



COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO
BIBLIOTECA SEDE CENTRO

559

LAS IPS COMO PILAR DEL NUEVO SISTEMA DE SALUD COLOMBIANO

CLAUDIA ROJAS
JENNY STERLING
MARTHA TURCIOS
DIANA BECERRA
GINA VALLEJO

**COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
X SEMESTRE**

Santafe de Bogotá, D.C. 1996

LAS IPS COMO PILAR DEL NUEVO SISTEMA DE SALUD COLOMBIANO

INVESTIGADORES

CLAUDIA ROJAS
JENNY STERLING
MARTHA TURCIOS
DIANA BECERRA
GINA VALLEJO

ASESOR

DRA. INES AMPARO REVELO M.
ODONTÓLOGA

PRESENTADO A

DR. JORGE ARANGO MEJÍA
DECANO

DR. FREDY OSORIO G.
DIRECTOR DE CLÍNICAS

COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
X SEMESTRE
Santafe de Bogotá, D.C.
1996

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN

I. MARCO TEÓRICO

II. METODOLOGÍA

III. REQUISITOS PARA FORMAR UNA IPS

IV. DISCUSIÓN

V. CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFÍA



INTRODUCCIÓN

Dado el bajo conocimiento y suministro de datos sobre el Sistema General de Seguridad Social en Salud, tanto para quienes desean conformarse en IPS, como para sus futuros beneficiarios; se hace necesario investigar y comprender toda la información acumulada sobre las bases del tema, para dar a conocer un modelo estructural y completo a estudiantes y egresados.

Es de vital importancia conocer los requisitos necesarios en la conformación de una IPS, los Derechos y Deberes que esta misma tiene, así como las Entidades Publicas y del Gobierno que participan en dicha conformación, junto con los tramites y exigencias que se deben cumplir con cada una de ellas.

De la misma forma, es indispensable, saber que procedimientos deben cumplir los ciudadanos para acceder a los servicios del Sistema Seguridad Social en Salud; que requisitos se les exige para su ingreso y cuales son sus Derechos y Deberes con las IPS y EPS a la cual se encuentran afiliados.

Según el decreto 1485/94, Art. 18 y 19, y La Ley 100/93, Art. 198, las EPS e IPS tienen la obligación de suministrar completa y correcta información sobre el Sistema de Seguridad Social en Salud, a los afiliados o potencialmente afiliados y al publico en general a través de sus oficinas de atención al cliente.

El Ministerio de Salud, adelanta Campañas Masivas de Información para garantizar la plena difusión de este sistema. La Superintendencia Nacional de Salud, por su parte, debe vigilar y controlar que las EPS e IPS cumplan con las normas que sobre información y prestación de servicios a los usuarios, ha establecido el Gobierno Nacional.

Es esencial, además, tener una base sólida de conocimientos, para poder ser críticos del nuevo Sistema General de Seguridad Social en Salud.

A partir de un conocimiento global del Nuevo Sistema, es posible comprender todas las normas necesarias para la conformación de una IPS.

I. MARCO TEÓRICO:

QUE ES LA SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD?

Es el derecho que tienen todas las personas a protegerse integralmente contra los riesgos que afectan sus condiciones de vida en especial las que menoscaban la salud y la capacidad económica, con el fin de lograr el bienestar individual y el de la comunidad.

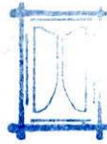
CUALES SON SUS FUNDAMENTOS GENERALES?

EQUIDAD: Por lo cual el sistema proveerá servicios de salud de igual calidad a todos los habitantes de Colombia, sin distinguir capacidad de pago o riesgo de enfermarse, financiando especialmente a la población más pobre y vulnerable.

OBLIGATORIEDAD: La afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud es obligatoria para todos, siendo responsabilidad del empleador el afiliar sus trabajadores y del Estado el facilitar la afiliación de quien carezca de este circulo laboral o de capacidad de pago.

PROTECCIÓN INTEGRAL: El sistema brindará protección en salud a sus afiliados, en su fase de promoción, y fomento de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, según lo previsto en su Artículo 162.

LIBRE ESCOGENCIA: El sistema permitirá que el usuario pueda escoger libremente la Empresa Promotora de Salud y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, cuando ello sea posible según las condiciones de la oferta de servicios.



AUTONOMÍA DE LAS INSTITUCIONES: Las Empresas Promotoras de Salud tendrán autonomía administrativa e independencia económica, salvo los casos previstos por la ley.

DESCENTRALIZACIÓN ADMINISTRATIVA: La organización del sistema será descentralizada y de ella harán parte las direcciones seccionales, distritales y locales de salud.

PARTICIPACIÓN SOCIAL: Es la intervención de la comunidad a través de los beneficiarios de la Seguridad Social en la organización, control, gestión y fiscalización de las instituciones y del sistema en su conjunto.

CONCERTACION: El sistema propiciará la concertación de los diversos agentes en todos los niveles y empleará como mecanismo formal para ello a los Consejos Nacional, Departamental, Municipal y Distrital de Seguridad Social en Salud.

CALIDAD: El sistema establecerá mecanismos de control a los servicios para garantizar a los usuarios la calidad en la atención, de acuerdo a los estándares aceptados en la práctica profesional.

CUALES SON LOS ORGANISMOS DE DIRECCIÓN DEL SISTEMA?

El Consejo Nacional de Seguridad Social: que tiene la función de definir las políticas y dar los lineamientos generales del sistema a través de acuerdos.

El Ministerio de Salud quien se encarga de normalizar y liderar la dirección del Sistema en coordinación con el Consejo de Seguridad Social.

La Superintendencia Nacional de Salud, actuará como máximo ente de vigilancia y control de todo el Sistema de Seguridad Social en salud.

COMO SE INGRESA AL SISTEMA?

Se ingresa a través de dos Regímenes que son excluyentes: el Contributivo para las personas con capacidad de pago y el Subsidiado para la población pobre u vulnerable, sin posibilidad de pago.

RÉGIMEN CONTRIBUTIVO

QUE ES EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO?

ES el que regula la vinculación de los individuos y sus familias al Sistema General de Seguridad Social en salud, cuando esta se hace a través del aporte económico del afiliado si es trabajador independiente o pensionado, o en concurrencia de este con el empleador cuando existe una relación laboral.

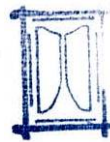
QUIENES LO ADMINISTRAN?

LAS EMPRESAS PROMOTORAS DE SALUD (E.P.S.)

Las cuales pueden ser de carácter público, privado o mixto y son las encargadas de la afiliación y carnetización de todas las personas, recaudar las cotizaciones, administrar los recursos y contratar a las IPS para la prestación de los servicios de salud a los afiliados, o sea el Plan Obligatorio de salud.

COMO SE ESCOGE LA E.P.S.?

La Ley 100, establece la libre escogencia y traslado entre empresas Promotoras de Salud de conformidad con



los procedimientos, tiempos, límites y efectos que determinó el gobierno.

Este derecho de escogencia podrá ejercerse cada 12 meses, contados a partir de la fecha de afiliación de la persona, a menos que se presenten casos de mala prestación o suspensión del servicio de parte de la E.P.S. respectiva.

De la misma manera el afiliado podrá escoger libremente la Institución Prestadora de Servicios (IPS) de su preferencia, dentro del número de Instituciones que le garantice la E.P.S. que haya elegido, para tal efecto la Empresa deberá tener a disposición de sus afiliados el correspondiente listado de prestadores de servicios de salud.

En lo relacionado con el plazo para la escogencia, las personas con nuevos contratos de trabajo o vinculación laboral deberán escoger al momento de su vinculación la E.P.S. de su preferencia a la cual van a afiliarse, si no lo eligieren, el empleador escogerá en su nombre la Entidad Promotora de Salud y procederá a afiliarlos, esta afiliación se considera válida por un período de tres meses, que podrá prolongarse hasta un año, si el trabajador no manifiesta en este período otra decisión.

QUIENES DEBEN AFILIARSE?

La afiliación al Sistema General de Seguridad Social (SGSSS), es obligatoria para todos los habitantes del país, bien sea a través del régimen Contributivo o del Régimen Subsidiado. Las personas independientes con capacidad de pago y aquellas empleadas, deberán afiliarse al Régimen Contributivo.

A- Como Afiliados Cotizantes:

Serán afiliados cotizantes al Régimen Contributivo, todas aquellas personas residentes en el país con

capacidad de pago, tales como las personas con contrato de trabajo del sector privado y público, los pensionados, los trabajadores independientes con capacidad de pago, los rentistas de capital y cualquier residente en el país cuyos ingresos sean superiores a 2 salarios mínimos legales vigentes. (Artículo 157, Literal A Numeral 1 Ley 100/93).

B- Como Afiliados Beneficiarios:

Serán beneficiarios el compañero o compañera permanente del afiliado cuya unión sea superior a 2 años; los hijos menores de 18 años de cualquiera de los cónyuges, que hagan parte del núcleo familiar y que dependan económicamente de este; los hijos mayores de 18 años con incapacidad permanente o aquellos que tengan menos de 25 años y sean estudiantes, con dedicación exclusiva y dependan económicamente del afiliado.

Adicionalmente el art. 18 del Decreto 1919 de 1994 establece que cuando el afiliado cotizante tenga otras personas diferentes a las mencionadas anteriormente y que dependan económicamente de él y tengan un parentesco hasta el tercer grado de consanguinidad, puede afiliarse como beneficiario siempre y cuando pague el aporte adicional equivalente a la UPC correspondiente a su grupo etéreo; es decir de acuerdo a la edad de la persona.

De manera que se dará afiliación a los integrantes de la célula familiar (cónyuge e hijos), acreditados como tales, brindando la cobertura familiar y universal que promulga la ley.

COMO ES LA AFILIACIÓN AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO?

Los afiliados deberán inscribirse ante la Entidad Promotora de Salud (E.P.S.) de su preferencia e inscribir a cada uno de los integrantes que componen su grupo familiar, diligenciando el formulario que suministra la respectiva E.P.S. adjuntando las pruebas de parentesco y dependencia económica respectiva, este formulario deberá ser suscrito por el afiliado, tratándose de personas vinculadas por contrato de trabajo

o como servidores públicos también deberá ser suscrito por el empleador.

La cobertura familiar al pensionado por jubilación, vejez, invalidez o sobrevivientes, será tenida en cuenta, en los términos descritos anteriormente.

QUE PASA CUANDO LOS CÓNYUGES COTIZAN AL SISTEMA?

Cuando los dos cónyuges o compañeros permanentes son afiliados cotizantes al sistema, es necesario que estén afiliados a la misma Empresa Promotora de Salud y los integrantes del grupo familiar solo podrán inscribirse en cabeza de uno de ellos. En este caso, se podrá inscribir en el grupo familiar a los padres de los cónyuges que dependan económicamente de alguno de ellos y a los hijos con derecho a ser inscritos, siempre y cuando la suma de los aportes de cada uno de los cónyuges sea superior al 50% de las Unidades de pago por Capitación que correspondan a los integrantes del grupo familiar que tengan derecho a ser inscritos.

QUIENES PRESTAN LOS SERVICIOS DE SALUD?

LAS IPS

Se les denomina así a las instituciones Prestadora de Servicios de Salud (IPS), es decir los hospitales, centros de salud, asociación de profesionales, cooperativas, consultorios, etc. que hacen contratos con las E.P.S. para la atención de sus afiliados. Del listado que ofrecen las O.P.S., el afiliado podrá escoger la que más le convenga en función de la calidad y oportunidad de los servicios que cada una ofrezca.

COMO SE FINANCIA EL SISTEMA EN EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO?

El Régimen contributivo se financia exclusivamente con los aportes (cotizaciones) que hacen los trabajadores dependientes y sus empleadores, los trabajadores independientes y los pensionados. Estos aportes son recaudados Por la Entidad Promotora de Salud quien los

gira al **FONDO DE SOLIDARIDAD Y GARANTÍA - FOSYGA**, entre encargado de la distribución de los recursos del área de Seguridad Social en Salud.

CUANTO PAGAN?

El Art. 204 de la Ley 100/93 establece que la cotización obligatoria para los afiliados será máximo del 12 % del salario base de cotización de los cuales 2/3 partes de la cotización estarán a cargo del empleador, es decir el 8% y 1/3 estarán a cargo del trabajador, es decir el 4%.

Es importante resaltar que la base de cotización no podrá ser inferior al monto del salario mínimo legal mensual vigente, salvo lo dispuesto para las (los) trabajadoras (es) del servicio doméstico conforme a la Ley 11 de 1988; de la misma manera cuando el afiliado devengue más de 20 Salarios Mínimos Legales Mensuales Vigentes la base de cotización será limitada a dicho monto por el Gobierno Nacional. Finalmente los trabajadores cuya remuneración se pacte por la modalidad de salario integral, la base de cotización se calculará sobre el 70% de dicho salario.

Los trabajadores independientes cotizarán sobre los ingresos que declaren a la respectiva E.P.S. y serán responsables por la totalidad de la cotización (12%).

Los pensionados asumirán la totalidad del aporte (12%), el cuál se descuenta directamente de su mesada pensional.

QUE ES LA UPC?

Significa Unidad de Pago por Capitación (U.P.C.), y corresponde al 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.

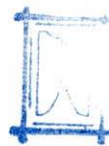
Social En Salud. Actualmente (1996), La U.P.C. es de \$144.595 para los Afiliados al Régimen Contributivo. La UPC es diferente de la cotización que se realiza mensualmente por los afiliados y cuyo recaudo pertenece al Sistema, siendo esto delegado a la EPS por el FOSYGA. Mensualmente la EPS debe descontar del total de cotizaciones recaudadas, un punto porcentual para la subcuenta de compensación, un punto porcentual para la subcuenta de solidaridad, medio punto porcentual para la subcuenta de promoción y prevención y 0.3 % para el pago de las incapacidades temporales y licencias de maternidad; al valor restante le descuenta el valor de las UPC de sus afiliados y diligencia el Formulario de Giro y Compensación el cual permite la EPS consignar a la cuenta de FOSYGA los excedentes de esta operación o solicitar la compensación respectiva si dicha operación fue deficitaria. La UPC del Régimen subsidiado para 1996 es de \$89.625.00.

En cualquiera de los dos casos la UPC es diferente por grupo de edad y por regiones. Las zonas de población dispersa y difícil acceso geográfico tienen una UPS mayor. Igualmente los mayores de un año y los ancianos, por ejemplo, tienen una UPC mayor.

QUE SON COPAGOS Y CUOTAS MODERADORAS?

Para garantizar el uso racional de los servicios de salud y ayudar a financiar el sistema, la Ley 100 autorizó el cobro de cuotas moderadoras y de copagos.

Las cuotas moderadoras son sumas de dinero que cancelan los afiliados y beneficiarios cada vez que utilizan los servicios, liquidadas según su base de cotización en 3 grupos así:



CUANDO SE PAGAN CUOTAS MODERADORAS?

Las cuotas moderadoras se cobran por consulta externa medicina general y especialistas, odontología y para tratamientos ambulatorios que ameritan exámenes de laboratorio, rayos X y medicamentos; además se cobran las urgencias cuando no están comprometidas la vida o funcionalidad de las personas.

CUANDO SE PAGAN COPAGOS?

Los copagos sólo se cobran a los beneficiarios y se aplican al resto de servicios incluidos en el Plan Obligatoria de Salud, como son los servicios de hospitalización y cirugía, no se podrá cobrar Copagos para las enfermedades de alto costo, control de enfermedades transmisibles, control de atención materno infantil, urgencias, ni para los servicios sujetos al cobro de cuotas moderadas. Los copagos tienen unos topes máximos por beneficiarios dependiendo del ingreso base de cotización.

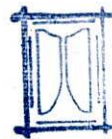
DERECHOS DE LOS AFILIADOS EN RÉGIMEN CONTRIBUTIVO

Tienen derecho al Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo (POS), que contempla acciones de educación, información y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, brinda atención de urgencia hospitalización y cirugía, consulta externa, odontología básica, suministro de medicamentos esenciales en su denominación genérica, e igualmente incluye el reconocimiento económico por incapacidad temporal por enfermedad general y maternidad, esto último (maternidad) a la afiliada cotizante.

Ley 100/93 Art. 162 Decreto 1938 de 1994 y Resolución 5.261 de 1994 del Ministerio de Salud.

QUE PASA CON LAS PREEXISTENCIAS?

El nuevo sistema de Seguridad Social en Salud no admite que se apliquen las preexistencias a sus afiliados.



Sin embargo, el acceso a la prestación de servicios de salud para enfermedades de alto costo, como cáncer y Sida por ejemplo, podrán estar sujetos a períodos mínimos de espera que en ningún caso podrán exceder las 100 semanas de cotización al sistema; lo que significa que si ya se había venido cotizando a otra entidad de seguridad social, ese tiempo se cuenta para superar los períodos exigidos y así tener acceso a la atención de esas patologías. Estos son los denominados "períodos de carencia".

COMO SE GARANTIZA LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS?

El Sistema General de Seguridad Social en Salud, garantizará a los afiliados la prestación del plan obligatorio de salud (POS) por parte de las E.P.S. a través de la red de servicios. Además tendrán derecho a la red de urgencias en todo el país y a la libre escogencia de I.P.S. dentro de las opciones que la EPS ofrezcan.

De otro lado la libre escogencia, obliga a las E.P.S. y a las IPS a implementar servicios con alto grado de calidad con el fin de mejorar sus ventajas competitivas y poder asegurar un buen número de afiliados.

COMO SE PROTEGEN LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS?

Las EPS, no podrán en forma unilateral, terminar la relación contractual con sus afiliados, ni podrán negar la afiliación a quien desee ingresar al sistema siempre y cuando garantice el pago de la cotización, salvo en los casos excepcionales por abuso o mala fe del usuario en la utilización de los servicios cuando ocurra hechos de naturaleza asistencial que afecten al afiliado en la prestación de los servicios de salud, estos podrán hacer sus reclamos ante el comité técnico científico que designará la respectiva institución de salud a la cual se esté afiliado, o en su defecto elevar la queja a la Superintendencia Nacional de Salud.

Además las IPS, según la Ley, deberán garantizar un sistema de información de sus servicios y atención a los usuarios, mediante la implementación de una línea telefónica abierta con atención permanente durante 24 horas.

La Ley contempla además en el Decreto Reglamentario 1757 de 1994, diferentes formas de participación de los ciudadanos y de los usuarios, tales como la conformación de asociaciones de usuarios de las EPS y las IPS.

LA LÍNEA TRANSPARENTE:

En el Ministerio de Salud existe una línea transparente de quejas y reclamos en cabeza de los grupos de atención al usuario (G.A.U.) teléfonos: 9800-10097 para fuera de Santafé de Bogotá y 2838946 para las llamadas locales o el 3340160 vía fax.

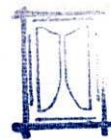
En la Superintendencia Nacional de Salud, la línea transparente, teléfono 3364606 extensiones 30823089.

RÉGIMEN SUBSIDIADO

QUE ES EL RÉGIMEN SUBSIDIADO?

Es el conjunto de normas que rigen el ingreso de las personas sin capacidad de pago y su núcleo familiar al sistema familiar de seguridad social en salud, cuando esta afiliación se hace a través del pago total o parcial de la unidad de pago por capacitación subsidiada, con recursos fiscales o de solidaridad.

QUE ES POBLACIÓN VINCULADA?



Es toda la población del territorio nacional que cumple con las características de pobreza y vulnerabilidad y que transitoriamente no se encuentra afiliada al sistema general de Seguridad Social en Salud. Su atención es responsabilidad del Estado a través de las instituciones públicas con cargo a recursos de la oferta.

QUIEN ES BENEFICIARIO DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO?

Toda persona pobre y vulnerable del territorio nacional identificada en los niveles 1 y 2 de pobreza por SISEEN que no tiene capacidad de cotizar al régimen contributivo y en consecuencia recibe un subsidio total o parcial del Estado, para completar el valor de la unidad de pago por capitación del régimen subsidiado. Además los miembros de comunidades indígenas.

QUE ES PLAN OBLIGATORIO DE SALUD SUBSIDIADO POS-S?

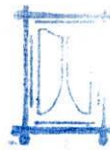
Es el paquete de servicios de salud, a que tiene derecho los afiliados al régimen subsidiado, incluye acciones de promoción y prevención, atenciones de consulta externa, hospitalización de menor complejidad, atención a la madre gestante y al menor de un año, y atención para enfermedades de alto costo.

QUE ES LA AFILIACIÓN AL RÉGIMEN SUBSIDIADO?

Es un proceso a través del cual los beneficiarios del Régimen subsidiado ingresan al sistema de seguridad social en salud mediante el pago del valor del aseguramiento, que hace el Estado, a una Administradora del Régimen Subsidiado.

QUE ES LA UNIDAD DE PAGO POR CAPITACIÓN SUBSIDIADA?

Es el valor fijo que se entrega a las administradoras del Régimen Subsidiado, por el pago de seguro de afiliación por persona/año, lo cual le da derecho a



recibir las atenciones contenidas en el plan obligatorio de servicios de salud subsidiado, establecido en el sistema de seguridad Social en salud.

QUE ES EL SUBSIDIO A LA OFERTA?

Es la diferencia económica que resulta entre el costo de un servicio prestado por una institución y el valor que paga el usuario con sus propios recursos. O sea es el recurso del Estado para atender a los vinculados y prestar los servicios de salud no contenidos en el POS-S.

Este subsidio a cargo del Estado, tiene por objeto mantener en operación el servicio al cual puede acceder la población beneficiaria, en los hospitales públicos; esta constituido básicamente por el situado fiscal y las rentas cedidas.

QUE ES EL SUBSIDIO A LA DEMANDA?

Es el pago fijo que hace el Estado por un plan de servicios a los cuales tienen acceso una persona, a través de un seguro contratado por una Administradora de Régimen Subsidiado (ARS). Este subsidio se genera en el momento en que el beneficiario es afiliado al Sistema General de salud, a través de pago de valor de la UPC-S a una administradora de Régimen Subsidiado.

A continuación, se relacionan los actores en los Entes Nacionales, Departamentales y Local entre quienes se debe dar la concentración para el Desarrollo del Régimen subsidiado de la seguridad Social en salud;

CUALES SON LOS ACTORES DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO LOCAL?

Los principales actores para implementar el Régimen Subsidiado en este nivel.

- * Alcalde Municipal
- * Concejo Municipal
- * Consejo Territorial de Seguridad Social en salud
- * Secretariado Municipal de Salud (o quien represente)
- * Personero Municipal
- * Mesa de Solidaridad Municipal
- * Veedurías Comunitarias
- * Beneficiarios del subsidio
- * Comunidad
- * EPS, IPS, ESES.

CUALES SON LOS ACTORES DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO A NIVEL DEPARTAMENTAL?

- * Gobernador
- * Asamblea Departamental
- * Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud
- * Secretaria de Salud
- * Planeación Departamental
- * ARS: EPS, CCF, ESS
- * IPS, ESES
- * Beneficiarios
- * ONG's
- * Mesa de Solidaridad Departamental
- * Comunidad en general
- * Veedurías Comunicarías

CUALES SON LOS ACTORES DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO A NIVEL NACIONAL?

- * Ministerio de Salud
- * Consejo nacional de Seguridad Social en salud
- * Fondo de Solidaridad y Garantía
- * Dirección General de Seguridad Social

- * Superintendencia nacional
- * Ministerio de Hacienda
- * Presidencia de la República
- * Red de Solidaridad

QUIENES SON BENEFICIARIOS DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO?

Son beneficiarios del régimen subsidiado toda la población pobre y vulnerable, que no tiene capacidad de cotizar al régimen contributivo y en consecuencia reciben un subsidio total o parcial del Estado, para completar el valor de la unidad de pago por capacitación del régimen subsidiado. También los indígenas, que por sus características socioeconómicas se consideran sin capacidad de pago.

Estas personas deben ser identificadas en todo el territorio nacional.

CUALES SON LOS MECANISMOS DE IDENTIFICACIÓN DE BENEFICIARIOS

Existen dos mecanismos para identificar a los beneficiarios del Régimen . El Sisben y el Listado censal.

QUE ES EL SISBEN?

Es una encuesta diseñada por el departamento Nacional de Planeación para identificar a los más pobres y así facilitar la focalización de la inversión estatal. Permite obtener información socio-económica confiable y actualizada de grupos específicos de población en todos los distritos y municipios del país, representada mediante un indicador resumen de calidad de vida.

La encuesta ofrece resultados de niveles de pobreza los cuales se identifican, 1 al 6, constituyéndose como beneficiarios del Régimen Subsidiado la población perteneciente a los niveles 1 y 2 del Sisben.



EL SISBEN puede ser utilizado por los diferentes sectores del estado no solo por salud.

QUE ES EL LISTADO CENSAL?

Es la relación de personas beneficiarias del Régimen Subsidiado. Dicho censo contiene las siguientes variables: nombre, documento de identidad, fecha de nacimiento, sexo, ocupación y lugar de residencia

COMO SE APLICAN LOS MECANISMOS DE IDENTIFICACIÓN DE BENEFICIARIOS?

La aplicación de los mecanismos de identificación se efectuará de la siguiente manera:

Para los municipios calificados por la Ley 136 de 1994 en categoría especial, y la de 1 a la 4 se aplicará obligatoriamente el Sisben.

Para los municipios calificados en categorías 5 o 6 y para las comunidades indígenas se podrá utilizar el listado censal.

Si un municipio de categoría 5 o 6 a realizado o está realizando el Sisben, este se constituirá en el único y más preciso instrumento de identificación.

QUIENES ADMINISTRAN EL SISBEN A NIVEL MUNICIPAL?

El sistema de identificación de beneficiarios será administrado por el alcalde del respectivo municipio, con la colaboración de las direcciones de salud correspondientes, personerías municipales, veedurías comunitarias y mesas de solidaridad.

QUIEN ADMINISTRA EL SISBEN A NIVEL DEPARTAMENTAL?

La oficina de planeación , con la colaboración de la Dirección de Salud correspondiente.

**QUIENES ADMINISTRAN EL SISBEN A NIVEL NACIONAL?**

La Misión Social del Departamento Nacional de Planeación, con la colaboración del Ministerio de Salud, Dirección General de Seguridad Social, Subdirección de Régimen Subsidiado.

QUIENES HACEN EL LISTADO CENSAL?

Su realización es responsabilidad de los alcaldes en los municipios y de la autoridad indígena reconocida por su comunidad, quien debe entregar el listado de beneficiarios del Régimen subsidiado al Alcalde.

COMO SE CALIFICAN LOS BENEFICIARIOS DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO?

Existen dos tipos de calificación que validan las listas publicadas oficialmente por la alcaldía municipal, ellas son:

* **Calificación Social:** Es la validación por parte de las instancias existentes en la comunidad: las veedurías comunitarias, o las mesas de solidaridad, quienes tienen como función evitar que las personas pobres sean excluidas y evitar igualmente que en la clasificación efectuada ingresen personas **QUE SI** tienen capacidad de pago, quitándole de esta manera el cupo a otra persona que realmente la necesite.

***Calificación técnica:** es la revisión del listado de beneficiarios por la personería municipal y supervisión por la Oficina de Planeación Departamental, Misión Social y Ministerio de Salud a Nivel Nacional con el propósito de evitar fraudes o adulteración.

EXISTE PRIORIZACION DE BENEFICIARIOS EN REGIMEN SUBSIDIADO ?

Sí. Cada dirección Territorial de Salud, debe establecer el número de beneficiarios que puede afiliar

teniendo en cuenta los recursos disponibles para la vigencia fiscal correspondiente.

Si tiene más beneficiarios que recursos se dará prioridad para el aseguramiento a la población materno infantil, los residentes en la áreas rurales clasificadas en niveles 1 y 2 y las comunidades indígenas existentes en el territorio nacional.

EN QUE MOMENTO SE PUEDE INSCRIBIR A.R.S.?

Las entidades interesadas en administrar el régimen subsidiado A.R.S. que acrediten los requisitos exigidos por el Decreto 2357 de 1995, podrán inscribirse en cualquier momento que lo deseen ante la dirección de salud correspondiente.

QUIENES PODRÁN ADMINISTRAR LOS RECURSOS DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO?

Podrán administrar los recursos del régimen subsidiado las empresas solidarias de salud (E.S.S.), Las Cajas de Compensación Familiar y las entidades promotoras de salud (E.P.S), públicas, mixtas, o privadas que así lo deseen siempre y cuando cumplan con los requisitos exigidos por la Superintendencia Nacional de Salud.

CUALES SON LAS FUNCIONES DE UN ADMINISTRADORA DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO?

Las A.R.S. deberán:

* Fomentar y promover la afiliación de la población beneficiaria del Régimen Subsidiado.



* Afiliar a la población beneficiaria y expedir la tarjeta de salud correspondiente.

* Informar a los beneficiarios sobre el plan de beneficios POS-S red de servicios, derechos y deberes y valor a pagar por concepto de las cuotas moderadoras o copagos.

* Establecer un sistema de administración financiera de los recursos destinados al Régimen Subsidiado.

* Organizar la red de servicios y un sistema de referencia y contrarreferencia.

* Establecer un sistema de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, tratamiento y rehabilitación dentro de los parámetros de calidad y eficiencia.

* Vigilar, inspeccionar y controlar la calidad de los servicios prestados por la (IPS) sin perjuicio de las acciones que adelante en esta materia la superintendencia nacional de Salud.

* Establecer el sistema de información conforme a los requisitos establecidos por la Dirección Territorial y Superintendencia Nacional de Salud.

Otras que sean necesarias para una efectiva gestión.

DE DONDE PROVIENEN RECURSOS PARA FINANCIAR EL RÉGIMEN SUBSIDIADO?

Los recursos para financiar el Régimen subsidiado proceden de los recursos fiscales y parafiscales como son:

* Ingresos corrientes de la nación destinados a los municipios para la salud.

* Los recursos del Fondo de solidaridad y Garantía (FOSYGA), subcuenta de solidaridad a donde llegan los recursos del 1% de solidaridad de los cotizantes del régimen contributivo.

* Recursos propios de Municipios y Departamentos destinados al aseguramiento de los más pobres y los indígenas.

INGRESOS CORRIENTES DE LA NACIÓN (ICN)

Por Ley 60 de 1993, el 25% de los ingresos corrientes de la nación, deben destinarse para salud; por Ley 100 de este 25% se deben destinar 15 puntos exclusivamente para el subsidio a la demanda (Aseguramiento al Régimen Subsidiado).

INGRESOS DEL FONDO DE SOLIDARIDAD Y GARANTÍA (FOSYGA) AL MUNICIPIO O DEPARTAMENTO

Para recibir los aportes provenientes de la nación, deberán suscribirse, convenios interadministrativos entre el fondo de solidaridad y garantía y las Direcciones Territoriales de Salud, teniendo en cuenta el monto asignado para la con financiación, estableciendo las formas de pago.

RECURSOS PROPIOS:

Son los que las respectivas administraciones territoriales asignan al Régimen Subsidiado.

CUALES SON LOS SUBSIDIOS A LA OFERTA?

Son los recursos que por situado Fiscal y Rentas cedidas se sitúan para funcionamiento de los organismo de salud a cargo del Estado, o sea para ofrecer los servicios que venía ofreciendo y que deben empezar a transformarse progresivamente en subsidio a la demanda.

Los subsidios a la oferta concurren para apoyar:

- * La prestación de servicios no incluidos en el POS-S
- * La atención de los " vinculados " (beneficiarios no asegurados).

CUAL ES EL VALOR DE LA UPC SUBSIDIADA?

La Unidad de Pago por Capitación subsidiada tendrá un valor promedio para el año 1996 de \$89.625 distribuidas así:

- a. \$72.297, destinados a cubrir primero y segundo nivel de atención del POS-S establecido en el plan de beneficiarios.
- b. \$17.328, destinados para enfermedades de alto costo establecidas en el Plan de Beneficios.

Nota:

Para los Departamentos de : Amazonas, Arauca, Casanare, Caquetá, Chocó, Guajira, Guanía, Guaviare, Putumayo, San Andrés y Providencia, Sucre, Vaupés Vichada, Meta y la Región del Uraba. (\$112.031.25); la UPC-S se incrementará en un 25% , en atención a las circunstancias de orden económico se exceptúan de este incremento las ciudades de Sincelejo y Villavicencio.



CUANDO PUEDE AUTORIZARSE UN VALOR MAYOR DE LA UPC-S?

Cuando:

* Se haya cubierto la totalidad de la población pobre y vulnerable.

* Existe un compromiso previo de las Direcciones de Salud, con un plan de transformación de los subsidios acorde con los nuevos contenidos del POS-S y hasta un valor máximo de la UPC del Régimen Contributivo.

COMO SE DETERMINA EL PAGO DEL POS-S DE LOS BENEFICIARIOS DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO

Para el reconocimiento del pago del POS-S de los beneficiarios Régimen Subsidiado se ha establecido la siguiente escala diferencial por grupos etáreos y por género:

Grupo Etáreo	Escala Diferencial	Valor Real 1996
Menores de 1 año	1.61 UPC-S	\$144.296.25
Mujeres de 15 a 44 años	1.57 UPC-S	\$140.711.25
Otros grupos	0.83 UPC-S	\$ 74.388.25

COMO CONTRIBUYEN LOS BENEFICIARIOS DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO A FINANCIAR EL VALOR DE LOS SERVICIOS DE SALUD?

Los Beneficiarios al Régimen Subsidiado contribuirán a financiar el valor de los servicios de salud que reciban a través de copagos y cuotas moderadoras establecidas Para el Régimen subsidiado y de acuerdo con el nivel fijado por el Sisben, así:

- Para indigencia (verificada) y para indígenas: no pagarán copagos ni cuentas moderadoras, la atención es gratuita

-Para los clasificados por el Sisben el nivel 1 y los incluidos en el listado censal de los municipios 5 y 6.

El copago máximo es del 5 % del valor de la cuenta, sin que el cobro por un mismo evento exceda de una cuarta parte del salario mínimo legal mensual vigente.

El valor máximo por año será de medio salario mínimo.

Para el nivel 2 del Sisben el copago máximo es del 10% del valor de la cuenta y no debe exceder de la mitad de un salario mínimo legal. El valor máximo por año es de 1 salario mínimo legal vigente.

QUE SON LAS CUOTAS DE RECUPERACIÓN?

Es el dinero que deben pagar las personas no afiliadas Al Sistema General de Seguridad Social, y que transitoriamente se encuentran como vinculados el pago se hace directamente a las IPS, cuando:

* Esta clasificado el nivel 1 por el Sisben, o incluido en el listado censal pagará el 5 % del valor de los servicios, sin que exceda el equivalente a un salario mínimo mensual vigente.

* Está clasificado en el nivel 2 del Sisben pagará un 10% del valor de los servicios sin que exceda a 2 el número salarios mínimos mensuales.

* Está clasificado el nivel 3 del Sisben pagará máximo el 30 % del valor de los servicios sin exceder 3 salarios mínimos por la atención de un mismo evento.

* O cuando está afiliado Al Régimen Subsidiado y reciben servicios no incluidos en el POS-S pagará el 5% o 10% según sea el nivel 1 o 2 del Sisben.

* Quien está calificado por capacidad de pago, pagará tarifa plena (Sisben 4,5 y 6).

CUANDO UN BENEFICIARIO ESTA AFILIADO?

Los beneficiarios se entenderán afiliados a una administradora de Régimen Subsidiado, cuando el municipio y la dirección o Secretaria de Salud respectiva suscriben el contrato con dicha administradora, en la cual el beneficiario se a inscrito y de quien recibirá la tarjeta de salud correspondiente que le garantice la prestación de los servicios de salud.

La sola escogencia e inscripción en una administradora del régimen subsidiado, no implica la afiliación de dicha entidad, debe cumplirse con la contratación entre la A.R.S. y la Dirección de Salud, así como el pago del valor del reaseguramiento.

Con el propósito de contribuir a la integración de la familia, la afiliación se hará al grupo familiar dando prioridad a aquellas familias donde hayan menores de un año y mujeres embarazadas.

QUE PLAZO TIENE EL BENEFICIARIO PARA AFILIARSE A UNA A.R.S.?

El beneficiario dispone de dos meses de plazo, desde el momento en que ha sido informado sobre las diferentes instituciones aprobadas como administradoras del régimen subsidiado para elegir libremente e inscribirse en una de ellas.

En el caso de que el beneficiario no lo haya, la Dirección de Salud procederá a afiliarlo a una A.R.S. Que considere la más conveniente, respetando el principio de preferencia del artículo 216 de la Ley 100 de 1993 numeral 1, en el que se establece a las empresas solidarias de solidaridad como preferencial y teniendo en cuenta su capacidad de afiliación.



A QUE SERVICIOS TIENE DERECHO LOS AFILIADOS AL RÉGIMEN SUBSIDIADO

La cobertura de riesgos y servicios que tiene derecho los afiliados al Régimen subsidiado a partir de Diciembre de 1995, son los siguientes:

-Acciones de Promoción y Educación

Son algunas actividades de educación y promoción en salud que debe ofrecerse a la familia y a los individuos, de acuerdo a su etapa del ciclo vital y con el objeto de dar elemento para mantener la salud a través del autocuidado y de las acciones individuales, familiares y comunitarias para lograr el mejoramiento de la calidad de vida y de ambientes saludables.

Incluye el material educativo y se complementa con el Plan de Atención Básica.

-Acciones de prevención de la enfermedad y de protección específica

Son actividades dirigidas a grupos poblacionales determinados y están orientadas a identificar los riesgos, prevenir la enfermedad y mantener la salud. Por ejemplo las vacunas y la prevención contra la caries.

Incluye a todos los usuarios y se complementa con el Plan de Atención Básica (PAB).

-Acciones de recuperación de la Salud

Se refiere a la atención sin hospitalización del primer nivel, o sea que garantiza la atención integral (médica, odontológica y de enfermería), de todos los eventos y problemas de salud que se puedan atender de forma ambulatoria y con tecnología de baja complejidad.

Incluye:

-La atención individual y familiar.



-El suministro de medicamentos, laboratorio clínico básico, imágenes diagnósticas y materiales odontológicos.

-Atención hospitalaria de menor complejidad

Se refiere a las actividades para atención de eventos de menor de menor complejidad a nivel hospitalario así:

* Atención por los profesionales, técnicos y auxiliares

* Suministro de medicamentos y de material médico quirúrgico, exámenes de laboratorio, imágenes diagnósticas y la hotelería.

* Para las gestantes, atención del parto bajo riesgo espontáneo o por cesárea.

-Atención de recuperación ambulatoria de 2 nivel de atención se refiere a:

* La consulta especializada para la gestante con riesgo y de menor de un año.

* La atención de oftalmología y optometría para los menores de 19 años y mayores de 60.

* El suministro de monturas y lentes cada que por razones médicas sea necesario su cambio (solo para mayores de 60 años).

-Atención hospitalaria de mayor complejidad.

Es toda la atención hospitalaria para :

* Gestante de mayor riesgo y las complicaciones de puerperio.

* Atención de mayor complejidad para el menor de un año:

- Recién nacido de alto riesgo
- Complicaciones por EDA
- La neumonía grave y las enfermedades infecciosas vírales y bacterias.

*Incluye la atención por los profesionales-técnicos y auxiliares.

* Contemplan: El suministro de medicamentos (incluido en el manual de medicamentos y terapéuticos) El material médico quirúrgico, exámenes de laboratorio, imágenes diagnósticas y la hotelería por hospitalización.

-Atención de las enfermedades de alto costo

Son:

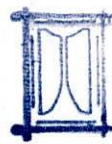
* Recién Nacido: Atención integral en cuidado intensivo al neonato.

* Patologías cardíacas: Intervenciones y procedimientos de cardiología, hemodinamia, cirugía de corazón y la terapia de rehabilitación cardíaca.

* Patologías del sistema nervioso: Procedimientos quirúrgicos intercraneales y de la médula espinal

* Reemplazo Articular: reemplazo total de cadera o rodilla. incluye procedimientos, prótesis y hospitalización.

* Insuficiencia Renal: Hemodiálisis y diálisis peritoneal para pacientes con insuficiencia renal aguda o crónica.



Trasplante renal y control durante el primer año y control permanente del transplantado renal.

* **Gran Quemado:** atención a pacientes con quemaduras mayores de 20 % de extensión, quemaduras profundas en cara, pies, manos o periné.

* **Sida:** Tratamiento Integral de paciente con sida.
Incluye:

- Atención Hospitalaria.
- Insumos requeridos.
- Suministro de antirretrovirales.

* **VIH Positivo:** Incluye suministro de antirretrovirales.

* **Cáncer:** Incluye: - Diagnóstico
-Tratamiento quirúrgico.
-Quimioterapia, radioterapia.
-Manejo del dolor del paciente terminal.

- **Hospitalización de alta complejidad]**

Incluye hospitalización para:

- Cirugías del sistema nerviosos central.
- Cirugías del corazón .
- Reemplazos articulares.
- Atención del gran quemado.

- **Cuidados Intensivos**

Atención de pacientes de todas las edades , críticamente enfermos, de conformidad con los artículos 29 y 30 de la resolución 5261 de agosto 5/94.



II. **METODOLOGÍA.**

Durante esta investigación se maneja un estudio completo sobre publicaciones, artículos y decretos existentes, de manera descriptiva y de tipo Revisión Bibliográfica; en la que se encuentra, toda información que al respecto poseen el Ministerio de Salud, la Cámara de Comercio, La Alcaldía, el ISS, la Secretaría de Salud y la Secretaría del Distrito.

Luego de la selección del tema, el que se considero de suma importancia, precisamente por la falta de conocimiento e información que se tenía sobre el mismo; el grupo se dirigió a una revisión crítica de la literatura existente, contando con la asesoría de una Odontóloga y Docente de la Universidad. De esta manera se conformo la Primera Parte o Protocolo, dejando entre ver la Formalicen del Problema, Justificación, Propósito, Marco Teórico, Objetivos (General y Específicos), Metodología a Utilizar, Aspectos Administrativos y Bibliografía utilizada.

Teniendo ya la base teórica, se hizo la recolección completa de datos y análisis de la información obtenida, para así conformar el cuerpo de la investigación, dando como resultado final, una Discusión y Conclusiones de dicho Estudio Descriptivo.

III. REQUISITOS PARA FORMAR UNA IPS.

1. ESTUDIO DE PREFACTIBILIDAD

1.1 IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombre o Razón Social de la I.P.S.
Dirección.
Teléfonos.
Apartado Aéreo.
No. del FA.
No. del Radio-telefono.
No. del Beeper.
No. del Celular.
No. del Barrio.
Vais de acceso.

Análisis del tipo de Sociedad:

PRIVADA: Si se trata de una Entidad con animo de lucro, requiere la obtención del Registro Mercantil de la Cámara de Comercio; si es una Entidad sin animo de lucro como Fundaciones, Corporaciones, Federaciones, Asociaciones, necesitan Personería Jurídica de la Alcaldía Mayor.

PUBLICA: Establecimientos Públicos o Empresas Sociales del Estado.

NATURALEZA JURÍDICA Y ADMINISTRATIVA:

Descripción de la Institución.
Nombre del Director, Profesión, Numero de Registro Profesional, Especialidad, dirección y teléfono.
Nombre del Representante Legal, especialidad.
Nombre del Gerente, Director o Administrador, Profesión

1.2 DISEÑO MEDICO ARQUITECTÓNICO:

Licencia de Construcción.
Acceso a los Servicios.
Ubicación del Terreno, vais de ingreso, acceso a servicios.
Planos Arquitectónicos.

Ubicación del Terreno, vías de ingreso, acceso a servicios.

Planos Arquitectónicos.

Costos y Cronogramas de actividades.

Presupuesto de la obra I.P.S. remodelación, adecuación o construcción.

1.3 EVALUACIÓN ECONOMICA

1.3.1 TIEMPO Y COSTOS DE INVERSIÓN

Terrenos.

Plantas físicas.

Redes.

Equipos Tecnológicos.

1.3.2 TIEMPO Y COSTOS DE FUNCIONAMIENTO U OPERACIÓN

Valor de la nómina de Profesionales Generales y especialistas.

Valor nómina de Técnicos.

Valor Auxiliares y Servicios Varios.

1.3.3 ANÁLISIS FINANCIERO DE LA I.P.S. POR TIEMPO DE PROYECTO

Volumen y fuentes de financiación, contratos con EPS.

Volumen y destino de recursos financieros por inversión o para funcionamiento.

El Ministerio de Salud efectuara el seguimiento, evaluación, control y vigilancia de estos proyectos presentados y aprobados, además de las Instituciones que les compete.

2. DECISIÓN CREAR UNA IPS

Con toda la anterior información y requisitos, los interesados tienen los elementos de juicio para tomar la decisión de crear o transformar sus actuales instalaciones en una IPS.

3. ANTE LA CÁMARA DE COMERCIO

Reunión de Fundación, Actas de Fundación, Actas de

Elección de Dignatarios, Elaboración y Aprobación de Estatutos.

Definición de la Razón Social (Nombre de la IPS).

Legalización de la Escritura Publica.

3.1 INSCRIPCIÓN EN LA CÁMARA DE COMERCIO

Presentar copia de la Escritura Registrada ante la Cámara de Comercio para su inscripción y registro mercantil, luego de pagar los derechos correspondientes.

Solicitar los certificados de Constitución y Gerencia donde aparecerá el numero de matricula de la IPS.

Inscribir los libros de contabilidad con la Cámara de Comercio.

3.2 OBTENCIÓN DEL NIT. (NUMERO DE IDENTIFICACIÓN TRIBUTARIA)

Presentar una copia del Certificado de Constitución y Gerencia junto con la Solicitud respectiva a la Dirección de Impuestos Nacionales para solicitar el NIT respectivo a la IPS.

3.3 PERMISO DE FUNCIONAMIENTO

Licencia Sanitaria de Funcionamiento expedida por el Hospital de Primer Nivel de Atención respectivo (de acuerdo a la ubicación de la IPS).

Para obtener el permiso de Planeación Distrital adjuntando solicitud escrita, sobre el concepto de manejo y uso del suelo del lugar donde se instalara la IPS.

Para obtener la autorización del cuerpo de bomberos adjuntando solicitud por escrito, solicitando la visita con el objeto de que emitan un concepto sobre las condiciones de seguridad y los equipos de prevención de incendios.

Para obtener licencia de funcionamiento de Alcaldía Local, adjuntando: Solicitud escrita, Concepto de Planeación Distrital sobre uso del suelo, Destinación



y ubicación de la IPS, Licencia Sanitaria expedida por el Hospital de Primer Nivel, Recibo de pago del Cuerpo de Bomberos, Comprobante de cancelación de los derechos de autor SAYCO Y ACINPRO.

Inscripción de la IPS y sus Trabajadores en el Sistema General de Seguridad Social en Pensiones y Salud.

Inscripción en la Caja de Compensación.

4. ANTE LA SECRETARIA DISTRITO DE SALUD

REQUISITOS PARA AUTORIZACIÓN DE FUNCIONAMIENTO IPS

Presentar solicitud escrita ante la Secretarias Distrital de Salud, solicitando la autorización de funcionamiento de la IPS y lo inscripción en el registro IPS.

Una copia autenticada de la resolución debe ir a la Superintendencia dentro de los cinco días siguientes.

Acreditar ante la Secretaria de Salud los siguientes documentos: Personería Jurídica o Registro mercantil ante la Cámara de Comercio según tipo de sociedad. Estatutos debidamente aprobados y vigentes, donde conste que el Objetivo Principal sea Prestar Servicios de Salud.

Licencia Sanitaria de funcionamiento que cubra cada uno de los Servicios Generales, intermedios o de apoyo general.

Prestar uno o más de los Servicios del Plan de Beneficios del Sistema General de Salud.

Póliza del Seguro que cubre responsabilidad civil por la Prestación de Servicios de Salud.

Proceso de Acreditación.

5. ANTE EL CUERPO DE BOMBEROS

Las Instalaciones eléctricas deben ir bien entubadas y no deben existir cables sueltos ni pelados.

Las Tomas de conexión no deben ir recargadas en sus usos. Lo normal es que tengan dos salidas.

Deben existir los extintores que sean necesarios dependiendo del numero de oficinas o de pisos.

Las salidas deben estar libres; que no existan obstáculos.

Las vasis de salida deben ser amplias y bien iluminadas.

6. ANTE LOS SEGUROS EN GENERAL

Toda Compañía de Seguros brinda protección contra tres calamidades principales; obviamente después de realizar una revisión y un estudio completo del lugar y forma como se establecerá una IPS.

Dichos seguros son: Incendio, Sustracción y Terremotos.

De una forma mas limitante, también cubren Equipos Electrónicos y Daños a Terceros conocido como Responsabilidad Civil.

7. ANTE SAYCO Y ACINPRO

Toda persona que tenga un establecimiento publico o alguna actividad empresarial y que a la vez utiliza la música, debe pagar los derechos de autor, según lo dispuesto en la Ley 23 de 1982.

De acuerdo a la clase y capacidad del negocio que se pretende establecer, la Organización Sayco y Acinpro en ejercicio del poder de representación, fija el valor o precio sobre el cual se realizaran los acuerdos con los usuarios.

Para cancelar los derechos de autor, ser puede dirigir perosonalmente a la oficina de la organización Sayco y Acinpro o a los puntos de recaudo debidamente acreditados.

IV. DISCUSIÓN.

Se podría preguntar si realmente el Sistema General de Seguridad Social en Salud, es un Programa de completos beneficios para los Colombianos.

Este Plan incluía actividades de mejoramiento de calidad de vida (Promoción de la Salud), Prevención de Enfermedades y Asistencia Integral de las personas en lo referente a Maternidad y Enfermedad General.

(Diagnostico, Tratamiento y Rehabilitación de la Enfermedad, incluyendo la provisión de medicamentos esenciales).

Lamentablemente todos estos servicios no han llegado en su totalidad, a la Población Colombiana, quizá por la falta de información a la que ha estado sujeta la ciudadanía, año tras año.

Aun cuando el Gobierno Nacional, dicto, que se debería informar a la comunidad en general sobre el Sistema Social en Salud, es en realidad, de difícil cumplimiento, dado a las diferentes condiciones de vida que se han establecido en el País; de acuerdo al nivel socioeconómico, cultural y geográfico, presente en los Colombianos.

Pero gracias a los esfuerzos realizados por el Ministerio de Salud y demás instituciones del Estado, el Cubrimiento de ha ido dando poco a poco y con buenas garantías de servicio.

Este Sistema de Salud, penso en algo muy importante, que es: Como una persona del cumun podría acceder a los Servicios de Salud sin estar afiliado a una EPS, pues bien, la hizo su beneficiaria, con las mismas garantías de las personas que disfrutan del Régimen Contributivo; mediante el establecimiento de niveles de atención de



acuerdo a sus posibilidades de pago, o en su defecto, asistencia gratuita como en el caso de indigencia verificada y las comunidades indígenas.

Otro punto importante de este Programa, es el que trata de los servicios de Riesgos Profesionales, Pensiones y salud; donde el Sistema General de Pensiones es el que se encarga de garantizar a la Población, el amparo contra las contingencias de la vejez, invalidez y muerte; El Sistema de Riesgos Profesionales, por su parte, cubre a la población contra las contingencias de enfermedad, invalidez y muerte originadas en el ambiente laboral. El Sistema General de Seguridad Social en Salud, según todo lo anteriormente descrito, busca cubrir las contingencias de Enfermedad General y de Maternidad.

Una pregunta importante a formular, es si una persona que llegue por urgencia a una Clínica u Hospital, es atendida inmediatamente, sin la previa cancelación de los servicios a recibir... Las IPS tanto Públicas como Privadas, están obligadas a atender los casos de urgencias sin medir ningún tipo de requisito que no sea el carácter de verdadera urgencia médica. Una vez se estabilice el paciente, se determinara quien paga la atención según el tipo de afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud, si existe; si no esta afiliado aun, se remitirá al paciente a una IPSO Pública, considerando al paciente como vinculado al Sistema.

Para establecerse como IPS, es importante tener en cuenta todos los requisitos exigidos por el Gobierno¹, así como la calidad de los servicios a los beneficiarios.

V. CONCLUSIONES.

En la actualidad la Ley 100/93 se desarrolla es un Marco de Transición del Viejo Modelo Asistencialista que impero por mas de 50 años, a este Modelo Nuevo en el que se concibió la Salud como un derecho de todos los habitantes del Territorio Nacional, con énfasis en la Población mas pobre y vulnerable que históricamente no había conocido sino el olvido estatal en este sentido.

La Nueva Ley integro de manera acerada el manejo de areas tan vitales para la igualdad social como lo son la Salud, las Pensiones y los Riesgos Profesionales, demarcando un contexto de igualdad ante el estado, de todos los pobladores de Colombia.

Esta Nueva Ley tiene metas claras y definidas, que se cumplirán en el año 2001 con la afiliación a sus Regimientos, de todos los Colombianos y Extranjeros habitantes en el Territorio Nacional.

En la actualidad el Sistema se encuentra en un proceso de transición, donde se están produciendo importantes avances en aspectos como la afiliación a los Regímenes Contributivo y Subsidiado, conocimiento del Sistema, Apropiación del Sistema y en general una nueva cultura de la salud en Colombia, lo que permite afirmar que se están cumpliendo las metas propuestas por el Gobierno Nacional.

El funcionamiento del Sistema depende de la participación activa y positiva de todos los actores: Los Ciudadanos, las ES ,los Trabajadores de la Salud, los Gremios, las Entidades del Estado, los Empleadores.

Es necesario hacer énfasis en la importancia de difusión y conocimiento del Sistema para construir una cultura de la Seguridad Social en Salud en Colombia, que permita hacer realidad las metas de la Reforma.

BIBLIOGRAFÍA

Cartilla Básica sobre el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Decretos y Reglamentaciones.

Registro de Rueda de Prensa al Ministerio de Salud.

Ley 100 de 1993.

Guía para la Creación de una IPS.

Registro de Normas exigidas por el Ministerio de Salud; la Cámara de Comercio; la Secretaria Distrital de Salud; el Cuerpo de Bomberos y la Organización SAYCO Y ACINPRO.