

ESTUDIO DE LA REALIDAD SOBRE
LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS
DEL SERVICIO DE SALUD
EN SANTAFE DE BOGOTA

534

**COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO
FACULTAD DE ODONTOLOGIA**

**ESTUDIO DE LA REALIDAD SOBRE
LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS
DEL SERVICIO DE SALUD
EN SANTA FE DE BOGOTA**

PRESENTADO A:

Dr Fredy Osorio

PRESENTADO POR:

Sandra Milena Reyes

Norha María Blanco

Blanca Soraya Cubides

Santa Fé de Bogotá, Marzo de 1996

SantaFé de Bogotá, mayo 9 de 1996

Señores

Comité de proyectos Facultad de Odontología

Colegio Odontológico Colombiano

Ciudad

Respetados Señores:

Hacemos llegar a ustedes junto con la presente, el proyecto de grado "Estudio sobre la realidad de las Instituciones Prestadoras del Servicio de Salud en SantaFé de Bogotá", cumpliendo así con los requisitos para culminar la carrera y optar el título de Odontóloga General.

Cordialmente


NORHA MARIA BLANCO L.


BLANCA SORAYA CUBIDES M.


SANDRA MILENA REYES A.

DEDICATORIA

Queremos brindar el desarrollo de esta monografía, a quienes caminan a nuestro lado con su presencia afable: nuestros padres; por su fuerte apoyo, sacrificios y entrega generosa, por prepararnos bien en la misión de la vida y capacitandonos a conciencia.

Gracias papá y mamá por ayudarnos a forjar nuestro camino, siendo la rivera a nuestras fatigas e iniciativas.

Hoy retornamos a ustedes más ricas en valores.

Con un mismo amor y un mismo sentir les inclinamos nuestro corazón, que siempre tendrán alegría y entusiasmo para seguir realizando muchas cosas.

Gracias papá y mamá.

TABLA DE CONTENIDO

FORMULACION DEL PROBLEMA

JUSTIFICACION

OBJETIVO GENERAL

OBJETIVOS ESPECIFICOS

INTRODUCCION

RECURSOS DISPONIBLES

RECURSOS HUMANOS

RECURSOS MATERIALES

DISEÑO METODOLOGICO

MARCO HISTORICO

ANTECEDENTES HISTORICOS DE LA SEGURIDAD SOCIAL

MARCO REFERENCIAL

1. LEY 10 DE 1990

Reorganización de la Seguridad Social

2. LEY 100 DE 1993

2.1. Objetivo de la Seguridad Social

2.2. Componentes de la Seguridad Social

2.3. Principios Básicos de la Seguridad Social

2.4. Fondo de Solidaridad y Garantía

- 2.5. Régimen Contributivo
- 2.6. Régimen Subsidiario
- 2.7. Distribución de la Cotización
- 2.8. U.P.C. (Unidad de pago por capitación)
- 2.9. SISBEN (Sistema de Identificación del beneficiario)
- 2.10. Plan Obligatorio de Salud (P.O.S.)
- 2.11. Criterios para la conformación de una I.P.S.
- 2.12. A quien ampara el P.O.S.?
- 2.13. El P.O.S. no contempla
- 3. I.P.S. Instituciones Prestadoras del servicio de salud

MARCO CONCEPTUAL

CONCEPTOS LITERARIOS

CONCEPTOS GRUPALES

MARCO TEORICO

ESTUDIO DE LA REALIDAD SOBRE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS

DEL SERVICIO DE SALUD EN SANTAFE DE BOGOTA

CONCLUSIONES

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

FORMULACION DEL PROBLEMA

La preocupación por la falta de conocimientos reales con respecto al manejo interno enfocado en la parte financiera, laboral, social y administrativa de una I.P.S., que tenemos los profesionales interesados en su creación o vinculación.

JUSTIFICACION

Después de cerca de tres años de instaurada la ley 100 de Seguridad Social en Salud, son muchos los interrogantes que surgen alrededor de ella, estas dudas provienen de los pacientes hoy día llamados usuarios y de los profesionales de la salud.

Cercanos a graduarnos debemos conocer la realidad de la nueva organización en salud, la ley y sus decretos reglamentarios, lo mismo que la organización de las I.P.S.

Nuestro trabajo trata de descubrir esta realidad.

OBJETIVO GENERAL

Este trabajo busca por medio de estudios, entrevistas y visitas a algunas I.P.S. de Santafé de Bogotá, aclarar como ha resultado su organización, fundación, beneficios a la comunidad, demandas de servicios, beneficios económicos y desarrollo profesional de las personas que están vinculadas con el nuevo modelo de atención en salud.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Adelantar un proceso de estudio y análisis del nuevo Sistema de Seguridad Social en Salud a partir de la Ley 100 de 1.993, para identificar las instituciones prestadoras del servicio.
2. Brindar a través de este Proyecto una versión más real y profunda de factores positivos y negativos en la creación y desarrollo de las Instituciones Prestadoras del Servicio de Salud.
3. Despejar dudas del funcionamiento interno, manejo y proyecciones de las Instituciones Prestadoras de Servicio de Salud.
4. Saber los niveles de atención que por obligatoriedad les corresponde atender a las Instituciones Prestadoras de Salud.
5. Ampliar conocimientos sobre formas de crédito, financiación y aportes que necesita el grupo fundador de la Institución.

INTRODUCCION

Hablar de microempresas de salud podría hacer pensar en algo novedoso. El significado corriente entre nosotros de microempresa nos traslada a la idea de manufacturas, pequeño comercio, artesanías, industrias caseras, etc. Como micro, da idea de algo de pequeña dimensión, como empresa, sociedad comercial que produce bienes y servicios, con lucro mayor o menor. Los servicios de salud dentro de la concepción tradicional, no armonizarían con los conceptos anteriormente expresados. Pero, no hay tal novedad, al menos teórica y académicamente, porque desde hace años en las cátedras del área llamada preventiva y social de las ciencias de la salud, se afirma que los consultorios de salud deben considerarse y tratarse como una empresa, incluso las mismas profesiones. Hoy tal vez la diferencia está en la praxis y en relación con lo pragmático; veamos la realidad de hoy.

Las últimas disposiciones sobre el régimen de seguridad social para Colombia han originado la aparición de Empresas Promotoras de Salud y de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud; ellas son numerosas, haciendo que la oferta de servicios sea amplia y variada: compañías de seguros cooperativas, grupos profesionales del área de la salud, inversionistas, etc., diferentes tipos de servicios (medicina general, medicina preventiva, medicina especializada,

hospitalización, laboratorio clínico, imagenología, etc.), variedad de precios y formas de pago, énfasis en ciertos grupos de edad y segmentos comunitarios.

El crecimiento de la oferta de servicios de salud en cualquiera de las modalidades y formas, ha alcanzado desarrollos notables generando reemplazo de instituciones como el I.S.S. o las cajas de previsión. En lo relacionado con el sistema de seguridad social en salud, para el recurso humano prestador de los servicios, se ha originado una sustitución de patrones: del estado, básicamente a instituciones privadas con ánimo de lucro; de salarios y prestaciones en alguna medida aceptables, a condiciones laborables diferentes en las nuevas empresas particulares.

Es aquí, donde por medio de este proyecto, queremos llegar a confirmar si la nueva oferta de servicios de salud funciona sobre mayores rendimientos, mejor calidad de servicio, utilidades para los dueños del negocio y mejores condiciones laborales para los profesionales relacionados con esta nueva modalidad, centrándonos en las Instituciones Prestadoras del Servicio de Salud, las cuales tienen mayor contacto con el usuario.

RECURSOS DISPONIBLES

RECURSOS HUMANOS

Directores de las diferentes I.P.S.

- Jairo Forero (Secretario de Decanatura del Colegio Odontológico Colombiano)
- Mario Trujillo (Presidente de Vicepresidencia de la I.P.S. del Instituto de Seguros sociales)
- Omar Cuevas (Director Nacional de Salud - Corvesalud I.P.S. de SaludCoop)
- Hector Montaguth (Director Clínica Montaguth Limitada I.P.S. del Instituto de los Seguros Sociales)
- Mauricio Melo (Director de Cañón Nieto Limitada I.P.S. del Instituto de los Seguros Sociales)
- Camilo Franco (Director General - Coopsalud)

RECURSOS MATERIALES

- Ministerio de Salud
- Instituto de los Seguros Sociales
- Clínica Montaguth
- Cañón Nieto y Compañía Limitada

- CorveSalud
- Centro Médico de Diagnóstico Especializado
- Coopsalud

DISEÑO METODOLÓGICO

Por medio de acetatos alusivos al tema daremos información general sobre el verdadero funcionamiento de las I.P.S., basadas en información y entrevistas a directores de dichas instituciones.



MARCO HISTORICO

Antecedentes históricos de la Seguridad Social

Los países que hoy se califican como industrializados tuvieron que pasar por las diversas fases de la revolución industrial, que transformó a Europa y que extendió sus principales influencias a los Estados Unidos con todas las consecuencias que ello conlleva.

Mucho después, los otros países del mundo trataron de emular los avances industriales y comerciales, lo cual creó toda clase de problemas, entre los cuales el más grande era el de la pobreza extrema. Mucho antes de que se admitieran explícitamente, que era indispensable una acción de la comunidad; el alivio de la pobreza, se consideraba ya como una obligación a las fundaciones religiosas: prestar algún refugio provisional y cierto sustento, y los gremios medievales ayudaban a sus miembros y a sus familias. Entonces a partir de allí, se elaboró una legislación de beneficencias cuyo objetivo era aliviar los sufrimientos de los pobres.

A lo largo del tiempo, la industrialización dio origen a una nueva y numerosa categoría de trabajadores: los obreros de las fabricas, que dependían para su

sustento del cobro regular de sus salarios, y que si dejaban de percibirlos al quedar desempleados, caer enfermos, o alcanzar una edad muy avanzada para trabajar, podían verse reducidos a la indigencia. Los intentos por proteger estas masas laboriosas les adoptaron diversas formas: cajas o bancos de ahorros patrocinados por el estado, disposiciones que imponían a los empleados la obligación de sostener a los trabajadores enfermos o heridos, difusión de las asociaciones de ayuda mutua que proporcionaban una modesta ayuda pecuniaria en la enfermedad y en la vejez y pólizas de seguro de vida para costear gastos funerarios.

Todo esto era útil, pero solo hasta cierto punto; porque uno de los principales errores del pensamiento de aquella época fue la persistencia de la idea optimista de que si se permitía a los trabajadores solucionar por si mismos sus dificultades, demostrarían disposición, capacidad, y suficiente imaginación para cubrir los riesgos.

Con el tiempo se organizaron diversos regímenes de prestaciones, hasta que en los países industrializados su cobertura llegó a ser prácticamente total para todos los grupos de población y en toda clase de contingencias, y la expresión utilizada para describir esta nueva situación fue la de Seguridad Social la cual puede entenderse como la protección que la sociedad proporciona a sus miembros mediante una serie de medidas públicas contra las privaciones sociales y económicas, que de otra manera derivarían en la desaparición o en una fuerte reducción de ingresos como consecuencia de enfermedad, maternidad, accidente de trabajo o enfermedad profesional, desempleo, invalidez, vejez y muerte y también la protección en forma de asistencia médica y de ayuda a los hogares con hijos.

La expresión "Seguridad Social" fue empleada por primera vez en un documento oficial en una ley de Estados Unidos, la Ley de 1935, esta instituyó cubrir riesgos de vejez, muerte, invalidez y desempleo.

Los distintos elementos que contribuyeron a conformar los amplios regímenes de Seguridad Social en la actualidad son: el Seguro Social, la asistencia pública, las prestaciones sufragadas con fondos públicos, las prestaciones familiares y las cajas de previsión y los distintos programas y servicios que han venido apareciendo para complementar la Seguridad Social.

No obstante la conceptualización y los planteamientos específicos de la Seguridad Social en Colombia fueron introducidos por Rafael Uribe Uribe en 1904. El hablaba de la necesidad del código laboral, así como de las cajas de ahorro, de los trabajadores y de la vivienda popular.

Posteriormente empezaron a aparecer en la legislación colombiana disposiciones sociales como "Ley 29 de 1905"; establecía una pensión de jubilación para sectores particulares restringidos. La "Ley 57 de 1915", obligó a todas las empresas a otorgar asistencia médica y farmacéutica y a pagar indemnizaciones en caso de incapacidad y muerte. Esta ley considerada como la primera en la protección del trabajador privado, y así sucesivamente siguieron una serie de leyes hasta 1945 que se pueden consignar al alcance limitado para cubrir sectores de la población muy reducidos y para amparar unas pocas contingencias, pero por sus características tan solo pueden considerarse como un tímido antecedente de un sistema de seguros sociales y nunca una verdadera seguridad social.

La nueva Constitución Política de Colombia de 1991, ordenó una reforma integral de la seguridad Social en el país.

En uno de los artículos de la Carta Magna dice: "Que la Seguridad Social como servicio público de carácter obligatorio, que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del estado con sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad en los términos que establezca la ley."

También señala el objetivo social del Estado, de dar prioridad a la inversión pública social y programas específicos de salud, educación, saneamiento ambiental y suministro de agua potable como sus componentes básicos, lo cual y hasta el momento tenemos solo desarrollado un 40% aproximadamente.

MARCO REFERENCIAL

1. LEY 10 DE 1990

Reorganización del Sistema Nacional de Salud

Esta ley la sancionó el Presidente de la República el 10 de enero de 1990, por la cual se reorganiza el Sistema Nacional de Salud, descentralizando la administración de los servicios de salud y colocándolos en manos de alcaldes y gobernadores, estableciendo juntas directivas, por cada puesto, centro de salud y hospital.

De otra parte la ley refinancia ampliamente el sector, incrementando los recursos del presupuesto nacional, que serán girados a municipios y departamentos. La ley establece la carrera administrativa para todos los empleados oficiales de la salud.

En esta ley se declaran los "SERVICIOS DE SALUD" como un servicio público de obligatoria prestación por parte del estado.

La atención de urgencias, se establece como obligatoria para todas las clínicas y hospitales públicos o privados, independientemente de la situación económica del usuario.

La ley sanciona también una nueva forma de liquidar los recursos presupuestales para salud por parte de la nación, y se establece que el presupuesto de la salud, no podrá ser inferior al 4% de todos los ingresos corrientes de la nación, con incrementos periódicos hasta del 0,5% cuando el crecimiento de la economía del país así lo permita.

Como novedad absoluta esta ley, crea sin precedentes en el país, el monopolio sobre los juegos de apuestas y azar diferentes a las loterías existentes y al chance.

Los gobernadores y jefes seccionales de los departamentos deberán responder, por la política regional de salud y la administración de los hospitales regionales y universitarios; para su financiación los departamentos contarán con el 50% del presupuesto nacional destinado a la salud. De otro lado, los alcaldes de los municipios se harán cargo de la política local de salud y la administración de centros, puestos de salud y hospitales locales.

La ley establece un plazo perentorio de un año a fundaciones privadas que prestan servicios de salud con recursos públicos para que demuestren ante el estado su solvencia patrimonial, administrativa y científica, o se disuelvan y transfieran sus bienes a los hospitales públicos.

La nueva ley moderniza la administración hospitalaria, exigiendo el manejo estricto de contabilidad de costos y sistemas de control de gestión, incorporando

además la participación comanditaria y municipal en sus organismos de dirección. En lo sucesivo, los directores de hospitales además de ser profesionales de la salud deberán acreditar formación en los campos de administración y gerencia hospitalaria.

2. LEY 100 DE 1993

La ley 100 de 1.993 marcó el cambio más importante de los últimos 100 años en la Seguridad Social en Colombia. Un reciente estudio demostró que el 87% de la población desconoce el impacto que esta reforma tiene en su vida particular y familiar.

La confusión existente se convierte en un obstáculo; las personas deben tomar las decisiones que más les convengan a ellos y a su familia. Como consecuencia de lo anterior implantar la reforma se hace más difícil, y se corre el riesgo de perder una gran oportunidad para que el país avance, en materia Seguridad Social y por lo tanto en su desarrollo social.

A partir de Enero de 1.995, funciona en el país un nuevo modelo de salud que le permite a todas las familias obtener protección contra las enfermedades y escoger libremente, no sólo la entidad promotora de salud a la cual quieren pertenecer, sino también, las clínicas, hospitales, laboratorios y médicos entre otros.

Anteriormente estos servicios eran sólo para los trabajadores asalariados, hoy se permite que todos los colombianos, sin importar su situación laboral y edad puedan afiliarse y sin estar sujetos a un examen médico de ingreso para renunciar a las enfermedades que presenten en este momento, conocidas como enfermedades preexistentes, puedan beneficiarse del nuevo modelo de salud y hacerlo extensivo a su familia.

El nuevo Sistema introduce el principio de competencia, que permite a el afiliado escoger libremente una de las 25 EPS existentes en Colombia; que han sido

creadas con el fin de poder prestar un servicio más eficiente y una mayor cobertura.

Adicionalmente, se permite que en caso de no estar contentos con el servicio de la EPS seleccionada se pueda cambiar de entidad, sin perder el tiempo cotizado.

Otro de los avances básicos es el manejo independientemente de la salud, frente a pensiones y cesantías. Es decir que hoy la salud de la familia pueda ser prestada por entidades diferentes a las que se encargan de administrar las pensiones y cesantías del afiliado.

El cambio permite que todos los colombianos puedan recibir servicios de salud de alta calidad, con la seguridad de que serán bien atendidos, sin aportar importantes recursos económicos en la atención de las enfermedades de cualquiera de los integrantes de la familia.

SISTEMA DE SALUD

ANTES

- . baja cobertura
- . sólo para el afiliado
- . obligación de afiliarse al ISS o Cajas de Previsión Social.
- . preexistencia.

AHORA

- . acceso a la salud progresiva.
- . cobertura familiar.
- . Libre escogencia de la EPS
(hospitales y médicos)
- . No hay preexistencia.

2.1. Objetivo del Sistema de Seguridad Social en Salud.

- Regular el servicio público esencial en salud.
- Crear condiciones de acceso de la población al servicio en todos sus niveles.
- Garantía de Servicio.
- Principio de equidad.
- Afiliación obligatoria.
- Prestación integral.
- Libertad de competencia.
- Libertad de elección.
- Descentralización administrativa.

Componentes de la Seguridad Social.

- Pensiones
- Riesgos profesionales.
- Salud.



Pensiones

Invalidez	75 % Patrón
Vejez	25% Empleado
Muerte	

Riesgos profesionales

Accidentes	100% Patrón
enfermedades	
de trabajo	

Salud

Régimen contributivo:	12%
4% trabajador	
8% Patrón	
Régimen subsidio:	12% A cargo del Estado

2.3. Principios básicos de la Seguridad Social.

Integralidad: Cobertura de todas la contingencias que afectan la salud.

Unidad: Articulación de políticas institucionales, regímenes, procedimientos y prestaciones para alcanzar los fines de la Seguridad Social.

Participación: Intervención de la comunidad, a través de los beneficios de la Seguridad Social en la organización, control y gestión de las instituciones en conjunto.

Equidad: Persigue otorgar servicios similares a toda la población independiente a la capacidad de pago.

Obligatoriedad: Busca que el empleador afilie al sistema a todos sus trabajadores, y que el Estado facilite la afiliación a quienes se encuentran como trabajadores sin capacidad suficiente de pago.

Libre escogencia: Centra las prestaciones de los servicios en la decisión del trabajador o asegurado.

Participación Social: Proyecta la vinculación de los usuarios a las instituciones del sistema.

Concertación: Propicia la participación de la comunidad en la administración y decisiones de los estamentos Nacionales, Departamentales, Distritales y Municipales.

Calidad: Fin del servicio, que debe ser integral, continuo, oportuno, personalizado y humanizado.

2.4. Fondo de Solidaridad y Garantía de la Seguridad Social.

Cuenta adscrita al Ministerio de Salud con el cual se benefician las personas que están en el Régimen subsidiado, que se maneja por encargo fiduciario, sin personería jurídica, ni planta de personal propio.

Subcuentas:

- a. Compensación interna del régimen contributivo.
- b. Solidaridad de régimen de subsidio en salud

c. Promoción en salud.

d. Seguro de riesgos catastróficos y Accidentes de trabajo.

2.5 Régimen Contributivo

Cuando la vinculación se hace a través del pago de una cotización o aporte económico previo, por los afiliados y/o empleadores, los beneficiarios de este régimen son: los servidores públicos, pensionados, jubilados, trabajadores independientes y personas con contrato de trabajo. Este régimen cubre además a la familia del afiliado, igual con pagos moderados.

2.6. Régimen Subsidiario

Cuando la vinculación se hace a través del pago de una cotización subsidiada, total o parcialmente con recursos fiscales o de solidaridad. Los beneficiarios de este régimen son: Toda la población pobre y vulnerable y sus grupos familiares que no tienen capacidad de cotizar. Se diseñará un plan progresivo de cobertura para llegar a la del régimen contributivo antes del 2001. Inicialmente se incluyen servicios de salud de primer nivel equivalentes al 50% de la unidad de pago por capitación del sistema contributivo.

2.7. Distribución de la cotización en Salud

Empleador: 8%

Empleado: 4%

Total: 12%

1% Fondo de Solidaridad (Subsidios)

11% Promoción de la salud (máximo 1%)

- Pago por incapacidades (a cargo de las E.P.S.)
- Pago por licencias de maternidad (a cargo del fondo de Solidaridad)
- Recursos para atención de la Salud que se destinan a la U.P.C. igual para todos los beneficiarios.

2.8. Unidad de pago por capacitación (U.P.C.)

Es el valor que anualmente reconocerá el Fondo de Solidaridad y garantía a las E.P.S. por cada uno de los afiliados al sistema de Seguridad Social en Salud.

2.9. Sistema de identificación del beneficiario (SISBEN)

Es la carnetización de las personas de estrato 1, 2 y 0, procedimiento para que en cada municipio por intermedio de alcaldías, hospitales, se identifique a las personas con escasos recursos.

2.10. Plan Obligatorio de Salud (P.O.S.)

Las condiciones de acceso a este plan las crea el Sistema General de Seguridad Social en Salud para todos los habitantes del territorio nacional antes del año 2001.

Este plan permitirá la protección integral de las familias a la maternidad y enfermedad general en las fases de promoción y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para todas las patologías según la intensidad de uso y los niveles de atención y complejidad que se definan. Además incluye pacientes de catástrofes, riesgos profesionales y accidentes de tránsito.

Este plan cobija a todos los afiliados al régimen contributivo y al régimen subsidiado y su núcleo familiar.

2.11. Criterios para la conformación del P.O.S.

- a) Revaluación de las intervenciones para resolver necesidades de salud.
- b) Integridad y continuidad en la atención.
- c) Integridad de las intervenciones.
- d) Protección financiera a los usuarios.
- e) Calidad técnica de los servicios.
- f) Mejoramiento de la relación médico - paciente.

2.12. A quienes ampara el P.O.S.

- Conyugue o compañero(a) con relación mayor a 2 años.
- Hijos menores de 18 años.
- Hijos mayores de 18 años con incapacidad permanente.
- Hijos menores de 25 años estudiantes.
- Padres del cotizante y recién nacidos.

2.13. El P.O.S. no contempla

- Suministro de medias elásticas de soporte.
- Fajas
- Corcet
- Plantillas
- Sillas de ruedas
- Zapatos Ortopédicos
- Lentes de Contacto
- Tratamiento de Periodoncia

- Tratamiento de Ortodoncia
- Tratamiento de Ortopedia
- Tratamiento de Medicación
- Tratamiento de sustancias no encontradas en el manual de medicación
- Fertilización in vitro
- Cirugías plásticas para embellecimiento.

3. I.P.S. INSTITUCIONES PRESTADORAS DEL SERVICIO DE SALUD

ARTICULO 73 I.P.S.: Prestar los servicios en su nivel de atención correspondiente a los afiliados dentro de los parámetros y principios señalados en el presente estatuto.

Las I.P.S. deben tener como principios básicos la calidad y eficiencia, y tendrán autonomía administrativa, técnica y financiera. Además propenderán por la libre concurrencia en sus acciones, proveyendo información oportuna, suficiente y veraz a los usuarios, y evitando el abuso de posición dominante del sistema.

ARTICULO 74: Acuerdos o convenios prohibidos: Están prohibidos todos los acuerdos o convenios entre I.P.S., entre asociaciones o sociedades científicas y de profesionales o auxiliares del sector salud, o al interior de cualquiera de los anteriores, que tengan por objeto o efecto impedir, restringir o interrumpir la prestación de los servicios de salud, la vigilancia de lo aquí provisto estará a cargo de la superintendencia de industria y comercio, de acuerdo con las disposiciones legales vigentes.

ARTICULO 75: Prohibición de discriminación: Las I.P.S. no podrán discriminar en su atención a los usuarios.

ARTICULO 76: Del sistema de acreditación: El gobierno nacional propiciará la conformación de un sistema de acreditación de las I.P.S. para brindar información a los usuarios sobre su calidad y promover su mejoramiento.

ARTICULO 77: Información de los usuarios. El Ministerio de Salud definirá normas de calidad y satisfacción del usuario, pudiendo establecer mediados como tiempo máximo de espera por servicios y métodos de registro en listas de espera, de acuerdo con las patologías y necesidades de atención del paciente.

ARTICULO 78: Control y evaluación de la calidad del servicio de salud: Es obligación del gobierno expedir normas relativas a la organización de un sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención de salud, incluyendo auditoría médica con el objeto de garantizar la adecuada calidad.

ARTICULO 79: Procedimientos para reclamar: Cuando ocurran hechos de naturaleza asistencial que presuntamente afecten al afiliado, podrán solicitar reclamación ante el comité técnico-científico, que designará la entidad de salud al cual esté afiliado.

ARTICULO 80: Autonomía de la I.P.S.: Cuando una I.P.S. sea de propiedad de una E.P.S., la primera tendrá autonomía técnica, financiera y administrativa dentro de un régimen de delegación que garantice un servicio eficiente.

ARTICULO 81: Dirección de hospitales públicos: Los directores de hospitales públicos de cualquier nivel de complejidad serán nombrados por el jefe de la respectiva entidad territorial, y la junta directiva se nombrará de acuerdo a lo dicho por el tripartito.

ARTICULO 82: Inscripción en el registro especial de las entidades de salud: Todas las entidades de salud o fundaciones de utilidad común o las corporaciones o asociaciones sin ánimo de lucro cuyo objetivo sea la prestación de servicios de

salud, deberán acreditar ante el Ministerio de Salud, o en quien éste delegue, ó ante direcciones departamentales o distritales de salud.

ARTICULO 83:Disolución y liquidación: El gobierno nacional organizará en cada caso una comisión constituida por la representación de la comunidad beneficiaria, los trabajadores, dirección científico-técnica y funcionarios de la entidad territorial correspondiente, la cual propondrá alternativas para la destinación o transferencia de los bienes o rentas.

ARTICULO 84:Las I.P.S. cuya naturaleza jurídica no se ha podido precisar y estén siendo administradas y sostenidas por el estado, continuaran bajo la administración del respectivo ente territorial de acuerdo al nivel de atención y clasificación que se determine. Este ente deberá adelantar todas las actuaciones administrativas para definir la naturaleza jurídica de conformidad con los regímenes departamentales, distrital y municipal.

ARTICULO 85: Todas las entidades públicas descentralizadas de orden nacional, departamental, distrital y municipal, directas o indirectas pueden prestar los servicios de salud mediante contratos celebrados para el efecto con fundaciones e instituciones de utilidad común.

ARTICULO 86: Todas las entidades privadas que presten servicios de salud, que reciban a cualquier título recursos de la nación o de las entidades territoriales o de los entes descentralizados, deberán suscribir un contrato con la entidad correspondiente en el cual se establezca un plan o programa o proyecto al cual se destinarán los recursos públicos con indicación de metas, propuestas, cantidad y calidad dispuesto al reglamento tarifario.

ARTICULO 87: Las direcciones seccionales, distritales y locales de salud garantizan la celebración de contratos de compra-venta de servicios con los hospitales para atender la población que se les asigne o con las entidades promotoras de salud.

ARTICULO 88: El Ministerio de Salud establecerá las normas de importación de tecnologías biomédicas y definirá el desarrollo de programas de alta tecnología, de acuerdo con planes nacionales para la atención de las patologías.

ARTICULO 89: Los municipios darán prioridad en su asignación de inversión para la salud al fortalecimiento del sistema de centros y puestos de salud para fortalecer dotación básica de equipo y personal.

ARTICULO 90: Los hospitales públicos y privados en los cuales el valor de los contratos suscritos con la nación o entidades, representen más del treinta (30%) de sus ingresos totales deberán designar como mínimo 5% del total para mantenimiento de la infraestructura.

ARTICULO 91: Los convenios docente - asistenciales que se realicen con ocasión de residencia o entrenamiento de profesionales deberán consagrar una beca- crédito en favor de tales estudiantes y profesionales no menor a dos salarios mínimos mensuales.

ARTICULO 185: Requisitos Generales:

Los establecimientos industriales o comerciales, cumplirán con los siguientes requisitos:

a) Contar con espacio suficiente que permita su correcto funcionamiento y mantener en forma higiénica las dependencias y los productos.

b) La unión de los muros con los pisos y techos se hará en forma tal que permita la limpieza.

c) Cada una de las áreas tendrá la ventilación e iluminación adecuadas y contará con los servicios sanitarios, vestideros y demás dependencias conexas.

ARTICULO 186: Plazos: El Ministerio de Salud establecerá los plazos para que los establecimientos industriales y comerciales existentes, se ajusten a los requisitos establecidos en el presente estatuto y sus reglamentaciones.

DE LOS EQUIPOS Y UTENSILIOS:

ARTICULO 187: Higiene: El material, diseño, acabado e instalación de los equipos y utensilios deberán permitir la fácil limpieza, desinfección y mantenimiento higiénico de los mismos. Tanto los equipos como los utensilios se mantendrán en buen estado de higiene y conservación y deberán desinfectarse cuantas veces sea necesario para evitar problemas higiénico- sanitarios.

ARTICULO 189: Lubricación: Las conexiones y mecanismos de equipos que requieran lubricación, estarán constituídos de manera que el lubricante no entre en contacto con los alimentos o bebidas ni con las superficies que estén en contacto con estos.

ARTICULO 190: Limpieza: La limpieza, lavado y desinfección de equipos y utensilios que tengan contacto con alimentos o bebidas, se harán en tal forma y

con implementos o productos que no generen ni dejen sustancias peligrosas durante su uso.

DE LAS OPERACIONES DE ELABORACION, PROCESO Y EXPENDIO

ARTICULO 191 Y 192: Los depósitos de materias primas y productos terminados para alimentos y bebidas ocuparán espacios independientes, salvo en aquellos casos en que a juicio del Ministerio de Salud o de la autoridad delegada no se presenten peligros de contaminación para los productos.

ARTICULO 194: Prohibición de reutilización: No se permitirá reutilizar alimentos, bebidas, sobrantes de salmuera, jugos, aceites o similares, salvo en aquellos casos que el Ministerio de Salud o la autoridad delegada lo autorice porque no trae riesgos para la salud del consumidor.

ARTICULO 195: Protección contra las plagas: Los establecimientos a que se refiere esta sección, los equipos, las bebidas, alimentos y materias primas deben protegerse contra las plagas. Los plaguicidas y los sistemas de aplicación que se utilicen para el control de plagas en alimentos y bebidas cumplirán con la reglamentación que al efecto dicte el Ministerio de salud.

ARTICULO 196: Prohibición de sustancias peligrosas: Se prohíbe el almacenamiento de sustancias peligrosas en cocinas o espacios en que se elaboren, produzcan, almacenen o envasen alimentos o bebidas.

ARTICULO 197: Areas de no contaminación: En los establecimientos comerciales las actividades realizadas y relacionadas con alimentos o bebidas,

con fraccionamiento, elaboración, almacenamiento, empaque y expendió deben efectuarse en áreas que no ofrezcan peligro de contaminación para los productos.

ARTICULO 198: Separación de espacios: Los espacios destinados a vivienda o dormitorio deberán estar totalmente separados de los dedicados a las actividades propias de los establecimientos.

ARTICULO 199: Equipos de refrigeración: los establecimientos en que se produzcan, elaboren, fraccionen, expendan, consuman o almacenen productos de fácil descomposición contarán con equipos de refrigeración adecuados y suficientes.

ARTICULO 200: Disposición de agua: Los establecimientos deberán disponer de agua y elementos para lavado y desinfección de sus equipos y utensilios.

ARTICULO 201: Límites en las áreas de procesamiento: A éstas se prohíbe la entrada de personas, desprovistas de los implementos de protección adecuados a las áreas de procesamiento, para evitar la contaminación de los alimentos o bebidas.



MARCO CONCEPTUAL

CONCEPTOS LITERARIOS

Calidad: Es el fin del servicio que debe ser integral, continuo, oportuno, personalizado y humanizado.

Concentración: Propicia la participación en la administración y decisiones de los estamentos nacionales, departamentales, distritales y municipales de la Seguridad social.

Eficiencia: Mejor utilización social y económica de los recursos administrativos, técnicos, financieros, disponibles, a que los beneficios a que da derecho a la seguridad social sean prestados en forma adecuada.

E.P.S.: Entidades Promotoras de Salud, son las encargadas de la afiliación y carnetización de las personas y el recaudo de las cotizaciones, la administración de los recursos y la contratación de los servicios.

Equidad: Otorga servicios similares a toda la población independientemente de la capacidad de pago.

Fondo de Seguridad y Garantía: Cuenta adscrita al Ministerio de Salud a beneficio de los usuarios.

Integralidad: Cobertura de todas las contingencias que afectan la salud, la capacidad económica y en general las condiciones de la población.

I.P.S.: Instituciones Prestadoras de Servicio, hospitales, centros de salud, cooperativas que hacen contrato con E.P.S. y tiene autonomía administrativa, financiera y técnica.

Libre Escogencia: Centra la prestación de los servicios en la decisión del trabajador o asegurado.

Obligatoriedad: Busca que el empleador afilie sus trabajadores y que el estado facilite su afiliación a quienes se encuentran como trabajadores informales sin capacidad suficiente de pago.

Participación Comunitaria: La comunidad tiene derecho a participar en el diagnóstico, formulación y elaboración de planes, programas, proyectos y toma de decisiones.

Participación Social: Intervención de la comunidad a través de los beneficios de la Seguridad Social.

P.O.S.: Plan obligatorio de Salud, conjunto de servicios al que tiene derecho toda la población.

Seguridad Social: Conjunto de normas y procedimientos de que dispone una persona o comunidad para gozar de una calidad de vida.

Servicio de Salud Pública: Prestación de los servicios públicos en todos sus niveles, es un servicio a cargo de la nación.

Tripartito: Estructura administrativa de la junta directiva de una institución de Salud.

Unidad: Articulación de políticas, instituciones, regímenes, procedimientos y prestaciones para alcanzar los fines de la Seguridad Social.

U.P.C.: Unidad de Pago por capitación, valor que anualmente reconocerá el fondo de solidaridad y garantías a las empresas promotoras de salud por cada afiliado.

CONCEPTOS GRUPALES

Encuesta

1. Nombre de la institución?
2. Descripción de lugar?
3. Cuánto hace que se creó esta institución?
4. El local es propio o en arriendo?
5. Tipo de sociedad?
6. Con qué instituciones tiene contrato esta IPS?
7. Qué tipo de estatutos rigen esta institución?
8. Cómo tiene establecido el proceso administrativo de esta IPS?
9. Cuántos consultorios existen para cada servicio?
10. Qué equipos tiene y con qué materiales cuenta?
11. Qué cantidad de personal administrativo existe?
12. Qué cantidad de personal médico existe?
13. Qué calidades se exige al personal médico?
14. Cómo es la nómina administrativa de la institución?
15. Cómo es la nómina médica de la institución?
16. Existe escalafón médico para la asignación salarial?
- 17.Cuál es el número de pacientes atendidos por los servicios?
18. Cómo realizan ustedes el control de gestión de su institución?
19. En que nivel de atención ubica usted su IPS?
20. Hasta donde llega la IPS a cubrir el tratamiento de un paciente?
21. Su EPS los ha apoyado?
22. Qué hacen con los pacientes catastróficos?
23. Los profesionales a su cargo reciben capacitación? enfocadas a qué?
24. Existe aquí algún tipo de capacitación con relación profesional- paciente?
25. Qué tipos de programas de institución tiene esta IPS?

26. Es rentable la creación de una IPS?
27. A qué atribuye el éxito de su IPS?
28. Qué ventajas o desventajas ve usted del profesional al estar o no vinculado a una IPS?
29. Qué procedimientos están utilizando ante las demandas instauradas por los pacientes?

MARCO TEORICO

ESTUDIO DE LA REALIDAD SOBRE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SALUD EN SANTAFE DE BOGOTA

Desarrollo de la encuesta a los directores de las I.P.S.

- Local propio o en arriendo? Todos Propios
- Que tipo de sociedad? Todas son limitadas
- Con qué instituciones contrata está I.P.S.? La mayoría están con el I.S.S., pero a su vez contratan con E.P.S. privadas.
- Qué tipos de estatutos rigen esta institución? No existe un estatuto general para cada I.P.S., sino eso depende del contrato que haya con su E.P.S. relacionado con el socio o su uso.
- Cómo se establece el proceso administrativo? Con un organigrama de acuerdo al nivel prestado.
- Cuántos consultorios existen para cada servicio? Lo básico son de 3 o 4 consultorios médicos, 2 odontológicos y 1 laboratorio clínico.
- Con qué materiales y equipos cuentan? En un consultorio médico con la camilla, escritorio, tensiómetro, fonendoscopio, pesa, talla.

En un consultorio odontológico: Silla odontológica, amalgamador, lámpara de fotocurado y en algunas rayos x; y más o menos entre 4 y 6 juegos básicos de instrumental.

En un laboratorio clínico: microscopios, tubos de ensayo, portaobjetos, líquidos reactivos, etc.

- Qué cantidad de personal administrativo existe? Este personal varía de acuerdo al nivel y estatutos de la I.P.S., pero en general está el director administrativo, coordinador médico y odontológico, personal de cartera, contabilidad, tesorería, jefe de personal, secretarias.
- Qué cantidad de personal médico y paramédico existe? Generalmente existe de 2 a 4 médicos, 1 a 2 odontólogos, una bacterióloga, un sicólogo, un optómetra y una trabajadora social.
- Qué calidad se le exige al personal médico y paramédico? Experiencia, recomendaciones y muchas veces relaciones personales.
- Cómo es la nómina administrativa de la institución en general? En cada una hay un escalafón y de acuerdo a ella dan la nómina.
- Cuál es el número de pacientes atendidos por los servicios? En general atienden un número de personal entre mil y seis mil.
- Cómo realizan el control de gestión de la institución? Por medio de indicadores, como oportunidad de cita, remisiones a exámenes clínicos, prevalencia de las patologías, formulaciones médicas, remisiones al radiólogo.
- En qué nivel de atención ubica usted su I.P.S.? Todas la ubican en lo básico y algunas en un segundo nivel.
- Hasta dónde llega la I.P.S. a cubrir el tratamiento de un paciente? Cubre lo que contempla el P.O.S. de acuerdo a su nivel de atención.

- Su E.P.S. los ha apoyado? Las I.P.S. afiliadas al I.S.S. respondieron que no lo suficiente, mientras que las que están afiliadas a E.P.S. más pequeñas afirmaron que si existe mucha colaboración y comunicación.
- Qué hacen con los pacientes catastróficos? Se remiten.
- Los profesionales a su cargo reciben capacitación? Sí, basados más que todo en la ley 100 de , 1993 lo que contempla el P.O.S.
- Existe aquí algún tipo de capacitación profesional- paciente? Todas contestaron que si, y que ello era una clave para el rendimiento de la institución.
- Qué tipos de programas de prevención tiene?
 - Programa de hipertensión arterial
 - Programa de planificación familiar
 - Programas para diabéticos
 - Programas para cáncer de seno
 - Programas para cáncer de próstata
 - Programas para enfermos del SIDA
 - Programas de enseñanza de cepillado e higiene oral.
- Es rentable la creación de una I.P.S.? Al comienzo como todo es difícil, pero ellos creen que teniendo una buena administración, unos objetivos y metas claras se pueden tener buenos resultados.

No rentable: Para aquellos que les toco empezar desde el montaje de la infraestructura, como es la planta física y equipos; pero aclaran que después se ven los frutos.
- A qué atribuye el éxito de su I.P.S.? Al buen trato a los pacientes.
- Qué ventajas o desventajas ve usted del profesional al estar vinculado o no a una I.P.S.?
 - Ventajas: Tienen una entrada o salario seguro atiendan o no pacientes.
 - Desventajas: La remuneración no es equitativa.

- Qué procedimientos están utilizando ante las demandas? Hasta el momento no se han presentado, por lo cual los pacientes cambian de institución.



CONCLUSIONES

Desde el punto de vista de tiempo, es difícil hacer un análisis completo de la situación actual de las Instituciones Prestadoras del Servicio de Salud (I.P.S.), ya que la nueva reforma de seguridad social hasta ahora comienza en nuestro país. Sin embargo, trataremos de evaluar los resultados obtenidos hasta el momento.

Pensamos que es indispensable reconocer la situación de transición a la cual se ha visto abocada la seguridad social en el país por la implementación de la ley 100 de 1993.

Esa sensación de crisis que se vive en las instituciones en las etapas de cambio, de viejas reformas y modernas estructuras es el resultado de los ajustes y nuevos procesos, la mayoría de las veces lentos pero no por ello exentos de traumatismos.

Partiremos de la base que la mayoría de las I.P.S. prestan servicios al Instituto de los Seguros Sociales, siendo esta la E.P.S. más grande de la actualidad y que gracias a su fortaleza permite que el país siga depositando en este su confianza y ahora con mayor razón puesto que se han definido con mejor claridad las políticas de trabajo de su administración, aplicando una más alta dosis de calidad en servicio y un mejor trato a los usuarios. Esto nos indica que la competencia no es una amenaza para las

distintas empresas sino una oportunidad de mejoramiento para el bien de los afiliados y de la seguridad.

El papel fundamental de las E.P.S. es la ampliación de la cobertura familiar, a través de las I.P.S., esto es uno de los factores más positivos de la nueva reforma, pues ellas juegan un papel muy importante en el proceso de conversión que atraviesa el país, debido a que son un punto estratégico para controlar y comparar si la nueva ley está siendo acogida con buenos o malos resultados en Colombia.

Entraremos a dar conclusiones no muy generalizadas acerca de las I.P.S. ya que la muestra evaluada es muy reducida:

- El ambiente encontrado en las instituciones visitadas fue variado; algunas contaban con zonas verdes, parque recreacional para niños, salas de espera con televisión y música de fondo; pero otras, ubicadas en un espacio reducido, sin ninguna comodidad.
- A nuestro modo de ver, está visto que un factor influyente en el ser humano es el manejo del espacio en general, refiriéndonos a que el ambiente debe tener armonía para ser más agradable y desestresante.
- En cuanto a la atención brindada a los pacientes en general es bueno, la oportunidad de cita es casi inmediata, pues ellos saben lo conveniente que es para la acogida de pacientes.
- Creemos que al paciente se le debe brindar confianza, hacerlo sentir importante, y que su salud cuenta para la institución.
- Estas I.P.S. tienen contrato con el I.S.S. y con E.P.S. pequeñas como UNIMEC Y SALUDCOOP.

- Es bueno saber que las I.P.S. pueden celebrar contratos con varias E.P.S. al mismo tiempo, eso sí, cumpliendo a cabalidad sus funciones.
- De éstas I.P.S. solo una de ellas cumple con el requisito de establecer estatutos.
- Pensamos que esto es benévolo y que debería cumplirse en todas las instituciones pues, así podrían tener su personería jurídica en caso de ampliación de la institución.
- El proceso administrativo está establecido según un organigrama el cual en la mayoría es manejado así: Un director general; un coordinador médico, de odontología, de enfermería y auxiliares de personal, de cartera, de tesorería, aseo, vigilancia, entre otros.
- Esta organización administrativa es muy relativa, puesto que es manejo interno de cada institución.
- Las I.P.S. le exigen al profesional para ingresar una experiencia mínima de dos años, recomendaciones y por que no una palanca.
- Se nos hizo extraño que en ninguna de las I.P.S. se le realiza un examen académico relacionado con su profesión. Opinamos que sería un buen método de selección para dar a la institución y al usuario una mejor calidad en los diagnósticos y manejo de tratamientos.
- La proporción de pacientes atendidos por día, es de 130 consultas médicas y 100 consultas odontológicas, y el tiempo promedio de duración es de 20 minutos como mínimo para consulta odontológica y 15 minutos de consulta médica.
- El control de gestión la realizan por medio de indicadores como son: oportunidad de cita, remisión clínica, remisión a radiología y prevelencia de patologías entre otras.
- Este es un buen mecanismo, pero el ideal sería el que se manejaran formularios especiales para el control de gestión y así, tener estadísticas más concretas sobre todo, teniendo supervisión sobre la prevelencia de patologías.

- Es de vital importancia que la I.P.S. tenga un respaldo de la E.P.S., pero a nuestro parecer la I.P.S. afiliadas al I.S.S., no tienen o no cuentan con ese apoyo, de pronto, y es obvio que por su gran número de afiliados no pueden atender a todos, pero sería muy importante esperar esa ayuda; en cambio las I.P.S. que están afiliadas a E.P.S. más pequeñas siempre y en todo momento han sentido ese acercamiento y comunicación.
- El manejo de pacientes catastróficos en estas I.P.S. es similar: se presta la atención primaria y luego se remiten.
- Consideramos que es muy importante las conferencias prestadas acerca del P.O.S., ya que algunos profesionales al no conocerlo realizan actividades más de lo debido.
- Realmente, todas las instituciones realizan programas de prevención, de acuerdo a la prevalencia de patologías existentes.
- A nuestro modo de ver, es un factor importante por que es el objetivo principal de este nuevo cambio, lo ideal, es que algún día el paciente solicite el servicio para un control.
- La creación de un I.P.S. si es rentable, teniendo en cuenta un proceso administrativo adecuado y trabajando con honestidad, calidad, criterio, valor y astucia par sobrellevar todas las dificultades y obstáculos que se presenten en un comienzo y en su desarrollo.
- El ingreso de los profesionales a una I.P.S. tiene ventajas como: Un salario seguro atendiendo o no pacientes, mayor oportunidad de trabajo, asistir a congresos pagados por la institución. La posible desventaja es que no hay una adecuada remuneración salarial, en comparación a las consultas particulares.
- Realmente, las I.P.S. no tienen un manejo ante las demandas instauradas por el usuario.

- Aconsejamos se manejen pólizas de seguros por mala práctica y asesorías externas jurídicas.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. MINISTERIO DE SALUD, Cartilla. Plan municipal De Salud con participación social.
2. MINISTERIO DE SALUD, LEY 10 DE 1990.
3. MINISTERIO DE SALUD, LEY 100 DE 1993.
4. YEPES PARRA ANTONIO, 1995. Hacia una Utopía.
5. VALENCIA FABIO ALBERTO, MAYA NESTOR RAUL, 1995. LEY 100, la seguridad social y sus decretos reglamentarios, metodología de consulta.