

11
0593
2773
1910

7.09
562

**EL PRESENTE TRABAJO SE PRESENTA PARA OPTAR AL TITULO DE
ESPECIALISTA EN GERENCIA DE INSTITUCIONES DE SALUD Y SEGURIDAD
SOCIAL**

**DISEÑO DE UN MECANISMO DE CONTROLES BASICOS AL SISTEMA DE
REFERENCIA DE PACIENTES EN EL INSTITUTO DE SEGUROS SOCIALES**

3-7-01-000

**MARLENE TORRES RIAÑO
JESUS ANTONIO CRISTANCHO OLIER
ABELARDO GARCIA SANCHEZ**

**DIRECTOR : GUILLERMO RESTREPO CHAVARRIAGA
CONSULTOR EN SISTEMAS: MARIA OLIVA BRICEÑO**

**COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO
AREA DE EDUCACION AVANZADA
POSTGRADO EN GERENCIA DE INSTITUCIONES DE SALUD Y SEGURIDAD
SOCIAL**

SANTAFE DE BOGOTA , 1996

DEDICATORIA

En el desarrollo de este trabajo , se mantuvo presente , como único objetivo , la población colombiana, que requiere se planteen soluciones que contribuyan al mejoramiento de la situación en derechos fundamentales como es la salud .

Esperamos con este aporte contribuir a la consolidación del ISS y a la construcción de la Seguridad Social de nuestro país.

AGRADECIMIENTOS

Nuestros principales agradecimientos se los queremos manifestar a nuestros familiares , en especial a nuestras (o), esposas (o), y queridos hijos que durante el período de estudio con su comprensión se hicieron partícipes directos de esta labor que hoy logramos culminar .

Así mismo al director del postgrado Dr Guillermo Restrepo quien con su sabiduria y humildad que caracteriza a los hombres grandes, siempre estuvo atento a nuestras inquietudes de estudiantes, facilitándonos el camino y siendo un verdadero maestro en la práctica académica y en nuestra vida personal y profesional.

A cada uno de los docentes que además de transmitirnos sus conocimientos , permitieron el debate y discusión en áreas de ampliación del conocimiento

TABLA DE CONTENIDO

	PAGINA
1. Introducción	1
2. Planteamiento del Problema	4
3. Justificación	5
4. Objetivo General	7
5. Objetivos Específicos	7
6. Propósitos y Alcance	8
7. Antecedentes	11
7.1. Sistema Actual	11
7.2. Etapas	12
7.3. Descripción del Proceso	12
7.4. Debilidades	15
8. Marco Teórico - Conceptual	20
8.1. Sistema de Referencia de Pacientes.	20
8.2. Marco Legal.	22
8.2.1. Principios y Fundamentos	23
8.2.2. Derechos y Garantías para los Afiliados al Sistema	24
8.2.3. Plan de Beneficios y Servicios	25
8.2.4. Funciones de las EPS.	26

8.2.5.	Régimen de las EPS- IPS.	27
8.2.6.	Reglamento del Plan Obligatorio de Salud (POS)	29
8.2.7.	Condiciones de Acceso al POS.	33
8.2.8.	Planes Complementarios.	37
8.2.9.	Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos	38
8.2.10.	Régimen de Referencia y Contra - Referencia.	41
9.	Tipo de Estudio	43
10.	Metodología.	44
11.	Sistema Propuesto - Resultados	45
11.1.	Requisitos mínimos del Sistema.	47
11.2.	Procedimientos.	49
11.2.1.	Bases	49
11.2.2.	A Nivel de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.	50
11.3.	Estructura de la Empresa promotora de Salud - ISS	58
11.4.	Red prestadora de Servicios	59
11.5.	Estructura del Mecanismo de Control.	59
11.6.	Datos Básicos Requeridos - Según Modulo.	61
11.7.	Informes Generados	65
11.8.	Aplicación Automatizada del Diseño del mecanismo de controles Básicos de Referencia de Pacientes.	69
11.9.	Beneficios del Mecanismo del Control Diseñado	73
12.	Conclusiones	73
13	Proyecciones y Recomendaciones.	76
14	Referencias Bibliograficas	78



15	Anexos	79
No 1	Tabla Especialidad	80
No 2	Tabla de Vinculación	81
No 3	Tabla Estado Paciente	82
No 4	Tabla Estado Referencia	83
No 5	Tabla Estado Género	84
No 6	Tabla Tarifas	85
No 7	Tabla Tipo de Documento	86
No 8	Tabla Tipo de Referencia	87
No 9	Tabla Relacion Laboral Médico	88
No 10	Tabla Clase de Seguro	89

RESUMEN

El objetivo del presente trabajo denominado “ **DISEÑO DE UN MECANISMO DE CONTROLES BASICOS AL SISTEMA DE REFERENCIA DE PACIENTES**”, es aportar al nuevo sistema de Seguridad Social de una herramienta Administrativa - Científica , que permita racionalizar la oferta de servicios de Salud en los diferentes niveles del sistema

Para el diseño de este trabajo, se parte de la reglamentación existente , el marco conceptual que exige el sistema y el enfoque sistémico, utilizando una estructura modular que permita procesar y determinar en modulo funciones y requerimientos precisos .

Como resultado se presenta un modelo del mecanismo de control de referencia de pacientes automatizado, que permite ser operado a nivel de Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS), generando elementos para el control y toma de decisiones diferentes niveles así: Nivel operativo , de Institución Prestadora de Servicios de Salud y de Administradora de Servicios de Salud,

**DISEÑO DE UN MECANISMO DE CONTROLES BASICOS AL
SISTEMA DE REFERENCIA DE PACIENTES
EN EL INSTITUTO DE SEGUROS SOCIALES**

1.- INTRODUCCION

Con la reforma a la Seguridad Social planteada por la Ley 100 de 1993, se produce una evolución importante frente al modelo utilizado en la prestación de servicios de salud que operaba en Colombia .

Antes de la reforma, en el país venían operando 3 sub-sectores que prestaban servicios de salud así:

El Subsector Público o Subsector Oficial: Que cubría aproximadamente el 40% de la población a través de hospitales públicos Municipales y Departamentales, los cuales dependían estrictamente del Ministerio de Salud. (1)

El Subsector de la Seguridad Social: Constituido por el Instituto de Seguros Sociales y mas de 1000 Instituciones diseminadas por todo el país (cajas y Fondos de Previsión); que alcanzaban a dar una cobertura al 20% de la población.(1)

El Subsector Privado : Que cubría aproximadamente al 12% de la población.(1)

La Constitución de 1991 garantiza a todos los habitantes el derecho irrenunciable a la Seguridad Social, como una obligación del Estado con la participación de los particulares a través de instituciones públicas o privadas. Correspondiendo al Estado Organizar, dirigir y reglamentar la prestación de los servicios de salud, con criterios de Eficiencia, Universalidad y Solidaridad.

Por iniciativa del Gobierno Nacional, el Congreso de la República aprobó la Ley 100 de Diciembre de 1993 por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones.

El Nuevo Sistema de Seguridad Social en Salud cambia cualitativa y cuantitativamente el modelo de prestación de servicios descrito anteriormente, creando solamente dos Regímenes: El Contributivo y el Subsidiado, crea además, un Fondo de Solidaridad y garantías cuya función básica es Compensar al Régimen Contributivo y Subsidiar al Régimen Subsidiado.

A través del Ministerio de Salud el Gobierno Nacional orienta y vigila el Sistema de Seguridad Social en Salud.

La Ley 100 de 1993 define como función básica de las Entidades Promotoras de Salud la de organizar y garantizar directa o indirectamente la prestación del Plan Obligatorio de Salud.

Para racionalizar la demanda por servicios, las Entidades Promotoras de Salud podrán adoptar modalidades de contrato y pago tales como capitación, protocolos o presupuestos globales fijos (paquetes de atención integral), de tal manera que incentiven las actividades de promoción y prevención y el control de costos.

Dentro de este nuevo escenario es imperativo desarrollar programas administrativo- asistenciales que permitan a las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), manejar en forma eficiente y ágil sus recursos financieros, tecnológicos y científicos.

Para lograr esta eficiencia es necesario diseñar un sistema de control que garantice el acceso a los diferentes niveles de atención acorde con la patología presentada y con criterios de racionalidad lógico-científica.

2.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA :

Analizando el sistema de referencia de pacientes en el Instituto de Seguros Sociales, tomado como punto de observación, dada su cobertura geográfica y poblacional, permite obtener todos los parámetros posibles para describir el problema, así :

- Desorden en la prestación del servicio y falta de oportunidad.
- Insatisfacción de los usuarios por la mala prestación del servicio.
- Uso irracional de servicios por parte de la población usuaria.
- Falta de racionalidad lógico-científica en solicitudes de apoyo diagnóstico, complementación terapéutica y formulación de medicamentos.
- Acceso indiscriminado a los diferentes niveles de atención.
- Uso inadecuado de recursos propios y contratados.
- La información sobre los servicios por niveles de atención no es clara o no está disponible en el sitio donde se origina la remisión (consultorio del Centro de Atención Ambulatoria).

- Poco compromiso de las IPS privadas, con la seguridad social como un cometido estatal. (Atención de urgencias, selección de pacientes, selección de patologías, condicionamiento de contratos etc.)
- Los mecanismos de control administrativo-asistenciales de los contratos, no son adecuados.

3.-JUSTIFICACION

En un modelo de atención en el cual una gran parte de los servicios son prestados por instituciones a contrato; hay que dotar a las Empresas Promotoras de Salud (EPS) y a las Instituciones prestadoras de servicios de Salud (IPS), de procedimientos ágiles y concretos que ayuden a realizar unos controles básicos al Sistema de Referencia de Pacientes, bajo el enfoque sistémico de estructura, proceso y resultados, ya que los existentes presentan deficiencias.

La referencia de pacientes debe ser la base para controlar la gestión de la Institución Prestadora de Servicios de Salud, en términos de oportunidad y que se cumpla con el objetivo primario de la remisión, acorde con las guías de manejo de pacientes adoptadas por la Institución y con los niveles de atención médica y de apoyo asistencial .

El control de la ejecución presupuestal de los contratos debe ser permanente oportuno y eficaz, mediante la derivación adecuada de pacientes a los diferentes niveles.

Revisando los procedimientos de la EPS ISS Seccional Cundinamarca , considerada la más grande del país , la operatividad del sistema en sus fases de aprobación, prestación del servicio, facturación y retroalimentación al Centro de Atención Ambulatoria; no son operativos ni oportunos, entre otras razones porque no existen los mecanismos de comunicación que sean ágiles, entre los diferentes niveles de atención del ISS, sean estos propios o contratados.

El proceso manual que actualmente se maneja, no supe las necesidades mínimas de información para la toma de decisiones Administrativas y asistenciales, que permitan Gerenciar la prestación de los servicios en cada nivel (CAA , GERENCIA ZONAL, SECCIONAL, VICEPRESIDENCIA DE EPS). Como consecuencia de ello, no es posible programar, presupuestar, contratar y controlar los servicios, con la eficiencia y oportunidad que el ISS debe brindar a sus usuarios.

A Nivel de control de costos y de ejecución presupuestal, su manejo en forma manual, teniendo en cuenta el volumen de servicios que se ordenan y

la oportunidad con que se registran los gastos, dificulta y hace imposible la ejecución de este control.

Para solucionar el problema descrito en forma global, se requiere de un Sistema de Información y Comunicación Automatizado, de acuerdo a la tecnología existente, que responda y se adecúe a las necesidades específicas y que se ajusten al actual marco legal; para poder cumplir con los objetivos en cuanto a eficiencia y oportunidad de los servicios.

El nuevo carácter de las EPS, como administradoras de unidades de pago por capitación hace necesario efectuar una administración racional de sus recursos financieros.

4.- OBJETIVO GENERAL :

Diseñar un mecanismo de controles básicos, al sistema de referencia de pacientes en el Instituto de Seguros Sociales, que sea aplicable en todos los niveles dentro del actual Sistema de Seguridad Social en Salud.

5.- OBJETIVOS ESPECIFICOS :

- Diseñar un sistema que permita organizar e integrar, los Centros de Atención ambulatorios y hospitalarios, mediante un mecanismo que ayude a racionalizar la disponibilidad de los recursos científicos y tecnológicos existentes; y los recursos presupuestales que disponen tanto las IPS como las EPS.
- Desarrollar un mecanismo de control sobre los recursos propios, la ejecución presupuestal de los servicios contratados y efectuar los trámites administrativos con la debida oportunidad, a fin de garantizar la continuidad del servicio.
- Diseñar mecanismos de Control para el acceso al Plan Obligatorio de Salud (POS), de acuerdo a lo establecido en el Manual de Intervenciones y Procedimientos del Ministerio de Salud, (MAPIPOS).
- Obtener retroalimentación del proceso efectuado, en términos financieros, estadísticos y aspectos epidemiológicos.

6. PROPOSITOS Y ALCANCE



- Proponer unos controles al Sistema de Referencia de pacientes, que incorpore tecnología acorde a las necesidades actuales y futuras.
- Aportar un mecanismo administrativo-asistencial que nos garantice un Sistema de referencias eficiente, tanto de carácter ascendente (sitio de origen de la referencia), como descendente (contra-referencia de la entidad receptora).
- Proponer un modelo que esté acorde con el marco legal y que sea aplicable a las Administradoras de Salud y a las IPSs, a fin de establecer una red de servicios , intra e interinstitucional, que nos permita la distribución organizada de las referencias, mejorando la oportunidad y la eficiencia del servicio; realizando un control administrativo y lógico-científico racionalizado de los costos por servicios medico-asistenciales.
- Como quiera que la tendencia actual es la de comprar o vender servicios medico-asistenciales por la modalidad de Presupuestos globales fijos, se ha desarrollado un prototipo de control de referencias bajo este enfoque. Sin embargo el sistema puede operar con cualquier tipo de remisiones siempre y cuando cumpla con los siguientes requisitos :
 - a) Que la referencia sea para un procedimiento específico (una orden cerrada o un paquete de atención integral).

- b) Si en la misma referencia se ordenan varios procedimientos específicos, se deberá registrar en la aplicación, cada uno de ellos con su respectivo código.
- c) Si se ordena un procedimiento que no cumpla con los anteriores requisitos, se deberá esperar la contrarreferencia y la respectiva cuenta de cobro, para consignar los datos.

El alcance del presente trabajo consiste en controlar los costos, la pertinencia, la racionalidad, la eficiencia y la eficacia en el Sistema de Referencia de Pacientes. Parte de una atención básica, la derivación del paciente para su atención a nivel superior, denominada referencia de pacientes y su contrarreferencia o regreso al centro de atención de origen una vez realizada la atención médica y/o medicoquirúrgica, de apoyo diagnóstico y/o de complementación terapéutica.

Se cubren las referencias efectuadas en términos de: presupuestos globales fijos, ordenes cerradas y procedimientos sin costo previamente definido una vez sea facturado el servicio.

En este trabajo no se incluye :

La etapa inicial de análisis de proponentes de salud a conformar la red de servicios, esta etapa inicial requiere del cumplimiento de una serie de normas que merecen una análisis especial.

Se excluye así mismo el proceso de pago el cual requiere ciertos controles especiales.

7.- ANTECEDENTES

7.1.- SISTEMA ACTUAL

Para ilustrar como opera el actual procedimiento del sistema de referencia ,se analizó el sistema del Instituto de Seguros Sociales , teniendo en cuenta que su cobertura y complejidad, permite precisar los diferentes factores que se presentan en todo el proceso.

En el siguiente flujograma (ver esquema No 1), se describe la situación actual donde , el afiliado una vez remitido por el médico general , debe efectuar todo los trámites de la referencia , necesarios para obtener los diferentes vistos buenos o aprobaciones de las dependencias que intervienen en el proceso de la solicitud, ya sea a instituciones propias o a contrato.

Para la consecución de la cita, el afiliado debe desplazarse a la entidad, con el riesgo, de que en algunas ocasiones al llegar a la IPS donde fue remitido, si es propia, se encuentra que no existe el especialista o las consultas están diferidas a tiempos que no satisfacen al paciente. En el caso de entidades a contrato, el afiliado es devuelto porque éste no está vigente por agotamiento del presupuesto, o la citas no están con la oportunidad que el caso requiere; teniendo que someterse nuevamente a iniciar el trámite ante el ISS para obtener la aprobación hacia otra institución.

7.2.- ETAPAS

Para la elaboración de los procedimientos del sistema actual se siguieron las siguientes etapas; a saber:

y funcionamiento del sistema en las unidades responsables en los diferentes centros de atención.

- Revisión de los procedimientos actualmente en operación.
- Revisión de los formularios y flujos de información.
- Revisión de las funciones que a nivel de dependencias se encuentra descritas en la norma y reglamentos vigentes.
- Revisión de los procedimientos administrativos existentes en el seguro social.

Los componentes que intervienen en el proceso pueden agruparse así:

- Médico
- Paciente
- IPS que refiere.
- Centro de Información
- Gerente de IPS
- Instituciones Prestadora de Servicios de Salud (IPS receptora propia o a contrato).

7.3.- DESCRIPCIÓN DEL PROCESO

- El paciente solicita la cita en el centro de atención que le corresponde
- Se efectúa la cita medica u órdenes de servicio de acuerdo con la demanda.
- El profesional médico determina la necesidad de la referencia , efectúa la anotación correspondiente en el registro diario de consulta y en la historia clínica, diligencia el formulario de referencia y lo entrega al paciente y le explica el procedimiento a seguir.
- El paciente con el formulario acude al Centro de Información de la IPS, que refiere, donde se revisa el diligenciamiento del formato. Si no está



correctamente diligenciado se devuelve al médico tratante para su corrección.

- Se verifica en forma manual si hay disponibilidad de citas, en ese centro para la especialidad o servicio solicitado.
- Si hay disponibilidad de citas para la especialidad solicitada , entrega original y la primera copia del formulario al paciente, para que acuda a la cita en el centro asignado.
- Si esta correcta , se entrega al paciente la original y la primera copia asignándole una entidad a contrato de la cual se tiene información que existe contrato vigente.
- El paciente debe acudir a la institución a contrato a buscar cupo para la asignación de la cita.

Si no existe cupo o el contrato se encuentra agotado por la parte financiera , debe el paciente regresar al centro de atención que le efectuó la referencia para el diligenciamiento de otro formato o validación del mismo, para otra institución e iniciar el proceso de buscar cita nuevamente.

- El paciente acude a la cita y , una vez terminado el tratamiento para el cual fue derivado, la institución prestadora del servicio, envía el original de la referencia, la factura y la cuenta de cobro a la instancia encargada de efectuar el pago. Actualmente este proceso de recepción del pago se

efectúa en el nivel seccional. Al centro de atención que envió al paciente, llega información del procedimiento efectuado (contra-referencia) ya sea a través del mismo paciente, cuando requiere controles; o a través de las Gerencias Zonales.

- En los centros de información a nivel Seccional o Zonal se organizan paquetes con la, segunda copia de la referencia enviada por el CAA de origen, se envían a grabación y procesamiento y se efectúan los reportes estadísticos.

7.4.- DEBILIDADES

Mediante este sistema se observaron las siguientes debilidades:

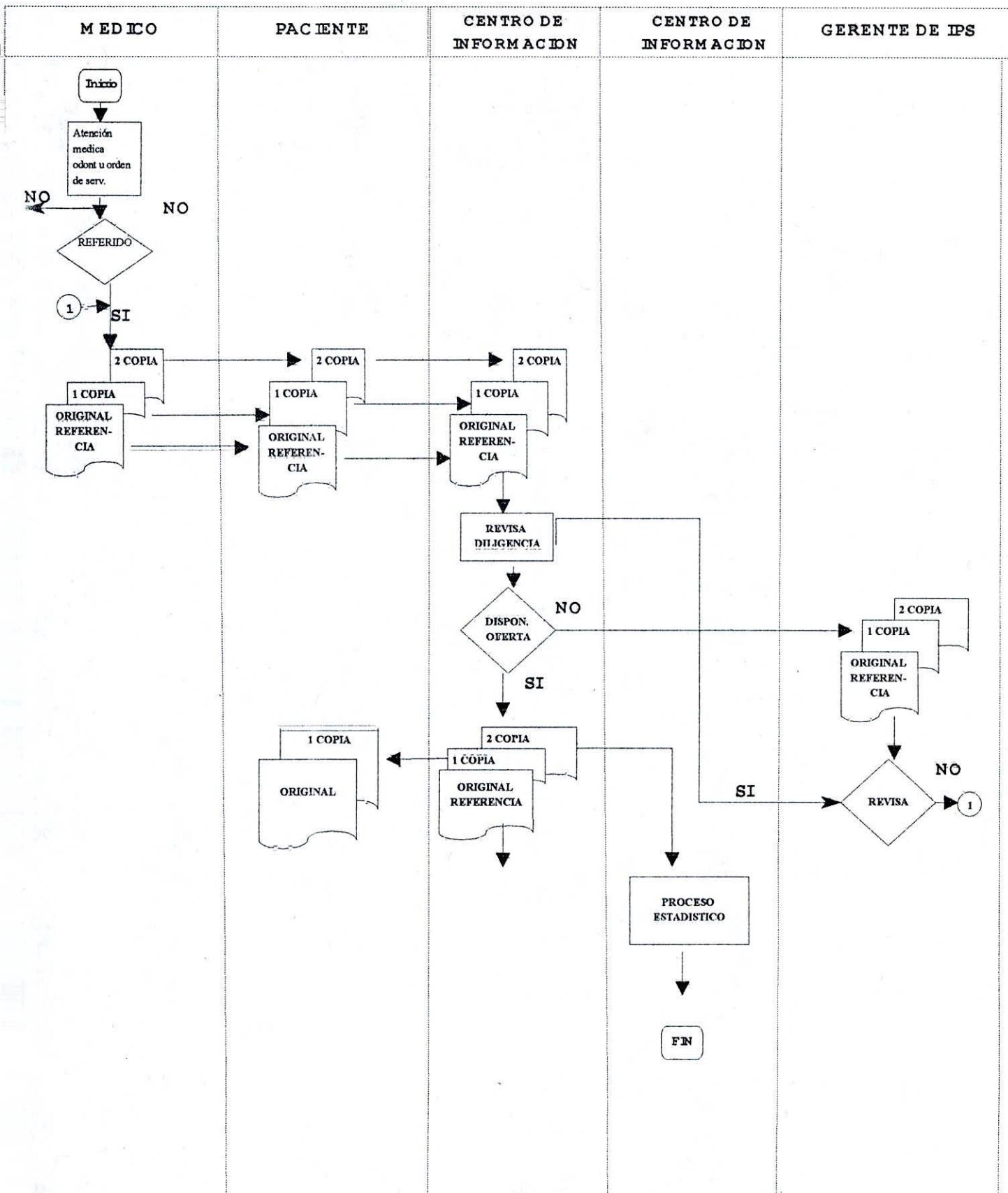
Demora en la consecución de la cita bien sea , en la entidad propia o a contrato.

- El paciente debe efectuar los tramites de la consecución de la cita, con el riesgo que el contrato este terminado, por agotamiento del monto presupuestal o que las citas estén diferidas a muy largo plazo.

- El Centro de Atención Ambulatoria, que refiere en muy pocas ocasiones se entera del procedimiento efectuado, a menos que requiera de una orden de remisión para control.
- Mediante este modelo de referencia de pacientes, se dificulta la integridad del servicio y se hace igualmente dispendioso el control tanto de la salud, como de los recursos financieros.

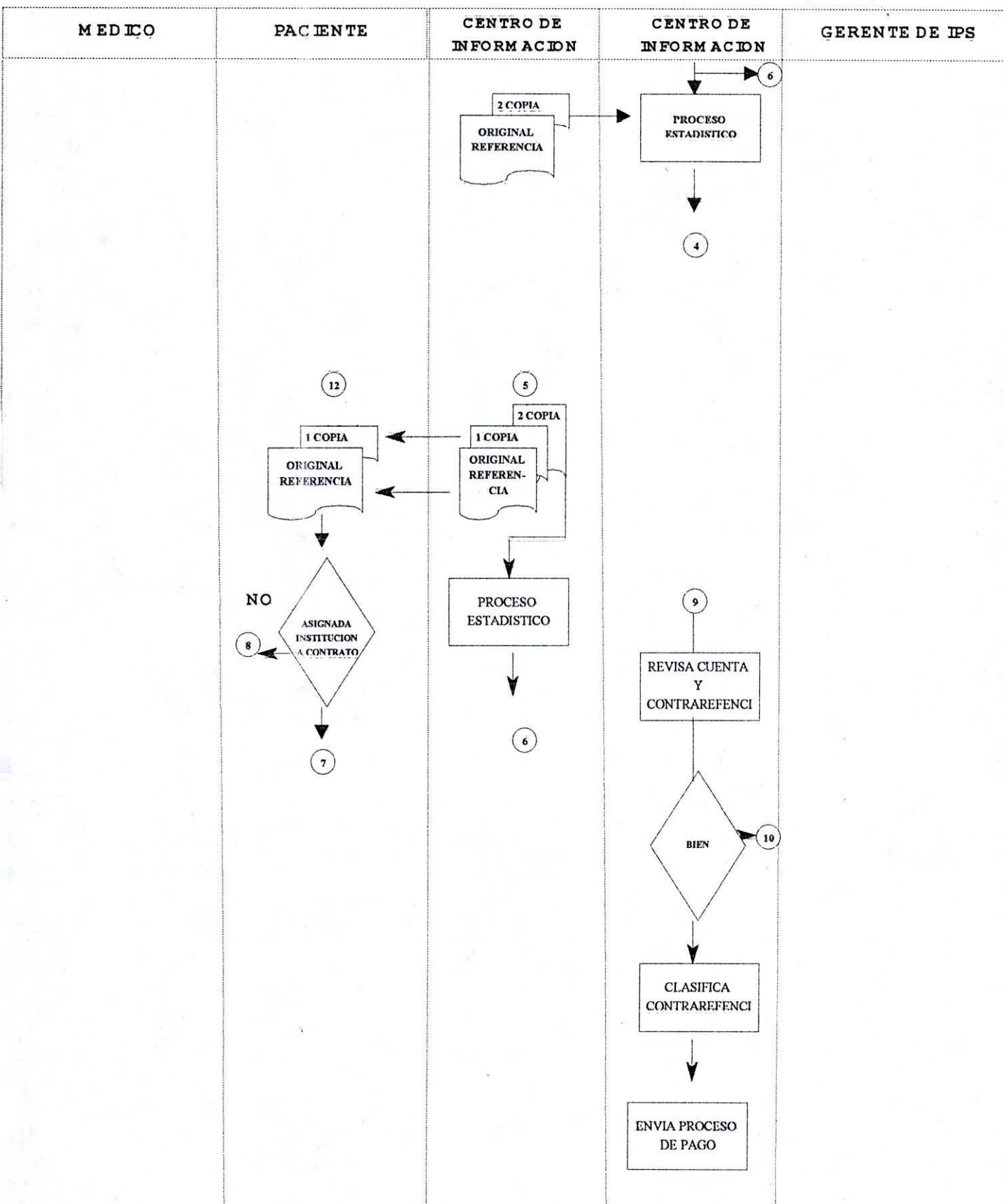
SISTEMA ACTUAL

ESQUEMA No.1



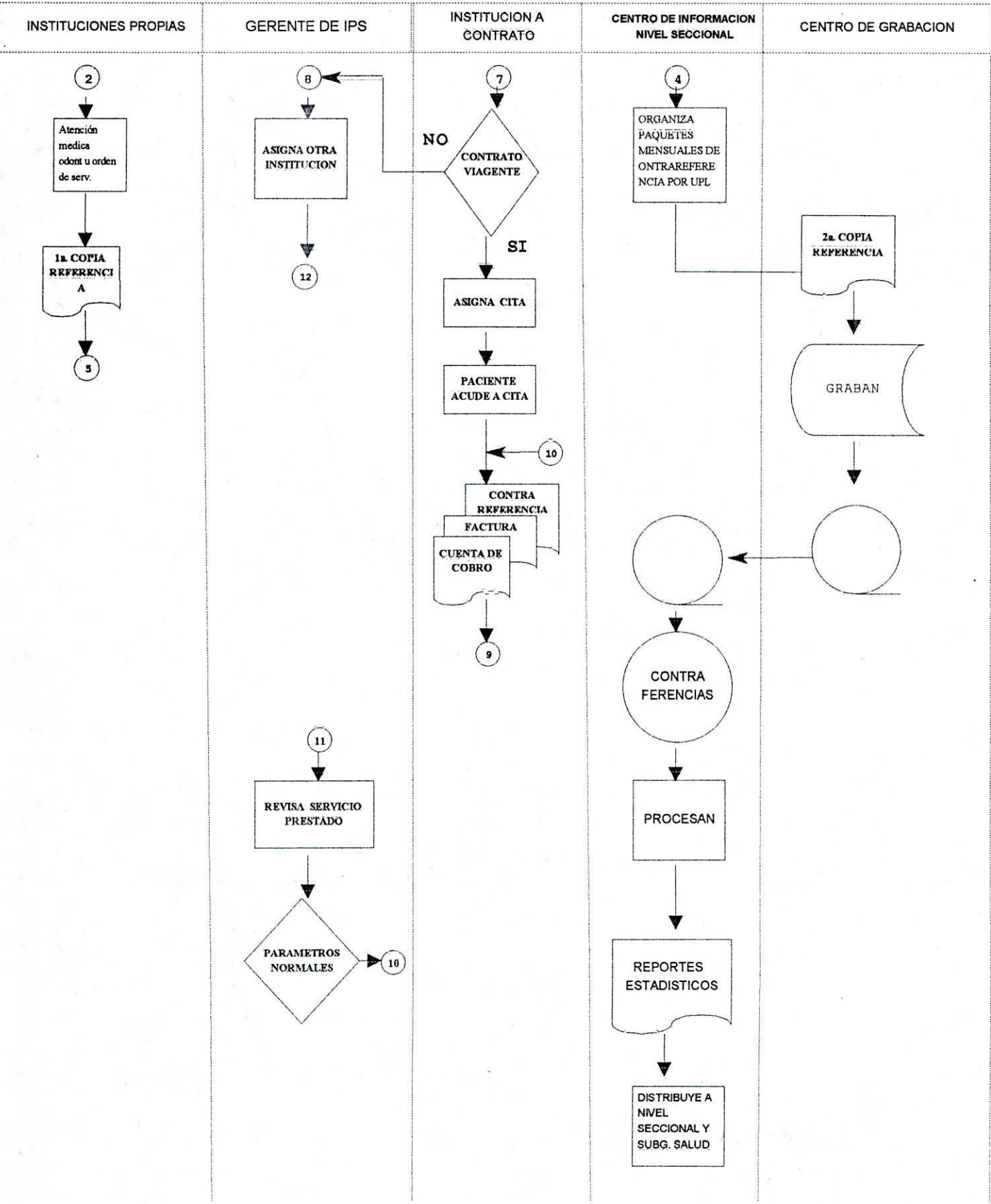
SISTEMA ACTUAL

ESQUEMA No.1



SISTEMA REFERENCIA DE PACIENTES

SISTEMA ACTUAL



8. MARCO TEORICO CONCEPTUAL

8.1- SISTEMA DEREFERENCIA DE PACIENTES

El sistema de referencia de pacientes , se define como un sistema de carácter asistencial administrativo , mediante el cual se ordena la prestación de servicios de salud en una IPS, garantizando que ésta se cumpla con las premisas de "calidad y servicio ", a través de la atención de los beneficiarios en el sitio adecuado , según su necesidad , con los criterios clínicos y administrativos científicamente fundamentados , a costos razonables y con la debida oportunidad y eficacia. (2)

Tiene como fin organizar las inter-relaciones de las diferentes IPS , tanto propias como a contrato , para facilitar la atención que el afiliado requiere , racionalizando la disponibilidad de los recursos científicos y tecnológicos existentes, para disponer de una red de Servicios .

A continuación se presentan los conceptos básicos para la definición del sistema :

Atención ambulatoria : Es el ordenamiento de la atención de la salud en el nivel básico y en los servicios de consulta externa de los Centros

hospitalarios, sean de nivel intermedio o especializado; con base en criterios clínicos y administrativos científicamente fundamentados. (2)

Atención hospitalaria : Es el ordenamiento de la atención en los niveles intermedio y especializado que cuentan con camas hospitalarias; con el mismo criterio que el anterior. (2)

Red de servicios : Es la capacidad de resolución de cada uno de los Centros de atención , tanto en las prácticas clínicas como las de apoyo diagnóstico y de complementación terapéutica. (2)

Recepción de pacientes : Elaboración de esquemas para el registro y análisis de los pacientes que son recibidos en cada nivel de atención, procedentes de otro nivel. (2)

Contrarreferencia : Normas y procedimientos clínicos y administrativos, para el adecuado funcionamiento de las Referencias, su recepción y regreso al sitio de origen.

Procedimientos administrativos : Definición de los mecanismos administrativos, para el adecuado funcionamiento de las Referencias.



Sistema de información : Definir los datos que se requiera recoger, en forma sistemática ó periódica, para el control y seguimiento del sistema de referencia.

Evaluación : Establecimiento de indicadores acerca de las características de las solicitudes, su pertinencia, su oportunidad, su eficacia y su costo.

Presupuestos globales fijos, se definen como el conjunto de atención integral por procedimiento a un costo fijo, dentro de parámetros de calidad aceptados.

Ordenes Específicas (cerradas) , son aquellas que tienen un objetivo definido y un valor fijo.

Procedimientos o intervenciones sin valor fijo, se consideran aquellas cuyas variables pueden ser independientes, tales como días estancia, droga suministrada, exámenes complementarios; como por ejemplo atención de urgencias, (no están consideradas dentro de un presupuesto global fijo o paquete de atención integral)

8.2.-MARCO LEGAL:

A continuación se señalan las principales normas vigentes en el Nuevo Sistema de Seguridad Social, que regulan el espectro de la propuesta diseñada en este trabajo, bajo las condiciones actuales del ISS, como en escenarios futuros.

8.2.1.-PRINCIPIOS Y FUNDAMENTOS

Además de los principios generales consagrados en la constitución, son reglas del servicio público de salud las siguientes :

- **PROTECCION INTEGRAL** : Atención integral contenida en el POS.
- **LIBRE ESCOGENCIA** : Habrá diferentes entidades que ofrezcan la administración y la prestación de los servicios de salud.
- **AUTONOMIA DE INSTITUCIONES** : Las IPS, según su tamaño y complejidad, tendrán Personería Jurídica, autonomía administrativa y patrimonio independiente.
- **DESCENTRALIZACION ADMINISTRATIVA** : Las instituciones públicas del orden nacional que participen en el sistema, adoptarán una estructura organizacional de gestión y decisiones técnicas administrativas y financieras que fortalezcan su operación descentralizada. (3)

8.2.2.- DERECHOS Y GARANTIAS PARA LOS AFILIADOS AL SISTEMA :

- Se garantiza a los afiliados al sistema, la debida organización y prestación del servicio público de salud en los siguientes términos :
- Plan Obligatorio de Salud por la entidad promotora de salud, a través de las IPSs ya sean propias, adscritas o contratadas.
- Atención de urgencias en todo el territorio nacional.
- Libre escogencia y traslado entre EPSs dentro de las condiciones previstas en la Ley.
- Escogencia de IPS y de los profesionales entre las opciones que cada EPS ofrezca dentro de su red de servicios.
- Participación de los afiliados individualmente o en sus organizaciones, en todas las instancias de asociación, representación, veeduría de las entidades rectoras, promotoras y prestadoras y del Sistema de Seguridad Social en Salud. (3)

8.2.3.- PLAN DE BENEFICIOS Y SERVICIOS

- **PLAN INTEGRAL.** Todos los afiliados al sistema de salud tienen derecho a un plan integral de protección en salud, con atención preventiva, medico-quirúrgica y medicamentos esenciales, denominado Plan Obligatorio de Salud, POS.
- **SERVICIO MEDICO FAMILIAR.** El Plan de Salud Obligatorio deberá tener cobertura familiar.
- **PREEXISTENCIAS.** En el Sistema General de Seguridad Social en Salud, las Entidades Promotoras de Salud no podrán aplicar preexistencias a sus afiliados, pero si exclusiones y períodos de carencia para las enfermedades de alto costo.
- **REGIMEN DE BENEFICIOS.** En el sistema contributivo, los afiliados tienen derecho a un plan obligatorio de salud similar al que presta el ISS. Para los otros beneficiarios de la familia del cotizante, el plan obligatorio de salud será similar al anterior, pero en su financiación concurrirán los pagos moderadores o franquicias que establezca la ley.
- **INCAPACIDADES.** A los afiliados al régimen contributivo, se les reconocerán las incapacidades generadas en enfermedad general y licencia de maternidad, de conformidad con las disposiciones legales

vigentes. Para el cubrimiento de estos riesgos, las empresas promotoras de salud podrán subcontratar con compañías aseguradoras.

- **URGENCIAS.** La atención de urgencias debe ser prestada en forma obligatoria a todas las personas, independiente de su capacidad de pago.
- **PAGOS COMPARTIDOS Y FRANQUICIAS.** El acceso a la prestación de algunos servicios de alto costo para personas que se afilien al sistema podrá estar sujeto a períodos mínimos de cotización que en ningún caso podrán exceder 100 semanas de afiliación al sistema, de las cuales al menos 26 semanas deberán haber sido pagadas en el último año. Para períodos menores de cotización, el acceso a dichos servicios requerirá un pago por parte del usuario, que se establecerá de acuerdo con su capacidad socioeconómica.(3)

8.2.4.- FUNCIONES DE LAS EPS

- Las entidades promotoras de salud tendrán las siguientes funciones :
- Ser delegatarias del fondo de solidaridad y garantía para la captación de los aportes de los afiliados al sistema general de seguridad social en salud.

- Organizar la forma y mecanismos a través de los cuales los afiliados y sus familias puedan acceder a los servicios de salud en todo el territorio nacional. Las empresas promotoras de salud tienen la obligación de aceptar a toda persona que solicite afiliación y cumpla con los requisitos de ley.
- Definir procedimientos para garantizar el libre acceso de los afiliados y sus familias, a las instituciones prestadoras con las cuales haya establecido convenios o contratos en su área de influencia o en cualquier lugar del territorio nacional, en caso de enfermedad del afiliado y su familia.
- Remitir al fondo de solidaridad y compensación la información relativa a la afiliación del trabajador y su familia, a las novedades laborales, a los recaudos por cotizaciones y a los desembolsos por el pago de la prestación de servicios.
- Establecer procedimientos para controlar la atención integral, eficiente, oportuna y de calidad en los servicios prestados por las instituciones prestadoras de servicios de salud.(4)

8.2.5.- REGIMEN DE LAS EPS - IPS (5)

	EPS	IPS
Objeto	Responden por la afiliación, registro y carnetización de los afiliados, el recaudo de sus cotizaciones, de la administración de los recursos y de la contratación de los servicios, para que se brinde el POS a sus afiliados.	La prestación de servicios de salud en sus diferentes modalidades, a través de la cual los usuarios reciben la atención médica, quirúrgica o científica por cuya gestión están obligadas las EPS.
Financiación	Unidad de pago por capitación, UPC. Monto (Perfil epidemiológico de la población relevante, de los riesgos cubiertos y de los costos de prestación del servicio en condiciones medias de calidad, tecnología y hotelería). De los aportes se descuenta el	Contratación privada con las EPS. (* En caso de ser la suma de las unidades UPC mayor que los ingresos por cotizaciones, el fondo de solidaridad cancelará la diferencia el mismo día a las EPS.

	valor de las unidades, UPC, fijadas para el plan de salud obligatorio y se traslada la diferencia al fondo de solidaridad. (*)	
Garantía del POS	Podrán prestar servicios directos a sus afiliados por medio de sus propias IPS o contratar con otras IPS y profesionales independientes debidamente constituidos.	A cargo de las IPS están la oferta de servicios de salud, los planes obligatorios y los complementarios.

8.2.6.- REGLAMENTO DEL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD, POS

DE LA INTEGRALIDAD. El plan obligatorio de salud brindará atención integral a la población afiliada en sus fases de educación, información y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, incluido el suministro de medicamentos esenciales en su

denominación genérica, en los diferentes niveles de complejidad establecidos en el presente decreto.

Igualmente incluirá el reconocimiento de un subsidio económico por incapacidad temporal por enfermedad general y maternidad en la forma como lo determine el Ministerio de Salud. (6)

EXCLUSIONES Y LIMITACIONES.

- Cirugía estética o con fines de embellecimiento.
- Tratamientos nutricionales con fines estéticos.
- Tratamientos para la infertilidad.
- Tratamientos no reconocidos por las asociaciones medico científicas a nivel mundial o aquellos de carácter experimental.
- Tratamientos o curas de reposo o del sueño.

- Medias elásticas de soporte, corsés, fajas, sillas de ruedas, plantillas, zapatos ortopédicos y lentes de contacto. Se autoriza el suministro de lentes para anteojos una vez cada cinco años en los adultos y una vez cada año en los niños, para la corrección de defectos de refracción que disminuyan la capacidad de visión, siempre que por razones médicas sea necesario su cambio en razón de la modificación del defecto padecido.
- Medicamentos o sustancias que no se encuentren expresamente autorizados en el manual de medicamentos y terapéutica.
- Tratamientos con drogas o sustancias experimentales para cualquier tipo de enfermedad.
- Transplante de órganos. No se excluyen el transplante renal, de médula ósea, de corazón y el de córnea. Su realización estará sujeta a las condiciones de elegibilidad y demás requisitos establecidos en las respectivas guías de atención integral.
- Tratamiento con psicoterapia individual, psicoanálisis o psicoterapia prolongada. No se excluye la psicoterapia individual de apoyo en la fase crítica de la enfermedad y solo durante la fase inicial. Tampoco se excluyen las terapias grupales. Se entiende por psicoterapia prolongada

aquella que sobrepasa los treinta (30) días de tratamiento una vez hecho el diagnóstico.

- Tratamiento de periodoncia, ortodoncia y prótesis en la atención odontológica.
- Tratamiento de várices con fines estéticos.
- Actividades, procedimientos e intervenciones de tipo curativo para las enfermedades crónicas, degenerativas, carcinomatosis, traumáticas o de cualquier índole en su fase terminal, o cuando para ellas no existan posibilidades de recuperación. Podrá brindarse soporte psicológico, terapia paliativa para el dolor, la disfuncionalidad y la incomodidad o terapia de mantenimiento. Todas las actividades, intervenciones y procedimientos deben estar contemplados en las respectivas guías de atención integral.
- Actividades, procedimientos e intervenciones de carácter educativo instruccional o de capacitación que se lleven a cabo durante el proceso de rehabilitación, distintos a aquellos necesarios estrictamente para el manejo médico de la enfermedad y sus secuelas.



- Actividades, intervenciones y procedimientos no autorizados expresamente en el respectivo manual. (7)

8.2.7.- CONDICIONES DE ACCESO AL POS

Para acceder a cualquiera de los niveles de complejidad del plan obligatorio de salud, se consideran como indispensables y de tránsito obligatorio las actividades y procedimientos de consulta de medicina general y/o paramédica.

Para tránsito entre niveles de complejidad es requisito indispensable el procedimiento de remisión definido en el manual de actividades, intervenciones y procedimientos de que trata el Artículo 16 del presente decreto. Se exceptúan de lo anterior solamente las atenciones de urgencia.(8)

NIVELES DE ATENCIÓN

Niveles de complejidad. Para la prestación del plan obligatorio de salud se establecen cuatro (4) niveles de complejidad, definidos de acuerdo con la

tecnología utilizada en la actividad, intervención o procedimiento, contenidos y descritos en el manual de actividades, intervenciones y procedimientos ; sin que en ningún momento los niveles de complejidad sean excluyentes o restrictivos, siempre que cumplan las condiciones mínimas requeridas para cada servicio específico, los cuales podrán ser ofrecidos bajo las modalidades ambulatoria y con internación. (9)

COPAGOS Y CUOTAS MODERADORAS.

Las cuotas moderadoras serán aplicables a los afiliados cotizantes y a sus beneficiarios, mientras que los copagos se aplicarán única y exclusivamente a los beneficiarios.(10)

CUOTAS MODERADORAS Y COPAGOS

PAGOS MODERADORES	CUOTAS MODERADORAS	COPAGOS
DEFINICION Y OBJETO	Tienen por objeto moderar la utilización del servicio y promover la inscripción en programas de atención integral de las EPSs	pago de una parte del servicio demandado, tiene por objeto ayudar a financiar el sistema.

A QUIENES SE APLICA	A todos los afiliados ya sean cotizantes o beneficiarios.	Unica y exclusivamente a los beneficiarios
SERVICIOS SUJETOS AL COBRO	• Consulta Externa : Médica, Odontológica, Paramédica, Medicina Alternativa (aceptada) Consulta Externa Especializada. • Formula de medicamentos (ambulatorios) • Exámenes de Laboratorios (ambulatorios) • Exámenes de Diagnóstico : Imagenología (ambulatorios) • Atención de Urgencias (si no es considerada por Médico tratante como una Urgencia)	Todo lo contemplado en el POS con excepción de : • Servicios de Promoción y Prevención. • Control y Atención Materno Infantil. • Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS). • Enfermedades de Alto Costo. • Atención inicial de Urgencias. • Los servicios sujetos al cobro de Cuotas Moderadoras

F.I. Acuerdo 030 de 1996 CNSSS

APLICACIÓN DE COBROS MODERADORES Y COPAGOS

SEGÚN EL SBC (POR UN MISMO EVENTO)

SBC (SML)	% PAGO			
	Cuotas	Copagos	Tope máximo	Tope máximo

	Moderadoras % SML (Diario)	% Tarifas	Copago/SML	Copago por Año
< 2	10%	10%	¼ sml	½ sml
2 a 5	40%	15%	1 sml	2 sml
> 5	105%	20%	2 sml	4 sml

F.I. Acuerdo No. 030 de 1996 CNSSS

ASEGURAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES CATASTROFICAS.

Para garantizar la cobertura del riesgo económico derivado de la atención a los afiliados que resulten afectados por enfermedades de alto costo en su manejo, definidas como catastróficas o ruinosas en el plan obligatorio de salud, la entidad promotora de salud, deberá establecer algún mecanismo de aseguramiento.

Se clasifican como enfermedades catastróficas de alto costo en su manejo las que se señalan a continuación:

- Tratamiento de quimioterapia y radioterapia para el cáncer

- Transplante de órganos y tratamiento con diálisis para la insuficiencia renal crónica
- Tratamiento para el sida y sus complicaciones
- Tratamiento médico quirúrgico para el paciente con trauma mayor
- Tratamiento para el paciente internado en una unidad de cuidados intensivos por más de cinco días
- Tratamiento quirúrgico para enfermedades del corazón y del sistema nervioso central
- Tratamiento quirúrgico para enfermedades de origen genético o congénito
- Reemplazos articulares. (11)

8.2.8.- PLANES COMPLEMENTARIOS

Las entidades promotoras de salud podrán ofrecer planes complementarios al plan de salud obligatorio, que serán financiados en su totalidad por el

afiliado con recursos distintos a las cotizaciones obligatorias previstas en el artículo 204 de la presente ley.

Se entiende por plan de atención complementaria en salud el conjunto de actividades, procedimientos, intervenciones y guías de atención integral, no contemplados dentro del Plan Obligatorio en salud, ofrecidos bajo la modalidad de un prepago, y cuya finalidad básica es ofrecer al afiliado al sistema de seguridad social en salud, condiciones alternativas de comodidad, tecnología y hotelería. (12)

8.2.9.- MANUAL DE ACTIVIDADES INTERVENCIONES Y PROCEDIMIENTOS.

El plan obligatorio de salud, responsabilidad de las entidades promotoras de salud, se prestará en aquellas IPS con las que cada EPS establezca convenios de prestación de servicios de salud, o sin convenio en cualquier IPS en casos de urgencia.

El acceso al servicio siempre será por el primer nivel o por el servicio de urgencias.

Para los niveles subsiguientes el paciente deberá ser remitido por un profesional en medicina general de acuerdo a las normas definidas para ello ; las que como mínimo deberán contener una historia clínica completa en la que se especifica el motivo de la remisión, los tratamientos y resultados previos. Cuando en el Municipio de residencia del paciente no se cuente con algún servicio requerido, este podrá ser referido al Municipio más cercano que cuente con el.

Todo paciente que padezca alguna enfermedad cuyo manejo esté definido en las guías de atención integral ; deberá inscribirse en ella y seguir las recomendaciones que allí se den.(13)

ATENCIÓN DE URGENCIAS. Las urgencias se atenderán en cualquier parte del territorio nacional sin que para ello sea necesario autorización previa de la EPS o remisión, como tampoco el pago de cuotas moderadoras. La IPS que presta el servicio recibirá de la EPS el pago correspondiente con base en las tarifas pactadas o con las establecidas para el SOAT. (13)

Toda IPS deberá informar obligatoriamente a la EPS el ingreso de sus afiliados al servicio de urgencias en las doce (12) horas siguientes a la

solicitud del servicio, so pena del no pago respectivo. Se exceptúan los casos en los cuales por fuerza mayor no se pueda dar el aviso respectivo.

Toda atención con internación mayor de 24 horas deberá estar respaldada por una orden de remisión. (13)

Los reembolsos proceden en casos de atención de urgencias en IPSs no contratadas o servicios previamente autorizados. (13)

RESPONSABILIDADES POR NIVELES DE COMPLEJIDAD.

Se establece :

Nivel I : Médico general y/o personal auxiliar y/o paramédico y/o otros profesionales de la salud no especializados.

Nivel II : Médico general y/o profesional paramédico con interconsulta.
Reunión y/o asesoría de personal o recursos especializados.

Nivel III y IV : Médico especialista con participación del médico general y/o profesional paramédico. (13)



CLASIFICACION POR NIVELES DE COMPLEJIDAD PARA LA ATENCIÓN MEDICOQUIRURGICA :

Nivel I : Grupos 01 al 03

Nivel II : Grupos 04 al 08

Nivel III : Grupos 09 y siguientes

Nivel IV : Patologías de alto costo. (Ruinosas o catastróficas). (13)

8.2.10.-REGIMEN DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

Es de obligatorio cumplimiento para las Instituciones oficiales o privadas que presten servicios de salud.

DEFINICION : "El Régimen de Referencia y Contrarreferencia, es el conjunto de normas técnicas y administrativas que permiten prestar adecuadamente

al usuario el servicio de salud, según el nivel de atención y grado de complejidad de los organismos de salud con la debida oportunidad y eficacia". (14)

"Se entiende por REFERENCIA el envío de usuarios o elementos de ayuda diagnóstica por parte de los unidades prestatarias de servicios de salud, a otras instituciones de salud para la atención o complementación diagnóstica, que de acuerdo con el grado de complejidad den respuesta a las necesidades de salud". (14)

"Se entiende por CONTRARREFERENCIA la respuesta que las unidades prestatarias de servicios de salud receptoras de la referencia, dan al organismo o la unidad familiar. La respuesta puede ser la contrarremisión del usuario con las debidas indicaciones a seguir o simplemente la información sobre la atención recibida por el usuario en la institución receptora o el resultado de las solicitudes de ayuda diagnóstica". (14)

MODALIDADES DE SOLICITUDES DE SERVICIOS DENTRO DEL
REGIMEN DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA.

- **REMISION :** Procedimiento por el cual se transfiere la responsabilidad de la atención de un usuario a otro profesional o institución. (14)
- **INTERCONSULTA :** Es la solicitud elevada por un profesional o institución a otro profesional o Institución para que emitan juicio u orientación sobre la conducta a seguir con un paciente. La interconsulta no implica responsabilidad directa en el manejo del paciente. (14)
- **ORDEN DE SERVICIO :** Es la solicitud de realización de actividades de apoyo diagnóstico y/o complementación terapéutica. Pueden referirse : Personas, elementos o muestras biológicas y productos del ambiente. (14)

9. TIPO DE ESTUDIO:

El presente trabajo corresponde a un estudio descriptivo; se centró en el enfoque planteado por el nuevo régimen de Seguridad Social , a saber: cobertura , financiación , niveles de atención , obligatoriedad de las Empresas Promotoras de Salud en la prestación de servicios .

En la parte documental se estudiaron los decretos reglamentarios a la ley 100 de 1993 pertinentes, Manual de Actividades Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud en el Sistema de Seguridad Social en Salud (Resolución 5261/94 del Ministerio de Salud), Manual de tarifas del ISS , procedimientos existentes de Referencia de Pacientes y organización de las instituciones.

10. METODOLOGIA

Se efectuó un análisis del sistema de referencia, que actualmente opera en el Instituto de Seguros Sociales, dada su cobertura poblacional y geográfica y experiencia hasta la fecha. Se observaron los procedimientos a nivel de afiliado, centro de atención , niveles de autorización de la referencia , desempeño de las instituciones a contrato involucradas en este proceso, midiendo el grado de eficiencia y oportunidad brindada a los afiliados con la operación de este sistema .



Para enunciar esta situación se utilizó la descripción del proceso mediante un diagrama de flujo y explicación de los principales pasos del funcionamiento del sistema a saber:

- Esquematización de la EPS -ISS.
- Observación de la red prestadora de Servicios
- Diseño de procedimientos
- Enfoque de sistemas
- Diseño modular .
- Operacionalización del sistema en forma automática

11.- SISTEMA PROPUESTO - (RESULTADOS)

Se plantea el diseño de un mecanismo de controles básicos , al sistema Referencia de Pacientes se basa en la aplicación de la norma existente, especialmente en lo correspondiente al proceso de descentralización, sistema de recaudo, financiación del sistema de seguridad social, donde cada afiliado , bien sea cotizante o beneficiario representa una Unidad de Pago por Capitación dependiendo de la edad y sexo.

El diseño del mecanismo de control propuesto, se proyecta partiendo de la autonomía de la IPS de origen a la que pertenece el afiliado y es atendido en forma inicial .

Desde esta IPS debe efectuarse toda la gestión de la referencia así:

- Diligenciamiento de la referencia.
- Reserva de la cita bien sea con entidades propias o a contrato Registro del valor de la atención derivada con base en :
 - Presupuestos globales de atención
 - Unidades de valor Relativo
 - Por contrato
- Control de gestión a nivel de IPS.
- Reporte de informes de gestión a la EPS correspondiente

Para aplicar el diseño desarrollado se requiere de un sistema de información y comunicaciones automático , de acuerdo a la tecnología existente que responda a las necesidades relacionadas con el gran volumen de información y la magnitud de los afiliados demandantes y a las necesidades específicas de la IPS correspondiente , para poder cumplir con los objetivos del desarrollo de este trabajo.

11.1.-REQUISITOS MINIMOS DEL SISTEMA

- El diseño propuesto debe, soportar la oferta total de servicios ambulatorios especializados , hospitalarios, de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica, tanto de entidades propias como a contrato , a fin de poder administrar eficientemente y en forma racional los recursos existentes.
- Permitir la autorización del servicio desde la IPS que lo solicita , confirmando la disponibilidad y oportunidad del mismo para evitar incomodidades, trámites , desplazamientos y problemas a los pacientes.
- Incluir niveles de autorización para el manejo racional de los niveles de atención y el uso de la tecnología ,de acuerdo a los conceptos vigentes de la administración de Servicios de Salud y teniendo en cuenta el aprovechamiento racional de los recursos .
- Operar conforme el nivel de desarrollo de la descentralización de la Seccional acorde con las normas legales existentes.

- Reflejar el comportamiento de la demanda satisfecha y la no satisfecha en cada nivel que permita tomar decisiones administrativas en términos de recursos propios y contratados.
- Reflejar el comportamiento de la oferta y obtener parámetros que permitan evaluar en forma permanente su adecuada utilización.
- Reflejar en forma inmediata el gasto generado en los diferentes contratos de prestación de servicios , a fin de proveer con tiempo oportuno su renovación y demás trámites necesarios para evitar interrupciones graves de los servicios a los pacientes.
- Ser dinámico en cuanto a la inclusión y exclusión de entidades y servicios.
- Ser integral en términos de oferta y demanda sin exclusión alguna.
- Permitir consultas de saldos de referencias no utilizadas.
- Debe registrar y conservar cada operación , por razones de seguridad control de la oferta , demanda y facturación del servicio, así como para poder producir los indicadores necesarios en todos los niveles para la organización y administración de los servicios.

- Permitir desarrollar el control de los costos de una actividad o servicio y permitir su comparación entre las diferentes Instituciones , incluyendo las instituciones propias, registrando los datos tanto de la referencia o solicitud del servicio, como de la contra-referencia o información del servicio prestado .
- La infraestructura, del sistema debe ser dinámica. de acuerdo a los avances tecnológicos existentes.
- La estructura mínima inicial del sistema, de acuerdo a la oferta y demanda existente y al volumen de las transacciones que se realizan en cada punto y nivel.

11.2.- PROCEDIMIENTOS

11.2.1.- BASES

Se plantean teniendo en cuenta: Los procedimientos

- El nuevo esquema de Seguridad Social.

- Descentralización administrativa a nivel de IPS
- Proceso de adscripción de afiliados a un a IPS
- Conocimiento de la oferta de servicios tanto en instituciones propias como a contrato.

11.2.2.- A NIVEL DE INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD.

El afiliado se presenta en el la IPS donde esta adscrito (se define adscripción , el proceso de elección del afiliado a un centro de atención ambulatoria donde desea ser atendido).

El profesional de la salud decide si el paciente necesita ser atendido en un nivel superior para ser atendido en la patología respectiva, elabora el formato de referencia correspondiente (Anexo No 1).

En la Unidad de Información se busca si existe cupo disponible en esa IPS para la especialidad solicitada y se asigna cita e informa al paciente.

Se busca en forma inicial en las entidades propias de la EPS respectiva teniendo en cuenta la oportunidad del servicio solicitado, procediendo de igual manera , asignando cita y e informando al paciente, sitio y hora de atención.

Si agotadas las instancias de entidades propias no se encuentra disponibilidad del servicio solicitado, se busca disponibilidad en las entidades contratadas existentes , teniendo en cuenta la oportunidad de, acuerdo a la gravedad del problema . se asigna cita desde la IPS llamada de origen, informando al paciente sobre el lugar y hora donde va hacer atendido.

Para asignar la cita en las entidades a contrato se verifica además de la disponibilidad del cupo, el estado del contrato , tanto en tiempo como en presupuesto.

Mediante este sistema se plantea que a la asignación de la cita bien sea entidades propias o entidades a contrato simultáneamente se produzca mediante el registro de datos básicos el registro aproximado del servicio referido. teniendo como base el Manual de Tarifas.

Para el caso de entidades a contrato el sistema debe suministrar información adicional sobre el contrato así :

- Número del Contrato
- Tipo de contrato.
- Fecha de inicio.
- Fecha de finalización.
- Valor.
- Saldo a la fecha.

Una vez asignada la cita en entidades a contrato el sistema efectúa un balance financiero entre el monto del contrato y valor cancelado hasta la fecha y valor causado , entendiéndose como valor causado las referencias autorizadas pero no cobradas, bien sea porque el paciente esta aun en tratamiento o no se han efectuado los cortes para presentación de las cuentas, o el paciente no ha hecho uso de la referencia.

Una vez el paciente es atendido en la entidad propia o a contrato debe enviar un informe del procedimiento o tratamiento efectuado. En el caso de las Entidades propias el informe no envía factura, este es calculado mediante la

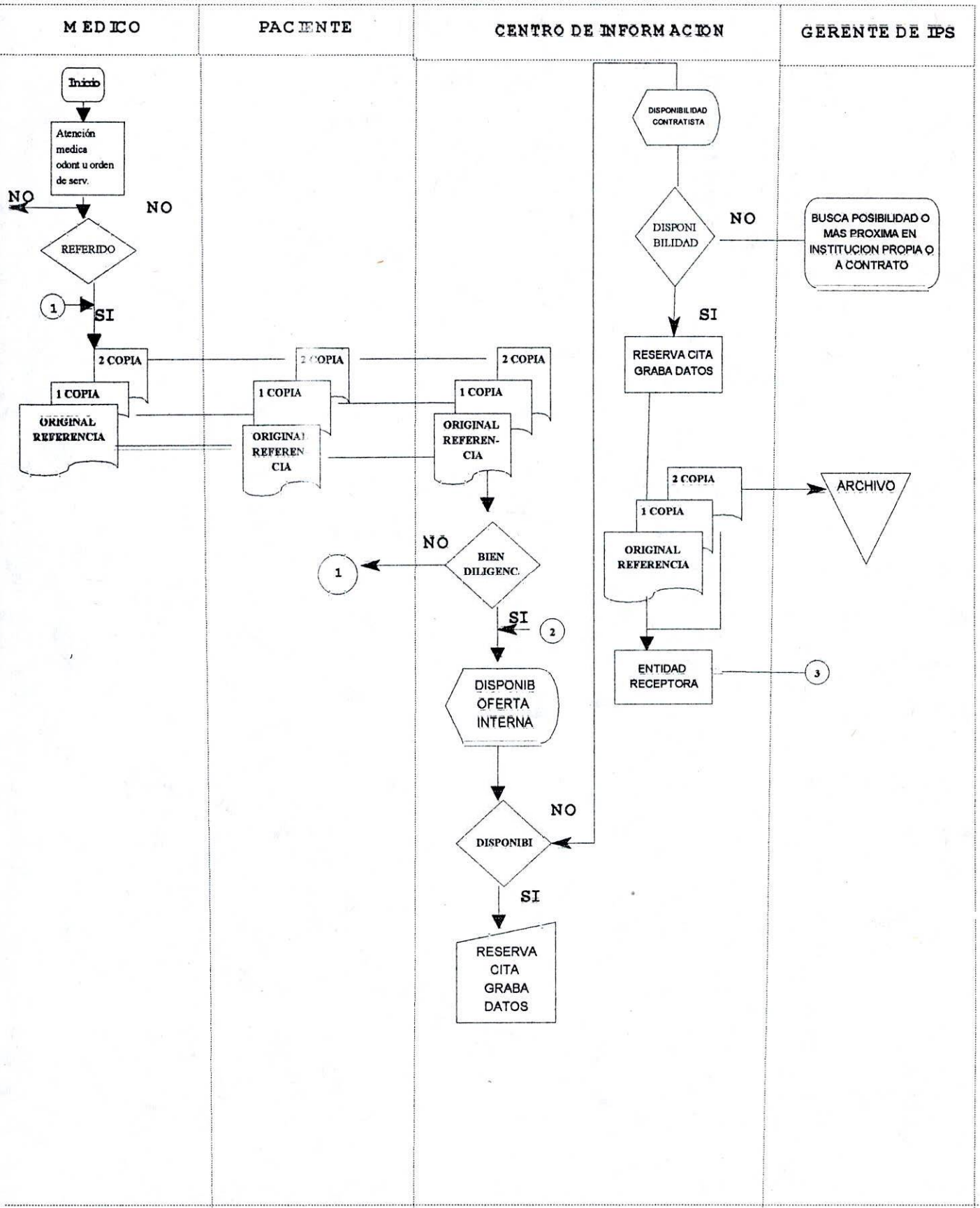


utilización del Manual de Tarifas, una vez recibida la contra-referencia. (ver
esquema No 2)

SISTEMA PROPUESTO

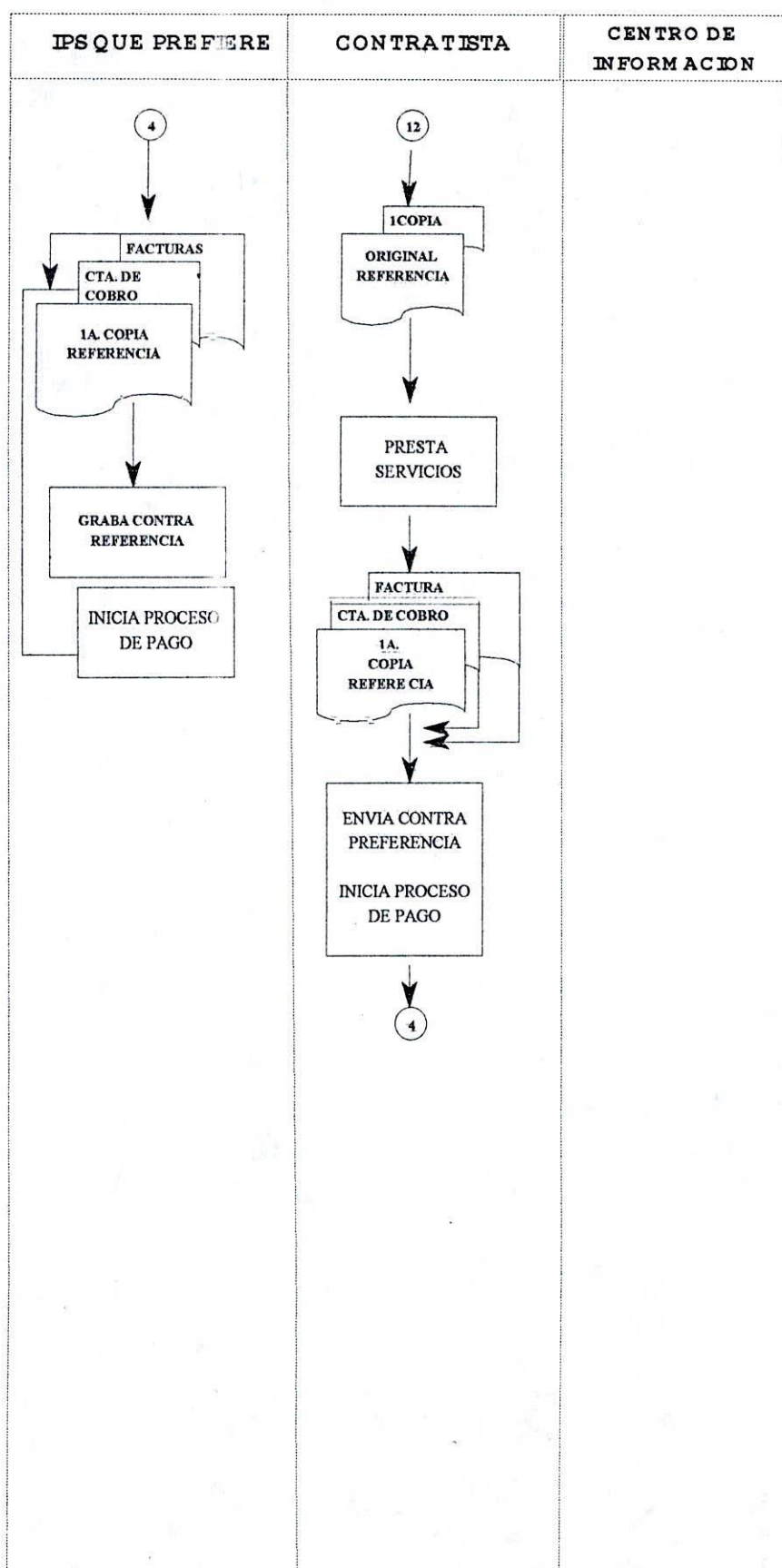
FLUJOGRAMA

ESQUEMA 2



SISTEMA PROPUESTO

ESQUEMA 2



11.3.- ESTRUCTURA DE LA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD -ISS

La estructura de la EPS -ISS esta constituida por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud , propias y a contrato.

- IPS (Propia). Institución donde ,se inicia la prestación de servicios , se atiende consulta médica general y puede tener atención especializada ambulatoria. Se describen los servicios que presta
- IPS (Contrato). Se refiere a las Instituciones que por necesidades de la atención deben ser contratadas , Son instituciones externas a la EPS de referencia,se contratan para suplir servicios que no tiene la Institución prestadora de servicios propia , o son insuficientes., deben estar claramente definidos los servicios que prestan. (Ver esquema No 3)

ESQUEMA No 3

ESTRUCTURA DE LA EMPRESA PROMOTORA -ISS

- ◇ SE EFECTUA LA ATENCION BÁSICA
- ◇ GENERA LA ORDEN DE REFERENCIAS
- ◇ RESPONSABLE: MÉDICO GENERAL

<i>IPS</i>		<i>RECEPTORA</i>	
		↓	
<i>ENTIDADES PROPIAS</i>		<i>ENTIDADES A CONTRATO</i>	
RELACION DE SERVICIOS OFRECIDOS		RELACION DE SERVICIOS CONTRATADOS	

11.4.- RED PRESTADORA DE SERVICIOS

El conjunto Servicios que se prestan, a través de las Instituciones prestadoras de Servicios bien sea propia o a contrato se denomina Red Prestadora de Servicios

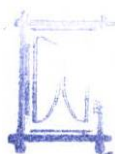
En el siguiente esquema se presenta la estructura de la EPS-ISS

11.5.-ESTRUCTURA DEL MECANISMO DE CONTROL.

El sistema propuesto se estructura con base en diseño de módulos , completamente diferentes entre sí, pero necesariamente relacionados dentro del contexto del mecanismo de control diseñado.

- **MODULO DE DEMANDA**

Permite registrar los afiliados , tanto cotizantes , como beneficiarios que requieren ser derivados a un segundo nivel de atención o superior.



- **MODULO DE OFERTA**

Información sobre oferta de servicios , disponibilidad y oportunidad de cada IPS propia y a contrato.

- **MODULO ADMINISTRATIVO-CONTRATO**

Información referente al aspecto administrativo del contrato en sí, de cada una de las IPS contratadas.

- **MODULO MEDICO - IPS PROPIA**

Este modulo , permite registrar los datos básicos de los médicos autorizados a efectuar referencias .

- **MODULO DE REFERENCIAS.**

Reserva de cupos a nivel de autorizador , registro de autorizaciones.

- **MODULO DE CONTRA-REFERENCIAS**

Información, respecto al servicio prestado respecto a la parte asistencia y económica.

- **MODULO DE TABLAS REFERENCIALES**

En este modulo se especifican las tablas , que permiten referenciar cada una de las variables , de los modulos anteriores.

11.6.- DATOS BASICOS REQUERIDOS -CONTROL DE GESTION - SEGUN MODULO

- **MODULO DE DEMANDA**

- Identificación del afiliado
- Primer apellido
- Segundo apellido
- Nombre
- sexo
- Fecha de nacimiento
- Tipo de Seguro (afiliado a EPS, ARP, Pensiones)
- Dirección residencia
- Nit de la empresa.
- Número de Referencia.

- MODULO DE OFERTA

- Nit IPS (propia o a contrato).
- Servicio ofrecido (código).
- Nivel (Con base en el Mapipos)
- Oportunidad IPS receptora (en dias)
- Horario inicial
- Horario final

- MODULO ADMINISTRATIVO-CONTRATO

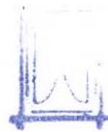
- Nit IPS contratada
- Número del contrato
- Tipo de contrato
- Monto del contrato
- Fecha de inicio del contrato.
- Vigencia
- Saldo según facturas
- Saldo según valor facturado y valor causado.

- MODULO MEDICO - IPS PROPIA

- Identificación del médico
- Registro del médico
- Primer apellido .
- Segundo apellido
- Especialidad
- Ubicación

- MODULO DE REFERENCIAS.

- Tipo de documento afiliado
- Número del documento
- Número de referencia.
- Fecha de Remisión
- Servicio solicitado (código)
- Diagnostico Presuntivo (Codificación Internacional CIE - 999 causa)
- Tipo de referencia.



- Identificación del médico remitente.
- Nit IPS que remite
- Nit IPS que recibe
- Confirmación Remisión
- Fecha - Hora
- Valor (con base en el Manual de tarifas)

- **MODULO DE CONTRA-REFERENCIAS**

- Tipo de documento del afiliado
- Número del documento.
- Número de referencia.
- Nit IPS receptora.
- Servicio prestado (código)
- Fecha de Ingreso
- Fecha de Egreso.
- Valor facturado (con base en el manual de y tarifas)

- **MODULO DE TABLAS REFERENCIALES**

Se precisa en términos de código las siguientes variables:

- Tipo de Seguro
- Tipo de vinculación
- Tipo de documento.
- Diagnóstico
- Clase de consulta, diagnósticos - 999 causas Codificación Internacional de Enfermedades.
- Sexo
- IPS - código de entidades propias y a contrato
- Médicos - código de médicos
- Manual de Tarifas
- Tipo de contrato

11.7.- INFORMES GENERADOS

Los informes e indicadores básicos producidos por el mecanismo de control diseñado se presentan a Nivel de IPS y a Nivel de EPS. Es importante aclarar que se pueden generar las consultas e indicadores que se consideren, siempre y cuando respondan a relaciones de los datos básicos definidos en cada modulo.

- INFORMES DE CONTROL DE GESTION A NIVEL DE IPS.

Esta parte responde a la información requerida en la IPS de origen , tanto en lo referente al paciente en lo referente a la parte asistencial , servicio prestado ,como a la parte administrativa en especial el control de costos. Reflejado en informes de consulta e indicadores

- CONSULTAS

- Relación de IPS , por servicio ofrecido y oportunidad de la atención.
- Relación de IPS según saldo facturado y fecha de vigencia.
- Relación de IPS según saldo facturado y causado por fecha de vigencia.
- Relación de Pacientes remitidos por médico y servicio solicitado.
- Relación de pacientes remitidos por servicio e IPS receptora , propia o contrato.

- Relación de pacientes remitidos según diagnóstico presuntivo.
- Relación de pacientes remitidos según empresa.

- INDICADORES

- Número de Pacientes remitidos según IPS receptora.
- Número de pacientes por especialidad y costo total.
- Número de pacientes remitidos por presupuestos globales fijos según procedimientos .
- Número de pacientes por médico y servicio.
- Número de referencias por empresa.
- Número de pacientes remitidos a IPS propias y a contrato.
- Valor facturado por IPS a contrato.

- Valor facturado y causado por IPS contrato.
- MODULO DE CONTROL DE GESTION A NIVEL DE E.P.S.
- Este modulo debe permitir , informar a Nivel de Empresa promotora de Salud , la gestión de cada IPS propia respecto al procedimiento referencias. Así:
- Distribución de Referencias según IPS remitente e IPS receptora propia y a contrato.
- Número de referencias y total facturado según IPS remitente e IPS receptora propia o, a contrato.(para la IPS propia se toma el valor causado , dado que estas no facturan).
- Número de referencias según servicio solicitado por IPS remitente.
- Saldo por IPS contrato según valor facturado y causado.
- Valor facturado y ejecutado según IPS contrato y propia (propia se toma el valor causado , estas no facturan).

- Indicadores Epidemiológicos.

11.8.- APLICACION AUTOMATIZADA , DEL DISEÑO DEL MECANISMO DE CONROLES BASICOS AL SISTEMA DE REFERENCIA DE PACIENTES.

Mediante el desarrollo de una aplicación en la base de datos ACCESS, se presenta la operacionlización del , mecanismo de control al sistema Referencia de Pacientes, con base en la estructura planteada.



Microsoft Access - [REMISIONES]

Archivo Edición Registros Ventana Mantenimiento Gestión Informes

Referencias

I.P.S. [] Número [] Fecha 96/11/12

DATOS GENERALES PACIENTE

Tipo Documento [] Primer Apellido: [] Segundo Apellido: [] Nombres: []

Genero [] Fecha Nacimiento: [] Tipo Vinculado [] Clase Seguro [] Teléfono: []

Dirección []

Datos Empleador

T. Documento [] # Documento [] Sucursal [] L_nom_emp: []

Servicios Solicitados - Manual Tarifas VS MAPIPOS

Código	Descripción	Grupo	Costo
[]	[]	[]	[]
[]	[]	[]	[]
[]	[]	[]	[]

Diagnóstico Presuntivo - Codificación Internacional de Enfermedades C.I.E.

[]

Registro: 1 de 1

Presentación Formulario

NUM

Microsoft Access - [CONTRATOS ASIGNADOS A I.P.S. (s)]

Archivo Edición Registros Ventana Mantenimiento Gestión Informes

CONTRATOS

E 95316230

Tipo Documento # Nit Razón Social

Datos del Contrato

34546dfd 4

Contrato Tipo Contrato

\$4.540 60/01/1 60/01/1 4

Monto Fecha Legalización Fecha Inicio Vigencia Contrato

Registro: 1 de 1

Presentación Formulario NUM

Microsoft Access - [Instituciones Prestadoras de Salud]

Archivo Edición Registros Ventana Mantenimiento Gestión Informes

Instituciones Prestadoras de Salud

Tipo Documento	Nit I.P.S.	Razón Social	Dirección
C	35316230	I.P.S. CRISTIANA FE EN ACCION	CALLE
E	343	232	1232
N	1919191	JUANCHO	D
*			

Registro: 1 de 3

Presentación Formulario

NUM

Microsoft Access - [Formulario: F_inf_ips_serv_01]

Archivo Edición Registros Ventana Mantenimiento Gestión Informes

Informe por I.P.S. - Servicios VS Oportunidad

Digite o seleccione el Nit de la IPS

Registro: 1 de 1

Presentación Formulario

NUM

11.9.-BENEFICIOS DEL MECANISMO DE CONTROL DISEÑADO

Este esquema permite evitar remisiones a entidades con contratos vencidos , permitiendo una eficiente gestión al gerente de la IPS respectiva , a fin de iniciar tramite oportuna para la renovación de contratos

En el momento de asignar la cita se deriva todo un sistema de información. que permite efectuar una optima gestión en la IPS que refiere, y en la Empresa Promotora de Salud.

Para el caso de las entidades a contrato además del informe de salud deben enviar la parte financiera , la factura y cuenta de cobro .

12.-CONCLUSIONES

Al desarrollar este mecanismo de control, se presenta una herramienta administrativo-asistencial, a las Instituciones prestadoras de Servicios de Salud , que permitan racionalizar sus recursos, técnicos científico asistenciales en beneficio de los afiliados en términos de oportunidad y eficiencia.

Este sistema plantea procedimientos ágiles a nivel de afiliado como población demandante y a nivel de Institución Prestadora de Servicios de Salud y Empresa Promotora de Salud, como mecanismo de control de gestión.

Se desarrolló un prototipo, efectuando su demostración, mediante el diseño y elaboración de un programa automatizado que garantiza los objetivos propuestos para la gestión de este sistema.

Mediante el mecanismo de control diseñado, se espera como impacto los siguientes beneficios:

- A NIVEL DE AFILIADO.
 - Asignación de cita de una manera oportuna a los niveles superiores del Sistema de Salud
 - Control de la atención efectuada bien sea en entidades propias o a contrato.

- Control , de la retroalimentación de la atención.
- Control de los afiliados que demandan servicios , teniendo en cuenta la terminación del procedimiento o inasistencia al servicio referido .

- A NIVEL DE IPS

- Dotar a este nivel de una herramienta básica para la gestión.
- Control a nivel de médico , de paciente y de empresa.
- Control de la morbilidad de la población adscrita a esa IPS.
- Control de la oportunidad de las entidades prestadoras de servicios , tanto propias como a contrato.
- Control de la parte presupuestal de las entidades a contrato a fin de tomar medidas administrativas , para garantizar la continuidad del servicio.

- A NIVEL DE EPS

- Contar con datos básicos que permitan medir la gestión de las IPS (s) propias de la Empresa Promotora de Salud.
- Obtener datos básicos que permitan relacionar , las referencias generadas por IPS , población adscrita , analizando costo -beneficio.

13.- PROYECCIONES Y RECOMENDACIONES

Como se especificó en el alcance del trabajo en este modulo solo se desarrolla lo relacionado con el proceso de la referencia de pacientes, en lo que tiene que ver con el procedimiento de derivación y asignación de citas y aspectos relacionados con el registro de los costos de la atención y control administrativo de los contratos.

Se recomienda:

- Efectuar la prueba de este diseño en una IPS del Instituto de Seguros Sociales.

Este modelo además de lo señalado da las pautas para:



- Obtener indicadores adicionales a los planteados , dado que el diseño permite relacionar las variables básicas definidas en cada modulo.

Se deja abierta la posibilidad de continuar su desarrollo en lo relacionado con :

- Incapacidades
- Reembolsos
- Planes complementarios
- Copagos
- Cuotas moderadoras.
- Enfermedades de Alto Costo (catastróficas).
- _ Servicios Odontológicos.
- _ Historias Clínicas.

14. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- (1) - Jaramillo Perez Iván, El Futuro de La Salud en Colombia, 1994.
- (2) - ISS Documento Básico, Sistema de Referencia de Pacientes, 1990
- (3) - Legis, Código de Seguridad Social, 1996
- (4) - Ley 100 de 1993, Artículo 178
- (5) - Ley 100 de 1993, D.R. 1938 de 1994
- (6) - D.R. 1938 de 1994, Artículo 11
- (7) - D.R. 1938 de 1994, Artículo 15
- (8) - D.R. 1938 de 1994, Artículo 19
- (9) - D.R. 1938 de 1994, Artículo 21
- (10) - C.N.S.S.S. Acuerdo 030 de 1996
- (11) - D.R. 1938 de 1994, Artículo 38
- (12) - D.R. 1938 de 1994, Artículo 39
- (13) - Ministerio de Salud, Resolución 5261 de 1994
- (14) - Ministerio de Salud, Decreto 2759 de 1991

TCod	TNombreEspecialidad
05	Médico General
06	Médico Nefrólogo
07	Médico Gineco-obstetra
08	Médico Urólogo
09	Médico Gastroenterólogo
10	MEDICO OTORRINO
11	MEDICO OFALMOLOGO
12	MEDICO CARDIOLOGO Y CARDIOPEDIATRA
13	MEDICO ENDOCRINOLOGO
14	MEDICO DERMATOLOGO
15	MEDICO TOXICOLOGO
16	MEDICO PEDIATRA
17	MEDICO NEUMOLOGO
18	MEDICO ENDOSCOPISTA
19	MEDICO INMUNOLOGO
20	MEDICO ORTOPEDISTA Y TRAUMATOLOGO
21	MEDICO FISIATRA
22	MEDICO PSIQUIATRA
23	MEDICO INTERNISTA
24	MEDICO HEMATOLOGO
25	MEDICO HEMODINAMISTA
26	MEDICO ONCOLOGO
27	MEDICO CIRUJANO GENERAL
28	MEDICO NEUROCIRUJANO
29	MEDICO CIRUJANO DE TORAX Y CARDIOVASCULAR
30	MEDICO CIRUJANO DE MANO
31	MEDICO CIRUJANO PLASTICO
32	MEDICO ANESTESIOLOGO
33	MEDICO VASCULAR
34	MEDICO PATOLOGO
35	MEDICO RADIOLOGO
36	MEDICO RADIOTERAPEUTA Y/O MEDICINA NUCLEAR
39	MEDICO CIRUJANO MAXILOFACIAL
40	MEDICO PATOLOGO
60	ODONTOLOGO GENERAL
61	ODONTOLOGO PERIODONCISTA
62	ODONTOLOGO CIRUJANO MAXILOFACIAL
63	ODONTOLOGO ORTODONCISTA

TTipoVinculacion	TNombreTipoVinc
1	Afiliado
2	Derechohabiente
3	Pensionado
4	Otro
5	Sin información

t_cod_est_pac	t_des_est_pac
1	Egresó
2	Continua Hospitali
3	Fallecio
4	Fuga
5	Transferido
6	Alta Voluntaria
7	Egreso Tecnico

t_cod_est_ref	t_des_est_ref
1	Facturada
2	No facturada - cont
3	No utilizada

t_cod_genero	t_des_genero
F	FEMENINO
M	MASCULINO



COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO
BIBLIOTECA SEDE CENTRO

83

t_tip_doc_pac	t_num_doc_pac	t_apel1_pac	t_apel2_pac	t_nom_pac	t_gen_pac	t_fec_nac_pac	t_tip_vin_pac	t_tip_seg_pac
C	3434535465	BRICENO	DELGADO	MARIA OLIVA	F	01/01/60 1		AT
C	35316230	BRICELO	DELGADO	MRIA OLIVA	F	01/01/60 1		AT
C	3531623030	B	D	VB	F	01/01/60 1		AT

T_CodTarifas	T_NombTarifas	T_UVR	T_CostoTarifas	T_GRUPO
1	INTERV. QUIRURG. EN LA ESP. NEUROCIRUGIA		2343545 01	
10	INTERV. QUIRURGICAS DE LA MAMA		3435 02	
101	MAMA		5454 03	
10101	MASTOTOMIA INCLY:DRENAJE DE L	4	3434 04	
10102	EXTRACCION CUERPO EXTRANO MAM	4	343 06	
10111	MASTECTOMIA TOTAL	12	3435 06	
10112	MASTECTOMIA RADICAL MODIFICAD	11	34343 04	
10113	MASTECTOMIA RADICAL	12	4344 09	
10114	EXTIRPACION FIBROADENOMA	3	3434 98	
10116	CUADRANTECTOMIA CON VACIAMEN	9	0	
10117	RESECCION QUISTE	5	0	
10120	ESCISION TEJIDO ABERRANTE MAM	5	0	
10121	RESECCION GINECOMASTIA	6	0	
102	TROMPA DE FALOPIO			
103	LIGAMENTO ANCHO			
104	UTERO			
105	VAGINA			
106	VULVA Y/O PERINE			
11	ORGANOS INTRACRANEALES			
11	INTERV. QUIRURGICAS DE GINECOLOGIA			
110	CRANEOTOMIAS PARA TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LES. INTRACR			
1101	CRANEOTOMIA PARA EXTRACCION CUERPO EXTRANO	9	0 09	
1102	CRANEOTOMIA PARA DRENAJE HEMATOMA EPIDURAL,SUBDURAL O INT	20	0 12	
1103	CRANEOTOMIA PARA EXTRACCION SECUESTRO	8	0 08	
1104	CRANEOTOMIA PARA DRENAJE DE HEMATOMA FOSA POSTERIOR	20	0	
1106	TRATAMIENTO DE RUPTURA DE SENOS DE DURAMADRE	20	0	
1107	TREPANACION PARA MONITOREO DE PRESION INTRACRANEANA	12	0	
1108	CRANEOTOMIA DREN. HEM. INTRAC	13	0	
111	CRANEOTOMIAS PARA TRAT. DE LES. VASC.CONGENITAS O ADQ.			
111	OVARIO			
1110	TRATAMIENTO MALFORMACIONES ARTERIO-VEN. SUPRATENTORIALES	21	0	
11101	OOFOROSTOMIA INCLUYE:DRENAJE	7	0	
1111	TRATAMIENTO MALFORMACIONES ARTERIO-VEN. LINEA MEDIA E INTRAV	23	0	
11110	RESECCION CUNEIFORME DE OVARI	7	0	
11111	RESECCION QUISTE DE OVARIO	7	0	
11112	RESECCION QUISTE PARA OVARICO	7	0	
11113	RESECCION QUISTE O TUMOR DE O	8	0	
1112	TRATMIENTO MALFORMACIONES LMI	22	0	
11120	OOFORECTOMIA	7	0	
11121	SALPINGOOFORECTOMIA	7	0	
1113	APERTURA DE SENO CAVERNOSO POR FISTULA O ANEURISMA	23	0	
11130	OOFOROPEXIA	7	0	
11131	OOFOROPLASTIA	7	0	



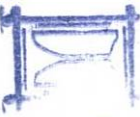
COLOMBIANA
ASOCIACIÓN MÉDICA
COLOMBIANA

T_CodTarifas	T_NombTarifas	T_UVR	T_CostoTarifas	T_GRUPO
11132	OOFORORRAFIA	7	0	
1114	REVASCULARIZACION SUPRATENTORIAL E INFRATENTORIAL	22	0 22	
11140	LIBERACION ADHERENCIAS DE OVA	10	0	
1116	ENDARTERECTOMIA DE VASOS DEL CUELLO	21	0	
1117	EMBOLIZACION PARA CATETERISMO ARTERIAS INTRACRANEANAS	21	0	
1118	ANGIOPLASTIA INTRALUMINAR	21	0	
112	CRANEOTOMIAS PARA TTO QUIRURGICO DE TUMORES INTRACRANEALE			
112	TROMPA DE FALOPIO			
1120	CRANEOTOMIA PARA EXTIRPACION ADENOMAS HIPOFISIARIOS	0	0	
11201	SALPINGECTOMIA	7	0	
1121	CRANEOTOMIAS PARA EXTIRPACION ADENOMA HIPOF.VIA TRANSESFEN	22	0	
11210	SALPINGOHISTEROSTOMIA	10	0	
11211	SALPINGOOFOROSTOMIA	10	0	
11212	SALPINGOSTOMIA Y ANASTOMOSIS	10	0	
11213	SALPINGOSTOMIA Y DRENAJE TROM	10	0	
1122	CRANEOTOMIA PARA RESECCION DE CRANEOFARINGIOMA	23	0	
11220	SALPINGOPLASTIA INCL:USO DE D	10	0	
11221	SALPINGORRAFIA	10	0	
11222	SALPINGOOFOROPLASTIA (OPERACI	10	0	
1123	CRANEOTOMIA PARA DRENAJE Y EXTRACCION DE Ts INTRAVENTRICULA	22	0	
11230	HIDROTUBACION TROMPA DE FALOP	2	0	
11231	INSUFLACION TROMPA DE FALOPIO	2	0	
1124	CRANEOTOMIA PARA PINEALECTOMIA	23	0	
11240	RESECCION DE TUMOR TROMPA DE	7	0	
11241	SECCION ADHERENCIAS TROMPA DE	10	0	
11242	SECCION Y/O LIGADURA DE TROMP	6	0	
1125	CRANEOTOMIA PARA RESECCION DE TUMORES DE FOSA ANTERIOR	20	0	
1126	CRANEOTOMIA PARA RESECCION DE TUMORES FOSA MEDIA	20	0	
1127	CRANEOTOMIA PARA RESECCION DE TUMORES FOSA POSTERIOR	21	0	
1128	CRANEOTOMIA PARA TUMORES DEL ANGULO PONTO-CEREBELOSO	22	0	
113	TTOS QUIRURGICOS DE OTROS TUMORES INTRACRANEALES			
113	LIGAMENTO ANCHO			
11301	EXTIRPACION TUMOR DE LIGAMENT	9	0	
11302	HISTEROPEXIA	7	0	
1131	TRATAMIENTO POR VIA ANTERIOR PARA TUMORES DE CLIVUS	0	0	
1132	CRANEOTOMIA PARA TUMORES DE HOZ DE CEREBRO	20	0	
1133	CRANEOTOMIA PARA TUMORES DE CUERPO CALLOSO	20	0	
114	INTERVENCIONES SOBRE MENINGES Y CEREBRO			
114	UTERO			
1140	LEUCOTOMIA	12	0	
11401	HISTEROTOMIA	7	0	
11402	TRAQUELECTOMIA	4	0	
1141	LOBECTOMIA	20	0	

Página 1

t_cod_tip_doc	t_des_tip_doc
C	CEDULA
E	CEDULA EXTTRANJERIA
G	REGISTRO GENERAL
N	NIT
R	REGISTRO CIVIL

t_cod_tip_ref	t_des_tip_ref
I	Interconsulta
O	Orde de Servicio
R	Remision



HOSPITAL GENERAL DE COLOMBIA
CLINICA SIDE CENTRO

89

t_cod_rel_lab	t_des_rel_lab
1	Planta
2	Nombramiento Pro
3	Contrato Civil
4	Adscrito

t_dir_pac	t_tel_pac	t_tip_doc_emp	t_num_doc_emp	t_suc_emp
CADD	33	C	999999999999	001
CA	3	C	999999999999	001
CADE	3435	C	999999999999	001

TClaseSeguro	TNombreClaseSeguro
AT	Accidente de Trabajo
EG	Enfermedad General
EP	Enfermedad Profesional
MA	Maternidad
SI	Sin Información

t	tip	doc	pac	ref	t	num	doc	pac	r	t	num	ref	t	fec	ref	t	tip	doc	ips	ref	t	nit	ips	ref	t	tip	doc	ips	rec	t	nit	ips	recep	t	ced	med	ref
---	-----	-----	-----	-----	---	-----	-----	-----	---	---	-----	-----	---	-----	-----	---	-----	-----	-----	-----	---	-----	-----	-----	---	-----	-----	-----	-----	---	-----	-----	-------	---	-----	-----	-----

t_conf_ref	t_cod_tip_ref	t_est_ref	t_proc_ref
------------	---------------	-----------	------------