



COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO
BIBLIOTECA SEDE CENTRO

494

INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD

I.P.S

Monografía para optar el título de
Odontólogo

Director
Dr Cesar Garnica
Director I.P.S (minsalud)

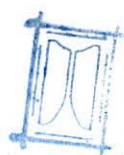
José Jaime Pareja Alemán
Victoria García Pulido
Carlos Alberto Heredia
Rocio Prada

COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO
FACULTAD DE ODONTOLOGIA
CONSEJO DIRECTIVO
Santafé de Bogotá, D.C
1.995

CONTENIDO

INTRODUCCION

1. **ORIGEN**
2. **OBJETIVOS**
 - 2.1 **GRUPOS DE 1000 BENEFICIARIOS**
 - 2.2 **PAQUETE DE ATENCION INTEGRAL MEDICA Y LA SALUD ORAL DE PRIMER NIVEL.**
3. **REQUISITOS**
4. **ATENCION DE SALUD ORAL PARA AFILIADO O BENEFICIARIO**
 - 4.1 **GRUPO MATERNO**
 - 4.2 **GRUPO DE ADULTOS**
 - 4.3 **GRUPO INFANTIL**
 - 4.4 **GRUPO DE MENORES**
5. **METODOLOGIA**
 - 5.1 **ACCIONES DE RESPONSABILIDAD DEL ODONTOLOGO**
 - 5.2 **ESTIMACION DE RECURSO**
 - 5.2.1 **Recurso humano**
 - 5.2.2 **Recurso técnico y de material**
 - 5.3 **ESTIMACION DE LA TARIFA**
 - 5.3.1 **Recurso humano**
 - 5.3.2 **Laboratorio clínico y radiología**
 - 5.3.3 **Medicamentos**
6. **TARIFA DE PAQUETE POR ATENCION INTEGRAL**
7. **MECANISMOS DE CONTROL Y EVALUACION**
8. **NORMAS ADMINISTRATIVAS PARA LA CONTRATACION DEL CONJUNTO DE ATENCION AMBULATORIA MEDICA Y/O DE SALUD ORAL DE PRIMER NIVEL POR TARIFA INTEGRAL**
 - 8.1 **ALTERNATIVAS DE CONTRATACION**



COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO
BIBLIOTECA SEDE CENTRAL

- 8.2.2 **Oferta de servicios**
- 8.2.3 **Selección de proveedores**
- 8.2.4 **Termino del contrato**
- 8.2.5 **prestación del servicio**
- 9 **REQUISITOS PROVEEDORES SERVICIOS DE SALUD**
- 10 **ASIGNACION DE BENEFICIARIOS**
- 11 **CONTRATACION**
- 12 **FORMA DE PAGO**
- 13 **MECANISMOS DE SANCIONES Y CONTROL**

1. ORIGEN

Las instituciones prestadoras de servicios de salud se originaron apartir del sistema de seguridad social, establecidos por la **ley 100 de Diciembre de 1.993** y reglamentadas mediante el decreto 1919 de 1.994. (ver cuadro anexo numero 1).

2. OBJETIVOS

La atención ambulatoria de primer nivel se refiere al conjunto de servicios médicos y de salud oral de baja complejidad, destinados a conservar y/o mejorar el estado de salud de los beneficiarios, mediante el cubrimiento de los problemas de salud más prevalentes y el fortalecimiento de los mecanismos de promoción y autocuidado de la salud y prevención de la enfermedad.

El conjunto de servicios se refiere a las acciones intra y extramurales, de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, protección específica, diagnostica y tratamiento oportunos y seguimiento de casos y los correspondientes elementos de apoyo diagnostico y complementación terapéutica.

2.1 GRUPOS DE 1.000 BENEFICIARIOS

El universo de 1.000 beneficiarios lo constituye exclusivamente los afiliados y su núcleo familiar, conformado por los beneficiarios del plan obligatorio de salud, según la cobertura establecida en el **artículo 163 de la ley 100 de 1.993**.

2.2 PAQUETE DE ATENCION INTEGRAL MEDICA Y LA SALUD ORAL DE PRIMER NIVEL

Comprende las acciones de atención básica que son necesarias realizar en un grupo de 1.000 beneficiarios, para mantenerlo en un nivel de salud optimo.

Este conjunto de atención tiene un costo global estándar anual y mensual.

3 REQUISITOS

Los requisitos básicos más importantes a tener en cuenta, para la puesta en marcha de una institución prestadora de servicios de salud (**IPS**) son los siguientes:

- a) **PERSONERIA JURIDICA**
- b) **RECURSOS FINANCIEROS**
- c) **AUTONOMIA ADMINISTRATIVA**
- d) **PLANTA FISICA**
- e) **RECURSOS HUMANOS**
- f) **RECURSOS MATERIALES Y EQUIPOS.**

En el desarrollo de nuestra monografía tendremos la oportunidad de describir detalladamente los puntos anteriormente mencionados.

4 ATENCION DE SALUD ORAL PARA AFILIADO O BENEFICIARIO

Las acciones de salud oral están dirigidas a los siguientes grupos poblacionales.

- a) **GRUPO MATERNO**
- b) **GRUPO DE ADULTOS**
- c) **GRUPO INFANTIL**
- d) **GRUPO DE MENORES**

4.1 GRUPO MATERNO

Constituido por las beneficiarias durante el embarazo, parto y puerpeio, comprende entre otras las siguientes actividades:

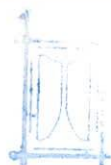
Examen clínico completo de cavidad oral, con énfasis en:

Índice de higiene oral, COP, enfermedad periodontal y con especial atención en lo referente al la gingivitis del embarazo, teniendo en cuenta que para fines diagnósticos no se recomienda la toma de estudios radiológicos en la materna.

Plan de tratamiento.

Una vez identificada las condiciones de salud oral de la embarazada, se establecen sus prioridades de atención con las cuales se procederá a programar el plan de tratamiento en el siguiente orden:

- a) Problemas agudos, dolorosos, infecciosos, hemorrágicos y traumáticos.
- b) Identificación, eliminación y control de placa bacteriana.
- c) Educación con énfasis en salud oral, mediante charlas y demás instrucciones individuales y en pequeños grupos.
- d) Detartraje y curetaje en una sesión por maxilar.



- e) Endodoncia: En una sesión para dientes vitales y en tres sesiones para conductos infectados.
- f) Operatoria dental: Con materiales definitivos tipo amalgama de plata en premolares y molares y resinas compuestas para dientes anteriores. Los cuales se deberán practicar mediante el uso de anestesia local sin vaso constrictor.

4.2 GRUPO DE ADULTOS

Conformado por los beneficiarios mayores de 15 años, siendo necesario enfatizar sobre la acción preventiva contra la enfermedad periodontal y diagnóstico precoz de cáncer oral. Estas acciones comprenden, entre otras, las siguientes actividades.

- a) Examen clínico para identificar: Caries y sus secuelas, enfermedad periodontal, clasificando su grado de severidad y toda alteración de los tejidos blandos.
- b) Identificación, eliminación y control de placa bacteriana.
- c) Remoción de caries y obturaciones definitivas.
- d) Tratamiento de conducto y cirugía periapical.
- e) Tratamientos periodontales.
- f) Cirugía menor.
- g) Educación con énfasis en la enfermedad periodontal.

4.3 GRUPO INFANTIL

El periodo de cero a cuatro años, representa una de las etapas de mayor importancia en el desarrollo y crecimiento de el niño por esta razón, es necesario hacer la captación temprana del niño y motivar a la madre sobre la trascendencia de practicar medidas de tipo preventivo que serán la base de una buena salud oral y realizar en el niño menor de un año:

- a) Examen odontológico.
- b) Una vez que haya concluido la erupción se deberán realizar la primera aplicación de flúor.
- c) La aplicación de flúor se repite como mínimo cada año.
- d) Instrucción de cepillado mediante demostración personal.

4.4 GRUPO DE MENORES

Conformado por los beneficiarios que están entre los cinco y los catorce años, con los que se hará énfasis en aspectos de promoción de la salud y prevención de enfermedades orales, tales como:

- a) Prevención de caries, enfermedad periodontal y maloclusion dentaria.
- b) Eliminación y control de caries y enfermedad periodontal.

En este grupo se requiere realizar las siguientes actividades:

- a) Examen clínico.
- b) Aplicación de fluoruro en gel previa profilaxis durante cuatro minutos.
- c) Enfatizar en el cuidado personal de la salud oral.
- d) Aplicación de sellantes de focetas y fisuras.

5 METODOLOGIA

La metodología utilizada para estimar las actividades de salud a desarrollar, los recursos necesarios y su cuantificación fue la siguiente:

5.1 ACCIONES DE RESPONSABILIDAD DEL ODONTOLOGO

El profesional tendrá a su cargo la ejecución de las actividades relacionadas con: Valoración diagnostica, operatoria, endodoncia, exodoncia, cirugía menor y curetajes.

5.2 ESTIMACION DE RECURSO

5.2.1 Recurso humano

Para establecer el numero de horas/año requerido en la realización de las actividades a cargo de cada uno de los profesionales y auxiliares:

- | | | |
|----|--|------------|
| a) | Medicina general | |
| | Consulta medica programada | 17 minutos |
| | Consulta medica de urgencias | 25 minutos |
| | Acción de promoción, prevención y protección | 30 minutos |
| | Soporte auxiliar | 8.5minutos |
| b) | Salud oral | |
| | Consulta de adaptación | 15 minutos |
| | Valoración diagnostica | 15 minutos |
| | Operatoria | 20 minutos |
| | Endodoncia | 60 minutos |

Exodoncia y cirugía menor	15 minutos
Curetaje	30 minutos
Educación y profilaxis	15 minutos
Detartraje	20 minutos
Protección específica	15 minutos
Instrumentación (auxiliar)	23 minutos
c) Acciones de cooperación asistencial	

5.2.2 Recurso técnico y de material

Las actividades médicas, de salud oral y de cooperación asistencial, demandan la utilización anual de consultorio médico y de unidad odontológica, teniendo en cuenta el horario amplio para brindar la atención.

Las acciones de promoción, prevención y protección específica, implican el uso de carteleros, audiovisuales, plegables, etc., siendo necesario tener en cuenta el consumo de los materiales utilizados con este fin.

5.3 ESTIMACION DE LA TARIFA.

5.3.1 Recurso humano

Se cuantifica de acuerdo con la asignación mensual establecida, en cada caso, por el ISS para la contratación civil.

5.3.2 Laboratorio clínico y radiología

Los exámenes de laboratorio clínico, estudios radiológicos y la ecografía obstétrica se valoran a las tarifas establecidas en el manual.

5.3.3 Medicamentos

La suma de 16.417 pesos por fórmula corresponde al costo promedio de venta máximo al público.

6 TARIFA DE PAQUETE POR ATENCION INTEGRAL

Anualmente la atención integral médica y de salud oral por cada 1.000 beneficiarios, asciende a \$39.402.556 que es igual a \$3.295 mensuales por beneficiario asignado.

La estructura del conjunto, permite que su contratación se pueda hacer en forma total, de acuerdo con las siguientes alternativas:

- a) Atención medica ambulatoria de primer nivel, por una tarifa mensual de \$2.355 beneficiario asignado.
- b) Atención de salud oral integral de primer nivel por una tarifa mensual de \$930 beneficiario asignado.

7 MECANISMOS DE CONTROL Y EVALUACION

La prestación de los servicios mediante esta modalidad de contratación, estará sujeta a los siguientes mecanismos de evaluación y control:

- a) Supervisión de todo el proceso de atención, a través de la dependencia u organismo que el instituto designe.
- b) Análisis de los registros estadísticos clínicos, asistenciales, morbilidad poblacionales, oferta y demanda, etc.
- c) Evaluación de la satisfacción de los beneficiarios mediante encuestas.
- d) Control del proceso de asignación de beneficiarios a los contratistas y de utilización de servicios por parte de usuarios para evitar la doble demanda.

8. NORMAS ADMINISTRATIVAS PARA LA CONTRATACION DEL CONJUNTO DE ATENCION AMBULATORIA MEDICA Y/O DE SALUD ORAL DE PRIMER NIVEL POR TARIFA INTEGRAL

8.1 ALTERNATIVAS DE CONTRATACION

Los componentes de la atención (médica y de salud oral), determinados en el conjunto, podrán ser objeto de su contratación en forma parcial o total, exclusivamente bajo las siguientes alternativas, así:

- a) ATENCION AMBULATORIA MEDICA Y DE SALUD ORAL
- b) ATENCION AMBULATORIA MEDICA
- c) ATENCION AMBULATORIA DE SALUD ORAL

Siempre el proveedor se obligará, tal como lo estipula el conjunto, a prestar la atención integral, concepto que incluye los aspectos relacionados con la promoción de salud, prevención de la enfermedad, protección específica y lo referente a los procedimientos de apoyo diagnóstico y suministro de

medicamentos. No se aceptará la celebración de contratos bajo alternativas diferentes.

8.2 CELEBRACION Y EJECUCION DEL CONTRATO

8.2.1 Determinación de necesidades

- a) Cuando un CAA opta por contratar la atención a través del Conjunto, su necesidad en cualquiera de las alternativas descritas, es identificada y cuantificada por el Subgerente de Servicios de Salud del CAA o quién haga sus veces y reportada por el Gerente del Centro a la Gerencia Zonal o Departamento de Contratación de Servicios de Salud o su homólogo, según el grado de desarrollo en la aplicación de la Estructura Orgánica del ISS, instancia a la que corresponde efectuar los trámites de selección, celebración y legalización del respectivo (s) contrato(s) y notificarlo (s) al CAA.
- b) En las localidades en las cuales el ISS cuenta únicamente con servicios administrativos, esta necesidad es identificada por el funcionario administrativo a quien se le ha delegado o tenga la competencia para el manejo de la contratación.
- c) En las localidades en las cuales el Instituto carece de servicios administrativos, médicos y de salud oral, los requerimientos de contratación, los establece la Gerencia Zonal, Departamento de Atención Ambulatoria, o su homólogo, de la Seccional a la cual el municipio esté bajo su jurisdicción.

8.2.2 Oferta de servicios

De preferencia, el Instituto solicitará oferta a aquellas personas naturales o jurídicas, que debidamente inscritas en el Registro de Proveedores, recomiende el Gerente dentro del listado de posibles contratistas, el cual debe acompañar al estudio de necesidades.

La propuesta de los proveedores, con base en la solicitud de oferta del Instituto, será presentada por el interesado en forma escrita y entre otros aspectos, precisará:

- Número máximo de beneficiarios a atender de acuerdo con su capacidad instalada y la demanda de actividades estimada en el Conjunto (consultas médicas, acciones de salud oral, exámenes de apoyo diagnóstico por área, etc.), así como el horario de atención. Información que debe ser verificada

por el Instituto, a través de la acreditación, como requisito previo para la selección.

- Cuáles de las acciones que se compromete a realizar, lo hará el proveedor en forma directa con recurso propio y cuáles a través de contrato con terceros. Así mismo, si la atención se ofrece bajo infraestructura física única o no; señalará además, la ubicación de las instalaciones tanto de la sede principal, como de cada una de las dependencias donde se prestarán los servicios.
- La forma de pago que más le convenga, de acuerdo con los reglamentos de las IPS.

Para establecer el número de beneficiarios que el proveedor está en capacidad de asumir, respondiendo por la calidad de la atención y en los términos establecidos en el Conjunto, se deben tener en cuenta los siguientes parámetros:

- Un consultorio médico funcionando 12 horas diarias, está en capacidad de asumir 4.000 beneficiarios/año, en tal forma que el médico pueda realizar, con eficiencia, las actividades que a su cargo, están previstas en el Conjunto.
- Por cada consultorio médico, se requiere adicionalmente la disponibilidad diaria de 6 horas de un área específica para el desarrollo de las actividades, del Conjunto, delegadas a los demás profesionales de la salud.
- Una Unidad Odontológica funcionando 12 horas diarias está en capacidad de asumir 3.000 beneficiarios/año, de manera que el Odontólogo y la Higienista Oral realicen, con eficiencia, las actividades previstas en el Conjunto.

En resumen, por cada 4.000 beneficiarios asignados, asegurados, el proveedor debe garantizar la disponibilidad de 12 horas de consultorio médico, 16 de unidad odontológica y 6 de área específica para actividades de salud delegadas.

8.2.3 Selección de proveedores

En la selección del proveedor y en la renovación o prórroga del término del contrato, se debe tener en cuenta como requisito indispensable, el concepto del Gerente del CAA, del funcionario competente para aquellas localidades en las cuales únicamente se cuenta con área administrativa o el que expida la Gerencia Zonal, Departamento de Atención Ambulatoria o su homólogo para los municipios en los cuales no se cuenta con servicios asistenciales y



administrativos; los anteriores son los responsables de la supervisión y control, en términos de cumplimiento de las obligaciones a cargo del contratista, la ejecución financiera y de la evaluación sobre su impacto en la población asignada, así mismo de establecer y aplicar los mecanismos orientados hacia la utilización correcta y racional del servicio por parte del usuario, de tal manera que cada beneficiario no pueda acudir para su atención programada a contratista diferente al que está asignado. Los resultados de la encuesta sobre satisfacción de usuarios, es uno de los criterios para fundamentar los conceptos.

Entre los criterios técnicos favorables que orientarán la selección de un contratista, están:

Acreditación:

Proceso que se aplicará para aquellos proveedores de quienes el Instituto reciba propuesta.

Valor de la Propuesta:

Valor inferior al máximo establecido en el Manual de Tarifas, siempre y cuando las condiciones de calidad en la atención, sean iguales con respecto a otras ofertas.

Ubicación de los Servicios:

- Servicios que en su totalidad se ofrezcan para ser prestados lo más cerca posible de la zona en la que están localizados los asegurados que se beneficiarán del contrato.
- Concentración de la totalidad de los servicios del Conjunto, en una misma infraestructura, cuando la población por asignar sea inferior a 20.000 beneficiarios. Si no fuere posible, se procurará seleccionar aquella que disponga de una área física para los servicios médicos y de otra para los de salud oral.
- Propuesta de atención distribuida en dos o más sedes, cuando la población a asignar supere los 20.000 beneficiarios.

Integralidad:

Cuando la solicitud de oferta del Instituto esté dada en términos de atención médica y odontológica, la propuesta que ofrezca los dos componentes.

Cobertura:

A fin de disminuir el desgaste administrativo que genera el manejo de los contratos, la propuesta que según las necesidades del Instituto ofrezca mayor cobertura en término del número de beneficiarios a proteger, sin perder de vista la ubicación geográfica de los servicios con respecto a los asegurados.

Horarios:

Flexibilidad y amplitud de los horarios de atención.

Para la selección del contratista, es requisito que éste no tenga suscrito un contrato, con el ISS, en cuyo objeto se prevea la atención de consulta ambulatoria especializada de cualquier nivel para el grupo de beneficiarios que será cubierto por el Conjunto; de esta disposición se exceptúan los contratos interadministrativos.

Así mismo, durante la vigencia del contrato, salvo los interadministrativos, el contratista no podrá suscribir con el ISS otro contrato en cuyo objeto se incluya la atención de consulta ambulatoria especializada de cualquier nivel, para el grupo de beneficiarios amparados por el Conjunto.

8.2.4 Término del Contrato

El término de los contratos bajo esta modalidad de atención, no podrá pactarse por un período inferior a un (1) año, a fin de garantizar a los beneficiarios el pleno desarrollo de las acciones previstas en el Conjunto, medir el resultado de las mismas y lograr la continuidad de la atención al usuario.

8.2.5 Prestación del Servicio

- Todo asegurado atendido, deberá contar con una historia clínica ubicada en el Centro de Atención, propio o a contrato, al cual esté asignado. Para tal efecto, al contratista se le hará entrega de aquellas que corresponden a quienes pudieren tener dicho registro en cualquier CAA del ISS, o se le facilitará el acceso al sistema automatizado de historia clínica, si dispone de la tecnología apropiada para hacerlo; las restantes, correspondientes a su población asegurada, serán elaboradas por el contratista, en la medida en que el usuario demande servicios.

- Por norma general, cuando un contratista debe referir a un paciente para la atención ambulatoria de segundo o tercer nivel, o intrahospitalaria, la orden para tal efecto, será expedida por el contratista de acuerdo con la reglamentación del Instituto y validada por el Subgerente de Servicios de Salud del CAA al cual esté adscrito el beneficiario o por quien haga sus veces;

así mismo, por el funcionario administrativo a quien se le asigne esta responsabilidad en los municipios en los cuáles sólo se cuenta con representatividad administrativa; en aquellas localidades en las cuales el ISS carece de servicios administrativos y asistenciales, el contratista podrá remitir directamente a la Institución o persona, que en el mismo municipio, tenga relación contractual con el Instituto; en el evento en el cual la atención que requiera el paciente, no pueda ser brindada por dicha Institución o persona, el contratista del Conjunto deberá referirlo al CAA que se estipule en el respectivo contrato, para que se le resuelva su problema de salud; para la elección del CAA de referencia, se tendrá en cuenta la proximidad geográfica, facilidad de acceso y los servicios que preste.

- La prescripción de medicamentos por parte del contratista, debe sujetarse estrictamente a los relacionados en el Formulario de Medicamentos del Instituto en lo referente a los servicios ambulatorios y que su prescripción sea de competencia del médico general. El valor de formulaciones diferentes, serán asumido directamente por el Contratista.

Lo anterior no excluye la posibilidad que de acuerdo con las necesidades del Instituto, en la solicitud de oferta se formule como requerimiento adicional al Conjunto el suministro de medicamentos que derivados de la atención hospitalaria o de la Consulta Externa y de urgencias de otro nivel, se le prescriban a los beneficiarios asignados, para su tratamiento ambulatorio.

- Las incapacidades y licencias por maternidad a que diere lugar el manejo clínico de los pacientes, serán expedidas directamente por el contratista, de acuerdo con el reglamento vigente establecido por el ISS y en la papelería que para tal fin le provea el Instituto. El incumplimiento de las normas sobre el particular por parte del contratista, constituirá violación al contrato y por ende el contratista se hará acreedor a las sanciones que en él se estipulen.

- Teniendo en cuenta que todas las historias clínicas de los asegurados a la E.P.S., ISS, son propiedad del Instituto, una vez finalice el contrato o el Instituto retire de la lista de asignados a un beneficiario o en el momento que así lo requiera, el contratista se obliga a devolver al CAA las historias clínicas. Así mismo y a solicitud de la dependencia competente del Instituto, el contratista suministrará las historias clínicas y/o sus resúmenes.

- Las formas impresas que utilice el contratista en todo el proceso de la atención (historia clínica, órdenes de referencia y de servicio, registros estadísticos, etc.), serán las de uso por el Instituto en sus propios servicios. Para tal efecto, el Instituto está en la obligación de suministrar los modelos a utilizar y el contratista a duplicarlos en los volúmenes que considere necesario.

- Los registros estadísticos relacionados con las actividades suministradas a los usuarios, deben presentarse al Centro de Atención, dentro de los diez



primeros días de cada mes y en forma ininterrumpida. De igual manera, el contratista presentará otros informes, cuando le sean solicitados por las dependencias competentes del ISS.

- Es responsabilidad del Gerente del CAA a través de sus funcionarios e del Departamento de Atención Ambulatoria o su homólogo, hacer la inducción inicial a los contratistas y mantenerlos actualizados sobre la normatividad que, en materia de salud, expida el Instituto.

9 REQUISITOS PROVEEDORES SERVICIOS DE SALUD

Sea cual fuere el número de beneficiarios que el contratista se compromete a atender, como mínimo debe ofrecer directamente los siguientes servicios, sinque ello implique la disponibilidad de la infraestructura física y equipamiento propios:

- Atención médica general, incluidas las actividades de promoción y prevención a cargo del médico y las delegadas a enfermería.
- Atención de salud oral (odontológica e higiene oral).
- Soporte administrativo para el cumplimiento entre otros, de los siguientes procesos: orientación e información, asignación de citas, administración de historias y demás registros clínicos e informes estadísticos.

El proponente debe garantizar las áreas físicas adecuadas para el desarrollo de los procesos administrativos y asistenciales descritos, incluyendo las necesarias para las actividades de educación individual y grupal, así como para la recepción y espera de pacientes.

Los demás servicios (laboratorio clínico, radiología, ecografía, nutrición, sicología y trabajo social), podrán ofrecerse para prestar en forma directa o a través de terceros, salvo en el caso en el que se asignen más de 20.000 beneficiarios, en el cual se exige la prestación del servicio de laboratorio clínico en forma directa, ya sea en equipos propios, a contrato o disponibles por cualquier otra modalidad. Así mismo, cuando la población asignada sea mayor de 50.000 asegurados, el proponente se obliga a ofrecer todos los servicios del Conjunto de manera directa.

En todos los casos es facultativo del proveedor suministrar los medicamentos en forma directa o a través del contrato, siempre con sujeción a las disposiciones del Ministerio de Salud sobre la materia.

La propuesta se acompañará, entre otros, de los documentos que acrediten al proveedor como propietario o arrendatario del inmueble; en su calidad de

arrendatario debe adjuntar copia del contrato del inmueble. De otra parte, es requisito demostrar la condición de la tenencia de los equipos que utilizará en la prestación de los servicios médicos, salud oral y de diagnóstico, de manera que garantice su disponibilidad durante la vigencia del contrato.

A fin de garantizar la calidad de la atención que se compromete a prestar, es necesario que una vez legalizado el contrato, el contratista haga llegar al Gerente del CAA; al funcionario competente en los municipios en los cuales sólo se cuenta con representatividad administrativa o a la Gerencia Zonal, Departamento de Atención Ambulatoria o su homólogo, en los casos en los cuales no se dispone de servicios administrativos y asistenciales directos, la hoja de vida de los profesionales con los cuales prestará los servicios; de igual forma procederá cada vez que vincule un nuevo profesional para el mismo fin. Las dependencias antes descritas, se reservan el derecho de conceptuar sobre dicho personal y solicitar los cambios que considere necesarios.

10 ASIGNACION DE BENEFICIARIOS

La asignación de asegurados a cada contrato y la actualización permanente del listado correspondiente, es función de la Gerencia del CAA; del funcionario competente en los municipios en los cuales se cuenta únicamente con servicios administrativos y la Gerencia Zonal, el Departamento de Atención Ambulatoria o su homólogo, lo harán en el evento que no existan en una localidad servicios administrativos y asistencia del ISS.

La base para el reconocimiento del valor correspondiente a la atención mensual del beneficiario, será el número de beneficiarios que esté asignado el día 15 de cada mes, que debe certificar mensualmente el funcionario, que de acuerdo en el inciso anterior, tiene la competencia para efectuar la asignación de beneficiarios e incluir como mínimo, el número de afiliación, nombre completo del asegurado y sus condición (afiliado cotizante o familiar).

En el contrato se debe estipular el número máximo de asegurados que el contratista, de acuerdo con su capacidad física instalada, está en condiciones de atender. Sin embargo, la asignación de los mismos se hará en forma gradual o total, de acuerdo con las necesidades del Instituto.

Es entendido que la repartición competente, según el caso, al asignar el grupo de beneficiarios a un contratista, está delegando su manejo asistencial, pero la responsabilidad de esta población como asegurados a la EPS-ISS siempre será del Instituto.

En virtud de lo establecido en la Ley 100 de 1993, en la asignación de beneficiarios, se debe tener en cuenta que el grupo familiar, como unidad



objeto de todas las acciones de salud, se beneficie de los servicios prestados por un mismo contratista.

El contratista, dentro de las opciones que ofrece, respetará el principio de libre escogencia de médico y odontólogo, por parte del asegurado y atenderá las solicitudes de cambio de profesional cuando estas sean justificadas y de acuerdo con las disposiciones que sobre el particular expida el Instituto.

11 CONTRATACION

La contratación de este servicio se realizará en forma directa y está sujeta a las disposiciones legales contenidas en la Ley 80 de 1993, su Decreto Reglamentario 855 de 1994 y las particulares que para efecto de la contratación de servicios de salud expida el Instituto.

A fin de establecer los términos de los contratos y facilitar el proceso de contratación, se utilizarán las minutas guía que se anexan como parte integrante de este documento, dependiendo de la cuantía del contrato a celebrar.

12 FORMA DE PAGO

Para efectos de precisar el Instituto, dentro de la solicitud de oferta, la forma de pago, pueden darse las siguientes modalidades, excluyentes entre sí:

- Un anticipo hasta el 20% del valor total del contrato que se entregará así:

* Una vez legalizado, la suma que corresponde al 20% del valor a ejecutar en esa vigencia fiscal.

* Al inicio de las demás vigencias fiscales, el 20% del valor a ejecutar en cada una de ellas.

* Se amortizará descontando de cada cuenta mensual el 20% de su valor hasta la cancelación de la suma concedida dentro de la misma vigencia fiscal. Si en la vigencia, el Instituto no recupera el valor pagado por anticipo, el saldo lo cancelará el contratista dentro de los diez primeros días de la siguiente vigencia, en la tesorería de la respectiva seccional.

El saldo sobre la cuenta se pagará, previo los trámites correspondientes, dentro de los treinta días siguientes a su presentación.

- Un abono del 80% sobre el valor de cada cuenta mensual que presente el contratista y cancelación del saldo una vez se efectúe la revisión y confrontación de los requisitos administrativos y fiscales, descontando las glosas a que diere lugar.

- Pago de la cuenta dentro de los treinta días siguientes a la fecha de su presentación, previo el cumplimiento de los requisitos administrativos y fiscales.

13 MECANISMOS DE CONTROL

El control sobre la atención es función que corresponde ejercer tanto al contratista como al Instituto.

De una parte, el contratista garantizará que la atención se brinde con criterios de calidad, en los términos establecidos en el objeto así como en las obligaciones del contrato y aplicará, además, los correctivos que considere necesarios. De otra parte el Instituto, tal como se establece anteriormente, en forma periódica, supervisará y controlará directamente la ejecución del contrato a través de los funcionarios relacionados anteriormente; adicionalmente, se efectuarán los controles previstos en la normatividad por las reparticiones de calidad de servicios de salud, contratación de servicios de salud y auditoría, de los Niveles Seccional y Nacional.

CONCLUSIONES

- Luego de realizada la monografía, podemos comprender los puntos básicos que determinan el nuevo régimen de seguridad social que establece la Ley 100 de 1.993, en especial el tema de nuestra monografía (Instituciones Prestadoras de Servicio).

- Creemos que es de fundamental importancia que los futuros graduandos alcancemos a identificar y a tener un conocimiento muy simple del funcionamiento, organización y requerimientos de una institución prestadora de servicio de salud para en un futuro próximo tener algunos la oportunidad de participar en una IPS, ya sea como directores o simplemente como profesional en ejercicio.

- Es de vital importancia hacer mención de la trascendencia histórica, política, económica y social que ha surgido con el régimen de seguridad social, que incluye la seguridad en el cumplimiento de las pensiones y cesantías de todo trabajador ya sea del sector público o privado.

Cabe mencionar y aun mejor hacer énfasis sobre la nueva modalidad de las personas subsidiadas, es decir la novedad del subsidio otorgado por el régimen contributivo que aporta al régimen subsidiado.

- La cobertura que prestan las IPS será la gran novedad que aportara y garantizara una mejor prestación de los servicios de salud, tanto en prevención y atención de primer nivel en salud. Es decir arraigados a su base, que es el mantenimiento de la salud y no tanto el tratamiento de la enfermedad.

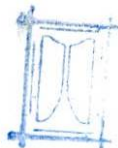
- Al termino de esta monografía y dadas las circunstancias actuales, nos planteamos la siguiente inquietud:

¿ En el próximo lustro cuantas de las IPS legalizadas actualmente podrán subsistir?.

Hacemos referencia a lo anterior, debido a que la asignación de paquetes con el transcurrir del tiempo, y nos referimos a un periodo corto, quedaran asignadas en su totalidad, entonces las IPS menos favorecidas no podrán con la carga de prestación de servicios de salud y laborales.

- Dejamos a elección de los lectores que como fuente de investigación, que ha sido el objetivo de nuestra monografía, para los interesados en crear una IPS tomen como base los cuadros anexos de las estadísticas realizadas por el ISS. Los cuales son unos indicadores de un normal funcionamiento de una institución prestadora de servicio de salud, obviamente que se debe tener

en cuenta la vigencia de las estadísticas que estamos brindando, las cuales se realizaron sobre una proyección de costos y gastos del año de 1.995.



COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO
BIBLIOTECA SEDE CENTRO

BIBLIOGRAFIA

- Informe anual sobre seguridad social del ministerio de salud de Marzo de 1.995
- Diario oficial de Abril de 1.994
- Diario oficial de Agosto de 1.994
- Folletos sobre informes mensuales de seguridad social en el territorio Colombiano de Mayo, Junio, Julio de 1.995 del ministerio de salud

AGRADECIMIENTOS

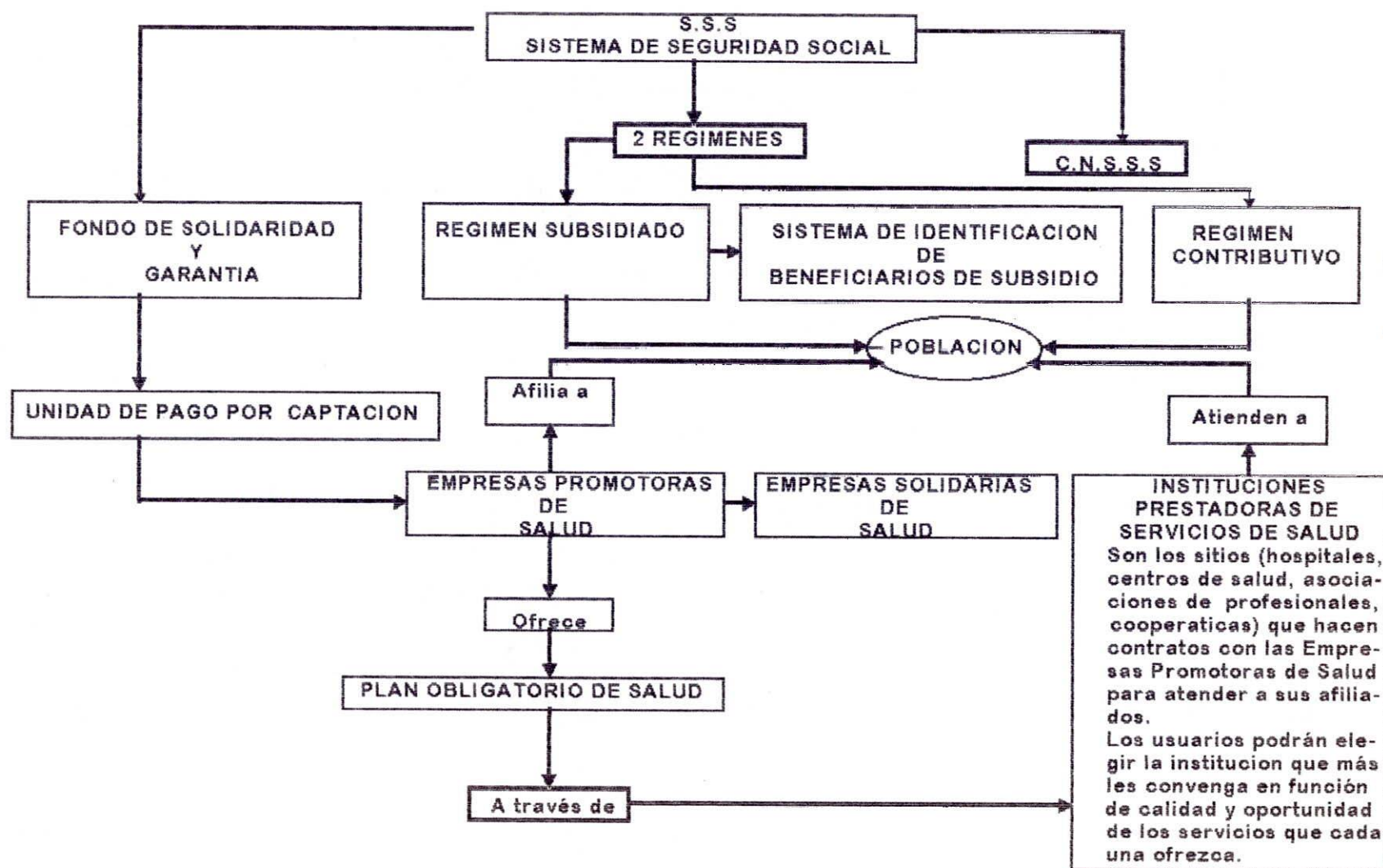
Dr Edgar González Sedano, Director General Desarrollo de Servicios de Salud.

Dr Carlos Ernesto Guerrero Matta, Subdirector Instituciones Prestadoras de Salud.

Dr Cesar Julio Suarez Cucaita, Jefe de Programa de Primer Nivel.

Dra Ruth Eugenia García Velásquez, Jefe de Programa de Segundo Nivel y Tercer Nivel.

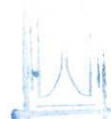
Dra Blanca Isabel Contreras Vergara, Jefe de Programa de Desarrollo Institucional.





**CONJUNTU DE ATENCION EN SALUD POR TAFIFA INTEGRAL
ATENCION MENSUAL AMBULATORIA INTEGRAL MEDICA I/O DE
SALUD ORAL DE PRIMER NIVEL HORAS AÑO DEL RECURSO
HUMANO PARA LA ATENCION DE 1000 BENEFICIARIOS**

RECURSO HUMANO	NUMERO HRS AÑO	VALOR TOTAL
MEDICO	758	
ODONTOLOGO	558	
PSICOLOGO	100	
OPTOMETRA	75	
ENFERMERO	187	
TRABAJADOR SOCIAL	70	
NUTRICIONISTA	55	
HIGIENISTA ORAL	418	
AUX SERV ASISTENCIALES (ENFERMEROS)	314	
AUX SERV ASISTENCIALES (ODONTOLOGOS)	558	
AUX SERV ASISTENCIALES (T. SOCIAL)	35	
TOTAL		12.931.738



RELACION DE CONSUMO DE MATERIAL ODONTOLOGICO EN 1000
BENEFICIARIOS POR TIPO DE PROCEDIMIENTOS Y SU VALOR

PROCEDIMIENTOS	MATE	VALOR
PROFILAXIS	SUSTANCIA REVEL	48
	CEPILLO PARA PR	262
	PASTA PROFILACTI	70
	EYECTOR DESECHA	66
	VASO DESECHABLE	67
	ALGODON EN ROLL	26
	ALGODON DE RAM	26
	PUNTAS DE CAUCH	337
	ELEMENTOS EDUCA	26
	SUSTANCIA DESINF	47
	SUBTOTAL	964
DETARTRAJE	PUNTAS ULTRASONI- CAS PARA TRAQUEC- TOMIA	479
	SUSTANCIAS DESE	120
	SUBTOTAL	599
OPERATORIA	SOLUCION ANESTE	297
	AGUJA DESECHABLE	26
	BASES INTERMEDIA	48
	CEMENTO	48
	RESINA	360
	LIMADURA DE PLA	360
	MERCURIO	61
	MATERIALES PARA	48
	EYECTOR DESECHA	65
	FRESAS	21
	BANDAS	106
	SUBTOTAL	1.439
EXODONCIA	SOLUCION ANESTE	288
	AGUJA DESECHABL	26
	GASA	27
	PLACAS RADIOGRA	646
	SUBTOTAL	886

**RELACION DE CONSUMO DE MATERIAL ODONTOLOGICO EN 1000
BENEFICIARIOS POR TIPO DE PROCEDIMIENTOS Y SU VALOR**

PROCEDIMIENTOS	MATE	VALOR
ENDODONCIA	PLACAS RADIOGRA	1.635
	SUSTANCIAS IRRIG	26
	INS. DESECHABLE	
	PARA BIOMECANICA	1.279
	SUSTANCIAS OBTU	256
	SUBTOTAL	3.196
CURETAJE	PLACAS RADIOGRA	1.635
	PUNTAS ULTRASON	479
	ESTIMULADORES O	743
	FISIOTERAPIA ORAL	666
	SOLUCION ANESTE	288
	MATERIALES DE C	444
	SUBTOTAL	4.155
PROTECCION ESPECIFICA	FLUORURO-GEL	1.473
	CUBETA DESECHAB	575
	ALGODON ROLLO	92
	SELLANTES	1.224
	EYECTOR DESECHAB	66
	SUBTOTAL	3.429
TOTAL		