de evaluación de las propuestas que puedan presentar las EPS.

	PROCESO	CONTROL Y EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN	Código	CEVF06
	Formato	Informe de auditorías internas de gestión	Versión	01

AVANCE EN EL DISEÑO DE LOS INSTRUMENTOS DE LOS COMPONENTES DEL MIAS

Durante la auditoría, las partes que intervinieron insistieron en dos aspectos, no ajenos para el grupo auditor: i) El orden de los 10 componentes del Modelo Integral de Atención en Salud no implica que su despliegue sea estrictamente secuencial. Tampoco significa que uno sea más importante que otro. Pero sí, que deben desarrollarse en forma paralela y sincronizada, para que realmente se pueda hablar de la implementación del modelo; y, ii) Las redes integrales de prestadores de servicios de salud, son un componente estratégico, porque es donde ocurre el servicio, pero las redes necesitan de los otros nueve componentes para que en la práctica se cumpla el acceso a los servicios de salud en condiciones de equidad y atención oportuna, continua, integral y resolutive a la población.

La Resolución 429 de 2016, en su artículo sexto, dispuso que la implementación, resultados y evaluación de los procesos propuestos en el MIAS, requieren el desarrollo concomitante y coordinado de todos los integrantes del SGSSS, dentro de sus competencias en tres líneas: i) *Establecimiento y fortalecimiento de la gobernanza del sistema de salud*. ii) *Progresividad y gradualidad en la implementación* y iii) *Mecanismos de retroalimentación y planes de mejora*. En la segunda de ellas se especifica que: *Para la operación del MIAS, se requiere el desarrollo gradual de instrumentos relacionados con los componentes del modelo que permitan la implementación progresiva por ámbitos territoriales. El MSPS cuenta con un plazo de un año a partir de la publicación del presente acto para la adopción de los respectivos instrumentos. En todo caso, para la implementación de los componentes del modelo se tendrá un plazo máximo de tres años contados a partir de la publicación de la presente resolución*. En este sentido, a febrero de 2017, el Ministerio debería haber adoptado los instrumentos que permitan la implantación progresiva en los diferentes ámbitos territoriales del Modelo de Atención Integral en Salud.

Teniendo en cuenta los aspectos descritos, durante el ejercicio auditor se decidió realizar una aproximación al avance que el Ministerio ha logrado en el desarrollo de los instrumentos relacionados con los 10 componentes del Modelo de Atención Integral en Salud y que se requieren para la implementación progresiva del MIAS por ámbitos territoriales. Dicha mirada permitió evidenciar que a 30 de abril de 2018, no se han terminado de diseñar todos los instrumentos, los avances se describen en el **anexo No. 3**, adjunto al presente informe.

De acuerdo con la Dirección de Prestación de Servicios deben existir razones por la cuales los otros componentes no estén desarrollados al mismo nivel. *Del lado de esta Dirección lo que explica el avance, está relacionado con la discusión que dio lugar a la Resolución 429, pues durante todo el proceso uno de los temas sobre el cual se hizo más énfasis fue el de la habilitación de las redes. Las redes son necesarias. Los otros 9 componentes del modelo son importantes porque agregan elementos de cualificación. Entonces, lo que el modelo y la política buscan es un cambio –que se supone será gradual en el tiempo, por la vía de alinear todos estos elementos. Todos suman y se espera que todos se robustezcan en el tiempo para que se vaya viendo una consolidación de la política y se perciba un cambio, frente a lo que ocurría. Todos los componentes pesan, pero lo que no puede dejar de existir, independientemente de que los otros tengan un desarrollo mayor o menor –y el deseo es que no se demoren tanto– son las redes. Porque el sistema no puede dejar de funcionar.*

Desde la auditoría se reconoce, como efectivamente se señala desde el Viceministerio de Salud y Protección Social, que desde la expedición de la Resolución 429 de 2016 tanto el diseño de los instrumentos como la implementación del modelo en los territorios se han ido realizando paralelamente. No obstante todavía es prematuro afirmar que el Modelo haya sido adoptado en su totalidad –a excepción de Guainía– por alguna Entidad Territorial; algunas están en fase de alistamiento y otras en la fase operativa, para ello ha sido necesario desarrollar documentos conceptuales, metodologías estandarizadas de procesos específicos, módulos informáticos y actos administrativos entre otros, sobre los que se viene surtiendo procesos de asistencia técnica para su respectiva implementación. No

	PROCESO	CONTROL Y EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN	Código	CEVF06
	Formato	Informe de auditorías internas de gestión	Versión	01

obstante, es importante que la instrumentalización pendiente se termine de desarrollar, no solamente de manera expedita sino de forma paralela y sincronizada, para que la implementación del modelo se cumpla dentro del tiempo definido, esto es, febrero de 2019. Entre otros aspectos importantes están:

Componentes	Instrumentos pendientes por desarrollar
Caracterización de la población	Diseño de la metodología de caracterización que permita unificar el análisis de situación de salud de las poblaciones conglomerados, personas y familias.
RIAS	Acto administrativo "Lineamientos Técnicos y Operativos de la Ruta de promoción y mantenimiento de la Salud y de la Ruta integral de salud para la población Materno perinatal."
	Acto administrativo para las RIAS:
	Enfermedades respiratorias crónicas (EPOC).
	Trastornos psicosociales y del comportamiento.
	Alteraciones en la salud bucal.
	Enfermedad y accidentes laborales.
	Trastornos visuales y auditivos
	Enfermedades infecciosas (Enfermedad respiratoria aguda; Infecciones de transmisión sexual y Tuberculosis)
	Zoonosis y agresiones por animales. (Accidente rábico, Accidente ofídico)
	Agresiones, accidentes y traumas. (violencias)
	Cáncer (Cáncer de próstata y Cáncer colon y recto).
	Alteraciones nutricionales (Anemia y Obesidad).
	Alteraciones cardio - cerebro - vascular - metabólicas manifiestas (Accidente cerebro vascular y Enfermedad renal crónica.)
	Resultado del informe de costeo de las RIAS de promoción y mantenimiento de la salud, materno-perinatal y salud mental
Implementación de la Gestión Integral del Riesgo en Salud	Acto administrativo del documento ABC de la Gestión Integral del Riesgo en Salud
Redes integrales de prestadores de servicios de salud	Documento técnico sobre el "Prestador Primario de Servicios de Salud".
	Acto administrativo "Por la cual se establecen los estándares, criterios y procedimientos para la habilitación del Prestador Primario de Servicios de Salud" (pendiente adopción).
	Acto administrativo documento "lineamientos para la conformación y gestión de equipos multidisciplinarios de salud – EMS."
Delimitación territorial del MIAS	Elaboración del documento técnico de "Ámbitos territoriales".
Requerimientos y procesos del sistema de información	Solución informática para el transporte de datos de RIPS
	Desarrollo del Módulo de Prestador Primario del REPS.
	Portal de servicios de información

Fuente: Viceministerio de Salud y Prestación de Servicios.

La Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria en su memorando, puntualizó:

La operación del aseguramiento en salud, debe ser continua y no debe estar en función de decisiones de tipo regulatorio, además, las RIPSS conformadas y organizadas por las EPS, son el mecanismo legal vigente para garantizar el plan de beneficios con cargo a la UPC, definido por la normatividad vigente.

Frente a esto se retoma la consideración realizada en el hallazgo en el cual se realice una auditoría al Modelo Integral de Atención en Salud a los demás componentes de la Política Integral de Atención en Salud, su estado de desarrollo e implementación.

Adicionalmente, se sugiere revisar las competencias de las diferentes direcciones frente a los instrumentos presentados en el siguiente cuadro:

	PROCESO	CONTROL Y EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN	Código	CEVF06
	Formato	Informe de auditorías internas de gestión	Versión	01

Componentes	Instrumentos pendientes por desarrollar
Implementación de la Gestión Integral del Riesgo en Salud	Acto administrativo del documento ABC de la Gestión Integral del Riesgo en Salud
Redes integrales de prestadores de servicios de salud	Acto administrativo documento técnico sobre el "Prestador Primario de Servicios de Salud".
	Acto administrativo "Por la cual se establecen los estándares, criterios y procedimientos para la habilitación del Prestador Primario de Servicios de Salud" (pendiente adopción).
	Acto administrativo documento "lineamientos para la conformación y gestión de equipos multidisciplinarios de salud – EMS."
Delimitación territorial del MIAS	Elaboración del documento técnico de "Ámbitos territoriales".
Requerimientos y procesos del sistema de información	Solución informática para el transporte de datos de RIPS
	Desarrollo del Módulo de Prestador Primario del REPS.
	Portal de servicios de información

De manera particular, frente a los instrumentos que se mencionan como pendientes a desarrollar en el componente de Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud, es necesario precisar lo siguiente:

- a) Acto administrativo documento técnico sobre prestador primario de servicios de salud. Como se dijo previamente, existe una imprecisión en lo afirmado dado que los documentos técnicos de referencia no se adoptan por Resolución. Dicho documento sobre prestador primario define el marco de referencia a nivel conceptual y teórico para el desarrollo del prestador primario de servicios de salud, de conformidad con lo establecido en la Ley 1753 de 2015 y la Política de Atención Integral en Salud adoptada mediante la Resolución 429 de 2016. Dicho documento es la base para el desarrollo de la propuesta regulatoria que establece los estándares y criterios para la habilitación de dicha organización funcional y se encuentra desarrollado y publicado en el link: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PSA/prestador-primario-servicios-salud.pdf>
- b) Acto administrativo "por la cual se establecen los estándares, criterios y procedimientos para la habilitación del prestador primario de servicios de salud". Dicha propuesta regulatoria se encuentra en proceso de discusión para su posterior expedición de conformidad con lo establecido en la Resolución 5594 de 2015, mediante la cual se adoptan las directrices de técnica normativa que deberán observar las dependencias de este Ministerio en la elaboración de los proyectos de acto administrativa.⁴⁹

⁴⁹ La Dirección de Prestación de Servicios, advirtió que en el mencionado proyecto se trató de respetar el tema de los ámbitos. Los prestadores que existen son de 4 tipos, pero con este concepto se busca que todos sean prestadores primarios, incluso en el ámbito disperso. La 1441 dice: el componente primario podrá estar conformado por: i) prestadores primarios habilitados, es decir los que se postulen y cumplan con las condiciones del proyecto; ii) por prestadores, aunque no sean primarios, pero con servicios primarios habilitados o iii) la combinación de los dos. En la norma los criterios van a ser diferenciados. Para este análisis se partió de las rutas que se han desarrollado (esta Dirección, con Promoción y Prevención y Talento Humano trabajamos y se concibió un documento técnico que está en ajustes) para determinar qué servicios serían necesarios para poder gestionar esa ruta, pero a partir de la realidad del territorio, de los ámbitos. De ese análisis se extrajeron unas tablas diferenciales para los ámbitos: disperso, rural y metropolitano. Con una connotación: el prestador que quiera postularse como prestador primario no necesariamente debe ser dueño de todos los servicios, puede asociarse con otros. Pero el prestador que se postula y habilite sus servicios es el responsable por seguridad jurídica y financiera, así otros concurren en el cumplimiento de los estándares del servicio, de acuerdo con la Ley 2003 y el Decreto 780.

No obstante, el proyecto final de la propuesta normativa, sólo se dejaron 2 tablas: i) metropolitana y ii) rural y disperso, en unos solo. La Dirección ha sido enfática en manifestar su desaprobación porque bajo esas circunstancias no se van a poder habilitar las zonas dispersas. En este ámbito muchos prestadores no tienen muchos de los servicios que pide la norma y para demostrarlo se elaboraron unas tablas comparativas que recoge la realidad de las zonas dispersas. Se identificaron los municipios y los 428 prestadores (sólo IPS) y se clasificaron: el tercil "66% o más" (128 IPS) cuenta con los servicios que pedía inicialmente la propuesta sólo para el ámbito disperso. Luego están los otros rangos: entre el 33% y el 66% y menos del 33%. Entonces unas 300 IPS en las zonas dispersas no tienen los servicios que se piden a las IPS para poder gestionar las rutas y en la discusión se opta por exigir a todas por igual. Cuando se migra, siguiendo la categoría "rural y disperso" unificada los resultados se tornan más dramáticos cuando se pide en el ámbito disperso lo mismo que se le pido al rural. Ni siquiera el tercil más alto "de 66% o más" puede acreditar una gran cantidad de servicios (en negro en la tabla), sin mencionar los demás terciles y considerando que ni siquiera se les está pidiendo lo que se pide en las ciudades. Entonces, no se van a poder habilitar. Espero que en la consulta se pueda corregir, pero soy escéptico, porque cuando hicimos grupos focales (etapa previa) y la propuesta con las tres tablas no recibí apoyo mayoritario.

	PROCESO	CONTROL Y EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN	Código	CEVF06
	Formato	Informe de auditorías internas de gestión	Versión	01

c) *Acto administrativo documento "lineamientos para la conformación y gestión de equipos multidisciplinarios de salud -EMS". Dicho documento está a cargo de otra Dirección Técnica (Dirección de Gestión del Talento Humano en Salud) quien deberá dar alcance al requerimiento en torno a la Política de Atención Integral en Salud.*

d) *Se olvida a su vez, por parte de la auditoría, mencionar que, bajo el documento técnico de referencia en mención, existe otro desarrollo normativo pendiente de expedirse, a cargo de la Dirección de Promoción y Prevención, sobre el Plan de Cuidado Primario.*

No obstante, respecto de las RIPSS y su implementación, se reitera lo antes dicho, respecto a que estos documentos señalados no tienen implicaciones frente al cumplimiento y verificación de los estándares, criterios y procedimientos para la habilitación de las RIPSS por parte de las EPS en cada departamento o distrito donde esté autorizada para operar, lo cual ya se encuentra regulado y en fase de implementación por parte de las entidades responsables.

Con respecto a la implementación del MIAS, el Modelo señala que su implantación en los territorios se llevara a cabo de forma paralela al diseño de instrumentos una vez se haya promulgado la política. El MSPS estructurará un equipo institucional centralizado que servirá de inter fase entre los gobernadores de los departamentos y las direcciones del MSPS los cuales dedicarán los recursos humanos y técnicos que sean necesarios para su implantación en los diferentes territorios. El equipo centralizado se encargará de la sensibilización de los niveles políticos de los territorios y de concordar para cada departamento un plan de implantación donde se definirán las necesidades de cada territorio. Las direcciones del MSPS se encargarán de la asistencia técnica de acuerdo con sus funciones. Para cada departamento se elaborará un programa de asistencia técnica que permita la intervención coordinada en los departamentos.

En este sentido, se decidió que desde los Viceministerios, los asesores de estos despachos lideraran la sensibilización de los niveles políticos de los territorios para cada departamento y de concordar un plan de implantación y que las direcciones por su parte, se encargaran de la asistencia técnica atendiendo a sus funciones y a las responsabilidades en la instrumentalización de los componentes del MIAS.

Dado lo anterior, se realizaron entrevistas con cinco asesores del Despacho del señor Viceministro de Salud y la Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria,⁵⁰ quienes a propósito del alcance de la auditoria – territorios dispersos- expresaron sus conceptos especialmente frente al enfoque diferencial a nivel territorial y poblacional definido en la Política y en el Modelo Integral de Atención en Salud como respuesta a la Ley Estatutaria y Ley Plan.

Criterio que no es nuevo. El decreto 1770 de 1994, reglamentario de la ley 60 de 1993, concretó en su capítulo VI requisitos técnicos para el diseño de la red que exigía justamente la división en subregiones del Ente Territorial según criterios geográficos, sociales, culturales o económicos para facilitar la organización y funcionamiento de la

La única posibilidad que va a existir, es que la gente quiera dar el paso y que funcionen los incentivos y todo lo demás. Porque el hecho de sacar la norma no significa que al día siguiente todas las IPS quieran dar el paso. Tiene que haber unas condiciones. Entonces, la única manera que puedan dar ese paso es: i) o que los incentivos del sistema sean tan grandes que permitan tomar el riesgo de hacer inversiones (y en incentivos no estamos tan adelantados) o ii) que se hagan inversiones por parte de alguien, por ejemplo, las públicas, en donde tampoco hay plata o que, iii) supongamos que hay plata para hacer las inversiones: construyo y doto, pero y quién paga por el sostenimiento, el pago del médico y los insumos si la demanda no da. ¿Con subsidios? Imposible no hay plata. Todo eso lo estoy dejando claro por escrito.

La Dirección de Prestación de Servicios mediante memorando 201823000072153, del 6 de abril de 2018, remite al señor Viceministro de Salud una serie de inquietudes frente a la unificación, ordenada por ese despacho, de los "servicios primarios" exigidos a las IPS que deseen habilitarse como Prestador Primario en los ámbitos territoriales Rural y Disperso.

⁵⁰ Doctoras: María Lucía Mesa y Mery Barragán. Doctores: Miguel Angel Pulido Arcila, Julio A. Sáenz B. y Luis Carlos Olarte.

	PROCESO	CONTROL Y EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN	Código	CEVF06
	Formato	Informe de auditorías internas de gestión	Versión	01

Red de Servicios. Directriz normativa ratificada en las leyes 715 de 2001, 1122 de 2007 y 1438 de 2011. (Ver informe entre páginas 1 a 10)

Por ejemplo, la Ley 1122 de 2007, además de reiterar que el servicio de salud a nivel territorial se prestara mediante la integración de redes, precisó que el Sistema tendrá entre otras la siguiente regla adicional para su operación: *Por tratarse de una población dispersa geográficamente y con el fin de facilitar la operatividad en la atención en salud de la población de los departamentos de Amazonas, Caquetá, Guaviare, Guainía, Putumayo, Vichada y Vaupés, el Gobierno Nacional definirá los mecanismos que permitan mejorar el acceso a los servicios de salud de dichas comunidades y fortalecerá el aseguramiento público en dichos Departamentos.*

La Ley 1438 de 2011 hizo lo propio y como criterios determinantes para la conformación de redes menciona entre otros: i) Conocimiento de la demanda real de la población **tomando en consideración la accesibilidad geográfica, cultural y económica**; ii) oferta de servicios; iii) modelo de atención primaria en salud **centrado en la persona, la familia y la comunidad, teniendo en cuenta las particularidades culturales, raciales y de género.**

Específicamente para territorios con población dispersa, establece: **Aseguramiento en territorios con población dispersa geográficamente.** El Gobierno Nacional definirá los territorios de población dispersa y los mecanismos que permitan mejorar el acceso a los servicios de salud de dichas comunidades y fortalecerá el aseguramiento.

La Ley Estatutaria y Ley Plan, mantienen esta coherencia. La primera, dispone que *el Estado deberá garantizar la disponibilidad de los servicios de salud para toda la población en el territorio nacional, en especial, en las zonas marginadas o de baja densidad poblacional...En zonas dispersas, el Estado deberá adoptar medidas razonables y eficaces, progresivas y continuas, para garantizar opciones con el fin de que sus habitantes accedan oportunamente a los servicios de salud que requieran con necesidad.* La segunda, impone que la Política tenga un enfoque poblacional y diferencial y teniendo en cuenta entre otros, los componentes de rutas de atención específicas por grupos de riesgos, el fortalecimiento del prestador primario y la operación en redes integrales de servicios. Adicional establece, que el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) *realizará la adaptación de esta política en los ámbitos territoriales con población dispersa, rural y urbana diferenciando a los municipios y distritos que tengan más de un millón de habitantes. Para zonas con población dispersa y rural, se podrá determinar la existencia de uno o varios aseguradores. Si se trata de un único asegurador, el MSPS establecerá las condiciones para su selección....*

Antes, durante y después de la formulación, expedición y entrada en vigencia de la Ley Estatutaria 1751- LES-, y la adopción de la PAIS y el MIAS, los señores Ministro y Viceministro de Salud y Prestación de Servicios, anunciaban las transformaciones y beneficios que dichas directrices normativas traerían para el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Algunos de estos anuncios hacen referencia a la importancia de las Redes Integrales de Prestación de Servicios en la implementación del modelo en Zonas Dispersas con el propósito de lograr reducir sustancialmente las brechas de inequidad por las diferencias relevantes en la oportunidad, acceso y calidad que existen entre poblaciones urbanas, rurales y dispersas. (Ver Anexo número 2)

Es innegable que existen departamentos con condiciones de rezago en los indicadores de salud y graves problemas de accesibilidad geográfica que justificarían su inclusión en un modelo especial que fortalezca mejorar el estado de salud de la población de dichas zonas. A propósito, el MIAS señala: *Los perfiles de mortalidad regional plantean la necesidad de formular respuestas diferenciadas entre las regiones del país, según la afectación de los determinantes de la salud. Las intervenciones deben adaptarse a las condiciones de servicios, a las características de la demanda y la capacidad en recursos humanos y tecnológicos en cada territorio. Esto puede justificar la implantación de modelos de atención y la prestación de servicios diferenciados según el tipo de territorio, tanto desde las autoridades sanitarias que tienen a su cargo la salud pública como desde las aseguradoras y las redes integrales de prestadores*

	PROCESO	CONTROL Y EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN	Código	CEVF06
	Formato	Informe de auditorías internas de gestión	Versión	01

de servicios de salud. Al Ministerio de Salud esto le implica desarrollar la capacidad para dar asistencia técnica específica a los requerimientos de modelos diferenciales de atención. (13)

De otra parte, la heterogeneidad territorial y poblacional del país contrasta con un aseguramiento que interviene los riesgos de la población de manera homogénea, sin considerar los condicionantes de la dispersión poblacional y territorial sobre los desenlaces en la prestación de los servicios. Es evidente que la mayor concentración de la carga de enfermedad y problemas nutricionales se encuentra en zonas apartadas y con mayor concentración étnica. (20)

Así mismo, existe una enorme deuda en la formación con respecto a las culturas médicas tradicionales de los grupos étnicos y la implementación del enfoque intercultural.

Algunos perfiles han desaparecido; entre ellos, el promotor de salud, los gestores en salud, los agentes comunitarios y los auxiliares de salud pública. El sistema pone su capacidad de respuesta principalmente en los médicos especialistas y auxiliares de enfermería. (21)

A partir de los objetivos divergentes de los agentes, se requiere que la regulación provea normas que conduzcan a objetivos comunes, centrados en la producción efectiva de salud como el objetivo central de todo el Sistema de Salud y la seguridad social, para así superar el reto de una historia que muestra fragmentación desde la propia regulación.

Esta política busca definir las bases que permitan la acción coordinada de las normas, reglamentos, agentes y usuarios hacia las acciones e intervenciones que permitan la injerencia oportuna y efectiva del sistema en la resolución de los problemas colectivos e individuales que no permitan o afecten las ganancias en salud de la población colombiana.

La respuesta del Sistema parte del reconocimiento comprensivo de normas y reglamentos que definen la integralidad a partir de ámbitos territoriales y poblaciones en las que se integre la intervención desde los determinantes de la salud, la promoción, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico y tratamiento oportunos, la rehabilitación y paliación de la enfermedad. Por esa razón, debe existir una política regulada e integral de atención que se adapte a las condiciones de los territorios y las poblaciones y que sea obligatorio para todos los agentes del Sistema bajo las condiciones de gestión y adaptación continua a los cambios en los determinantes y las variables de salud, a los resultados en salud y de la evaluación sobre el impacto de las intervenciones ejecutadas y sus desenlaces en el estado de salud de la población. (29-30)

Bajo el marco precedente, los asesores consultados del despacho del Viceministerio de Salud, consideran que los componentes del Modelo y los instrumentos diseñados por el MSPS deben responder al enfoque diferencial de territorios y poblaciones definido en el Modelo Integrado de Atención en Salud, que exige la adaptación de todos los componentes, a las particularidades de los territorios, las características de la población y las estructuras de servicios disponibles considerados como factores críticos de éxito en el desempeño del Sistema de Salud.

Se plantearon especialmente dos preocupaciones:

- Es importante tener en cuenta que es posible que la conformación de RIPSS, va a generar dificultades en las zonas dispersas, que se van a acentuar con el desarrollo del SISPI⁵¹ y el Plan Nacional de Salud Rural,⁵² como

⁵¹ Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural (SISPI). Son 87 pueblos indígenas del país que se focalizan en la construcción colectiva de las políticas públicas en salud de los pueblos indígenas. Decreto 1953 de 2014. Decreto 1848 de 2017.

⁵² El texto redactado en La Habana contiene compromisos coyunturales y de largo plazo. Entre los primeros, aquellos relacionados con la atención en salud a toda la población –incluyendo a los excombatientes– de las veintidós zonas veredales transitorias de normalización

	PROCESO	CONTROL Y EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN	Código	CEVF06
	Formato	Informe de auditorías internas de gestión	Versión	01

consecuencia de los acuerdos de paz, que establece la necesidad de contar con un modelo de salud pública para el campo colombiano. Tres temas que se deben implementar en territorios dispersos, de manera paralela. Cada uno regulado por diferentes normas y cada uno con criterios, características, estándares y exigencias, que se tienen que encontrar. Ahí reside la dificultad. Al final, la historia dirá qué tanto se logró superar las inequidades en esas zonas dispersas del país a través de estos tres componentes normativos.

- Dada la diversidad y las deferencias que hay en los ámbitos rurales y dispersos, se debe hacer una adaptación de la normatividad de habilitación, ajustándola en consideración a las particularidades geográficas y poblacionales en territorios como Vichada, Guainía, Guaviare, Putumayo, Vaupés, Amazonas, Chocó o San Andrés, territorios en los que existen etnias y características que ameritan diferenciación. (Ver Anexo 2)
*Colombia es un país de contrastes y heterogeneidades de diversa naturaleza: geográficos, culturales, étnicos, sociales. No todo es igual y no se pueden hacer las mismas exigencias para todos. El sistema debe solucionar el problema a las personas y en las zonas dispersas están los mayores retos.*⁵³

La Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria, por su parte explica lo siguiente:

- Los estándares que debe cumplir una EPS para habilitar su red, es indistinto del departamento donde se vaya a habilitar. Lo que va a variar es lo que no está bajo el control de las EPS: la oferta disponible. Al momento de armar la propuesta de red, las EPS deben sustentarla. Si no es posible dar a los afiliados toda la atención en el mismo departamento, bien porque no existe la oferta y a la propia EPS no la dejan desarrollar oferta por integración vertical debe proveerla en otro lugar.*

Debe cumplir los tres estándares que se piden para conformar la red: i) estructura, que está más asociada con el tema de la diferenciación, la EPS está limitada a la oferta disponible, por eso no se le puede pedir una condición diferente. En consecuencia, desde la Ley 100 de 1993 se les dijo que debe armar la mejor red posible con la oferta disponible donde fue autorizado a operar, para atender a la población que tiene a cargo, diseño que debe presentar y sustentar. Si la oferta no es suficiente, debe sustentar la remisión de sus pacientes a otro lado, para garantizar la atención integral, aunque eso implique sacarlos el departamento por la vía que sea: aérea, terrestre o marítima o utilizar Telemedicina con prestadores que tengan esos servicios habilitados, para superar las barreras geográfica; de lo contrario estaría restringiendo el acceso. En los otros dos estándares: ii) procesos y iii) evaluación, la EPS los debe cumplir para conformar la red, independientemente donde opere, sin distinción. Se les debe pedir procesos de articulación con los prestadores, referencia y contrarreferencia, son condiciones que debe cumplir, indistintamente que opere en Bogotá o en Inírida. Es decir, en ninguna parte del mundo pueden garantizar la oferta para la atención en salud en el mismo lugar. Es una realidad de la cual no se puede sustraer el país que, escapa a la gestión sectorial, pues es producto de procesos de aglomeración poblacional o del desarrollo económico.

Es decir, no hay beneficios distintos en Chocó que en Bogotá. Las redes son un instrumento para que las EPS cumplan con su deber de garantizar el acceso, la continuidad en la atención, la integralidad, la resolutivez a los afiliados que tienen a cargo.

(ZVTN) y los seis puntos transitorios de normalización, para los que el Ministerio de Salud y Protección Social ha desarrollado un plan de contingencia.

En el largo plazo, el mayor reto será el cierre de brechas. La mención de la palabra salud en 42 oportunidades a lo largo de las 297 páginas del Acuerdo Final es muestra de la gran labor que desde este frente se llevará a cabo, particularmente para el beneficio de poblaciones históricamente desatendidas.

<https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Qu%C3%A9-trae-el-Acuerdo-Final-para-la-salud-de-los-colombianos.aspx>

⁵³ Doctora Mery Barragan. Asesora Despacho Viceministro de Salud y Protección Social. 23 de abril de 2018.

	PROCESO	CONTROL Y EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN	Código	CEVF06
	Formato	Informe de auditorías internas de gestión	Versión	01

- El Sistema Único de Habilitación - SUH en su marco normativo y manteniendo esta especificación en la regulación expedida más reciente la Resolución 2003 de 2014, especifica que la unidad básica habilitable es el servicio y es en este sentido que se definen los estándares y criterios para habilitación de servicios, los cuales se enfocan en su seguridad. Los criterios que se exigen para habilitar un servicio, como lo define dicha regulación, buscan controlar el riesgo asociado a la prestación de los servicios de salud, y por tanto, dichas exigencias de habilitación están referidas a condiciones mínimas de estructura y procesos, para contribuir a mejorar el resultado en la atención. Es decir, los servicios de salud y por tanto los prestadores que los habilitan deben dar cumplimiento obligatorio de requisitos y condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico administrativa, para dar seguridad a los usuarios. Por lo tanto, la flexibilización planteada de los estándares y criterios de habilitación de los servicios no son factibles ya que como se menciona por parte de la Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria, dentro de la auditoría son los mínimos que debe tener para evitar que el acto médico, el acto asistencial, sea seguro. Ese es el enfoque de la habilitación de servicios.

- Los prestadores (sea centros de referencia, prestadores primarios, unidades funcionales) deben cualificar la parte de los servicios que tienen y unas capacidades adicionales para hacer lo que la política le pide a un prestador primario: gestionar los riesgos básicos o primarios de la población afiliada. Esos mínimos, no son máximos, ni tampoco son negociables. La seguridad no depende de la demanda. La seguridad depende intrínsecamente de lo que ocurra al interior del servicio.

El enfoque siempre ha sido el mismo: lo mínimo que usted debe pedir, para que al interior de un servicio se minimicen los riesgos. El Gobierno no limita el ejercicio de una actividad económica, la CP se lo prohíbe. Pero la CP si establece unos límites a esa libertad económica, por la vía de cumplir unos mínimos de servicios.

- En este sentido, adicional a lo previamente comentado, es preciso reiterar que de acuerdo a lo establecido en la Ley 1751 de 2015, donde se establece la igualdad de trato y oportunidades en el acceso a los servicios de salud, no es posible diferenciar respecto a los servicios que proveen cada una de las actividades, procedimientos e intervenciones en salud definidas en el Plan de Beneficios con cargo a la UPC; lo anterior conlleva que las EPS deben de manera obligatoria cumplir para habilitar su RIPSS con los estándares y criterios establecidos por la normatividad vigente, en este caso la Resolución 1441 de 2016, estos estándares tienen como objetivo garantizar una organización de los servicios, prestadores y organizaciones funcionales por parte de las EPS, en condiciones de accesibilidad, oportunidad, continuidad, integralidad, resolutiveidad y calidad para su población afiliada.

Dado que la oferta disponible, se dispone en las condiciones definidas por los propios prestadores de servicios de salud de acuerdo a sus decisiones al habilitar servicios de salud, la EPS, si está autorizada por la Superintendencia Nacional de Salud, deberá conformar y organizar una RIPSS, partiendo de la oferta disponible habilitada en dicho departamento o distrito. Sin embargo, uno de los criterios para habilitar la RIPSS se enfoca en el deber de garantizar disponibilidad, suficiencia y completitud para proveer el plan de beneficios a su población afiliada. Así que deberá definir los mecanismos y procedimientos que garanticen el libre acceso de los afiliados y sus familias, a los prestadores con los cuales hayan establecido convenios o contratos en su área de influencia o en cualquier lugar del territorio nacional, los cuales, se reitera, deben estar plenamente habilitados por las respectivas entidades departamentales y distritales de salud.

Consecuente con lo anterior, tal como lo presenta el Manual de habilitación de las RIPSS, que hace parte integral de la Resolución 1441 de 2016, la EPS en cada departamento o distrito donde esté autorizada para operar deberá realizar y evaluar:

- La identificación de la oferta de servicios habilitados en el Departamento o Distrito donde esté autorizada para

	PROCESO	CONTROL Y EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN	Código	CEVF06
	Formato	Informe de auditorías internas de gestión	Versión	01

operar

- La disponibilidad y suficiencia de la Red integral de prestadores de servicios de salud, a partir de sus servicios habilitados donde la mayor parte de estos se encuentren en el Departamento o Distrito, frente a las necesidades de la población (incluyendo, los grupos de riesgo definidos por la Política de Atención Integral en Salud).
- La completitud de la Red integral de prestadores de servicios de salud a partir de la identificación de la capacidad instalada actual, la requerida y las posibles brechas para la prestación de servicios de salud.

AVANCES EN EL TEMA EN LAS DTS

A partir de las entrevistas con los asesores de la Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria y del despacho del señor Viceministro de Salud, y la consulta de documentos allegados por los auditados y consultados en el sitio web institucional, se advirtieron las situaciones relacionados con la implementación del MIAS y el alistamiento en el marco de las RIPSS, para los siete departamentos dispersos objeto de la auditoría. En el **anexo número 2** adjunto al presente informe.

RESPUESTA A INFORME PRELIMINAR

Mediante radicado 201823000117903 del primero de junio de 2018, la Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria, dio respuesta al informe preliminar de auditoría, remitido con radicado 201815000090123, del 22 de mayo de 2018.

Después de analizar y validar las observaciones, el equipo auditor confirma el contenido, el hallazgo, las conclusiones y sugerencias del informe preliminar, los cuales se fundamentan en la normatividad vigente, los soportes allegados por la Dirección, los consultados en la web e intranet y las entrevistas que se practicaron. Las fuentes están plenamente identificadas en el informe.

En el marco de la reunión de cierre de la auditoría, realizada el 6 de julio de 2018, se explicó y ratificó el hallazgo de auditoría y sus conclusiones. No obstante, en atención al derecho de contradicción, en el informe se han incluido los argumentos presentados por la Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria en su memorando del primero de junio de 2018, el cual forma parte integral del expediente de auditoría.

Hallazgos:

Durante el ejercicio auditor, fue necesario realizar una aproximación al avance que el Ministerio ha logrado en el desarrollo de los instrumentos relacionados con los 10 componentes del Modelo de Atención Integral en Salud y que se requieren para la implementación progresiva del MIAS por ámbitos territoriales. Dicha mirada permitió evidenciar incumplimiento parcial en la adopción de dichos elementos en el periodo definido por la Resolución 429 de 2016. Por lo que se levanta el siguiente hallazgo:

Incumplimiento de la Resolución 429 del 17 de febrero de 2016, Artículo 6°. *Implementación y evaluación del MIAS*, numeral 6.2.- *Progresividad y gradualidad en la implementación. Para la operación del MIAS, se requiere el desarrollo gradual de instrumentos relacionados con los componentes del modelo que permitan la implementación progresiva por ámbitos territoriales. El MSPS cuenta con un plazo de un año a partir de la publicación del presente acto para la adopción de los respectivos instrumentos. En todo caso, para la implementación de los componentes del modelo se tendrá un plazo máximo de tres años contados a partir de la publicación de la presente resolución. En este sentido, a febrero de 2017, el Ministerio debería haber adoptado los instrumentos que permitan la implantación progresiva en los diferentes ámbitos territoriales del Modelo de Atención Integral en Salud. A 30 de*

	PROCESO	CONTROL Y EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN	Código	CEVF06
	Formato	Informe de auditorías internas de gestión	Versión	01

marzo de 2018, no se han terminado de diseñar todos los instrumentos, los avances se describen en el **anexo No. 3**, adjunto al presente informe.

La Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria, considera que:

Frente a lo anterior se debe precisar que el hallazgo señalado no es concordante con el objetivo de la auditoría de “verificar la gestión adelantada por el Ministerio de Salud y Protección Social, en la conformación y organización de las redes integrales de prestadores de salud en zonas dispersas”, sino con una auditoría general al Modelo Integral de Atención en Salud – MIAS, uno de cuyos diez (10) componentes, específicamente el quinto, corresponde a las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud – RIPSS.

Este abordaje indica que la auditoría ha rebasado su objeto abarcando la generalidad de la implementación de la Política de Atención Integral en Salud y su componente operativo el Modelo Integral de Atención en Salud en su totalidad. Frente a lo anterior se debe precisar que la Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria solo es competente para atender específicamente lo referido a “verificar la gestión adelantada por el Ministerio de Salud y Protección Social, en la conformación y organización de las redes integrales de prestadores de servicios de salud en zonas dispersas”, es decir, respecto de la implementación de la citada Resolución 1441 de 2016.

El referido hallazgo sobre la Implementación y Evaluación del MIAS (artículo 6 de la Resolución 429 de 2016), corresponde a otro objeto de auditoría, no al referido desde un comienzo, por lo que en caso de desear llevarse a cabo, ha de abordar los demás aspectos y llevarse a cabo con las dependencias encargadas de tales labores, responsables del desarrollo de los otros nueve (9) componentes del MIAS, a saber:

- Caracterización de la Población.
- Regulación de Rutas Integrales de Atención en Salud, RIAS.
- Implementación de la Gestión Integral del Riesgo en Salud-GIRS.
- Delimitación Territorial del MIAS.
- Redefinición del rol del asegurador.
- Redefinición del Esquema de incentivos.
- Requerimientos y procesos del sistema de información.
- Fortalecimiento del Recurso Humano en Salud – RHS.
- Fortalecimiento de la investigación, innovación y apropiación del conocimiento.

Sobre el particular se precisa que: i) La Resolución 429 de 2016 está contemplada como un criterio de auditoría, descrito en el Plan de Auditoría, comunicado mediante radicado 201815000048163 del 28 de febrero de 2018, por tanto no podía abstraerse del proceso. ii) La ley 87 de 1993, artículo 12 sobre las funciones de los auditores internos, señala entre otras, literal e) *Velar por el cumplimiento de las leyes, normas, políticas, procedimientos, planes, programas, proyectos y metas de la organización y recomendar los ajustes necesarios.* iii) Las normas internacionales para el Ejercicio Profesional de la Auditoría Interna, ratifican que la actividad de auditoría interna debe evaluar las exposiciones al riesgo y la adecuación y eficacia de los controles referidas a *gobierno, operaciones y sistemas de información de la organización, con relación a lo siguiente: Logro de los objetivos estratégicos de la organización, fiabilidad de integridad de la información financiera y operativa, eficacia y eficiencia de las operaciones y programas, protección de activos y, cumplimiento de leyes, regulaciones, políticas, procedimientos y contratos.* iv) Dentro de los principios básicos que representan el ejercicio de la Auditoría Interna, está el debido cuidado profesional, atributo que demanda del auditor la responsabilidad de comunicar las deficiencias en el control interno que haya identificado durante la realización de la auditoría, por lo que el equipo auditor no podía abstraerse del incumplimiento identificado y descrito en el hallazgo. v) Durante el proceso de recolección y análisis de información se constató la articulación que existe entre los diez componentes que conforman el MIAS y la necesidad de que su desarrollo sea paralelo, para que realmente se pueda hablar de la implementación del modelo. Adicional, en la práctica de otras técnicas de auditoría como las entrevistas a asesores del Despacho del Viceministro de Salud y Prestación de Servicios, los asesores de la Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria y al Director de

 	PROCESO	CONTROL Y EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN	Código	CEVF06
	Formato	Informe de auditorías internas de gestión	Versión	01

esta, insistieron en la correlación entre los diez componentes e instaron al equipo auditor para que hiciera un análisis a la forma en que se han venido adoptando los respectivos instrumentos para la implementación de los 10 componentes del MIAS, (Ver observación número 7, página 44) por lo que se decidió hacer un análisis al grado de avance de la adopción de instrumentos que se resumen en el anexo 3, del presente informe. vi) Dicho análisis fue elaborado con información reportada por las dependencias encargadas de tales labores y el apoyo del Viceministerio de Salud y Prestación de Servicios, instancia que debe liderar la formulación y ejecución del Plan de Mejoramiento del citado hallazgo, con las áreas responsables.

Observaciones y/o Sugerencias:

1. Se estableció que el Ministerio de Salud y Protección Social, a través de la Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria, ha desarrollado instrumentos tendientes a la implementación y habilitación de las redes integrales de prestadores de servicios de salud, así como los estándares y criterios de habilitación de estas, en respuesta al compromiso fijado en la Política de Atención Integral en Salud – PAIS y al Modelo Integral de Atención en Salud – MIAS que definió esta responsabilidad para el MSPS.

Las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud – RIPSS corresponden al componente No. 5 del Modelo Integral de Atención en Salud. Dentro de los instrumentos adoptados figuran:

- Formulación y expedición de la Resolución 1441 de 2016.
- Diseño de lineamientos y manuales que sirven de guía para la implementación de la citada Resolución.
- Diseño y puesta en marcha del módulo Redes – REPS que entró a operar mediante la Circular 043 de 2017.
- Proyecto de Resolución "Por la cual se establecen los estándares, criterios y procedimientos para la habilitación del Prestador Primario de Servicios de Salud.

Para la implementación de las directrices normativas referidas, se verificó que la Dirección ha venido prestando asistencia técnica a los agentes encargados de la habilitación de las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud, esto es: Entidades Territoriales Departamentales y Distritales; Entidades Promotoras de Salud – EPS y Superintendencia Nacional de Salud. A las dos primeras instancias les resta siete meses de plazo para cumplir con el procedimiento de habilitación de las RIPSS, si vencido el término anterior *no se ha culminado el trámite de habilitación referido, la Superintendencia Nacional de Salud adoptará las medidas que estime de pertinentes con respecto a la EPS y a la correspondiente entidad territorial, de acuerdo con sus competencias y procedimientos en la materia.*

La Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria, señala:

Tal como se presenta en la observación, en relación al desarrollo del quinto componente del MIAS, las RIPSS, la Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria cumplió con el plazo de un año establecido en la Resolución 429 de 2016 para la adopción de los instrumentos (Febrero de 2017), mediante la expedición por parte del Ministerio de Salud y Protección Social de la Resolución 1441 de abril 21 de 2016 "Por la cual se establecen los estándares, criterios y procedimientos para la habilitación de las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud y se dictan otras disposiciones".

No obstante, se reitera que lo referente a otras regulaciones ya expedidas como por ejemplo la Resolución 1477 de 2016 o la 651 de 2018) y otras en desarrollo como proyectos normativos (como por ejemplo la relativa a habilitación de prestador primario), aunque se hallen asociadas a las RIPSS, no se constituyen en limitante ni condicionan en modo alguno a las entidades responsables, para adelantar los procesos de habilitación de las RIPSS, conforme a la Resolución 1441 de 2016. Solo en la medida en que se expidan y entren en pleno rigor, y

	PROCESO	CONTROL Y EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN	Código	CEVF06
	Formato	Informe de auditorías internas de gestión	Versión	01

además efectivamente los respectivos responsables definidos en éstas adelanten las responsabilidades que en las mismas se les asignen, podrán, adicionalmente, tener efecto alguno sobre las RIPSS habilitadas o que deban habilitarse, en cualquier momento del tiempo.

La Resolución 651 de 2018, fue referida en el informe por cuanto la Dirección así lo reporta en el seguimiento a Plan de Acción primer trimestre de 2018. La citada resolución no fue auditada.

2. Además de su competencia como regulador, la gestión del Ministerio se ha enmarcado, en promover la formalización y aplicación del marco regulatorio, condición que depende en gran medida de la asistencia técnica para que se logre la concreción y articulación de las citadas normas.

En este sentido se evidenció que la Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria, ha ejecutado actividades de asistencia técnica desde la vigencia 2016, dirigida a Entidades Territoriales Departamentales y Distritales; Entidades Promotoras de Salud – EPS y Superintendencia Nacional de Salud, identificando las siguientes oportunidades de mejora:

- Ajustar los planes de Asistencia Técnica que la Dirección tiene diferenciados para habilitación y prestación de servicios, a los formatos y directrices exigidas por el procedimiento *Fortalecimiento de capacidades técnicas de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS* y a la *Guía de Planificación, Implementación y Evaluación de la Asistencia Técnica en el Ministerio de Salud y Protección Social*. (Ver páginas 13 a 19)
- Fortalecer la coherencia que deben reflejar los instrumentos de planeación (Planes de Asistencia Técnica y Plan de Acción) frente a lo reportado, lo consignado en los informes de gestión y lo realmente ejecutado, (resoluciones de comisión, informes de comisiones, formatos de asistencia a reuniones, programación y ejecución de videoconferencias y programación de salas de conferencia) (Ver páginas 20 a 29)
- Emplear y diligenciar los formatos que han sido diseñados y dispuestos en el Sistema Integrado de Gestión, haciendo referencia especialmente al procedimiento *Fortalecimiento de capacidades técnicas de los agentes y actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS* y Administración del Sistema Integrado de Gestión Institucional, específicamente en lo relacionado a listado de asistencia a reuniones, que se deben diligenciar y aplicar integralmente en atención a los fines para los cuales se han creado, formalizando todos los campos, de acuerdo con las instrucciones que los acompañan. Aunque los formatos no admiten el detalle de las actividades desarrolladas, es importante que en los mismos se registren datos como el objetivo, fechas, lugar, participantes, temas tratados, conclusiones y compromisos adquiridos claramente definidos. Así mismo, de acuerdo con la relevancia de los temas a tratar, las decisiones que se acojan y los compromisos que se concreten, es indispensable que los Listados de Asistencia a Reuniones se acompañen con las respectivas Actas. Estos soportes deben dar fe de la trazabilidad de los temas y el seguimiento al cumplimiento de los compromisos y evaluación de resultados. De manera especial se subraya sobre la redacción de los objetivos que debe atender a la formalidad estructural del mismo, expresando de manera y concreta el propósito de la reunión.

La Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria, señala para los literales a, b y c:

Como se expresó previamente, y se anota en el informe preliminar, la Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria usó los formatos de la versión vigente en su momento, para elaborar los planes de asistencia técnica en 2016 y 2017. Tal como se mencionó anteriormente, entre finales de 2017 y febrero de 2018 el

 	PROCESO	CONTROL Y EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN	Código	CEVF06
	Formato	Informe de auditorías internas de gestión	Versión	01

procedimiento **DESP02** “Fortalecimiento de capacidades técnicas de los agentes y actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS” y sus documentos asociados⁵⁴, se actualizaron de manera conjunta entre la Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales y las dependencias misionales. En febrero de 2018 se aprobó la modificación del procedimiento en mención; y el 9 de abril de este mismo año, se socializó este procedimiento y los documentos asociados al mismo, con los funcionarios y contratistas de esta Dirección. A partir de dicha actualización y su socialización, se concertó con la OAPES un cronograma de implementación, frente a la transición que se requiere para su utilización. Por lo anterior, el procedimiento se continuará implementando de acuerdo con los tiempos de actualización y socialización de los mismos y teniendo en cuenta los acuerdos con la OAPES como Dependencia responsable de liderar el procedimiento **DESP02** “Fortalecimiento de capacidades técnicas de los agentes y actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS”.

Frente al Sistema Integrado de Gestión se utilizarán los formatos correspondientes de acuerdo a sus correspondientes versiones.

Se precisa que el formato DESF04 en su versión 1 tiene fecha de 07 de febrero de 2017, por lo que para 2017 y 2018, estaba vigente y su aplicación era obligatoria.⁵⁵

- d) De acuerdo con los soportes revisados durante la ejecución de la auditoría, se observa que las actividades de asistencia técnica, asociadas al tema de Habilitación de Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud (RIPSS), requieren ser reforzadas dado el siguiente comportamiento:

Desde la Dirección, se lidera la asistencia técnica a EPS, Cajas de Compensación y Superintendencia Nacional de Salud. Los soportes analizados demuestran que dichos agentes han recibido capacitación principalmente bajo la modalidad presencial. A 30 de marzo de 2018, de acuerdo con los registros de la Superintendencia Nacional de Salud,⁵⁶ a marzo de 2018 en Colombia operan 19 Entidades Promotoras de Salud — EPS, 12 del Régimen Contributivo y 7 del Régimen Subsidiado; 8 organizaciones de economía solidaria; 14 Cajas de Compensación Familiar, 12 del Contributivo y dos del Subsidiado y dos Entidades Adaptadas al SGSSS. Los registros de los listados de asistencia evidencian que todas estas entidades no han solicitado la asistencia técnica pertinente.

La Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria indica:

La auditoría al respecto señala que sobre la asistencia prestada desde la Dirección a EPS y Superintendencia de Salud “Los registros de los listados de asistencia evidencian que todas estas entidades no han solicitado la asistencia técnica pertinente”.

Se debe precisar que la oportunidad de mejora acá reflejada no es consistente con lo establecido en el Plan de Asistencia Técnica reportado en las vigencias 2016, 2017 y 2018, en lo correspondiente a las EPS del régimen contributivo, subsidiado y a la Superintendencia Nacional de Salud. Como se ha mencionado se han utilizado diferentes mecanismos para realizar las convocatorias a los actores desde la expedición de la Resolución 1441 de 2016. No obstante, es preciso subrayar que la no asistencia de una entidad convocada, es ajena a las responsabilidades de esta Dirección, por lo cual bajo ningún punto de vista puede señalarse falta de “gestión adelantada por el Ministerio de Salud y Protección Social, en la conformación y organización de las redes

⁵⁴ DESG02 “Guía planificación, implementación y evaluación de la asistencia técnica en el Ministerio de Salud y Protección Social”, DESF04 Plan anual de Asistencia Técnica” y encuesta de percepción.

⁵⁵ Fuente: Correo electrónico del 8 de junio de 2018 del Grupo de Desarrollo Organizacional, en el que se confirma el dato.

⁵⁶ <https://www.supersalud.gov.co/Paginas/B%C3%BAsqueda.aspx?k=base%20de%20datos%20vigilados>

	PROCESO	CONTROL Y EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN	Código	CEVF06
	Formato	Informe de auditorías internas de gestión	Versión	01

integrales de prestadores de servicios de salud en zonas dispersas”, la no respuesta de las entidades a las convocatorias realizadas por la Dirección, pues esto es de su entera responsabilidad.

Lo anterior conlleva a mencionar y reiterar que en la vigencia 2016, periodo en el cual se realiza la expedición de la Resolución 1441 de 2016, se realizaron convocatorias masivas a todos los actores con responsabilidades en el proceso de habilitación de las RIPSS. Como lo presenta el Plan de Asistencia Técnica de las vigencias 2017 y 2018, las asistencias se realizan de conformidad con las necesidades de los actores, es decir, a demanda. No obstante, dentro del proceso de desarrollo del Módulo de Redes del REPS, aplicativo para la realización de la gestión de información relacionada con el proceso de habilitación de las RIPSS, se realizaron nuevamente convocatorias masivas a las EPS, departamentos y distritos y a la Superintendencia Nacional de Salud para una capacitación en este Módulo, que incluía, la revisión de la gestión de información, la interoperabilidad con otras fuentes de información del Ministerio de Salud y Protección Social y los mecanismos para gestionar el cumplimiento de los estándares de habilitación de las RIPSS.

*Se reitera, que la asistencia técnica brindada a estas entidades por parte de la Dirección a partir de 2017 se planea y ejecuta con base a los requerimientos de las mismas, dado que según la capacidad, estas entidades pueden o no solicitar apoyo técnico para la implementación del proceso de habilitación de sus RIPSS; así como autónomamente pueden desestimar las convocatorias realizadas desde la Dirección, lo cual bajo ningún punto de vista puede señalarse falta de “gestión adelantada por el Ministerio de Salud y Protección Social, en la conformación y organización de las redes integrales de prestadores de servicios de salud en zonas dispersas”. De acuerdo con la información de la Superintendencia Nacional de Salud, existen 57 entidades en Colombia a quienes les aplica la Resolución 1441, dicho universo es el que no se ve reflejado en los registros de los listados de asistencia. El equipo auditor no desconoce las actividades de asistencia técnica que desde la Dirección se han impulsado como tampoco desconoce, que dichas actividades son a demanda y que la asistencia a las convocatorias masivas no es obligatoria para todas estas entidades, por ello la precisión que se hace: **Los registros de los listados de asistencia evidencian que todas estas entidades no han solicitado la asistencia técnica pertinente.***

*La asistencia técnica dirigida a las siete entidades territoriales, objeto de la auditoría, se ha desarrollado así: i) Durante la vigencia 2016, fue la Dirección quien lideró la ejecución de las actividades de asistencia técnica, de las 20 jornadas presenciales programadas, en 5 se incluyeron a los departamentos de Chocó, Archipiélago de San Andrés y Providencia, Putumayo, Vichada, Guaviare, Vaupés y Amazonas, esta última no asistió a la capacitación de ese año. ii) En 2016 y 2017, a partir de los soportes disponibles, se observa que el desarrollo de la asistencia técnica no ha sido continuo, bajo el entendido que se las actividades se realizaron especialmente, en el último trimestre de la vigencia. iii) Figuran documentos que no corresponden a asistencia técnica propiamente dicho, como memorandos y correos de solicitud de datos o de remisión de información, sin que ello constituya necesariamente asistencia técnica. Ejemplo: Para Vaupés y Putumayo el único registro para 2017, es un correo del 30 de noviembre, remitiendo la Circular 43. Guaviare, Amazonas, Chocó y Putumayo, mencionan la teleconferencia del 6 de marzo de 2018, como actividad de asistencia técnica, no obstante, que en el formato de asistencia a reuniones se anota que: *ingresaron 65 participantes, pero al final solo quedaron 14, por dificultades de audio y visión de la videoconferencia. Solo algunos pudieron recibir la presentación de forma completa.* (Ver detalle en cuadro de las páginas 24 y 25). iv) Amazonas no recibió asistencia técnica durante 2016 y 2017, en 2018 figuran soportes que dan muestra de tres sesiones de asistencia técnica.*

En el siguiente cuadro se anotan las fechas de las actividades de asistencia técnica.

 	PROCESO	CONTROL Y EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN	Código	CEVF06
	Formato	Informe de auditorías internas de gestión	Versión	01

DEPARTAMENTO	2016	2017	2018
GUAVIARE	28 de junio	12 de septiembre	6 de marzo
VAUPES	28 de octubre	correo 29/11	6 de marzo 22/23 de marzo
VICHADA	28 de octubre	25 de octubre 7 a 11 de noviembre	22/23 de marzo
AMAZONAS		correo 29/11	6 de marzo 14 de marzo
CHOCO	13 de septiembre	15 y 16 noviembre *	8 de febrero 6 de marzo 22/23 de marzo
PUTUMAYO	18 de noviembre	correo 29/11	12 de febrero 6 de marzo 22/23 de marzo de 2018
SAN ANDRES	16 de junio * 10 y 11 de octubre	10 de noviembre	20 de abril

*El asesor del Departamento en entrevista con el equipo auditor, aseguró que esta visita no se había incluido dentro de los soportes por cuanto el objeto era diferente al tema de RIPSS.

Se señala que la Asistencia Técnica, se entiende como la transferencia de conocimiento con el ánimo de fortalecer y mejorar las competencias. La Asistencia Técnica en materia de salud, es un concepto que está definido en algunos documentos expedidos por el Ministerio de Salud, entre ellos el *Modelo de asistencia técnica regional unificado para la implementación del Plan Decenal de Salud Pública PDSP, 2012 – 2021*, en el que se define como: **el proceso interactivo mediante el cual hay una construcción conjunta de conocimientos, habilidades y destrezas que son analizados y adaptados por agentes del Ministerio de Salud y Protección Social y entidades públicas, privadas y organizaciones sociales y comunitarias, para el mejor desempeño de sus funciones y adecuado cumplimiento de las políticas, planes, programas y metas de salud. Dichos conocimientos y destrezas se configuran en metodologías, documentos y técnicas que son provistos a través de un conjunto de actividades programadas que incluyen talleres, asesorías, reuniones, conceptos escritos, suministro de tecnología blanda y/o dura, conferencias, o una combinación de las anteriores, entre otras.** Se enmarca la asistencia técnica bajo el concepto de aprendizaje altamente participativa, y diálogo de saberes, que permite afianzar la gestión del conocimiento y el desarrollo institucional y territorial de los diferentes actores del SGSSS, sobre los cuales tiene competencia el Ministerio en materia de asistencia técnica a partir de la generación de políticas, planes, programas y la gestión de proyectos que contribuyan a lograr un desarrollo institucional, representado en el incremento de la capacidad de gestión institucional para el desempeño de las competencias, mejorando las habilidades y destrezas del talento humano y la gestión en forma eficiente los recursos tecnológicos, informáticos, físicos, financieros y organizacionales. La asistencia técnica comprende la realización de 3 actividades: capacitación, asesoría y acompañamiento.⁵⁷

⁵⁷ MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. *Modelo de asistencia técnica regional unificado para la implementación del Plan Decenal de Salud Pública PDSP, 2012 – 2021*. Bogotá. Julio de 2013. Páginas 7 y 8. Ver: Ministerio de Salud y Protección Social. Lineamientos conceptuales Plan Decenal de Salud Pública PDSP 2012-2021. Estrategia PASE a la Equidad en Salud. 2014. Página 168. Ver: http://intranet.minsalud.gov.co/Sistema-integrado/Mapa-de-procesos/Documentosmapa/DESG02_Guia_asistencia_tecnica.pdf

	PROCESO	CONTROL Y EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN	Código	CEVF06
	Formato	Informe de auditorías internas de gestión	Versión	01

La Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria adjunta doce (12) anexos de los cuales cinco no habían sido entregados durante la auditoría, por lo que se tuvieron en cuenta para el informe final, los restantes fueron considerados en su momento. (Ver cuadro página 24)

- La asistencia técnica, de acuerdo con los servidores públicos de la Dirección, es permanente, pero deben hacerla telefónicamente. Primero, por las restricciones presupuestales que existen para los desplazamientos a territorio, y segundo, por las deficiencias técnicas para realizar la asistencia virtual, considerando que por un lado, su desarrollo depende en gran medida de la disponibilidad y capacidad tecnológica de la entidad territorial, que para zonas dispersas por lo demás, es crítica y por otro, a la disponibilidad de salas de transmisión o de fallas técnicas al interior del mismo Ministerio de Salud. Condiciones que precisan la necesidad de estudiar fuentes de recursos que favorezcan el desarrollo de actividades de asistencia técnica efectivas, más aún cuando una de las preocupaciones, no solo de los equipos técnicos de los territorios sino de la misma Dirección, es la falta de competencias de los referentes para validar las propuestas que las EPS deben presentar de la conformación y organización de la red integral de prestadores de servicios para sus afiliados, *en condiciones de accesibilidad, integralidad, continuidad, calidad, oportunidad y resolutivez, teniendo en cuenta la oferta de servicios habilitados por la respectiva Dirección Territorial de Salud, y de acuerdo a las características de la población asegurada a su cargo, mediante los respectivos acuerdos de voluntades con los prestadores de servicios de salud que la integran.*⁵⁸
- La asistencia técnica bajo la modalidad de videoconferencias es un medio que ciertamente tiene grandes ventajas, entre otros porque disminuye distancias, reduce tiempos y costos. Pero los demás beneficios conocidos, como la rapidez en la toma de decisiones, la productividad de los equipos de trabajo, el fortalecimiento de la participación y la resolución de problemas en tiempo real, son factores que dependen en gran medida del componente tecnológico que exige sistemas de información y comunicación adecuados para las partes que intervienen y el diseño de espacios que favorezcan la señal de audio y video, dos aspectos fundamentales que pueden garantizar el éxito y la efectividad de las videoconferencias para los ejercicios de asistencia técnica. No obstante, las debilidades en la conectividad y accesibilidad especialmente en las zonas dispersas y los inconvenientes técnicos al interior del Ministerio sumado a la falta de reglas de comportamiento, no permiten aprovechar de la mejor manera esta funcional herramienta tecnológica. Por lo anterior, es imperioso fortalecer el sistema de videoconferencias tanto a nivel técnico como logístico y metodológico, que por una parte permita la fácil comunicación, el registro efectivo de audio y video, la disposición de salas adecuadas para la imagen y la acústica y las metodologías o políticas de procedimiento que exijan la actitud y buena disposición de todos los integrantes.

De acuerdo con las condiciones descritas sobre el proceso de asistencia técnica, específicamente para zonas dispersas, es importante que se considere el fortalecimiento de dichas actividades teniendo en cuenta además, las particularidades que se compilaban en el anexo número 2 que forma parte del presente informe, en el que se plasman una serie de dificultades por las que atraviesan estos departamentos, que sumadas a su condición de territorios dispersos, ameritan que se profundice en dichas actividades para que en la práctica se cumpla con el propósito de la norma y se materialice la conformación de las RIPSS en estas zonas para garantizar no solo que se cumpla con la meta de conformar y aprobar la RIPSS a 30 de noviembre de 2017 sino para que los servicios de salud, efectivamente se presten con mejores condiciones de oportunidad, acceso y calidad.

⁵⁸ Ministerio de Salud y Protección Social. Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria. Redes Integrales de prestadores de servicios de salud Lineamientos para el Proceso de Conformación, Organización, Gestión, Seguimiento y Evaluación. Noviembre de 2016. Página 13.

 	PROCESO	CONTROL Y EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN	Código	CEVF06
	Formato	Informe de auditorías internas de gestión	Versión	01

Hoy las EPS están trabajando en sus propuestas, cuando carguen esa información en el módulo, el trabajo se trasladará a las Entidades Territoriales con los plazos que establece la norma. Por tanto, el departamento es el primero que tiene que capacitarse para saber cómo se organiza la red y que se va a entender por redes de servicios. El no conforma, pero va a dar el visto bueno para el funcionamiento de esas RIPSS.

Finalmente, la Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria, reiteró:

1. El objeto de la Auditoría “verificar la gestión adelantada por el Ministerio de Salud y Protección Social, en la conformación y organización de las redes integrales de prestadores de servicios de salud en zonas dispersas”, conforme a lo que específicamente reguló la Resolución 1441 de 2016; y no a analizar, cuestionar o emitir opiniones o conceptos sobre aspectos regulatorios diferentes que, hasta tanto no sean expedidos y como tal se encuentren formalmente en firme, no pueden tampoco ser objeto de verificación, y muchos menos en el objeto específico citado de la referida auditoría.
2. El hallazgo referido en la auditoría sobre la Implementación y Evaluación del MIAS (artículo 6 de la Resolución 429 de 2016), corresponde a otro objeto de auditoría, no al referido desde un comienzo, por lo que en caso de desear llevarse a cabo, ha de abordar los demás aspectos y realizarse con las dependencias encargadas de tales labores, las demás Dependencias responsables del desarrollo de los otros nueve (9) componentes del MIAS. Este abordaje indica la una auditoría ha rebasado su objeto abarcando la generalidad de la implementación de la Política de Atención Integral en Salud y su componente operativo el Modelo Integral de Atención en Salud en su totalidad. Frente a lo anterior se debe precisar que la Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria solo es competente para atender específicamente lo referido a “verificar la gestión adelantada por el Ministerio de Salud y Protección Social, en la conformación y organización de las redes integrales de prestadores de servicios de salud en zonas dispersas”, es decir, respecto de la implementación de la citada Resolución 1441 de 2016.
3. La citada Resolución 1441 de 2016 goza de plena legalidad y como tal se halla en implementación por parte de las entidades responsables; por lo que no se comprende que servidores públicos del Ministerio se expresen y actúen de manera contraria a las normas expresamente vigentes en determinada materia; aspecto que debería ser objeto de investigación por autoridades competentes, por lo cual se sugiere a la Oficina de Control Interno Disciplinario, adelantar las acciones pertinentes.

Sobre los dos primeros aspectos se reitera lo señalado en la página 41 de este informe. Con respecto al punto tres, esta auditoría no identificó servidores públicos del Ministerio que se expresen y actúen de manera contraria a las normas expresamente vigentes en determinada materia. No obstante, los informes de auditoría son dispuestos en la página web institucional,⁵⁹ para ser consultados, por todos los interesados externos e internos, incluyendo a la Oficina de Control Interno Disciplinario, instancia que en atención a sus funciones, puede mediante la aplicación de las actuaciones previstas por la Ley 734 de 2002 determinar si existe o no responsabilidad disciplinaria, y adoptar las medidas preventivas necesarias.

Fortalezas:

- ✓ El compromiso de la Dirección de Prestación de Servicios para instrumentalizar el componente cinco del Modelo Integrado de Atención en Salud, durante el plazo fijado por la Resolución 429 de 2016, a través de la Resolución 1441 de 2016 y cada uno de los documentos metodológicos que la acompañan: ABC de la Habilitación; preguntas

⁵⁹ <https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Institucional/Paginas/Oficina-de-Control-Interno—Ley-de-Transparencia.aspx>

 	PROCESO	CONTROL Y EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN	Código	CEVF06
	Formato	Informe de auditorías internas de gestión	Versión	01

frecuentes en lo correspondiente a RIPSS y manuales sobre: i) Lineamientos para el Proceso de Conformación, Organización, Gestión, Seguimiento y Evaluación; ii) Manual de habilitación de redes integrales de prestadores de servicios de salud para las entidades promotoras de salud; iii) Manual de habilitación de redes integrales de prestadores de servicios de salud para las entidades departamentales y distritales de salud y, iv) Manual de habilitación de las redes integrales de prestadores de servicios de salud para la Superintendencia Nacional de Salud.

- ✓ Diseño y puesta en marcha del Módulo de Unidades Funcionales del REPS, aplicación Web implementada *para apoyar tecnológicamente a las Direcciones Departamentales y Distritales de Salud en los procesos de Inscripción y Novedades para el módulo de Organizaciones Funcionales del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS)*, que entró a operar mediante la Circular 043 de 2017.
- ✓ Elaboración de propuestas técnicas y normativas sobre el Prestador Primario de Salud y los Centros de Referencia de Diagnóstico, Tratamiento y Farmacia para la Atención de Enfermedades Huérfanas.
- ✓ No obstante el hallazgo definido en esta auditoría y teniendo en cuenta que se hizo una aproximación a cada uno de los componentes del Modelo, se pudo evidenciar el interés y la gestión demostrada por las diferentes Direcciones para dar cumplimiento a los requerimientos del Modelo. Los documentos consultados y la información recibida, dan muestra de un trabajo arduo y exigente.
- ✓ Se destaca de igual manera, el compromiso, competencia e idoneidad de los equipos de trabajo de la Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria. Talento humano que demostró su conocimiento y experticia durante la exposición de los temas tratados.
- ✓ El interés y disposición que manifestaron los servidores públicos, bajo el liderazgo de los jefes, para atender al equipo auditor. No solo durante el proceso de entrevistas sino para facilitar la consulta de los soportes requeridos.
- ✓ El compromiso, convencimiento y entusiasmo de los servidores públicos frente a los temas que lideran.

Fecha de informe de auditoría:

Nombre y firma del equipo auditor:



RUBY ROCIO CASTRO CONTRERAS



MARIA NINA ZAMBRANO TRUJILLO

