

Oficina Internacional del Trabajo – Oficina Panamericana de la Salud

*Iniciativa para la extensión de la protección social en salud
a los grupos excluidos en América Latina y el Caribe*

ESTUDIO DE CASO

**Empresa Solidaria de Salud
AMUANDES**

**Localidad de ciudad Bolívar
Santa Fe de Bogotá - Colombia**

*Elaborado por:
Miguel Arturo Contreras Rivera*

*Santa Fe de Bogotá, D.C., Colombia
Septiembre 1999*



**Programa OIT-STEP
Estrategias y Técnicas contra la Exclusión Social y la Pobreza
Departamento de la Seguridad Social**

PRESENTACIÓN

La Oficina Internacional del Trabajo (OIT), en conjunto con la Organización Panamericana de la Salud (OPS), llevan adelante una iniciativa para buscar alternativas de cobertura de salud de la población excluida en América Latina y el Caribe.

Dentro de esta iniciativa se realizará una reunión del 29 de noviembre al 01 de diciembre 1999 en México sobre “La extensión de la protección social en salud a los grupos excluidos de la población en América Latina y el Caribe”. Uno de los objetivos de la reunión es discutir experiencias emprendidas por los sistemas de seguridad social y por otros sectores de la sociedad, orientadas a promover el acceso de la población a la protección social en el ámbito de la salud.

En el marco de esta iniciativa, el Programa “Estrategias y Técnicas contra la Exclusión Social y la Pobreza” (STEP) del Departamento de Seguridad Social, Organización Internacional del Trabajo (OIT), ha realizado una serie de estudios de caso de sistemas de micro-seguros de salud. Dichos estudios de caso tienen como objetivo, entre otros, proveer material de base para el desarrollo de la reunión de México. Los mismos constituirán la base de un análisis de síntesis.

Los estudios de caso han sido realizados y estructurados en base a una Guía Metodológica elaborada por el Departamento de Seguridad Social de la OIT y la OPS. Copias de esta Guía pueden obtenerse en la sede del Programa STEP en Ginebra.

El caso estudiado de Amuandes (el Sistema de Seguro de Salud - SIS) se enmarca en una profunda reforma a la seguridad social que se ha dado en Colombia a raíz de la promulgación de la nueva Constitución Política Nacional en 1991 y un desarrollo legislativo de la misma: la ley 100 del 23 de diciembre de 1993.

Uno de los objetivos ha sido el de resolver el principal problema colombiano sobre la materia como era la exclusión de la mayoría de la población de cualquier sistema de seguridad social, el otro reto consiste en hacerlo con calidad y con costos relativamente racionales.

Un compromiso colombiano es no tocar las comentadas reformas hasta el año 2002, fecha en la cual se evaluarán evaluar sus resultados; con posterioridad al análisis de la experiencia, la reforma al nuevo sistema puede ser acometida.

Uno de los aspectos que reviste mayor interés consiste en el manejo dado a la administración y prestación de la atención de salud a la población demás bajos ingresos, en el contexto de un enfoque que dio a la solidaridad un *estatus* principal.

La reforma colombiana distinguió entre el régimen contributivo, en el que están los ciudadanos con capacidad contributiva, y el régimen subsidiado para los que no la tienen; Amuandes, es una administradora de los recursos estatales dispuestos para este subsistema.

INDICE

LISTA DE TABLAS.....	III
I. INTRODUCCION	1
II. DESCRIPCION RESUMIDA DEL SIS	2
III. CONTEXTO EN EL QUE FUNCIONA EL SISTEMA DE SEGURO DE SALUD.....	7
3.1. ASPECTOS DEMOGRÁFICOS DEL ÁREA DE FUNCIONAMIENTO DEL SIS	7
3.2. ASPECTOS ECONÓMICOS.....	9
3.3. ASPECTOS SOCIALES	11
3.4. INDICADORES DE SALUD	13
3.5. ARTICULACIÓN CON LA POLÍTICA NACIONAL DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL	16
3.6. OFERTA DE ATENCIÓN MÉDICA	17
3.7. PROTECCIÓN SOCIAL EN MATERIA DE SALUD	17
IV. PUESTA EN MARCHA DEL SISTEMA DE SEGURO DE SALUD.....	19
4.1. ORIGEN DEL SIS	19
4.2. ETAPAS DE LA PUESTA EN MARCHA DEL SIS.....	21
4.3. FUNCIONAMIENTO DESDE EL PRIMER EJERCICIO	22
4.4. ASISTENCIA TÉCNICA Y FORMACIÓN.....	25
V. CARACTERÍSTICAS DEL SISTEMA DE SEGURO DE SALUD.....	26
5.1. GRUPO DESTINATARIO Y BENEFICIARIOS	26
5.2. PAQUETES DE BENEFICIOS Y OTROS SERVICIOS OFRECIDOS POR EL SIS.....	29
5.3. ASPECTOS FINANCIEROS DEL FUNCIONAMIENTO DEL SIS	35
5.4. PRESTADORES DE ATENCIÓN MÉDICA	37
5.5. ADMINISTRACIÓN Y GESTIÓN DEL SIS	40
5.6. ACTORES EN RELACIÓN CON EL SIS.....	49
5.7. OTROS ACTORES	49
VI. INDICADORES DE FUNIONAMIENTO DEL SISTEMA DE SEGURO DE SALUD.....	50
VII. PUNTO DE VISTA DE LOS ACTORES SOBRE EL TEMA DE SISTEMA DE SEGURO DE SALUD	51
7.1. PROCESO DE EVALUACIÓN.....	51
7.2. PUNTO DE VISTA DE LOS RESPONSABLES	51
7.3. PUNTO DE VISTA DE LOS BENEFICIARIOS	59
7.4. PUNTO DE VISTA DE LOS PRESTADORES DE ATENCIÓN MÉDICA	59
7.5. PUNTO DE VISTA DE OTROS ACTORES.....	59
VIII. CONCLUSIONES.....	60
ANEXOS	61
GLOSARIO DE SIGLAS	67
BIBLIOGRAFIA	67

LISTA DE TABLAS

Tabla 1 : Población para la ciudad Bolivar	8
Tabla 2 : Tasas de fecundidad - 1993.....	8
Tabla 3 : Población por edades.....	8
Tabla 4 : Población con necesidades básicas insatisfechas identificadas por SISBEN. 1994 – 1997	10
Tabla 5 : Ramas de actividad, 1993.....	10
Tabla 6 : Población económicamente activa, 1993.....	11
Tabla 7 : Población económicamente inactiva, 1993	11
Tabla 8 : Tasa de aprobación, reiniciación reprobación y deserción por niveles, 1994.....	12
Tabla 9 : Alumnos matriculados en establecimientos oficiales y no oficiales, 1995	12
Tabla 10 : Resumen de servicios públicos	13
Tabla 11 : Desnutrición aguda y crónica en el grupo menor de un año, 1996.....	13
Tabla 12 : Desnutrición aguda y crónica en el grupo menor de 1 a 5 años, 1996.....	13
Tabla 13 : Mortalidad general por grupos y areos Santa Fe de Bogotá- 1998	14
Tabla 14 : Informe de morbilidad según muestra por consulta	15
Tabla 15 : Prestadores autorizados por el SIS	20
Tabla 16 : Niveles de los prestadores	20
Tabla 17 : Beneficios ofrecidos por el SIS durante el primer ejercicio	23
Tabla 18 : recursos utilizados para financiar la creación del SIS y el primer ejercicio	24
Tabla 19 : Personal trabajando en el SIS	24
Tabla 20 : asistencia técnica recibida. Fase de creación y primer ejercicio.....	25
Tabla 21 : Formación recibida. Fase de creación y primer ejercicio	25
Tabla 22 : Número actual de asociados/afiliados del SIS	28
Tabla 23 : Prestadores autorizados por el SIS	38
Tabla 24 : Estructura orgánica y funcional del SIS.....	42
Tabla 25 : Personal trabajando en el SIS	43
Tabla 26 : Distribución real de funciones	45
Tabla 27 : Principales actividades de formación destinadas a los responsables y al personal.....	48

I. INTRODUCCION

La reforma constitucional de 1993 formalizó aspectos relacionados con la democracia participativa y reiteró la responsabilidad del Estado en la atención de la salud de la población.

En desarrollo de estas ideas y de la modernización del aparato estatal se expidió la nueva ley de seguridad social en la que se consignó la preferencia de las entidades de economía solidaria para administrar los recursos destinados al régimen subsidiado; ordenándose a los organismos de dirección y control del nuevo sistema, el fomento y acompañamiento a estos nuevos entes. Esta prelación la consignó la ley 100 de 1993 en su artículo 216.

El Decreto 2357 de 1995 vulneró estas conquistas al poner en supuesta igualdad de condiciones a las EPS y Cajas de Compensación con las Empresas Solidarias de Salud.

Ahora, proyectos de ley pretenden acabar con todas las ARS en una mala lectura de las causas de las dificultades por las que atraviesan las instituciones prestadoras de los servicios de salud, especialmente las Empresas Sociales del Estado. Un primero y deliberado intento de simplificar el sistema se pretende con la expedición del Decreto 1804 de 14 de septiembre de 1999, pues apunta a la liquidación de la mayoría de las ARS

En este contexto adverso nace y se desarrolla la Asociación Mutual Los Andes, AMUANDES, y su programa de aseguramiento del plan obligatorio de salud del régimen subsidiado, (POSS).

Sus antecedentes se relacionan con un proyecto que se denominó Asociación Comunitaria Los Andes y que perfiló una pluralidad de programas que hoy se incorporan a los objetivos del Sistema de Salud (SIS); se reitera, de esa manera, su raigambre popular y el hecho de ser algo más que un proyecto de salud.

Es el propósito central del SIS ayudar a elevar la calidad de vida de una de las comunidades más complejas del país: Ciudad Bolívar. Colabora, por lo tanto, con todas las iniciativas dirigidas al mismo propósito, al tiempo que propone sus propias ideas; una de las cuales consiste en catalizar, a partir de su programa de salud, la organización ciudadana.

El SIS nace tres años después que la mayoría de las Administradoras del Régimen Subsidiado como decisión de la comunidad organizada de Ciudad Bolívar y en una coyuntura en la que, además, está obligada a contar con más de cien mil afiliados al año de funcionamiento, so pena de incurrir en causal de liquidación; también a diferencia de las demás, surge sin ningún tipo de apoyo oficial y en medio de unos desarrollos normativos que la obligan, desde el principio, a unos niveles muy maduros de gestión.

II. DESCRIPCION RESUMIDA DEL SIS

Esta sección proporciona una descripción resumida del sistema de seguro de salud. La misma está destinada a ayudar al lector a entender y analizar la información contenida en el resto del estudio.

1. Nombre del SIS: **AMUANDES, Empresa Solidaria de Salud.**
2. Nombre de la organización responsable del SIS o propietaria (si la propiedad fue definida legalmente): **Asociación Mutual Los Andes.**
3. Dirección de la sede social del SIS: **Calle 64 Sur N° 31 – 15, pisos 2 y 3, Santa Fe de Bogota, Colombia.**
4. Fecha de creación del SIS (concepción): **13 de agosto de 1998**
5. Fecha de inicio de actividades del SIS (pago de las primeras prestaciones): **1 de abril de 1999.**
6. Creación de organización responsable: **11 de marzo de 1997**
7. Organización responsable del SIS:

- Asociación.**
- Organización mutualista.**
- Organización cooperativa.
- Otro tipo de organización comunitaria.
- Prestador de servicios de salud con fines de lucro.
- Prestador de servicios de salud sin fines de lucro.
- Sindicato.
- Otros:

8. Personería jurídica :

- Posee** Forma: Resolución 1559 del 18 de septiembre de 1997. DANCOOP
- No posee.

9. Otras actividades :

- Ninguna.**
- Seguro de fallecimiento.
- Prevención, educación para la salud.
- Seguro de invalidez.
- Ahorro y crédito.
- Pensión.
- Actividades de tipo sindical.
- Educación / alfabetización.
- Otras formas de seguro. Objeto:
- Otros servicios sociales. Objeto:
- Otras actividades. Lista:

10. Tipo de afiliados :

- Personas a título individual.** Asociados a la Mutual.
- Grupos.** El núcleo familiar, en el caso de la afiliación a la ARS.
- Otros. Precise:

11. Beneficiarios

- Familia.**
- Otras personas a cargo.**
- Personas indigentes.**
- Otros. Precise: los desplazados por razones económicas o de violencia.**

12. Adquisición del carácter de afiliado:

- Voluntario:** El que encabeza el grupo familiar decide libremente.
- Automático:** El resto del núcleo familiar termina afiliado automáticamente.
- Obligatorio.

13. Número actual de afiliados al SIS clasificados por edad:

CATEGORÍA / SEXO	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
Activos			
Pensionados			
TOTALES			

Esta clasificación no es pertinente por cuanto en el régimen subsidiado no hay personas dependientes de un empleador, por lo que no sería clasificables como “Activos”; además, si reciben una pensión estarían en el régimen contributivo y no en el subsidiado.

14. Número actual de beneficiarios del SIS:

AFILIADOS	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
0 – 5 años	382	336	718
6 – 18 años	701	779	1480
19 – 65 años	727	830	1557
Mas de 65 años	53	58	111
TOTALES	1863	2003	3866

Nota: Esta última población se duplicó en la última campaña de afiliaciones en la misma proporción, aproximadamente. Cuando se termine el proceso de carnetización y se remitan dichos datos a la firma interventora, siendo aceptada esta información por ella, se actualizará la tabla con los datos finales.

15. Número total de afiliados a la organización responsable del SIS:

ASOCIADOS	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
0 – 5 años			
6 – 18 años	5	6	11
19 – 65 años	13	20	33
Mas de 65 años	3	4	7
TOTALES	21	30	51

Se entiende por asociado a los miembros de la mutual, son los fundadores o aquellos que sean aceptados por su Junta Directiva como socios; mientras que los afiliados son los beneficiarios del subsidio en salud entregado por el Estado que escogieron a Amuandes como su administradora para que les brinde el POSS, eso no impide que los afiliados puedan ingresar a la mutual en calidad de socios de la misma o que socios que obtiene el subsidio se afilien a la ARS. Los socios, en síntesis, deben solicitar su ingreso a la mutual y ser aceptados por la Junta Directiva; los afiliados deben haber obtenido el subsidio de salud y afiliarse a la ARS

	1998	1999	2000
Número total de afiliados	0	2866, aproximadamente	
Voluntariamente	0	966 *	
Automática	0	2900	
Obligatoria	0		
Numero total de beneficiario	0	2900	

*: La relación entre cabeza de familia (966) y el resto (2900) es de 1 a 3, aproximadamente, y estos beneficiarios son los mismos que ingresan automáticamente. Por eso $2866 = 966 + 2900$ (**).

** : Como se dijo arriba, la cantidad de afiliados se duplicó, aproximadamente, y el afinamiento de estos datos se está haciendo.

	Numero actual de afiliados	Porcentaje de crecimiento
Afiliados al régimen subsidiado	3866	100% aproximadamente
Asociados a la mutual	51	No ha habido incremento de asociados

16. Zona de residencia de afiliados y beneficiarios:

- Zona rural, porcentaje aproximado: 0%.
- Zona urbana**, porcentaje aproximado: 100%.
- Zona peri - urbana, porcentaje aproximado: 0%

17. Vínculos entre los afiliados (fuera de la pertenencia al SIS):

- Sin relación entre los afiliados.
- Miembros de una misma empresa.
- Miembros de un mismo sector ocupacional.
- Miembros de un mismo pueblo, barrio o comunidad geográfica.**
- Miembros de un mismo grupo étnico.
- Miembros de una misma cooperativa.
- Miembros de una misma mutual.
- Miembros de una misma organización sindical.
- Miembros de una misma asociación.
- Otros**, precise: a. Un mismo estrato social: 1 y 2, los más pobres. Además,
b. De una misma institución: Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF).

18. Situación económica de los afiliados

100 % de los afiliados que trabajan en el sector informal (incluida la agricultura de subsistencia).

0% de los afiliados que trabajan en el sector formal.

- Ingresos de clase media: 0% de los afiliados. (Se ignora el porcentaje de mujeres)
- Ingresos clase media baja: 61% de los afiliados. (Se ignora el porcentaje de mujeres).
- Ingresos inferiores al límite de pobreza: 26.2% de los afiliados. (Se ignora el porcentaje de mujeres)
- Ingresos pobreza extrema: 12.8% de los afiliados. (Se ignora el porcentaje de mujeres.)

19. Restricciones a la posibilidad de afiliación:

- Según edad.
- Según sexo.
- Según riesgos de enfermedad.
- Según lugar de residencia.
- Según religión.
- Según raza y/o grupo étnico.
- Según ingresos.
- No-pertenencia a una organización particular.
- Otros**, precise: a. Estar en el régimen contributivo.
b. No contar con el subsidio del Estado.

20. Zona geográfica del SIS : Distrito Capital de Santa Fe de Bogotá.

21. Tipo de servicios de salud cubiertos por el SIS:

- Servicios ambulatorios.**
- Atención hospitalaria.**
- Medicina especializada..**
- Prevención y promoción de la salud.**
- Farmacia.**
- Atención de parto.**
- Exámenes de laboratorio.**

- Radiología.**
- Vacunaciones.**
- Otros,** Precise: :
 - 21.1. Atención básica de primer nivel: acciones de promoción y prevención.
 - 21.2. Acciones de prevención de la enfermedad y protección específica
 - 21.3. Acciones de recuperación de la salud.
 - a. Atención ambulatoria de primero, segundo y tercer nivel.
 - b. Atención hospitalaria de menor y mayor complejidad
 - c. Atención a enfermedades de alto costo.

22. Monto total de prestaciones pagadas en el último ejercicio: en el primer semestre se gastó US\$ 45.000 por concepto de prestaciones de salud, aproximadamente.

23. Modalidad financiación :

- Cotizaciones de afiliados.
- Otras cotizaciones.
- Contribuciones del Estado.**
- Transferencia de las utilidades procedentes de otras actividades desarrolladas por el SIS.
- Contribuciones y subvenciones de otros actores.
- Rendimiento financiero de las reservas.**
- Otros, precise:

24. Tipo de cotizaciones :

- Cuota fija diferenciada según la categoría del afiliado.
- Cuota fija sin diferenciación de categoría del afiliado.
- Porcentaje de los ingresos diferenciado según la categoría del afiliado.
- Porcentaje de los ingresos sin diferenciación según la categoría del afiliado.
- En relación con los riesgos personales del afiliado.
- Otros, precise:

Los afiliados no cotizan

25. Monto promedio de cotizaciones pagadas por afiliado en el último año.

Los afiliados no cotizan

26. Prestadores autorizados :

- | | | |
|--|--------------|------------|
| <input type="checkbox"/> Sector público | nivel: 1 - 4 | número: 26 |
| <input type="checkbox"/> Sector privado con fines de lucro | nivel: 1 - 3 | número: 09 |
| <input type="checkbox"/> Sector privado sin fines de lucro | nivel: | número:0 |
| <input type="checkbox"/> Organización responsable del SIS | nivel: | número:0 |

27. Nivel de participación de los afiliados en la administración:

- Gestión democrática por los afiliados. (Asamblea General).
- Gestión a cargo de la organización responsable del SIS sin participación de los afiliados.
- Gestión a cargo de la organización responsable del SIS con participación de los afiliados.**

28. Proceso de gestión del SIS:

- No asalariados únicamente.
- No asalariados y gestores asalariados.**
- Exclusivamente asalariados del SIS.
- Gestión confiada a una institución pública o privada.
- Participación en la gestión de los asalariados de otras organizaciones.

29. Asistencia técnica:

- Beneficia de asistencia técnica continua.
- Beneficia de asistencia técnica con carácter periódico.
- Beneficia de asistencia técnica puntual** **Desde: 1996**
- No beneficia de asistencia técnica.

30. Participación en un sistema de reaseguro:

- Si.**
- No

31. Participación en un fondo de garantía:

- Si.**
- No

32. Papel de otros actores :

ACTORES	PAPEL
Dirección local de salud	Garantiza plan de atención básica - PAB
Comité de participación comunitaria	Vigila atención en salud y desarrollo integral
OPS	Apoya o avala iniciativas de AMUANDES
Universidad del Bosque	Capacita y asesora
COLACOT	Sostuvo y apoya en todo aspecto solicitado
CGTD	Apoyo político y económico en el pasado

III. CONTEXTO EN EL QUE FUNCIONA EL SISTEMA DE SEGURO DE SALUD¹

El objetivo de esta sección consiste en presentar una visión fotográfica del contexto local en el que se desarrolla el SIS.

3.1. Aspectos demográficos del área de funcionamiento del SIS

Una muy interesante manera de enmarcar la alusión a la localidad de Ciudad Bolívar es observar e comportamiento demográfico del Distrito Capital; una síntesis, hecha por el Departamento Administrativo de Planeación Distrital, es el que se transcribe a continuación:

“La población bogotana para 1997 se estima en 5'917.430 habitantes², sin incluir aproximadamente 12.000 habitantes de la localidad de Sumapaz. Esto representa una densidad poblacional para la capital de 68,96 personas por cada hectárea. (Sumapaz es la única que cuenta con sector rural.)

La migración parece ser el factor más importante en el crecimiento poblacional, con el 41% de participación. La mayor proporción de inmigrantes viene de Cundinamarca, Boyacá, Tolima y Santander. Generalmente se vinculan al sector informal de la producción, engrosan la franja de pobreza y contribuyen a acrecentar las inequidades en la calidad de vida de la población.

La información sobre fecundidad muestra una reducción sistemática de los niveles y cambios en los patrones de reproducción de la población del distrito capital. Estos cambios fueron más acelerados en los años setenta, en el último período, se ha venido moderando y estabilizando, sin embargo se proyecta que ya en el año 2.010 Bogotá llegará a la tasa de reemplazo de la fecundidad.

Para 1997, la tasa global de fecundidad para Santa Fe de Bogotá D.C., se estima en 2.350, la tasa bruta de reproducción en 1.152 y la esperanza de vida al nacer en 74,34 para las mujeres y 67,17 para los hombres³.

Cuando se presentan los efectos combinados de reducción de las tasas de fecundidad y de disminución de los saldos netos migratorios, se espera una transformación en la pirámide poblacional, en el sentido de reducción de las edades menores, que gráficamente se evidencia en un acortamiento de la anchura de la base y que el resto de estructura tome forma rectangular, con un aumento importante de los habitantes mayores de 60 años. Sin embargo, lo que se observa en la pirámide de Santa Fe de Bogotá D.C. es que este cambio de forma no es tan marcado como podría esperarse y además que presenta unas ondas en su estructura.

Estos dos fenómenos, según el análisis de Planeación Distrital, tienen un mismo origen: las migraciones selectivas por edad y sexo. Las ondulaciones se producen como el resultado de los efectos combinados de la migración y la fecundidad, ya que la migración al Distrito Capital ha sido mayoritariamente de mujeres en edad reproductiva. Este hecho produce un fenómeno de resonancia en la base de la pirámide que en este momento no permite una reducción y en un futuro, si continúa la tendencia migracional, incrementará su tamaño.”.

¹ Gran parte de la información referida a Santa Fe de Bogotá, Distrito Capital, que es el espacio en el que se empieza a desenvolver el SIS está consignada en el libro DIAGNOSTICO – CIUDAD BOLIVAR y la más reciente en el anexo llamado SALUD BOGOTA que se encuentra al final.

² Departamento Administrativo de Planeación Distrital: “Población, estratificación y aspectos socioeconómicos de Santa Fe de Bogotá, DAPD, Subdirección económica, de competitividad e innovación, 1997.

³ Ibid.

Tabla 1 : Población para la ciudad Bolivar

ANO	TOTALES	HOMBRES	MUJERES
1997	498.177	241.539	256.638
1998	512.239	248.257	263.982
1999	537.287	260.342	276.944
2000	575.549	276.885	298.664
2001	600.308	288.869	311.439
2005	713.763	340.781	372.982
2010	855.259	407.513	447.746

Esto significa que se estaría estimando un incremento anual promedio del 7% de la población y una distribución por género de aproximadamente 52% mujeres.

En el DIAGNOSTICO DE CIUDAD BOLIVAR, por su parte, se consigna bajo el título “SITUACION DEMOGRAFICA” aspectos como los siguientes:

“En la localidad de Ciudad Bolívar...habitaban 498.177 personas en 1997, que representan el 7.07% del total del Distrito Capital” (Citan como fuente el Departamento Administrativo de Planeación Distrital).

Continúan en los siguientes términos: “En el área residencial...habitan 559.07 habitantes por hectárea, siendo la localidad con mayor densidad poblacional ... pasando de una tasa de crecimiento intercensal de 20.31% en el primer período a 3.17% en el segundo.”

En el mismo documento se registra las siguientes tabla comparativa:

Tabla 2 : Tasas de fecundidad - 1993

EDAD	DISTRITO CAPITAL	CIUDAD BOLIVAR
De 15 a 19 años	54.9	92
De 20 a 24 años	111.9	165
De 25 a 29 años	108.2	136
De 30 a 34 años	81.8	92
De 35 a 39 años	45.1	50
De 40 a 44 años	14.9	21
De 45 a 49 años	4	7

Tasa por mil nacidos vivos. Fuente: Dane, 1993.

Tabla 3 : Población por edades

EIDADES	SANTA FE DE BOGOTA			
	1993	%	2010	%
0 – 14 años	1.721.384	31.63	2.228.896	28.63
15 – 64 años	3.529.088	64.85	5.179.702	66.52
Mayores de 65 años	191.828	3.52	377.864	4.85
Total	5.442.300	100	7.786.462	100
EIDADES	CIUDAD BOLIVAR			
	1993	%	2010	%
0 – 14 años	174.799	35.09	293.442	34.31
15 – 64 años	311.326	62.49	536.321	62.71
Mayores de 65 años	12.052	2.42	25.496	2.98
Total	498.177	100	855.259	100

Fuente: Departamento Administrativo de Planeación Distrital, 1997.

3.2. Aspectos económicos

“Santa Fe de Bogotá concentra el 19% de los hogares (un total de 1,532.871 lo que representa 3,87 habitantes por hogar) y el 23% de los establecimientos productivos del país, aporta el 29,7% del PIB nacional y genera el 31% del empleo nacional⁴.

El 1,05% de los hogares se encuentran en manzanas clasificadas como no residenciales.

Del total de hogares la proporción por estrato es la siguiente⁵:

<u>ESTRATO</u>	<u>PROPORCION</u>
Uno	5.7 %
Dos	37.4 %
Tres	42.1 %
Cuatro	8.4 %
Cinco	2.9 %
Seis	2.5 %
No residencial	1 %

Se estiman que para 1997, el distrito capital contaba con un total de 1,040.721 viviendas, lo que representa un promedio de 1,47 hogares por vivienda, las localidades con mayor número de viviendas son Suba, Engativá y Kennedy y las de mayor concentración de viviendas por hectárea son Rafael Uribe U., Ciudad Bolívar y San Cristóbal.

Existe en la ciudad un desfase entre el crecimiento demográfico y el desarrollo de la ciudad que impide satisfacer a la población las necesidades de vivienda, seguridad alimentaria y servicios públicos, en especial los de agua potable y alcantarillado, con un incremento de asentamientos periféricos sin los requisitos mínimos de infraestructura urbanística.

Las zonas de pobreza se expresan como conglomerados de viviendas carentes de una planeación previa, sustituida por sistemas de loteo improvisado y algunas veces discontinuo. Las viviendas ahí ubicadas, en muchos casos están construidas con materiales frágiles y de corta vida sin espacios definidos para áreas específicas tales como cocina y baño y con alta densidad habitacional.

El Distrito Capital tiene en números absolutos, la mayor cantidad de personas con necesidades básicas insatisfechas (NBI) del país, ubicadas principalmente en las localidades de Ciudad Bolívar, San Cristóbal, Santa Fe y Usme. De cualquier forma, utilizando las proyecciones más optimistas, Santa Fe de Bogotá en 1997, concentra al menos 1.029.747 de personas con NBI (DANE, proyecciones de población con base en el censo de 1993).

La Cobertura de electricidad para Santa Fe de Bogotá en 1995 fue de 1,325.170 abonados, de los cuales aproximadamente el 76 % pertenece al sector residencial (EEB, Dirección de planeación). La Cobertura en el Distrito Capital de líneas Telefónicas privadas es de 24.0 por 100 habitantes y de líneas públicas de 2.4 por 1000. (D.A.P.D de 1997).

Las vías de la ciudad se encuentran en notable deterioro, en 1995, se realizó un estudio para calificar el estado de las vías del distrito y se encontró que solo el 33% de ellas presentaban un estado óptimo mientras que el 40% fueron clasificadas en la categoría de “notable estado de deterioro”⁶.

En el caso específico de la localidad que nos ocupa, el “DIAGNOSTICO” precisa que predomina el uso del suelo destinado a vivienda y que en 1993 había 66.912 viviendas.

Ciudad Bolívar tiene cuatro niveles de consolidación de sus estratos: Un área plana, consolidada y planificada; otra no planificada pero consolidada, un área de asentamientos ilegales en consolidación y el área de turgurización.

La estadística de su situación se sintetiza en la siguiente tabla:

⁴Opsit, 2

⁵Opsit, 2

⁶Opsit, 2.

**Tabla 4 : Población con necesidades básicas insatisfechas identificadas por SISBEN.
1994 – 1997**

	CIUDAD BOLIVAR	SANTA FE DE BOGOTA
Población total	406.820	5.771.195
%	7.05	100
Población NBI	159.201	1.029.232
%	39.11	17.7

Fuente: Secretaría Distrital de Salud. Area de Aseguramiento.

Según el censo efectuado por el DANE en 1993 y el DAMA en 1990, la principal actividad es el comercio con el 19.8 %; lo siguen la industria manufacturera (18 %), Construcción (10.5 %) y las actividades inmobiliarias (6.1 %).

Se encontraban empleadas 127.746 personas, de las cuales el 65.6 % son hombres. En Santa Fe de Bogotá la proporción es un tanto distinta: 59% hombres. En la mayoría de las actividades predomina el empleo masculino, con excepción de la actividades de hoteles y restaurantes (27.4 %), enseñanza (31.3 %), servicios sociales y salud (23.8 %) y servicio doméstico (6.7 %). Esto y más se plasma en el siguiente resumen:

Tabla 5 : Ramas de actividad, 1993

ACTIVIDAD	TOTAL	%	HOMBRES	%	MUJERES	%
Agricultura y ganadería	1167	0.9	810	69.4	357	30.6
Pesca	20	0.02	17	85	3	15
Explotación minas	297	0.2	263	88.6	34	11.4
Industrias manufactureras	22.968	18	14.690	64	8.278	36
Electricidad, gas y agua	425	0.3	379	89.2	46	10.8
Construcción	12.995	10.2	12.630	97.2	365	2.8
Comercio	25.296	19.8	17.518	69.3	7.778	30.7
Hoteles y restaurantes	4.004	3.1	1.097	27.4	2.907	72.6
Transporte y almacenamiento	4.851	3.8	4.405	90.8	446	9.2
Sector financiero	910	0.7	533	58.6	377	41.4
Actividades inmobiliarias	7.766	6.1	6.810	87.7	956	12.3
Administración pública	2.683	2.1	1.848	68.9	835	31.1
Enseñanza	2.083	1.6	653	31.3	1.430	68.7
Servicios sociales y salud	2.107	1.6	502	23.8	1.605	76.2
Otras actividades comunitarias	2.802	2.2	1.558	55.6	1.244	44.4
Hogares con servicio doméstico	3.042	2.4	204	6.7	2.838	93.3
Organizaciones extraterritoriales	29	0.02	21	72.4	8	27.6
Sin clasificación	34.301	26.9	19.907	58	14.394	42
Total	127.746	100	83.845	65.6	43.901	34.4

Fuente: DANE, Censo 1993.

En 1993, consigna el DIAGNOSTICO, la población total en edad de trabajar era de 243.299 distribuidas entre económicamente activas, 55.1 % (134.054); inactivas, 42.1 % (102.510) y sin información, 2.8 % (6.735).

De las 134.054 se encuentran ocupadas 127.746 (95 %); pero no se registra el tipo de ocupación ni el ingreso percibido.

En el estudio citado se añade: “...el mayor número de personas desocupadas, 61.1 %, no ha alcanzado el nivel secundario de educación; de 28.546 personas...que no alcanzaron el nivel primario de educación, 5 % se encuentra desocupada, cifra mayor a la arrojada por los que culminaron su bachillerato: de 15.087 bachilleres, el 4% se encuentra desocupado. La cifra se reduce todavía más al nivel superior, porque de 7.622 profesionales, el 1.6 % se ve afectado por el desempleo.

De la población económicamente inactiva...que corresponde a 102.510 habitantes, 38% son estudiantes, 52% se dedican a oficios del hogar y 10% se encuentran en otra situación, el 89% ha alcanzado el nivel primario de educación, 6% son bachilleres y 3% son profesionales.”

“ El ingreso *per cápita* en Ciudad Bolívar es el más bajo de las localidades de Santa Fe de Bogotá; ...correspondía US\$1.080...” (Idem, página 84)

3.3 Aspectos sociales

Una relación de los aspectos económicos y sociales se aprecia en las siguientes tablas:

Tabla 6 : Población económicamente activa, 1993

NIVEL EDUCATIVO	TOTAL	%	OCUPADA	%	DESOCUPADA	%
Ninguno	3.207	2	3032	2	175	0
Preescolar	32	0	28	0	4	0
Primaria incompleta	28.546	21	27.092	20	1.454	1
Primaria completa	31.952	24	30.596	23	1.356	1
Secundaria incompleta	45.415	34	43.193	32	2.222	2
Secundaria completa	15.087	11	14.378	11	709	1
Superior	7.622	6	7.366	5	256	0
Sin información	2.193	2	2.061	2	132	0
TOTAL	134.054	100	127.746	95	6.308	5

Fuente: DANE, 1993.

Tabla 7 : Población económicamente inactiva, 1993

NIVEL EDUCATIVO	TOTAL	%	ESTUDIANTE	%	HOGAR	%	OTRA	%
Ninguno	5.051	5	48		3.530	3	1.473	1
Preescolar	67		36		15		16	
Primaria incompleta	23.168	23	5.622	5	14.415	14	13.131	3
Primaria completa	20.694	20	4.603	4	13.722	13	2.369	2
Secundaria incompleta	42.509	41	24.830	24	15.313	15	2.366	2
Secundaria completa	5.971	6	1.757	2	3.618	4	596	1
Superior	2.804	3	1.963	2	616	1	225	
Sin información	2.246	2	273		1.533	1	440	
TOTAL	102.510	100	39.132	38	52.762	52	20.616	10

Fuente: DANE, 1993

Según el mismo DANE, “Ciudad Bolívar aporta 12.43% de la población pobre y 27.15% de la población en miseria del Distrito Capital, que corresponden a 26.2% y a 12.8% del total de los habitantes de la localidad, respectivamente.”

Y añade: “Las estadísticas no registran el número de personas que trabajan en el sector informal; este debe ser grande, teniendo en cuenta el bajo nivel de educación y el alto nivel de densidad poblacional característico de la localidad y a que en su mayoría los pobladores provienen del sector rural....En relación con la generación de ingresos, la problemática de la localidad es grave: la mayor parte de la población está subempleada o labora en el sector informal o (vive) del *rebusque*.”

El nivel de educación y de alfabetización es fiel reflejo de lo anteriormente descrito, veamos:

Tabla 8 : Tasa de aprobación, reiniciación reprobación y deserción por niveles, 1994

ESTABLECIMIENTOS	TASA		
	APROBACION	REINICIACION Y REP.	DESERCION
Oficiales			
Preescolar	92.95	0.31	6.74
Básica primaria	86.24	7.68	6.08
Básica secundaria	78.65	11.25	10.1
Media vocacional	85.39	6.97	9.67
No oficiales			
Preescolar	93.68	1.26	
Básica primaria	89.91	3.64	
Básica secundaria	81.69	9	
Media vocacional	88.89	3.66	

Fuente: SED – Dirección de planeación, 1995.

Además, en el DIAGNOSTICO se consigna: “...el número de escuelas no es suficiente para la localidad. Tampoco los cupos son los adecuados y, por la constante formación de barrios, a veces se tiene que recurrir a los procesos de autoconstrucción comunitaria de escuelas, cuya infraestructura supone alto riesgo de accidentalidad a los grupos allí reunidos.”

Complementa la información con el siguiente cuadro:

Tabla 9 : Alumnos matriculados en establecimientos oficiales y no oficiales, 1995

NIVELES	OFICIALES		NO OFICIALES		TOTAL	
	Alumnos	#	Alumnos	#	Alumnos	Colegios
Preescolar	2.076	61	3.748	66	5.824	127
Básica primaria	22.287	75	12.753	81	35.040	156
Básica secundaria	7.732	16	10.018	37	17.750	53
Media vocacional	1.900	13	1.755	24	3.655	37
Total	33.995	165	28.274	208	62.269	373

Fuente: SED – Dirección de planeación

Existen en Ciudad Bolívar diferentes organizaciones de base; la Corporación Sur, por ejemplo, logró clasificar 513 organizaciones en su directorio de 1995 - 1996 y la Contraloría General de Santa Fe de Bogotá publicó la Agenda de Participación Social en las que aparecen clasificadas 440 organizaciones de base.

Alrededor del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar se genera también mucha participación social; había en 1996, por ejemplo, 53 asociaciones de madres comunitarias que amparaban a 48304 niños menores de 14 años

Respecto a servicios públicos domiciliarios, la situación se puede apreciar en la siguiente tabla:

Tabla 10 : Resumen de servicios públicos

VIVIENDAS	NÚMERO
Con energía, acueducto y alcantarillado	46.371
Con energía y acueducto	7.708
Con energía y alcantarillado	261
Con acueducto y alcantarillado	311
Con energía	2071
Con acueducto	2.976
Con alcantarillado	35
Sin energía, acueducto ni alcantarillado	1031
Con teléfono	31.865

3.4 Indicadores de salud

Las dos variables para los problemas de nutrición, que sería el aspecto básico de la salud, son el bajo ingreso económico y los patrones culturales de consumo; además del hecho que la distribución de alimentos dentro del grupo familiar no está siempre de acuerdo con las necesidades individuales de sus miembros.

Estos y otros factores generan la situación reflejada en las siguientes tablas:

Tabla 11 : Desnutrición aguda y crónica en el grupo menor de un año, 1996

	DESNUTRICION AGUDA		DESNUTRICION	
	Número	%	Número	%
Desnutrición	218	27	225	28
Normal	572	70	533	65
Sobrepeso	26	3	58	7
TOTAL	816	100	816	100

Fuente: Hospital Vista Hermosa.

Tabla 12 : Desnutrición aguda y crónica en el grupo menor de 1 a 5 años, 1996

	DESNUTRICION AGUDA		DESNUTRICION	
	Número	%	Número	%
Desnutrición	150	32	292	62
Normal	313	66	178	37
Sobrepeso	12	2	5	1
TOTAL	475	100	475	100

Fuente: Hospital Vista Hermosa.

Además de lo adverso que puede resultar el panorama ejemplificado, el entorno tampoco es muy saludable; en efecto existen riesgos físicos de deslizamientos que afecta a más de cien mil personas que habitan la parte más alta de la zona; adicionalmente, la explotación de canteras con la explosión de dinamita incluida como factor contaminante, las chimeneas industriales, los mataderos clandestinos y, sobre todo, el basurero Doña Juana que hace relativamente poco se deslizó, generan partículas y gases tóxicos que dan lugar a serios problemas de salud. A esto se le añade el mal manejo de los residuos sólidos por la disposición inadecuada de la basura domiciliaria.

El río Tunjuelito y las quebradas Limas, Yerbabuena y El Diablo presentan contaminación hídrica, con niveles altos de cromo, cadmio y mercurio. Además, la presencia de fabricas de pinturas y solventes facilita la contaminación por benceno, tolueno y xileno.

La venta callejera de carnes, vegetales y frutas; así como de leche sin pasteurizar elevan el riesgo de contaminación por alimentos. Este peligro se incrementa por la costumbre de tener animales domésticos.

Todo ello da lugar a un patrón de morbilidad caracterizado de la siguiente manera:

Tabla 13 : Mortalidad general por grupos y areos Santa Fe de Bogotá- 1998

	Masc	Fem	Total	%	Tasa
MENORES DE 1 AÑO	2294	1787	4081	14.8	2924.8
1 A 4 AÑOS	262	194	456	1.7	89.9
5 A 14 AÑOS	271	178	449	1.6	40.4
15 A 44 AÑOS	4243	1573	5816	21.1	182.2
45 A 59 AÑOS	2029	1578	3607	13.1	504.4
60 Y MÁS AÑOS	6393	6779	13172	47.8	3376.3
TOTAL	15492	12089	27581	100.0	455.6
TOTAL GRUPOS ETAREOS					6,054,253
Enfermedades isquémicas del corazón	1518	1315	2833	10.3	46.79
Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	1449	1157	2606	9.4	43.04
Agresiones	2317	223	2540	9.2	41.95
Enfermedades cerebrovasculares	884	1181	2065	7.5	34.11
Otras enfermedades del corazón	531	630	1161	4.2	19.18
Accidentes de transporte	860	263	1123	4.1	18.55
Neumonía	573	475	1048	3.8	17.31
Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	522	464	986	3.6	16.29
Resto de tumores malignos	374	471	845	3.1	13.96
Resto de enfermedades del sistema digestivo	391	423	814	3.0	13.45
Diabetes mellitus	359	451	810	2.9	13.38
Enfermedades hipertensivas	322	447	769	2.8	12.70
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	369	293	662	2.4	10.93
Tumor maligno del estómago	369	273	642	2.3	10.60
Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte	343	246	589	2.1	9.73
Resto de enfermedades del sistema genitourinario	280	233	513	1.9	8.47
Todas las demás causas externas	365	99	464	1.7	7.66
Resto de enfermedades del sistema respiratorio	187	193	380	1.4	6.28
Tumor maligno de la tráquea, de los bronquios y del pulmón	215	139	354	1.3	5.85
Resto de enfermedades del sistema nervioso	185	153	338	1.2	5.58
Lesiones autoinfligidas intencionalmente	258	66	324	1.2	5.35
Leucemia	167	155	322	1.2	5.32
Resto de enfermedades del sistema circulatorio	188	123	311	1.1	5.14
Tumor maligno del colon, del recto y del ano	142	168	310	1.1	5.12
Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana [VIH]	251	59	310	1.1	5.12
Tumor maligno de la mama	11	281	292	1.1	4.82
Enfermedades del hígado	176	112	288	1.0	4.76
Tumor maligno de la próstata	252	0	252	0.9	4.16
Caídas	179	72	251	0.9	4.15
Tumor maligno del cuello del útero	0	238	238	0.9	3.93
Tumor maligno de las meninges, del encéfalo y de otras partes del sistema nervioso central	121	108	229	0.8	3.78

En lo referente a la morbilidad el cuadro parcial presentado a continuación resulta representativo:

Tabla 14 : Informe de morbilidad según muestra por consulta

CAUSA	HOMBRES.		MUJERES		TOTAL		%
	Nuevo	total	Nuevo	total	Nuevo	total	
Control embarazo normal	0	0	2573	3424	2573	3424	12.4%
Infecciones respiratorias agudas	1234	1565	1207	1471	2441	3036	11.8%
Enfermedades de los dientes y sus estructuras de sostén	509	654	780	1022	1289	1676	6.2%
Signos, síntomas y estados morbosos mal definidos	445	771	672	973	1117	1744	5.4%
Enteritis y otras enfermedades diarreicas	508	620	495	604	1003	1224	4.8%
Personas que acuden por otras circunstancias	296	332	452	522	748	854	3.6%
Neumonías	366	1106	307	745	673	1851	3.3%
Personas con una característica que influye en su estado de salud	274	749	367	1002	641	1751	3.1%
Enfermedades de la piel y del tejido celular subcutáneo	256	313	315	390	571	703	2.8%
Otras enfermedades del aparato urinario	103	155	463	603	566	758	2.7%
Otras enfermedades de los órganos genitales	34	45	526	673	560	718	2.7%
Enfermedades del ojo y sus anexos	221	290	306	423	527	713	2.5%
Otras helmintiasis	229	247	272	296	501	543	2.4%
Laceraciones heridas y traumatismos de los vasos sanguíneos	301	394	193	223	494	617	2.4%
Otras enfermedades del aparato respiratorio	205	335	261	444	466	779	2.3%
Otras enfermedades del aparato digestivo	144	214	284	374	428	588	2.1%
Personas que acuden a los servicios de salud para cuidados	213	216	202	207	415	423	2.0%
Otros exámenes e investigaciones especiales	138	352	276	566	414	918	2.0%
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	151	187	206	264	357	451	1.7%
Control del lactante y del niño sano	179	330	164	277	343	607	1.7%
Enfermedad hipertensiva	78	116	220	310	298	426	1.4%
Otras virosis	122	183	162	212	284	395	1.4%
Traumatismo superficial y los no especificadas: contusiones y magulladuras	139	175	124	161	263	336	1.3%

Los indicadores hospitalarios señalan que el número de consultas aumentó a 13948 en 1996; sin embargo, el comportamiento de las enfermedades permaneció igual.

Hay otros datos: El promedio de estancia de una persona en los centros de atención es de un día y medio y el porcentaje de ocupación ha ido en aumento: 31.9 en 1992, 42.7 en 1996; el uso de cama se ha incrementado: de 78.7 en 1992 a 102.5 en 1996: Lo ideal sería 80%. Se observa una asistencia promedio de dos consultas anuales por paciente.

En odontología, entre 1992 y 1996 el tratamiento inicial aumentó en 15.799 consultas; también se incrementó la continuidad del tratamiento de 10.3% y de cobertura en 2.9%.

En el mismo período las consultas en enfermería se incrementaron en 7.699 con un promedio de cobertura de 2.6. las coberturas de vacunación han ido en aumento: contra la tuberculosis en 11.4 en 1994 a 1996; contra difteria, tétanos y tosferina en 16.9%; contra la poliomielitis en el 14.7; contra la hepatitis B en 55.8%; mientras que contra el sarampión disminuyó en el 20.4%.

3.5 Articulación con la política nacional de salud y seguridad social

3.5.1 Política de salud dentro de la cual se inserta el SIS

El SIS es una administradora de los recursos del régimen subsidiado en salud, con jurisdicción sobre todo el territorio nacional; por ahora, solo está autorizada para afiliar usuarios en Santa Fe de Bogotá, Distrito Capital; no obstante, proyecta su acción sobre los municipios sabaneros de Cota y Madrid, de la misma manera sobre algunos del vecino departamento del Meta que están incluidos en la zona de distensión, territorio sin fuerza pública en donde se adelantan los diálogos de paz.

Tiene contrato con el Fondo Distrital de Salud de la Secretaría Distrital de Salud de Santa Fe de Bogotá y, por lo tanto, el seguimiento del mismo lo hace esta Dirección Local a través de una firma interventora: BDO Audit AGE.

3.5.2 Marco legal y funcionamiento de este en la práctica

Es una asociación mutual, regida por la legislación cooperativa, y controlada en este aspecto por el Departamento Administrativo Nacional de Cooperativas, antiguo DANCOOP, hoy DANSOCIAL. Hace parte del sistema general de seguridad social en salud en calidad de empresa solidaria de salud administradora de los recursos del régimen subsidiado y, por lo tanto, se rige por lo dispuesto para el efecto por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, el Ministerio y la Superintendencia del ramo.

3.5.3 Funcionamiento de la articulación con la seguridad social

DANCOOP autorizó la organización mutual como tal y como empresa solidaria de salud; la Superintendencia Nacional de Salud la autorizó para administrar los recursos del régimen subsidiado en salud, le asignó un código (ESS187), le aprobó un tope de afiliación y un territorio: el Distrito Capital; AMUANDES solicitó inscripción en Santa Fe de Bogotá y la obtuvo, entró al proceso de mercadeo de la población a quien el Fondo Distrital de Salud le asignó el subsidio y suscribió un contrato para atender a 5002 afiliados. Contrato que actualmente está en ejecución; volvió a participar en su segundo mercadeo en este mes de agosto y aspira a incrementar su población en 4000 usuarios más, para lo cual suscribirá su segundo contrato a partir del 1 de octubre de 1999.

Es decir, al final del presente año estará garantizando la seguridad social en salud y, por lo tanto, brindando el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado (POSS) a casi diez mil personas.

3.5.4 Mecanismos de control de calidad

EL SIS debió conformar su red de prestadores incluyendo todos los niveles de complejidad de la atención; cada institución prestadora de los servicios de salud debió acreditar la presentación de los requisitos esenciales ante la Secretaría Distrital de Salud y deben estar dispuestas para demostrar que tienen lo aseverado en dicha declaración. Ningún administrador podrá contratar con quien no haya rendido tal testimonio y demostrado su veracidad.

Existe en Colombia un rigurosos código sanitario y disposiciones arquitectónicas y locativas de obligatorio cumplimiento; esto lo verifican tanto las Direcciones de salud como los mismos contratantes.

Hay un Decreto, el 2174 de 1996 que exige un plan de mejoramiento de la calidad, soporte lógico referente a salud, sistemas formalizados de remisiones, interconsultas, referencia y contrarreferencia; así como protocolos para medicina y odontología.

Además, es obligatorio contar con ligas de usuarios para la vigilancia de la calidad de la atención, buzones para quejas y sugerencias, hay normatividad sobre el trámite de quejas y reclamos, los usuarios participan de los llamados Comités Técnico Científicos y los organismos de dirección control e inspección del Sistema actúan de oficio o por petición para garantizar la calidad de la atención. Aun así, se ven casos de baja calidad de la atención, maltrato al paciente, dificultades para acceder al servicio, poca celeridad en la atención o, por lo contrario, abuso o sobre utilización de los amparos.

3.6 Oferta de atención médica

No se dispone de una estadística confiable que precise el número de profesionales de la salud por habitante, en parte por el hecho de existir la libre escogencia de prestador dentro de la red de adscritos del administrador; sin embargo, se puede afirmar que los mismos están concentrados en las zonas urbanas y que el nuevo sistema de seguridad social en salud obligó a los profesionales a ganar por la vía extensiva y no por la vía intensiva. Esto quiere decir que deben atender más pacientes para poder ganar lo que estaban acostumbrados y no cobrar bastante para darse el lujo de atender pocos pacientes.

El intermediario, es decir las EPS, ARS, EAS, ARP y MPP les quitó a la medicina el carácter de profesión liberal y los convirtió en dependientes de tales administradoras. Esto ha beneficiado a estas últimas y respecto los resultados son contradictorios: ya no están expuestos a la eventual extorsión de un inescrupuloso profesional de la salud pero también algunas administradoras hacen selección adversa o niegan servicios por la prevalencia de criterios económicos.

En el caso del SIS que nos ocupa, la oferta de atención médica es suficiente; esto se evidencia en los constantes cambios de auditores a que se vio sometida la entidad por distintas razones, la abundancia de profesionales de la salud disponibles hace que la provisión de los cargos sea inmediata.

Esto se debe a que el SIS funciona en Bogotá, donde hay una gran concentración de estos profesionales, el mismo fenómeno no se da en provincia.

3.7 Protección social en materia de salud

El nuevo sistema de seguridad social en salud se expandió tanto durante la Administración anterior que las formas de ayuda mutua han cedido, luego van en declive. Solo sobrevive en zonas muy apartadas y campesinas, de difícil acceso por parte de las instituciones prestadoras del sector público.

3.7.1 Formas tradicionales de solidaridad en salud, difusión y tendencias

Persisten en la población que todavía no está cubierta por el nuevo sistema de seguridad social en salud o que recurre a ello por estar lejos de las instituciones prestadoras de los servicios de salud; de todas maneras, esto va en descenso en la misma proporción que el nuevo sistema se expande; sin embargo, las medidas del Alto Gobierno apuntan a limitar las coberturas o congelarlas y el impacto de esto no se ha medido.

3.7.2 Síntesis del SGSSS, fecha de implementación y propuestas de reforma

El nuevo sistema de seguridad social en salud nace con la expedición de la ley 100 el 23 de diciembre de 1993: Se propone una cobertura plena, un plan único y obligatorio de coberturas (POS); separación de promotores, prestadores, directores e inspectores del Sistema. Busca también una racionalización de los costos y mejores resultados; es decir más eficiencia y eficacia. Distingue también dos regímenes: el contributivo y el subsidiado; lo que implica una clasificación entre afiliados al sistema y los marginados temporales del mismo, a quienes se llaman vinculados por no estar en ninguna administradora. Estos, de todas maneras, son atendidos por la red pública de prestadores, aunque sin un plan claro de coberturas y asumiendo unos copagos que van del 30% del costo del servicio hasta la tarifa plena: Cuando es evidente que el paciente no tiene capacidad de pago, la institución prestadora del sector público lo asume.

Un accidente de tránsito o una catástrofe, natural o social, es asumido, en su mayor proporción por el Fondo de Solidaridad y Garantía (FoSyGa), específicamente por la subcuenta de riesgos catastróficos, la otra parte la cubre un sistema de aseguramiento que lo pagan los propietarios de vehículos; a su vez, las empresas deben asegurar a sus empleados por enfermedades laborales o accidentes de trabajo y, por consiguiente, esas coberturas las asumen las Administradoras de Riesgos Profesionales (ARS).

Esta llamada complementariedad en el manejo del riesgo no deja de tener su colisión de competencias y unas buscan descargarse en otras la responsabilidad; esto ha exigido tribunales para dirimir tanto el derecho a ser amparado como sobre quién termina siendo responsable.

La ley se ocupa también de pensiones y cesantías, pero no trata de recreación, educación o vivienda como en otros países. Es decir la nueva ley de seguridad social en colombiana solo se ocupa de prestaciones económicas y de salud.

3.7.3 Excluidos del Sistema

Las exclusiones son de dos tipos opuestos y son parciales; esto es: se consideran excluidos la fuerza pública, el magisterio y los afiliados a la principal empresa petrolera del país: Ecopetrol. La exclusión se hizo porque se consideró que las coberturas alcanzadas como reivindicación laboral o trato especial superaban las del POS que les ofrecía el nuevo sistema. Es parcial porque de todas maneras el Sistema vigila, por lo menos, calidad de la atención.

Los otros excluidos son quienes ni están dentro de estos privilegiados, ni en los regímenes contributivo o subsidiado. No figuran en ninguna administradora, menos en medicinas prepagadas, y solo son atendidas sus urgencias en prestadores públicos, como se dijo antes. Es decir, no están totalmente desamparados ni son completamente “excluidos”; no está claro qué debe o puede amparar directamente la red pública y a los que tiene alguna capacidad de pago se les cobre desde el 30% del costo del servicio hasta su tarifa plena.

IV. PUESTA EN MARCHA DEL SISTEMA DE SEGURO DE SALUD

Esta sección se ocupa de la creación y puesta en marcha del SIS, proporcionando una visión fotográfica del funcionamiento durante el primer ejercicio. Es necesario tener en cuenta que el SIS empezó sus actividades en abril 1999.

4.1 Origen del SIS

En Ciudad Bolívar la atención de la salud se caracterizaba por lo siguiente:

4.1.1 Cobertura

Muy baja, por debajo del promedio nacional del 25%, según se puede apreciar en el libro DIAGNOSTICO - CIUDAD BOLIVAR; además no era claro un plan de amparos y los servicios tenían la presentación de “caridad”. Obviamente era prestado por la red pública distrital.

4.1.2 Densidad de prestadores

A medida que se vino poblando la localidad, la administración capitalina fue instalando centros de salud de bajo nivel de complejidad; al principio eran entidades descentralizadas dependientes de la Secretaría Distrital de Salud, sin la autonomía que tienen en la actualidad.

Los barrios que están cerca de la parte plana de Ciudad Bolívar han tenido una mediana oferta de servicios del sector público; con el surgimiento del régimen subsidiado, las instituciones prestadoras particulares se han incrementado; ahora la parte rural y la que está detrás de la cima de sus montañas tiene un déficit de prestadoras en general. Allí es donde más se concentra la nueva población de marginados sociales y desplazados de otras regiones por razones económicas o de violencia; presenta, también, la mayor morbilidad y la congelación de los subsidios hecha durante la presente administración nacional los afecta coyuntural y directamente pues los mantendrá indefinidamente como “vinculados”.

4.1.3 Tipo de prestadores

Las instituciones prestadoras son públicas, privadas o mixtas y están clasificadas por niveles de complejidad, del uno al cuarto, dependiendo de la acreditación de los requisitos esenciales dispuestos por norma para cada tipo de ellas.

El SIS tiene contratada su red contemplando todos los niveles de complejidad y prefiriendo al sector público por la excelente distribución de dicha red; además, existe la obligación de contratar el 40% , por lo menos, de las atenciones con el sector público.

La red inicial de Amuandes fue la siguiente:

Tabla 15 : Prestadores autorizados por el SIS

IPS	Localidad	Tipo	Nivel	T. Servicios	Fecha
Vista Hermosa	Ciudad Bolívar	Hospital	1	Ambulatorios	Abril 1 de 1999.
Kennedy	Kennedy	Hospital	3	Hospitalarios	Abril 1 de 1999.
Tunal	Tunjuelito	Hospital	3	Hospitalarios	Abril 1 de 1999.
El Carmen	Tunjuelito	Hospital	2	Hospitalarios	Abril 1 de 1999.
Tunjuelito	Tunjuelito	Hospital	1	Ambulatorio	Abril 1 de 1999.
Simón Bolívar	Usaquén	Hospital	4	Hospitalarios	Abril 1 de 1999.
San Blas	San Cristóbal	Hospital	2	Hospitalarios	Abril 1 de 1999.
Santa Clara	Los Mártires	Clínica	3	Hospitalario	Abril 1 de 1999.
Ciudad Bolívar	Ciudad Bolívar	Centro M.	1	Ambulatorio	Abril 1 de 1999.
La Coruña	Ciudad Bolívar	Centro M.	1	Ambulatorio	Abril 1 de 1999.
SIMEDIL	Usme	Centro M.	1	Ambulatorio	Abril 1 de 1999.
PARMA	Ciudad Bolívar	Centro M.	1	Ambulatorio	Abril 1 de 1999.

*En general, la red pública está incorporada automáticamente se ha conformado como tal para remisiones e interconsultas. Sería largo de relacionar todos los componentes de esta red en la Capital.

Tabla 16 : Niveles de los prestadores

	Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Nivel 4
S. Público	7	7	8	4
Lucro Privado	8	0	1	0
Privado sin lucro	0	0	0	2
IPS propia	0	0	0	0

4.1.4 Calidad de la atención

Sin un plan de coberturas, sin administrador que amparara a la población, con una caprichosa apropiación presupuestal y con el enfoque “caritativo” vigente en el pretérito, la calidad de la atención era igual de arbitraria; no existía control sobre la misma y solo se regía por la ética médica o la buena voluntad del prestador de turno. Es decir, la calidad de la atención era indefinida.

4.1.5 La modalidad de financiamiento era la siguiente:

Quienes tenían capacidad contributiva por ser empleados estaban en Cajas de Previsión o en el Seguro Social, los más pudientes contrataron planes de medicina prepagada; los demás iban al profesional de la salud pagando tarifas plenas o de “caridad” en instituciones públicas. Estas obtenían sus recursos de las transferencias hechas desde los ingresos corrientes de la Nación, de los recursos provenientes de impuestos al consumo de licores y tabaco captados por los departamentos o de las asignaciones municipales para estos menesteres.

Las características del grupo destinatario del SIS al momento de su creación eran las siguientes:

- Residente en la localidad de más necesidades básicas insatisfechas.
- Con los mayores índices de desnutrición, morbilidad, mortalidad, desempleo, violencia y baja escolaridad.
- Con gran número de desplazados por razones económicas, de violencia y por catástrofe natural o social.
- Con los grupos familiares más numerosos: 5.5 miembros por núcleo familiar.

El grupo destinatario del SIS ha sido el más pobre y vulnerable: los que ya estaban afiliados a una ARS pero que no eran bien atendidos para que hicieran el traslado y a los que se les otorgaba por primera vez el subsidio por parte del Estado, para que su afiliación fuera el SIS.

A la población afiliada al régimen subsidiado otras ARS les negaban la plenitud de los servicios y la vinculada, sin subsidio estatal, solo recibía atención de urgencia. Con el nuevo Gobierno Nacional la restricción de la atención se ha aumentado para todos.

Miembros de la Asociación Mutual tenían conocimiento del tema en calidad de veedores comunitarios y el gerente había manejado el régimen subsidiado en la Superintendencia Nacional de Salud. En la localidad ya funcionaban, además, diecisiete ARS - tres de ellas con muchos afiliados – pero todas ellas con baja calidad de la atención; fenómeno debido, en gran parte, al pacto de no propiciar traslados. Al entrar al SIS a competir lo hizo con el principal argumento de la calidad y eso empezó a obligar al cambio, se sugirió que el nuevo SIS no hiciera eso porque a todas se les aumentarían los costos, pero el SIS no aceptó.

Dos formas organizacionales precedieron el surgimiento del SIS como Empresa Solidaria de Salud: la participación de sus creadores en el Comité de Participación Comunitaria, COPACO, y la formación de la Asociación Comunitaria Los Andes por parte de la propia comunidad; para lo cual concurrieron los apoyos de COLACOT, la CGTD y la OPS. La orientación inicial era multidisciplinaria pero, para obtener personería como Asociación Mutual, debió especializarse y lo hizo en administración de los recursos estatales dispuestos para garantizar el plan obligatorio de salud subsidiado a las personas sin capacidad de pago.

La población objeto no tenía creada ni proyectada ninguna solución de salud y dependía, en sus urgencias, de la farmacia cercana, de sus escasos recursos o de la mínima atención del centro de salud público del barrio.

El SIS es en gran parte producto de la gestión de un líder comunitario y del grupo que lo ha acompañado; su relación con las confederaciones nombradas y con la OPS permitió su concreción. La experiencia previa sobre el tema se limitaba a su papel como miembros del Comité de Participación Comunitaria (COPACO); el cual aborda, entre otros temas, el de salud y de este asunto específico se ocupan los llamados veedores ciudadanos en salud. En sus inicios se enmarcaba en el espacio creado por la Constitución Política de 1991 que dio estímulo a la participación comunitaria, se esbozó este tipo específico de protagonismo ciudadano en los años que le sucedieron en la creación del nuevo sistema de seguridad social en salud efectuado en 1993; el accionar de la Asociación Comunitaria Los Andes fue un tanto errática, hasta el punto de no ser incluida en el llamado Plan Padrino del Ministerio de Salud que capacitó a gentes del común y conformó casi doscientas empresas solidarias de salud; la Asociación recién formada necesitaba el aval de la Secretaría Distrital de Salud, según testimonio del líder comunitario de la idea, y este respaldo no se dio.

4.2 Etapas de la puesta en marcha del SIS

4.2.1 Identificación de necesidades y definición de objetivos

Las deficiencias en la calidad de la atención, detectada por los líderes del Comité de Participación Comunitaria (COPACO) por las quejas que la misma población usuaria les presentaba, hizo surgir la necesidad de una ARS de nuevo tipo: no identificaba en el lucro sino orientada a darle solución al agudo problema de cobertura y calidad de la atención

Además se trataba de darle un enfoque integral, contemplando la promoción y la prevención, el saneamiento básico y la elevación de los niveles de calidad de vida. Como esto no lo ofrece ninguna otra ARS, el objetivo se planteó: una asociación mutual que se ocupe de los temas

4.2.2 Estudio del contexto y estudio de factibilidad financiera

Se analizaron diferentes posibilidades: empresa de manejo de residuos sólidos, pequeñas empresas manufactureras, centros para la atención de la población anciana o de la niñez abandonada, etc. Estos “estudios” eran ideas empíricas surgidas del grupo que lideraba Epaminondas Serrano y que en lenguaje confuso y poco técnico se entregaban a las autoridades en busca de ayuda. Al final los hicieron participar en las reuniones en las cuales los ciudadanos deben pronunciarse sobre los planes de desarrollo de cada localidad. No se puede hablar, entonces, de estudios de viabilidad en el sentido estricto del término eso no se dio.

Ninguna de propuestas ofrecía una solvencia que permitiera el autosostenimiento y que diera unos excedentes que permitieran apoyar los demás proyectos; la excepción era la empresa de salud que administrara los recursos del régimen subsidiado. Los recursos provenían de una fuente segura: el Estado. Además, la salud es un tema aglutinante, los líderes del COPACO conocían intuitivamente del tema, los análisis financieros estaban hechos por el mismo Sistema y el punto de equilibrio financiera era alcanzable desde el primer momento si se lograba una afiliación de 15000 usuarios, lo que estuvo a punto de lograrse y solo se perdió por falta de transparencia en las reglas del juego del mercadeo.

Es decir, era el proyecto catalizador ideal y esa conjetura se está verificando en la práctica, aunque no están ausentes las amenazas; especialmente las provenientes del parlamento y del Alto Gobierno que pretenden acabar con todas las ARS o, por lo menos, con las solidarias. Esto se da porque hay intereses privados, que ellos representan, para quedarse con el jugoso mercado de la salud. La expedición del Decreto 1804 de 1999 apunta a eso.

El paquete de beneficios ha sido determinado por Acuerdo del CNSSS y las analogías con otras ARS las tenían los líderes en forma intuitiva y por estar afiliados a estas instituciones, el Gerente si tenía conocimiento comparado porque había contribuido a conformarlas desde la Superintendencia Nacional de Salud y ejerció sobre las mismas vigilancia.

4.2.3 Información del grupo destinatario

La información ha sido recogida por las vivencias directas de los generadores del proyecto que, como se dijo, se nuclearon alrededor del COPACO local; adicionalmente, al momento del mercadeo, la Secretaría Distrital de Salud entregó una base de datos donde estaba la relación de la población susceptible de ser afiliada y meses antes se conocía de población que habiendo sido encuestada para ser candidata al subsidio, aun permanecía en calidad de vinculado. Los unos eran seguros y los otros eran potenciales afiliados.

No hubo obstáculo distinto a la competencia desleal auspiciada desde la misma Secretaría Distrital de Salud. Se hicieron las denuncias respectivas pero los organismos de dirección y control no les prestaron la suficiente atención.

4.2.4 Inicio de las actividades

La etapa operativa se inició el 1 de abril de 1999 con la suscripción del contrato con el Fondo Distrital de Salud. No hay pago de cotizaciones y el pago de prestaciones empezó mes y medio después, cuando se presentaron las primeras cuentas de cobro provenientes de los prestadores adscritos.

4.2.5 Liderazgo y toma de decisiones

Existía un trabajo organizado por el Presidente del COPACO local y su equipo de colaboradores; sin embargo, encontraron un nudo o paradoja legal que solo se vino a resolver en 1998 con el nombramiento del nuevo gerente, solucionado el problema formal se concretó el proyecto.

Este equipo que dirigió la campaña de afiliaciones, se convirtió en parte administrativa y el liderazgo lo compartieron el más antiguo activista de la localidad y el gerente. El resto de colaboradores fueron los miembros de la Junta Directiva, de la Junta de Control Social y la gente de COLACOT.

La capacidad técnica la poseía el gerente en virtud de su experiencia en la Superintendencia Nacional de Salud. El se asesoró de sus antiguos compañeros y de la directora de la Caja de Previsión Social de la Universidad Nacional de Colombia.

4.3. Funcionamiento desde el primer ejercicio

Las primeras acciones tuvieron que ver con la consecución de la sede, de muebles y equipos; conocida la población afiliada, se procedió a carnetizarla. Se continuó con la labor de formalizar los contratos con las instituciones prestadoras, en unos casos mediante cartas de intención y en otros casos suscribiendo los contratos definitivos. También en estos primeros meses se suscribieron las pólizas de aseguramiento y se formalizó la relación laboral.

A la población se le ha venido atendiendo desde entonces y, salvo una población de niños necesitados de protección especial que se encuentra muy dispersa y genera mucha dificultad atender sus pedidos exagerado de medicamentos, el SIS no ha encontrado quejas de la calidad de la atención.

Se tuvo problemas con el reporte de información de la población carnetizada y esto ha impedido la consecución del segundo desembolso, ocasionando un grave aprieto económico que solo hasta el final de este mes se estará superando. La debilidad ha sido del soporte lógico y de las personas que deben estar al frente de este tema, la calidad de los aplicativos o disponibilidad de los ingenieros es directamente proporcional a los recursos con que se cuentan.

4.3.1 Afiliados y otros beneficiarios

Pueden ser socios del SIS quienes lo soliciten y sean aceptados, son afiliados quienes obtienen el subsidio de la Secretaría Distrital de Salud y se deciden por el SIS. El sistema considera que el núcleo familiar debe estar en una misma administradora, ese grupo es el que afilia.

Los afiliados según el contrato son 5002 y los carnetizados cerca de los 4000; población que se duplicaría en esta coyuntura de mercadeo. Se proyecta que los asociados gocen de algún beneficio y que la entidad se convierta en agrupadora de los trabajadores independientes que pueden afiliarse al régimen contributivo, porque así lo permite la normatividad vigente. Esto es un producto que se prevé cumplir antes de finalizar el presente año.

4.3.2 Paquete de servicios ofrecidos por el SIS

Es el descrito anteriormente como síntesis y que está contemplado en los Acuerdos 72 y 74; para medicamentos es lo consignado en el Acuerdo 83.

Tabla 17 : Beneficios ofrecidos por el SIS durante el primer ejercicio

Servicios	Personas cubiertas	Copagos	Limite de cobertura	Periodos de espera	Derivación obligatoria
Intervenciones quirúrgicas no programadas					
Las urgencias se cubren por parte del SIS	Todos	10%	Sin	0	S
Atenciones de parto.	Todos	10%	Sin	0	S
Hospitalizaciones medicalizadas.	Todos	10%	Sin	0	S
Intervenciones quirúrgicas programadas.	Todos	10% *	Sin	0	S
*: El 10% solo se aplica a hospitalizaciones					
Atención ambulatoria programada.	Todos	0	Sin	0	S
Atención preventiva.	Todos	0	Sin	0	S
Atención ambulatoria no programada.	Todos	0	Sin	0	S
Medicamentos.	Todos	0	*	0	S
*: Los que diga los Acuerdos 83,110,..., y el Comité Técnico - Científico, esos últimos los asume de funcionamiento					
Transporte / evacuación	Todos	0	Sin	0	S
Laboratorio / radiología	Todos	0	Sin	0	S
Otros : ver los Acuerdos 72 y 74, anexos	Todos	*	Sin **	0	S
*: Solo a hospitalización el 10%					
** En general, los límites son lo no incluido en los citados Acuerdos; sin embargo, esto lo asume la red pública de prestadores y lo costea por el llamado subsidio a la oferta.					

4.3.3 Financiamiento

Contrato suscrito con el Fondo de Salud de la Secretaría Distrital de Santa Fe de Bogotá el 31 de marzo de 1999, fecha en la que empieza a operar el SIS como tal, reconocen \$ 128.530 (US\$ 70 aprox.) por cada persona al año. Se aspira a tener su propia prestadora, lo cual genera ingresos que actualmente se van para otras IPSs.

El monto inicial del desembolso ascendió a \$ 107 millones de pesos y por norma se debió distribuir así: 75% para servicios asistenciales, 10% para promoción y prevención y el resto para funcionamiento.

Tabla 18 : recursos utilizados para financiar la creación del SIS y el primer ejercicio

Fuente	Monto	Propósito	Tipo
Fondo Financiero Distrital de Salud	US \$ 50.000	Garantizar POSS	Contrato

Nota: adviértase que su primer contrato se suscribió a partir de 1 de abril de 1999.

4.3.4 Prestadores de atención médica

Son treinta y siete entidades adscritas pero solo con catorce de ellas la atención es permanente y frecuente; el hecho de contar con una pequeña población dispersa en todo el Distrito Capital y poblaciones cercanas ha generado esta pluralidad de entes adscritos. El grueso de los usuarios está en Ciudad Bolívar y la red es más restringida.

4.3.5 Administración y gestión

a. Estatutos y reglamentos

Como Asociación Mutual, se rige por la legislación cooperativa; sus estatutos están inspirados en la misma y gracias a nuevas circunstancias se están adaptando a tales novedades. La ampliación de cobertura territorial, por ejemplo, exige otras dinámicas en el manejo de la gestión y del funcionamiento de la Junta Directiva.

b. Organización de la gestión

Se ha estado cumpliendo con los cargos mínimos que exige la norma, además con un asistente administrativo que se convierte en el administrador del sistema de información; los cargos mínimos son Revisor Fiscal, Auditoría, Representante Legal y Atención al Usuario.

Las responsabilidades son cubrir el POSS y el Plan de Promoción y Prevención, de alguna manera contenido en el primero. El primero se garantiza con la red de prestadores adscrita y el segundo se ha intentado que se haga directamente; sin embargo, también en este tema se tiene que contar con la red prestadora hasta cuando se puede montar algún nivel de prestación directa que, simultáneamente, posibilite adelantar acciones de promoción y prevención por parte de la misma administradora.

Se tiene dificultades con la cualificación de la Junta Directiva de la Mutual y, por ello, se están efectuando eventos de capacitación; también se advierte una disminución de los asociados y poca efectividad de conseguir nuevo militantes de este proyecto.

La consigna lanzada por el Gerente de convertir a cada afiliado en asociado y a sus hijos en promotores solo se cumplió en esta última parte.

Tabla 19 : Personal trabajando en el SIS

Categoría	Número	Empleador	Porcentaje de tiempo
Gerente	1	AMUANDES	100%
Revisor fiscal	1	AMUANDES	20%
Auditor odontológico	1	AMUANDES	50%
Auditor médico	1	AMUANDES	50%
Asistente administrativo	1	AMUANDES	100%
Atención al usuario	1	AMUANDES	100%
Coordinador P. y P.	1	AMUANDES	100%
Promotoras de salud	4	AMUANDES	100%
Atención al usuario	2	AMUANDES	100%

c. Sistema de información

Al principio se implementó solo lo concerniente a la población usuaria, a las novedades que en este aspecto se producen; luego se montó lo de contabilidad. Ahora se empieza a trabajar en el asunto de los costos y el modelo actuarial que debe soportar el enfoque de gestión.

La parte médica no se ha instalado, tampoco el control de citas, ni el sistema de remisiones, interconsultas, referencia y contrarreferencia; sigue siendo manual.

El Sistema contempla la unificación nacional de estos aspectos y disposiciones ya expedidas se vuelven de obligatorio cumplimiento a partir del 1 de enero del año 2.000. Apuntamos a tener todo listo para los próximos cuatro meses, dependiendo de los recursos económicos que logremos obtener.

4.4 Asistencia técnica y formación

El SIS está suscribiendo un convenio con la Escuela de Medicina Universidad del Bosque y se cuenta con el apoyo de la OPS – OMS; sin embargo, el apoyo más significativo proviene de COLACOT. Se han dictado cursos de economía solidaria y de sistemas, por ejemplo, y de la CGTD a través del INES, se han recibido apoyos similares. Dependiendo también de los recursos económicos se está prospectando la capacitación de las promotoras en aspectos de salud, por ahora actúan de aprendices al lado del personal médico, las odontólogas y las enfermeras profesionales.

Tabla 20 : asistencia técnica recibida. Fase de creación y primer ejercicio

Organización o personas	Propósitos del apoyo	Duración del apoyo	Beneficiarios
COLACOT	Crear la asociación como ARS	Un año: 1996 / 7	Grupo residente en Localidad Ciudad Bolívar
PIDUR – U. Nacional	Suministrar información	Datos, no tiempo	A organizadores

Tabla 21 : Formación recibida. Fase de creación y primer ejercicio

Organización o personas	Objetivos de formación	Duración de la formación	Beneficiarios
COLACOT	Dar a conocer los fundamentos y normas cooperativas y mutuales	Un año: 1996 / 7	Grupo residente en Localidad Ciudad Bolívar, asociados y dirigentes del proyecto.

V. CARACTERISTICAS DEL SISTEMA DE SEGURO DE SALUD

Esta sección intenta proporcionar una visión actual de las características del sistema de seguro de salud. Se hará referencia a diversos aspectos de su funcionamiento con el objeto de lograr una detallada descripción del SIS pero no evaluar su impacto o su eficiencia.

5.1 Grupo destinatario y beneficiarios

5.1.1 *Grupo destinatario*

Como el régimen subsidiado cubre a las poblaciones más necesitadas y desprotegidas, que están en los estratos inferiores de la población, el grupo destinatario del SIS corresponde a los tres primeros estratos. Están excluidos los demás; es decir, no pueden estar en el régimen subsidiado quienes tengan capacidad contributiva. Tampoco reciben la atención del SIS los miembros asociados que no tengan subsidio; su cotización, en este momento, no les sirve para nada y eso desestimula la pertenencia. Una fórmula es la conversión de los afiliados también en asociados; pero, si reciben los beneficios sin cotizar, no le encuentran sentido a la obligatoriedad del aporte que surgiría del hecho ser también *asociados*.

Para apreciar mejor los aspectos de nivel educativo por género, grupos de edad por género, localización por género, perfil de morbilidad por grupo etéreo, exposición a riesgos por género, acceso a la seguridad social en salud por género, sectores de actividad por género, nivel y periodicidad de ingresos, nivel de monetización de ingresos y sentido de pertenencia por grupo de edad y género, etc.

Causas y consecuencias de la evolución de la localidad. Los proyectos arquitectónicos iniciales de Ciudad Bolívar apuntaban a redimir un sector marginal, se hicieron unos proyectos de vivienda social y estas fueron adjudicadas a funcionarios de la administración capitalina carentes de vivienda; sin embargo, muy rápidamente se llenó el sector de áreas de invasión que se fueron legalizando. Esto explica por qué la parte plana tiene apartamentos y casas pequeñas pero estructuradas y en las demás predomina la autoconstrucción y la turgurización caótica. Las partes altas y detrás de las montañas las están ocupando los desplazados de otros lugares del país; es muy la extensa y densa en población y viviendas, hasta tal punto que unió a la Capital con un municipio vecino: Soacha.

5.1.2 *Diferentes categorías de beneficiarios*

Previo a referirnos a la cobertura poblacional es preciso distinguir los dos tipos, por lo menos de personas relacionados con el SIS: los asociados a la Mutual y los afiliados a la empresa solidaria de salud administradora de los recursos del régimen subsidiado en salud. Los primeros son personas de la localidad que se organizaron para conformar una organización de economía solidaria, guiada por principios cooperativos, con multiplicidad de propósitos con un aspecto en común: elevar la calidad de vida de los residentes del sector en forma integral.

Los otros son los afiliados a un tipo de programa que se desarrolló primero: la administración, aseguramiento o garantía de unos amparos en salud.

Los primeros son activistas de la comunidad, los segundos son los primeros beneficiarios de la acción organizativa de los pioneros o catalizadores.

Los asociados entran a la entidad a título individual y los afiliados entran como núcleo familiar. Los asociados entran pagando siete mil pesos y poniéndose a la par con las cotizaciones mensuales que llevan los demás, cada aporte mensual es de \$3500.

Esto obstaculiza el ingreso de más asociados y la gerencia está proponiendo otras fórmulas que permitan el incremento de asociados. La aceptación la hace la Junta Directiva y a ella llegan propuestas de ingreso que no se han estudiado con el interés que se merece.

Los afiliados, por su parte, conforman núcleos familiares, de estratos 1 o 2, que han obtenido subsidio en salud, han escogido al SIS como su ARS y tal decisión ha sido acogida por la Secretaría Distrital de Salud.

A la población objeto se le aplica un formulario llamado SISBEN, esto lo venía haciendo la Secretaría Distrital de Salud y hoy está a cargo de otra dependencia: Planeación Distrital; esto permite una clasificación que se refleja en los puntajes de la tabla y, según la disponibilidad de recursos, se van asignando subsidios a los

diferentes grupos. Dos veces al año, antes de abril y de octubre, se pone en conocimiento de las ARS esta información y estas compiten por afiliar a la población que acaba de obtener el subsidio en salud. Se supone que la gente escoge la ARS de su preferencia.

Por la población que se afilia a cada ARS se suscribe un contrato, que inicialmente debe corresponder a una población no inferior a los cinco mil usuarios, y se procede a carnetizarlos. El Estado reconoce el primer mes por el monto total del contrato y los demás meses por las personas efectivamente carnetizadas.

Las solicitudes de afiliación, formularios, los imprime cada ARS y el jefe del grupo familiar decide con su firma y huella dactilar por cual ARS opta la totalidad del núcleo. La Secretaría Distrital de Salud verifica la escogencia.

Entre el sexto y noveno mes de su afiliación, los usuarios manifiestan su intención de cambiar de ARS; al no hacerlo, se considera prorrogada su afiliación por otros doce meses. Salvo que por mala atención, demostrada, se le autorice el cambio en cualquier momento.

No hay contrato entre la ARS y el usuario; en cambio, si lo hay entre la Secretaría Distrital de Salud y la ARS. Esta se compromete a garantizarle un plan de salud (POSS) a la población que afilió.

Durante cada período anual se presentan novedades: traslados al final de cada doce meses o antes si se demostró la mala atención, defunciones o nacimientos; este último caso es la única excepción para los períodos de afiliación, los demás corresponden a los meses de abril y octubre.

Cuando una ARS se liquida, puede ocurrir que se le permita terminar sus contratos o le obligan el traslado de su población en forma inmediata.

Los registros de afiliados tienen unos campos determinados por normas, Resolución 2390 del 23 de junio de 1998 sobre “datos mínimos sobre afiliación” (se anexa); para el caso específico del régimen subsidiado incluye aspectos como los siguientes: tipo de identificación y número, apellidos y nombres, fecha de nacimiento, sexo, grupo étnico, puntaje y nivel del Sisben, número y fecha de la ficha, fecha de carnetización, tipo de discapacidad, municipio, departamento, localidad, zona, dirección, teléfono, tipo de cotizante, fecha de afiliación al sistema de seguridad social en salud, fecha de afiliación a la administradora, clase de afiliación, nombre y código de entidad anterior.

En el caso del Distrito Capital, la Secretaría Distrital, incluye información sobre la localización del inmueble según figura en la oficina de catastro y sobre cuántos núcleos familiares viven en la misma vivienda.

Para el régimen contributivo se precisa, además, ingreso base y valor de la cotización, código de actividad económica, nivel educativo, último año aprobado, posición ocupacional, propiedad de la vivienda, tamaño de la empresa, entidad que tiene a cargo la pensión, mesada e ingresos adicionales, relación familiar con el cabeza de núcleo.

También pide datos sobre el empleador: su tipo y número de identificación, razón social, código de actividad económica, ARP a la que está afiliado, localización geográfica y total de empleados.

A cada afiliado se le entrega un carnet que contiene los datos dispuestos por la Circular Conjunta 04 del Ministerio de Salud y 056 de la Superintendencia Nacional de Salud; la información a consignar es, prácticamente, la citada como identificación.

Este documento debe presentarse al momento de solicitar el servicio en las instituciones prestadoras o al momento de reclamar los medicamentos que le han sido formulados.

La persona cabeza de grupo o núcleo familiar “arrastra” con su familia; la cobertura familiar es un mandato del nuevo sistema de seguridad de social en salud y al interior de la misma no existen diferencias, con excepción de la aludida: la persona cabeza de familia determina en cuál ARS estará todo el grupo.

En el régimen subsidiado no se establece restricciones de edad o de relación con el jefe del núcleo familiar. Esto lo diferencia del régimen contributivo en los que por ser mayor de 18 años, de 25 años si continuó estudiando y aun depende de sus padres, sale del sistema o si no pertenece al grupo familiar básico debe dar un aporte adicional.

Los afiliados no han tenido cambios en sus condiciones de afiliación a la entidad; siguen siendo las dispuestas por el sistema desde sus inicios; esto es: población sisbenizada a la que le otorgan el subsidio o indígenas, que no necesitan el Sisben. El recién nacido entra por estar sus padres afiliados.

Los asociados, por su parte, son residentes de la comunidad que han solicitado su ingreso a la Mutual, han sido aceptado y están al día en el pago de sus aportes. Tales son los vínculos y condiciones para la pertenencia. Es decir el elemento común entre ellos es el de pertenecer a la misma localidad de Ciudad Bolívar, la excepción son los niños afiliados pertenecientes al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. No hay restricciones de la pertenencia respecto al tiempo; en ambos casos es indefinido.

La casi totalidad de habitantes de esta localidad están en los estratos 1 y 2 y se les ha aplicado la encuesta Sisben.

Actualmente se están estudiando las nuevas condiciones en que entrarían los nuevos asociados. La dificultad mayor consiste en que no hay ningún estímulo porque el SIS no les da nada a cambio de ser asociados.

5.1.3 *Número de beneficiarios y evolución*

Esto se podrá apreciar cuando se conozcan los resultados definitivos del segundo mercadeo del presente año. Por ahora existe la misma composición anotada en el cuadro ya conocido:

Tabla 22 : Número actual de asociados/afiliados del SIS

ASOCIADOS	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
0 – 5 años			
6 – 18 años	5	6	11
19 – 65 años	13	20	33
Mas de 65 años	3	4	7
TOTALES	21	30	51
AFILIADOS	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
0 – 5 años	382	336	718
6 – 18 años	701	779	1480
19 – 65 años	727	830	1557
Mas de 65 años	53	58	111
TOTALES	1863	2003	3866

5.1.4 *Causas de pérdida de la condición de afiliado*

Nuevamente distinguimos entre afiliados y asociados para efectos de comentar las causales de pérdida de tal carácter.

Según los estatutos que rigen la entidad el carácter de asociado se pierde en los casos de renuncia voluntaria o mala conducta, calificada por la Junta Directiva.

Los afiliados, por su parte, pierden su subsidio cuando consiguen empleo y, por lo tanto, ingresan al régimen contributivo. Es obligatorio estar en tal régimen cuando la vinculación laboral supera los tres meses; de forma tal que si el empleo temporal no supera este período, la persona podría permanecer en el régimen subsidiado. Sin embargo, las personas prefieren mantenerse ilegalmente en el régimen subsidiado, con vinculaciones laborales que superan los tres meses, porque es muy fácil perder el subsidio y muy difícil, casi imposible, recuperarlo.

Este fenómeno ha generado una franja muy amplia de vinculados, entendidos como aquellos que no están en ninguno de los dos regímenes y, eventualmente, serían atendidas sus urgencias en la red pública de prestadores, conocidas como Empresas Sociales del Estado (E.S.E.).

El procedimiento utilizado para la desvinculación de los afiliados se materializa de dos maneras: al momento de recarnetizarlo cada año, simplemente no se le entrega el nuevo carnet y, simultáneamente, aparecerá como afiliado al régimen contributivo en una base de datos que produce el sistema y que tienen todas las administradoras, prestadoras, organismos de dirección y de control del sistema.

La modalidad se concibió desde el inicio de la implementación del nuevo sistema de seguridad social en salud; no obstante, no había sido tan estricto hasta que no se conformó una base de datos que contiene la casi totalidad de los afiliados al nuevo sistema en todo el país. El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, máximo organismo rector del Sistema, formalizó el control a las múltiples afiliaciones en el Acuerdo 131, de esa manera se racionalizan los recursos destinados a cubrir la seguridad social en salud.

Esta modificación se dio porque se estaba pagando varias veces el subsidio por las mismas personas o dándole el subsidio a quien tenía capacidad contributiva, entre otras irregularidades.

Los asociados excluidos han sido por los siguientes motivos: inasistencia a las convocatorias, incumplimiento en el pago de las cuotas. La decisión la toma la Junta Directiva: Todo esto, no obstante, es muy informal y casi el único retiro es por abandono de la entidad, sin que se haga algo por retenerlo o recuperarlo.

La decisión es de la dirección seccional o local de salud, Secretaría Distrital de Salud, en nuestro caso. Concurren para ello también las administradoras, tanto para depurar sus propias múltiples afiliaciones como las múltiples afiliaciones al Sistema en general.

5.1.5 Penetración del grupo destinatario

El SIS logró cuatro mil afiliaciones efectivas en la localidad objeto cuando estaban en juego 23000 nuevos usuarios; eso equivale al 17 %. Ese mismo monto representa solo el 2% de la totalidad del mercadeo de nuevos afiliados del sector al régimen subsidiado en salud de esa coyuntura.

El SIS debió afiliar 5000 usuarios para aspirar a su primer contrato, obtuvo 5002 y por ello suscribió el contrato 318 de 1999 con la Secretaría Distrital de Salud; no obstante, al momento de carnetizarlos solo logró hacerlo con algo más de 3900 personas; esto obliga a completar el monto legal antes de abril del año 2000. La oportunidad de incrementar su población se presenta nuevamente de cara al período de contratación que se inicia el 1 de octubre de 1999, luego las pocas personas faltantes, y muchas más, se conseguirán este año sin esperar el siguiente.

La dificultad se puede presentar por la disposición vigente según la cual al tercer año de operaciones se debe contar con 50.000 afiliados; ahora, también existen unos proyectos de acto administrativo que exigen un mayor número 200.000, lo cual obligará a convenios, uniones o fusiones de entidades para poder cumplir el requisito.

El SIS coordina con su red de prestadores particulares, que son pequeñas y medianas empresas, tales campañas y las mismas jornadas de promoción de la salud y de prevención de la enfermedad que ha venido desarrollando se enmarcan, además, en este propósito.

5.2 Paquetes de beneficios y otros servicios ofrecidos por el SIS

5.2.1 Paquetes de beneficios ofrecidos por el SIS

AMUANDES ofrece y debe garantizar el paquete de servicios consignados en los Acuerdos 72 y 74, emanados del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud; así como está comprometida a suministrar los medicamentos relacionados en el Acuerdo 83. Documentos anexos.

Estipular las coberturas asistenciales es función de este organismo rector, él puede incluir o quitar del Plan Obligatorio de Salud (POS), los procedimientos, intervenciones, tratamientos o medicamentos que tenga a bien hacerlo.

El POSS cubre por igual a todos los componentes del núcleo familiar, el copago se aplica – fundamentalmente – a la hospitalización en un 10%, no hay limitaciones en cuanto a la hospitalización y tampoco período de espera; las remisiones e interconsultas se hacen por criterio médico y no por limitaciones en la cobertura de servicios y los servicios que figuran en el cuadro 9 se amparan todos.

Sin embargo debe considerar el perfil de morbilidad de la población, de la región, el monto de los recursos disponibles y otros criterios.

Los que cubre el POSS es lo relacionado; el transporte de alguien hospitalizado o por remisión efectuada por el prestador adscrito y aceptada por el SIS, también se cubre. Respecto a las hospitalizaciones se cobra el 10% de los costos ocasionados a raíz de la misma; sin embargo, cuando la capacidad adquisitiva es nula, la asume el mismo hospital público con recursos de oferta o el SIS, pagando la totalidad de la cuenta.

Los Acuerdos sobre medicamentos son muy extensos y son relacionados en presentación genérica, no incluye medicamentos nombrados por su nombre comercial, distingue entre el principal y el alternativo; con alguna frecuencia, el CNSSS incluye nuevos medicamentos.

Solo hay arbitraje para considerar medicamentos no incluidos en el vademecum; esto lo decide el Comité Técnico Científico conformado por un representante del SIS, uno de la red de prestadores y uno de los usuarios.

Este es el único paquete de servicios; sin embargo, según la solvencia de la ARS, esta puede incluir otros servicios que superen el POSS pero lo debe hacer de los excedentes administrativos. Lo cual hace casi imposible este tipo de ampliación de coberturas.

De todas maneras, si lo llega a hacer, será para determinado paciente, para servicios que no están en el POS del régimen contributivo, porque la diferencia entre POS y POSS lo asumiría la red pública con recursos de oferta, entendidos estos como los dispuestos por el Estado para girarlos directamente a la red pública de prestadores; todo esto, no obstante, no es una limitante para que eventualmente se cubran servicios de POS que no están en el POSS, porque la red pública haya negado la prestación o se haya demorado en atender al paciente. En síntesis, es muy improbable que ocurra, pero se podrían prestar servicios complementarios al POSS, a condición de asumirlos con los excedentes de los gastos administrativos.

Es obligación del SIS instruir a sus usuarios sobre las coberturas de servicios a que tienen derecho; este mandato está consignado en varias normas, pero especial referencia al tema lo hace la Circular Conjunta 04 – 56 del Ministerio y la Superintendencia Nacional de Salud. La entidad en su fase preoperativa imprimió y divulgó profusamente los Acuerdos 72 y 74 que ilustran al respecto, en sus cursos de capacitación eran textos de obligatoria lectura. Muy pronto se estará entregando un plegable en forma de acordeón o de libro que tiene en una cara el resumen del POSS y en la otra la red de instituciones prestadoras adscritas.

El equipo de atención al usuario debe ilustrar permanentemente a los afiliados sobre el tipo de atención que, a cargo del SIS, debe brindárseles en las instituciones prestadoras de servicios de salud. Además se hace con el propósito de enseñarles a hacer un uso racional de los mismos.

Por mandato constitucional, la atención de la salud y el saneamiento básico están a cargo del Estado; estos servicios públicos los puede prestar directamente o mediante delegación en instituciones privadas o mixtas.

La Constitución consigna textualmente que “ La ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria.”

Pues bien, las cotizaciones correspondientes a los afiliados al SIS, en general de cualquier ARS, las asume el Estado. El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud ha determinado el valor promedio por persona, lo ha llamado “Unidad de Pago por Capitación” y estipuló su monto para 1998 y 1999 en \$128.530 por persona al año.

No obstante hay tres tipos de variables para que sea diferente la diferencia de edad, género y región; los primeros se plasman en los siguientes grupos: menores de un año, mujeres en edad fértil y otros, con un factor de ponderación de la UPC de 1.61, 1.57 y 0.83, respectivamente; el criterio territorial se plasma en incrementos del 25% respecto a los valores citados, aplicables a determinadas regiones del país. Las últimas normas solamente dejan vigente el criterio territorial, sin que eso afecte al SIS porque para Bogotá no se contempla este incremento.

De esta manera, la cotización que la asumen el Estado presenta diferencias por los criterios expuestos.

Respecto a los copagos, el SIS ha consignado en los contratos con las instituciones prestadoras que están autorizadas para cobrarlos y que deben presentar un informe sustentado de los cobros que se hayan efectuado;

también deben descontarlos de las cuentas que presenten al SIS; sin embargo, en la última reunión con las IPS se sugirió y acató no cobrar copagos para servicios de primer nivel de complejidad o tratamiento ambulatorio y mantener lo dispuesto por la Secretaría Distrital de Salud para efectos de hospitalización. Se mantiene, de esta manera, el cobro del 10% en estas últimas cuentas.

La orientación inicial era que se aplicaban copagos a todo lo que no estaba prohibido por los Acuerdos 30 y 61 del CNSSS y que solo se hacía excepción si un miembro del núcleo familiar se convertía en asociado de la mutual. Esta sencilla decisión ha resultado difícil de implementar porque implica carnetizar, por ejemplo, a los asociados y diferenciar a quienes están al día en sus cotizaciones; además, algunos afiliados se autoexceptúan de la norma general por no tener físicamente de donde pagar cualquier copago. Luego normar y aplicar pagos compartidos se tropieza con las condiciones de extrema pobreza que caracteriza a estas comunidades.

Los copagos son una de las tres modalidades de pagos moderadores que se contemplan para racionalizar el sistema y su monto no debe ser obstáculo para acceder al servicio; se distinguen las cuotas moderadoras, los deducibles y los copagos, también llamados pagos compartidos.

Las cuotas moderadoras son montos fijos para obtener determinados servicios y apunta a regular la frecuencia del uso; de esta manera, se introduce racionalidad en la atención. Ahora, para precisar los otros dos pagos moderadores es preciso entender que una aseguradora cubre una franja con un tope superior y otro inferior; el deducible es el monto inferior que no cubre y esto solo se ve en las modalidades de medicina prepagada, el copago es lo que supera el monto superior.

La particularidad colombiana es que al pago moderador del régimen subsidiado lo llama copago, siendo realmente una cuota moderadora que se materializa en un porcentaje de los servicios de hospitalización. Así lo ha terminado aceptando el SIS también.

En el régimen contributivo se utiliza la cuota moderadora y el copago, entendido en la concepción expuesta; en la medicina prepagada se encuentran las tres modalidades y la llamada cuota de recuperación que consiste en pagar anticipadamente las cuotas que faltarían para tener derecho a determinados servicios o comprometerse a hacerlo permaneciendo en la entidad cotizando el tiempo que le falta, por lo menos, para cubrir el período de carencia. Esta modalidad la han hecho extensiva algunas administradoras al régimen contributivo. En el régimen subsidiado esto no existe por cuanto no hay períodos de espera y, por lo tanto, el SIS no la utiliza tampoco.

El sistema de remisiones en el SIS opera de la siguiente manera: los afiliados están enterados de la red primaria de prestadoras porque al respaldo del carnet se encuentran las direcciones y teléfonos de las instituciones prestadoras de los servicios de salud con nivel de atención de primer nivel de complejidad; los usuarios acceden a estas instituciones presentando su carnet y documento de identidad.

Es posible que allí se les formulen medicamentos, se les ordenen apoyos diagnósticos o se les remita a un especialista; los medicamentos deben estar en su presentación genérica por mandato del Acuerdo 83, de no ser así se les rechaza el pedido en la farmacia contratada para dicho suministro y el paciente debe volver al médico o dirigirse al auditor médico en la sede del SIS para que se le transcriba la fórmula.

Si el medicamento no figura en el Acuerdo 83, el paciente debe comprarlo y no se le reintegra lo pagado porque no estaría dentro de las coberturas del POSS. Una opción a estudiar consiste en suministrar medicamentos en proporción a las cotizaciones que haya hecho el núcleo familiar en calidad de asociados; sería una idea similar al asunto de los copagos descrita anteriormente.

En lo referente a los apoyos diagnósticos y, en general a lo paraclínico, se tiene el mismo criterio de acceso directo a lo que se considera bajo nivel de complejidad y autorización previa hecha por la auditoría para los otros niveles de complejidad; obviamente se exceptúan las urgencias de este filtro, las IPS que atiendan estas contingencias deben informarnos del ingreso de pacientes antes de cumplir doce horas del hecho.

Hemos instruido a la red de prestadores de la importancia de que funcione no solamente el sistema de referencia, que se plasma en reglas claras de procedimiento como las descritas y una información plena a las instituciones del primer nivel sobre las IPS de los otros niveles de complejidad que también están adscritas al SIS, sino de la contrarreferencia; la idea consiste en que un paciente es remitido para apoyos diagnósticos, terapias o concepto de los especialistas pero debe regresar al médico general para darle unidad y coherencia al tratamiento, el paciente no debe ser manejado por el especialista. Además, esto nos sale costoso; estos ayudan a determinar la

conducta médica más conveniente para tratar el caso y, en este sentido, son el gran apoyo del médico u odontólogo general.

En síntesis la red de prestadores del primer nivel de complejidad remite, el auditor autoriza el tratamiento a las patologías de más alta complejidad, sus intervenciones o procedimientos; así como los apoyos diagnósticos o terapias complejas y, en general, la referencia a especialistas. Se exceptúan las urgencias del control previo y el acceso directo a determinados especialistas se facilita cuando hacemos campañas en la sede y en el campo; es el caso de los pediatras, ginecólogos y optómetras, con los que se ha contado para tales jornadas.

El Acuerdo 72 se dispone lo siguiente para el transporte de pacientes:

“Pacientes de alto costo: Cubre traslado de los pacientes hospitalizados por enfermedades de alto costo que por sus condiciones de salud y limitaciones en la oferta de servicios del lugar donde están siendo atendidos, requieran de un traslado a un nivel superior de atención.

Urgencias. Se cubre el costo del traslado interinstitucional de los pacientes a otros niveles de atención cuando medie la remisión de un profesional de la salud.”

En lo concerniente al alojamiento y alimentación del paciente hospitalizado debe tenerse en cuenta que hace parte de los servicios de la estancia hospitalaria.

Los actualmente afiliados acceden a los servicios del primer nivel de complejidad dirigiéndose a la red adscrita; el acceso a otros niveles de complejidad lo autoriza la auditoría, se exceptúan las urgencias. Si se pueden brindar más servicios lo decide el Gerente del SIS, apoyándose en los criterios de la auditoría medica u odontológica, según el caso; el Comité Técnico Científico haría otro tanto en el caso de medicamentos no contemplados en el Acuerdo 83 del CNSSS.

El plan de beneficios del SIS no se ha modificado, los copagos sí; al principio se dio la orientación de cobrarlos, pero concurrieron tres factores para limitar la medida únicamente a la hospitalización: la dificultad práctica para cobrarlos aludida antes, la falta de claridad normativa al respecto y políticas de mercadeo en un contexto de competencia entre ARS para ganar más usuarios y mantener afiliados a los actuales usuarios.

El resultado final es que solo se paga el porcentaje establecido en caso de hospitalizaciones; esto representa el 5%, 10% o 30% según el estrato socioeconómico sea de 1, 2 o 3 nivel; del cuarto en adelante no son considerados en el régimen subsidiado y si necesitan directamente, no amparados por una EPS u otro asegurador, servicios de la red pública de prestadores deben cancelar tarifa plena.

El único documento en el que consta, en forma discriminada, el tipo de prestación, su monto y costo es en las cuentas o facturas presentadas por los prestadores.

5.2.2 Pago de las prestaciones

La Secretaría Distrital de Salud paga por los afiliados al SIS y en general, el Estado sustenta al régimen subsidiado por mandato constitucional, la modalidad de reintegro no es la usual pero tampoco está prohibida; lo que puede haber, en caso de no haber recurrido el paciente a una institución de la red adscrita al SIS, es pedir una autorización telefónica. La modalidad funciona de la siguiente manera: todas las instituciones prestadoras poseen lo que se llama un comprobador de derechos en los cuales aparece la relación exhaustiva de las personas que están cubiertas por nuevo sistema de seguridad social en salud en calidad de afiliados al régimen contributivo, subsidiado o vinculados; si la persona aparece perteneciendo al SIS se la atiende si la IPS hace parte de su red de prestadores adscritos, de lo contrario se llama al SIS y se nos pide una autorización. El SIS lleva un archivo de autorizaciones y asigna un número, éste dato servirá de prueba de haber obtenido autorización; las Empresas Sociales del Estado o IPS públicas también preguntan quién autorizó para reforzar el testimonio. Las instituciones privadas que no están adscritas simplemente niegan la atención del servicio, pero las urgencias si deben atenderlas obligatoriamente.

Las instituciones prestadoras facturan los servicios prestados y radican tales cobros en el SIS; aquí se verifica la prestación del servicio, se confrontan tarifas aplicadas, se autoriza el pago por parte de la auditoría y se ordena el pago por parte de la gerencia; la entidad fiduciaria, con la cual se tiene contrato, procede a elaborar el cheque y lo entrega al titular. Luego nos reporta, de oficio, los pagos efectuados o lo hace por solicitud del SIS.

La auditoría analiza las cuentas en todos los aspectos que considere pertinente o conveniente; puede efectuar visitas, hacer llamadas para validar la información e inclusive glosar las cuentas presentadas por los más disímiles motivos: tarifas mal aplicadas, procedimientos inventados o no cubiertos, intervenciones no pertinentes, atención a pacientes no afiliados, etc.

Cuando la Secretaría Distrital de Salud no paga oportunamente, el SIS puede justificar en ello la demora de los pagos a las instituciones prestadoras; a sus afiliados, por el contrario, no los afecta este hecho y siempre podrán contar, por lo menos, con la red pública.

Se estaba diseñando un paquete de sistemas con enfoque actuarial que tenía como propósito registrar toda la información estadística y contable que posibilitara precisar el costeo; con el cambio de administración en el SIS, esto ni se conoce. Los únicos registros son las cuentas presentadas por los prestadores y la información fina existente no se está registrando.

El SIS no aplica modalidades de reintegro o reembolso y garantiza el POS con su red de prestadores; sin embargo, de contemplar esta modalidad, únicas causas de rechazo de reembolso serían por no estar contemplados los eventuales servicios en el POSS o porque las tarifas aplicadas superan a las del sector público, conocidas como “tarifas SOAT”; en tal caso se podría reconocer hasta ese monto. Tal tipo de solicitudes no las ha tenido el SIS todavía.

Los servicios que contempla el POSS están nombrados en los Acuerdos 72 y 74 del CNSSS y los medicamentos en los Acuerdos 83, 106 y 110. Las tarifas oficiales son las llamadas “SOAT”, con las instituciones particulares se pueden obtener descuentos que se plasman en los contratos. Se anexan los actos administrativos que soportan las tarifas públicas, advirtiendo que el Ministerio está trabajando en una nueva relación que incorpora el nivel de detalle que introdujeron las Resoluciones 365, sobre unificación de procedimientos, y la 945 sobre la parte del Código Internacional de Enfermedades de la OPS/OMS que se aplica en Colombia.

5.2.3 Otros servicios ofrecidos a los beneficiarios

a) Otros servicios financieros en el ámbito de la salud

El SIS no tiene autorización para utilizar ninguna modalidad de pago anticipado y la modalidad de crédito no aplica porque la población beneficiada recibe un subsidio oficial.

Para los asociados se podría implementar un mecanismo que les permita ciertas coberturas; esto, sin embargo, supone la existencia del prestador propio en lo cual el SIS está trabajando. De todas maneras las coberturas serían mínimas y, se está debatiendo, guardarían proporcionalidad con los aportes que el núcleo familiar o la persona asociada haya hecho a la mutual como tal, en calidad de cotización obligatoria.

La legislación colombiana posibilita que solo las organizaciones cooperativas y mutuales puedan actuar como agrupadoras de aquellos trabajadores independientes que desean y necesitan afiliarse a una EPS para que se les garantice la atención del POS contributivo; esto abre dos tipos de posibilidades: brindarles este servicio a los asociados y con el prestador propio ofrecerle a la EPS la atención de esta misma población.

Por ser agrupador no se gana nada pero por la prestación de los servicios sí; además se le brindaría a la población asociada o vecina una atención de la cual están necesitados.

b) Oferta de atención médica

Actualmente el SIS no presta directamente ningún servicio de salud, todo lo hace por medio de la red de instituciones adscritas; cuenta, eso sí, con un médico que cumple funciones de auditor y es responsable de las acciones de promoción de la salud y de la prevención de la enfermedad de los afiliados, responsabilidades análogas tiene una odontóloga a nuestro servicio.

La experiencia en la contratación de la prestación indica que el SIS debe brindar, inicialmente, los siguientes servicios en forma directa: consulta médica general, odontología y farmacia. Se puede pensar, eventualmente, en atención de primeros auxilios adecuando un lugar donde se puedan hacer procedimientos de baja complejidad.

Debe adecuarse también un lugar para atención de ciertas especialidades, así: lunes, Ginecoobstetricia; martes, Pediatría; miércoles, Optometría; jueves, Dermatología; viernes, otras especialidades que las determine la

demanda de servicios; los fines de semana, sábado y domingo, pueden funcionar los clubes de hipertensos, diabéticos, hiperlipidémicos, etc.

Lo particular del caso del SIS es que nace como administradora, empieza a esbozar su proyecto de prestadora y el tipo de servicios con que inicia su IPS lo determina la demanda, aspectos que se han detectado en la presentación de cuentas de los prestadores y en la lectura de las demás experiencias, tanto de ARS como de instituciones prestadoras públicas y privadas.

Con el prestador propio se pueden satisfacer las necesidades de los propios afiliados, de los asociados y de los afiliados a la EPS, de la cual el SIS sería entidad agrupadora. Esta IPS tendría así tres fuentes de ingresos y se garantizaría su solvencia y liquidez.

Los planes a brindar en cada caso serían distintos porque los agrupados y afiliados a la EPS, de la cual seríamos socios, recibirían el POS; los afiliados al SIS, como ARS, recibirían el POSS y los asociados no recibirían sino atenciones puntuales sin un plan integral de beneficios bien definido.

La puesta en marcha del proyecto de IPS surge de la destinación de los recursos no utilizados de la subcuenta de Servicios Médicos y Acciones de Promoción y Prevención.

Con tales dineros se contrata un equipo médico y odontológico que dote los consultorios; este mismo grupo sería el responsable de la institución prestadora. Esta tiene que ser distinta a la ARS y, además de ser una figura jurídica distinta debe cumplir las disposiciones normativas para poder actuar, es decir acreditar los requisitos esenciales que le corresponden como institución prestadora de algunos servicios de primer nivel de complejidad.

Las normas permiten que el SIS pueda prestar directamente los servicios del POSS, luego puede disponer de los recursos de la subcuenta de prestación de servicios de salud para poner en funcionamiento su propia IPS; no se necesita una figura jurídica distinta pero si una separación de los dos tipos de negocio.

c) *Prevención y educación para la salud*

El SIS realiza actividades de promoción y prevención de manera permanente en su sede principal; además, desplaza sus equipos los fines de semana a los barrios de Ciudad Bolívar. Con un grupo especial de usuarios, los niños necesitados de protección del Instituto de Bienestar Familiar, se hacen tales jornadas o campañas cuando lo disponen las personas encargadas de su cuidado permanente. De todas maneras tienen una frecuencia semanal, lo que equivale a una vez por trimestre en cada sitio de albergue.

Las actividades realizadas son: educación sobre el tema más relevante a la población objeto (educación sexual, nutrición, temas de pediatría, etc.), salud oral, eliminación de parásitos, optometría, citologías, vacunación humana y canina (esto en colaboración con la Dirección Local de Salud). Esto está enmarcado en el Plan de Promoción de la Salud y de Prevención de la Enfermedad del SIS; documento que se fundamenta en el perfil étareo, de género y de morbilidad de la población afiliada a la Empresa y cuyas acciones de se enmarcan en la Resolución 3997 de 1996.

Los objetivos de las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad obedecen a tres tipos: facilitar el acceso de la población a su atención en salud, evitar que se enfermen y mantener sana a las personas curadas y rehabilitadas. Además del aspecto humanista, esto último ha implicado toda una inversión que se debe cuidar y una buena prevención apunta a evitar incurrir en gastos innecesarios.

El P y P del SIS corresponde, en primera instancia, al perfil de morbilidad de Ciudad Bolívar según se conoce de sus estadísticas, lecturas e interpretaciones de los profesionales de la salud que trabajan en la localidad; sin embargo, la experiencia con la población específica del SIS está reflejó su peculiaridad y esto introduce modificaciones al tipo de acciones que se desarrollan.

El Plan de Promoción de la Salud y de Prevención de la Enfermedad del SIS es particular de la entidad pero sus coberturas, al tiempo que hacen parte de los procedimientos consignados en la Resolución 3997 de 1996, están contenidas en el POSS.

Este plan es aplicable solo a los afiliados l SIS; sin embargo, en la realidad se han vacunado, desparasitado, hecho higiene oral, auscultado y formulado a pacientes que son vecinos de la localidad sin ser afiliados al SIS.

El Plan aludido se diferencia del llamado Plan de Atención Básico, que es responsabilidad de las Direcciones de Salud, en que este es de alta externalidad y, por lo tanto, dirigido a grupos de población amplios. Coincide en algunos aspectos como, por ejemplo, la vacunación pero se ocupa de aspectos de saneamiento básico en los cuales no se involucra el SIS. En síntesis, el PAB es responsabilidad del Estado y se aplica a toda la población, mientras que el P y P del SIS solo se aplica a sus afiliados. Esto no ha impedido que AMUANDES atienda a personas necesitadas del servicio, pertenezcan a otras ARS o sean solo vinculados, sin distinción de edad, género o padecimiento.

d) Otro tipo de servicios

Actualmente el SIS no presta ningún otro tipo de servicio distinto al de aseguramiento de su población usuaria a la que le garantiza la prestación del POSS.

5.3. Aspectos financieros del funcionamiento del SIS

5.3.1 Fuentes de financiamiento del SIS

a) Cotizaciones

Los afiliados al SIS, como Empresa Solidaria de Salud Administradora de los Recursos del Régimen Subsidiado, no pagan ninguna cotización; solo cancelan copagos para algunos servicios que superen el primer nivel de complejidad y esto lo hacen al momento de ser atendidos; la institución prestadora debe expedirles recibo y, al momento de presentar las cuentas de cobro al SIS debe relacionar los cobros hechos y soportarlos con copias de los recibos expedidos. En general, refiriéndose a cotizaciones, es preciso decir que el Estado paga por ellos.

Los asociados al SIS, como Mutual, si pagan una cuota de afiliación al momento de hacerlo y mensualidades de \$ 7.000 y \$ 3.500, respectivamente. Por ello se les expide un recibo, ejemplar modelo del mismo se anexa al presente informe.

En caso de atraso se reclama a los afiliados, pero en realidad se es exigente con los asociados solo cuando se requiere que están al día para efectos de estar hábiles en las sesiones de las Asambleas Generales.

Los montos de las cotizaciones de los asociados los determina la Asamblea General y los del Estado lo decide el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Los aportes de los asociados prácticamente no han tenido cambios; los de las cotizaciones estatales, se han venido haciendo cada año por Acuerdo del CNSSS, el organismo lo hace según estudio actuarial al respecto e incide en el plan de coberturas; sin embargo, como al monto lo congelaron por dos años, el POSS no ha aumentado como debía haber ocurrido.

Los montos para los asociados están consignados en los estatutos de la entidad, los cuales fueron aprobados por la Asamblea General de asociados.

En la fase operativa no ha habido cotizaciones de los asociados, en la fase preoperativa no hay una contabilización de las mismas. Hace poco se decidió contabilizar estos montos con el propósito de elaborar una cuenta de cobro de la Mutual a la ARS. Por lo demás, ya se ha dicho que el Estado “cotiza” por los afiliados un monto anual de \$ 128.530.

b) Cuota de afiliación, parte del capital social

No se ha definido qué hacer con estos temas que afectan a los asociados, por ahora se mantienen las reglas previstas para los que actualmente están asociados al SIS.

c) Contribuciones financieras del Estado y de las colectividades locales

El Estado reconoce por cada afiliado \$ 128.530 anuales, esto fue fijado por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud según parámetros cobertura del POSS, de morbilidad de la población por cada región y de los recursos disponibles. El monto se paga bimestre anticipado, el primero de ellos por la población afiliada y aceptada por la Secretaría Distrital de Salud y los demás por la población efectivamente carnetizadas. Esto obedece a una política nacional por mandato de la Constitución y de la Ley 100 de 1993.

El recibo de estos subsidios corresponde al contrato N° 318 de 1999; anexo, que se empezó el 1 de abril de este año. El monto de este contrato es de \$ 642'907.060 pero se recibirá un poco menos: \$ 500.000.000 aproximadamente; esto en virtud de que el contrato se firma por los 5002 afiliados y los recursos se reciben por los efectivamente carnetizados, es decir, por aproximadamente 4000 usuarios.

No obstante, el próximo 1 de octubre se inicia un nuevo período de contratación y se suscribirá un contrato adicional análogo al actual, que de todas maneras llega hasta marzo del año 2000 y se renueva automáticamente. De esta manera, al final de este año, se espera contar con el doble de la población actual y, por consiguiente, con el doble de los recursos.

d) Donaciones y subvenciones provenientes de otros contribuyentes

Durante el presente año, y con el propósito de apoyar el proceso de afiliaciones, se recibieron de las Confederaciones (CGTD y COLACOT), la suma de ocho millones de pesos; la mitad fue en efectivo y la otra asumiendo los costos de los seminarios de capacitación que se efectuaron en el Instituto Nacional de Estudios Sociales (INES), principalmente por parte de COLACOT. Este apoyo se viene dando desde el surgimiento de la iniciativa del SIS, cuando se le llamaba Asociación Comunitaria Los Andes y contaba con una pluralidad de proyectos; incluido el de salud, el cual finalmente se desarrolló primero.

Hacia el futuro este tipo de apoyos se dará para capacitar a los directivos actuales y potenciales de la entidad; tanto en Colombia como en la sede de la UTAL (Universidad de los Trabajadores de América Latina), situada en Caracas – Venezuela.

Las condiciones tienen que ver con la identificación o pertenencia al proyecto de la Confederación de Trabajadores de América Latina (CLAT).

e) Préstamos y créditos

Para desarrollar la campaña de afiliaciones, algunas IPS particulares prestaron algún dinero; otro tanto hizo el PIDUR o Programa Integral de Desarrollo Urbano, los montos de cada uno no superaron los quinientos dólares.

Se ha solicitado un préstamo al Banco Coopdesarrollo por US\$ 7500 dólares pero no se ha concedido. Esto es necesario por la situación de iliquidez que genera la proporción del gasto establecida por el Acuerdo 114, especialmente la restricción del gasto de funcionamiento al 15% obliga a recurrir al crédito para poder asumir los costos de la campaña de afiliaciones.

Esta situación nace del problema estructural de contar con pocos afiliados, la duplicación de esta población alivia un poco la situación pero no la resuelve todavía; esto se complica por la exigencia del Sistema de contar con cien mil afiliados o desaparecer, mandato que obliga a las asociaciones o fusiones. Este mecanismo, sin embargo, tiene muchas dificultades: el sentido de propiedad de cada Junta Directiva sobre “su” ARS y las secuelas de esta convicción es, tal vez, la principal; en forma tal que se estarían uniendo problemas y no buscando soluciones. La aplicación del Decreto 1804 de 14 de septiembre de 1999, apunta a la liquidación de la mayoría de las ARS porque se conoce de estas dificultades nacidas de asuntos culturales aludidos y del manejo actuarial del riesgo en salud.

f) Transferencia de fondos de la parte de la organización responsable del SIS

Los recursos de la Asociación Mutua como tal y los de la Empresa Solidaria de Salud están claramente separados.

Los gastos de la fase preoperativa; es decir, los efectuados con anterioridad a la suscripción del contrato con la Secretaría Distrital de Salud, los asumió la Asociación Mutua; provenían de cotizaciones, rifas y préstamos que se consiguieron por un monto de aproximadamente siete millones de pesos. Durante la vida del SIS se fueron adquiriendo algunos ahorros, muebles y equipos que sirvieron para acreditar el margen de solvencia exigido por la Superintendencia Nacional de Salud para poder autorizar a la mutua como Administradora de los Recursos del Régimen Subsidiado. La cuantificación total se acercó a los sesenta millones de pesos.

g) Otros

Quedaría sin considerar el aporte laboral gratuito de los asociados y amigos del proyecto comunitario. Lo que es el principal aporte de una comunidad carente de recursos del capital.

5.3.2. Costos.

Como se ha comentado, el Acuerdo 114 expedido por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud ha dispuesto la siguiente distribución de recursos: 75% para gastos asistenciales en salud, 10% para acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad y el resto, 15%, para gastos de funcionamiento.

Estas proporciones son de obligatoria ejecución y el SIS cumple con tal mandato normativo.

En promoción y prevención se gastaron un promedio mensual de dos millones de pesos, en aspectos asistenciales de doce a quince millones de pesos mensuales y en funcionamiento los gastos superan lo dispuesto para el efecto, el déficit en este aspecto es de aproximadamente tres millones de pesos mensuales. Vale la pena recordar que no se pueden hacer traslados y que el porcentaje máximo para este último aspecto se limita al 15%. La deuda por este concepto será permanente mientras no se logre el punto de equilibrio financiero.

5.3.3. Excedentes y distribución de excedentes

El SIS es una organización sin ánimo de lucro y los excedentes se deben reinvertir en proyectos sociales de la propia comunidad. No existen porcentajes y tales montos dependen de la capacidad de gestión de los administradores de la entidad.

No ha existido excedentes porque se vienen asumiendo algunas deudas pendientes de la fase preoperativa.

5.3.4. Fondo de reserva

Se tiene concebido que los dineros no gastados de las subcuentas de servicios de salud, del nombrado 75%, se conviertan en títulos valor de fácil convertibilidad, y los eventuales rendimientos se deben destinar al mismo propósito. Hasta el momento, no se ha utilizado esta modalidad y no se hará en lo inmediato porque lo ahorrado hasta el momento se destinaría al financiamiento del prestador propio.

Se tienen disponibles aproximadamente veinte millones de pesos y esperamos ciento treinta millones más para los próximos días.

No existe la figura del fondo de reserva, en cambio se concibe un margen de solvencia entendido como el paz y salvo con la red de prestadores; está prohibido que la cancelación de sus cuentas demore más de treinta días.

5.4 Prestadores de atención médica

5.4.1 Prestadores de atención médica que trabajan con el SIS

Los afiliados al SIS son atendidos en su red adscrita; esta cuenta con Empresas Sociales del Estado, instituciones prestadoras del sector público, y también son atendidos en entidades particulares.

A los usuarios se les entrega un carnet en la que figura parte de la red de prestadores y se les está entregando un plegable en el que figuran las coberturas que están contempladas en el POSS y la totalidad de la red de prestadores adscritos al SIS.

Las instituciones prestadoras oficiales tienen al final de su nombre las letras iniciales E.S.E., indicando que son Empresas Sociales del Estado adscritas a la Secretaría Distrital de Salud de Santa Fe de Bogotá, se trata de una categoría especial de entidad pública descentralizado del orden del Distrital dotadas de personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa; institución pública regida por el derecho privado, prestadora de los servicios de salud con certificado de presentación de la declaración de los requisitos esenciales.

Las instituciones que atienden servicios clasificados como de primer nivel de complejidad tienen una relativa condición de igualdad, las unidades Básicas de Atención (UBAs), Unidades Primarias de Atención (UPAs) y los Centros de Atención Materno Infantil (CAMIs), que son los componentes del Hospital Vista Hermosa, gozan de

un privilegio, no de monopolio, de tipo geográfico: están estratégicamente distribuidos en la zona de influencia del SIS; lo que unido al mandato legal de tener que contratar, por lo menos, el 40% con el sector público la convierten en el prestador imprescindible. No se trata, sin embargo, de monopolios sino de siempre incluirlo en la red y hacerlo partícipe obligatorio de la competencia que genera la libre escogencia de instituciones prestadoras a que tienen derecho los usuarios.

Una relativa situación de privilegio se ha dado con quien suministra los medicamentos, el distribuidor reivindicó la exclusividad y no se le concedió, sin embargo, en la práctica, se ha contado solo con él porque nos ha mantenido las mejores condiciones de precios, oportunidad, accesibilidad y variedad de productos.

El principal criterio fue el geográfico, se trata de evitarles a los usuarios los desplazamientos innecesarios; el otro criterio se relaciona con la obligatoriedad de contar con la red pública y el tercero, la manera de completar la red con todos los potenciales servicios que contempla el POSS. Un cuarto ha sido el espontáneo ofrecimiento de servicios, los cuales no se han rechazado y solo hemos dejado que la libre escogencia de los usuarios determine quiénes terminan siendo parte efectiva de la red de prestadores del SIS.

La red inicial la conformaron los gestores del proyecto, incluido el Gerente, hoy lo hace este último en compañía del equipo de auditoría médica y odontológica.

Los servicios contratados se negocian entre el representante legal del SIS y el respectivo prestador; las tarifas son objeto de ese trato y, con excepción de las instituciones prestadoras del sector público que tiene obligatoriamente que contratar con tarifas SOAT, con las demás se puede negociar libremente. No obstante, las tarifas oficiales son unos buenos referenciales y el SIS optó por ellas para todo tipo de prestadores.

Algunos servicios, especialmente apoyos diagnósticos o terapéuticos muy especializados, son de difícil disponibilidad; es estos casos se ha recurrido a la red pública distrital para garantizar este tipo de atenciones, la idea es que en alguna parte brindan el servicios pedido y, a pesar de no ser adscrita la respectiva entidad, se obtiene el servicio por ser el SIS contratista de la Secretaría Distrital de Salud.

Cuando se detecta que el tipo de servicio va ser muy consultado por los usuarios de AMUANDES, entonces se procede a formalizar la relación entre administrador y prestador por medio de un contrato, para un período que generalmente supera el año; cuando la colaboración es esporádica se procede a pagar el evento y no se formaliza ningún contrato.

Tabla 23 : Prestadores autorizados por el SIS

IPS	Localidad	Tipo	Nivel	T. Servicios	Fecha
Vista Hermosa	Ciudad Bolívar	Hospital	1	Ambulatorios	Abril 1 de 1999.
Kennedy	Kennedy	Hospital	3	Hospitalarios	Abril 1 de 1999.
Tunal	Tunjuelito	Hospital	3	Hospitalarios	Abril 1 de 1999.
El Carmen	Tunjuelito	Hospital	2	Hospitalarios	Abril 1 de 1999.
Tunjuelito	Tunjuelito	Hospital	1	Ambulatorio	Abril 1 de 1999.
Simón Bolívar	Usaquén	Hospital	4	Hospitalarios	Abril 1 de 1999.
San Blas	San Cristóbal	Hospital	2	Hospitalarios	Abril 1 de 1999.
Santa Clara	Los Mártires	Clínica	3	Hospitalario	Abril 1 de 1999.
Ciudad Bolívar	Ciudad Bolívar	Centro M.	1	Ambulatorio	Abril 1 de 1999.
La Coruña	Ciudad Bolívar	Centro M.	1	Ambulatorio	Abril 1 de 1999.
SIMEDIL	Usme	Centro M.	1	Ambulatorio	Abril 1 de 1999.
PARMA	Ciudad Bolívar	Centro M.	1	Ambulatorio	Abril 1 de 1999.

*En general, la red pública está incorporada automáticamente se ha conformado como tal para remisiones e interconsultas. Sería largo de relacionar todos los componentes de esta red en la Capital.

5.4.2 Relación entre los prestadores y el SIS

Las relaciones entre el SIS y los prestadores se formaliza en contratos escritos cuando el uso es permanente y verbalmente, cancelando solo el evento atendido, cuando la frecuencia del uso del servicio respectivo es baja. De estos acuerdos está responsabilizado el gerente del SIS.

Los términos de la relación se formalizan en contratos que, como tales, contemplan las cláusulas obligatorias exigidas para este tipo de documento. Al manejarse recursos públicos, se opta por lo dispuesto en la ley de contratación pública, aun siendo antes de derecho privado; es decir, se entienden incorporadas al texto del contrato las disposiciones contenidas en la Ley 80/93 y demás normas concordantes o complementarias.

Se busca que, mediante la libre escogencia de prestador, la población usuaria obtenga los beneficios de esta competencia, es decir, que ella acuda donde le prestan los servicios con calidad y calidez. De tal manera que lo que determina la adscripción es el criterio geográfico y los servicios ofrecidos en el portafolio de la institución aspirante a ser parte de la red del SIS, pero lo que define que facture, y por lo tanto su permanencia, es la calidad de la atención percibida por el usuario.

No se ha desvinculado formalmente a ningún prestador de la red; simplemente, al no tener población usuaria, la relación contractual se extingue o no se concreta; se han limitado, en cambio, las prestaciones no contempladas en el contrato, por ejemplo el suministro de medicamentos o las acciones de promoción y prevención cuando son asumidas de hecho, sin autorización, por parte del prestador.

Cada prestador cuenta con la base de datos que le permite verificar que determinado paciente está afiliado al SIS; además, está notificado que debe solicitar fotocopia del carnet y del documento de identidad.

El SIS, a través de su equipo de atención al usuario, está pendiente de las quejas que presenten los usuarios o de las falencias que presenten los prestadores; se estimula, adicionalmente, la participación de los usuarios fomentando sus ligas o la presentación formal de reclamos tanto oralmente como por escrito, consignado sus apreciaciones en los buzones dispuestos para el efecto.

Las reuniones del SIS con su red de prestadores se hace el primer jueves de cada mes y en cada evento se analizan distintos aspectos, siendo el tema común lo concerniente a las remisiones, a las labores de la auditoría o las nuevas disposiciones normativas; la impresión y difusión de un folleto ilustrativo de los derechos que se tiene en salud y la relación de la red de prestadores, es uno de los temas de la próxima reunión, por ejemplo. Las anteriores se han hecho en la sede del SIS pero, a partir de la próxima, se empezará a rotar por todas las demás instituciones, eso para estimular la amistad y el espíritu de equipo, así como fomentar la difusión de las mejores experiencias.

El SIS solo verifica la calidad de la atención y el cumplimiento de los requisitos esenciales por parte de los prestadores; no se involucra, por lo tanto, en asuntos administrativos u operacionales domésticos de dichas instituciones. No se participa de la gestión de los prestadores, no les da estímulos adicionales, solo se les vigila la calidad de la atención.

5.4.3 Pago a los prestadores

Casi todos los prestadores ofrecen todas las alternativas de contratación pero prefieren la modalidad per cápita; no obstante, el SIS optó por la contratación por evento y en todos sus contratos se consignó así.

Los contratos se suscribieron desde el 1 de abril de 1999 y se mantendrá dicha modalidad; las otras dos opciones son la contratación per cápita y el paquete, hacia esta última modalidad podría derivarse la contratación pero eso implica tener muy claros, desde el punto de vista científico y técnico, los protocolos médicos y eso le exige tiempo de construcción tanto al Sistema como al SIS.

El control de las cuentas presentadas le corresponde, en primera instancia a la auditoría; el gerente, como ordenador del gasto hace otro tanto.

El procedimiento seguido por el SIS para el pago de los prestadores es el siguiente: estas instituciones hacen cortes mensuales de lo causado y elaboran sus respectivas cuentas de cobro; las presentan dentro de los diez primeros días al SIS y, entonces, procede a verificar que las personas atendidas son efectivamente sus afiliadas, que se les diagnosticó en forma acertada y para ello se les hicieron los exámenes pertinentes, que se les aplicaron los procedimientos e intervenciones adecuados, ni más ni menos, que se les prestó efectivamente los servicios relacionados, que esos servicios eran los convenientes al tipo de patología detectada y, además, están incluidos en el plan de coberturas que garantiza el SIS.

Para esto cuenta el SIS con veinte días; al cabo de los cuales, si encuentra inconsistencias, se devuelven las cuentas; normativamente existe la obligatoriedad de pagarles, por los menos, el 60% de la misma; en estricto

sentido es el 100% de lo no glosado y el 60% de lo glosado. Sin embargo, el SIS ha preferido convenir con el proveedor la pronta corrección de los eventuales errores y pagar lo correspondiente, sin dejar porcentajes pendientes porque eso complica la contabilidad.

El SIS siempre paga antes de que la presentación de las cuentas superen los treinta días, de esta manera cumple con el llamado “margen de solvencia”.

El SIS tiene reglamento como Asociación mutual, eso fue requisito para que se le concediera la personería jurídica, pero no lo tiene en calidad de Empresa Solidaria de Salud; la proliferación de normas de obligatorio cumplimiento, de alguna manera, suple al eventual “Reglamento”.

5.5 Administración y gestión del SIS

5.5.1 Estatutos y reglamentos

El SIS es la Asociación Mutual Los Andes, Empresa Solidaria de Salud con personería jurídica reconocida por el Departamento Administrativo Nacional de Cooperativas – DANCOOP – hoy DANSOCIAL mediante Resolución 1559 del 18 de septiembre de 1997; Administradora de los Recursos del Régimen Subsidiado aprobada por la Superintendencia Nacional de Salud por medio de la Resolución 1593 del 13 de agosto de 1998; seleccionada, inscrita y autorizada por la Secretaría Distrital de Salud con Resolución 0962 del 14 de octubre de 1998 para administrar el Régimen Subsidiado en Santa Fe de Bogotá D.C. y contrato de administración de dichos recursos N° 318 del 31 de marzo de 1999, debidamente celebrado entre la Secretaría Distrital de Salud y la Asociación Mutual los Andes, AMUANDES, Empresa Solidaria de Salud con código ESS187, asignado por la Superintendencia Nacional de Salud.

La Asociación Comunitaria Los Andes dio lugar a la Asociación Mutual Los Andes; la primera tiene como objeto social múltiples actividades y la segunda se definió como entidad de economía solidaria dedicada al aseguramiento del plan obligatorio de salud del régimen subsidiado y administradora de los recursos del Estado dispuestos para estos fines.

La entidad es controlada por el Departamento Administrativo de Cooperativas, hoy de la economía social DANSOCIAL, y existe la obligatoriedad de reportar información periódica por el hecho de ser Asociación Mutual, regida por la legislación cooperativa y por la ley marco de la economía solidaria; simultáneamente, es objeto de inspección y control por parte de la Superintendencia Nacional de Salud al ser Empresa Solidaria de Salud (ESS) Administradora de los Recursos del Régimen Subsidiado (ARS). Al haber sido seleccionada, inscrita y contratada por la Secretaría Distrital de Salud, rinde los informes que esta Dirección Local de Salud solicita en tal calidad y por el hecho de ser contratante; sin embargo, el seguimiento del contrato lo hace a través de una firma interventora: BDO Audit AGE.

Las disposiciones normativas en cada caso son las dispuestas y provienen de los siguientes organismos: De DANSOCIAL, de la Superintendencia y el Ministerio de Salud, de la Dirección Distrital de Salud y de la firma interventora. A todas ellas el SIS debe darle cabal cumplimiento.

El SIS tiene estatutos aprobados en la Asamblea General y por ellos se rige. La Asamblea General de asociados está compuesta por aquellos que estén al día en sus obligaciones y pueden ser elegidos directivos quienes lleven un año como tales. La proporción entre hombre y mujeres es equilibrada (50%).

5.5.2 Organización de la gestión de AMUANDES

La Asamblea General de asociados elige, para un período de dos años, al Revisor Fiscal y a una Junta Directiva de cinco miembros; esta tienen la facultad de nombrar al gerente de la entidad. A partir de éste se erige su estructura administrativa.

Inicialmente se concibieron las siguientes unidades:

- Auditoría.
- División administrativa y financiera.

A la primera se le hacía depender los propios auditores médico y odontológico; así como la unidad de atención al usuario, en la cual se incluyen a los promotores de salud.

En la segunda se consideran los llamados cuatro recursos: el de personal, el financiero, el de bienes materiales y, finalmente, el de información (estadística, contable e inventarios.).

Este esquema es el reportado como oficial de la entidad; sin embargo, los bajos volúmenes de población afiliados en el primer mercadeo obligó a simplificar la estructura a lo exigido como mínimo legal; esto es:

- Revisoría Fiscal
- Gerencia.
- Auditoría médico – odontológica.
- Sistemas de información.
- Atención al usuario.
- Apoyo administrativo.

Las responsabilidades de cada unidad administrativa son las siguientes

1. Revisoría Fiscal

Ejerce el control fiscal sobre las finanzas y demás recursos del SIS; firma, junto al Gerente, los estados financieros y demás reportes de información solicitados por la Asamblea General del SIS, su Junta Directiva, los organismos de dirección y control del Sistema.

2. Gerencia.

Es el representante legal del SIS, revisa las cuentas y ordena el gasto, revisa y firma los reportes pedidos por la Asamblea General del SIS, su Junta Directiva, los organismos de dirección y control del Sistema; rinde informe de su gestión ante la Junta Directiva; dirige y recibe informes de sus colaboradores inmediatos; elabora los planes de gestión y los somete a consideración del comité administrativo o a la Junta Directiva, si necesita esa estancia de decisión, selecciona con la Auditoría la conformación de la red de prestadores, celebra los contratos y convenios necesarios, capacita al personal en el conocimiento de las nuevas disposiciones sobre seguridad social y sobre sus funciones específicas, responde la correspondencia, elabora los informes pedidos por diferentes estancias, propone las iniciativas sobre estructuras administrativas, presupuestos de ingresos y gastos, estrategias de crecimiento y expansión del SIS, lleva la representación del SIS en las reuniones convocadas por los organismos de dirección o control del Sistema; así como en las actividades gremiales, entre las cuales está la búsqueda de uniones, fusiones u otras figuras que apunten a formas gregarias de supervivencia y desarrollo de las ARS solidarias.

3. Auditoría médico – odontológica.

Controla la ejecución de los contratos con los prestadores, les hace el seguimiento y revisa, en primera instancia, todos los aspectos de las cuentas que presenten; verifica el cumplimiento de los requisitos esenciales; concibe, diseña, escribe, sustenta e implementa el plan de mejoramiento de la calidad de la atención, autoriza las prestaciones y los apoyos diagnósticos o terapéuticos en otros niveles de complejidad, los medicamentos alternativos o de alto costo, transcribe fórmulas presentadas en forma comercial; participa del Comité Técnico Científico, se ocupa del plan de Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad, revisar las cuentas que presenten las instituciones prestadoras adscritas a la administradora de los recursos del régimen subsidiado y glosar aquellas que presenten inconsistencias, incoherencias, les falte algo o acrediten como prestados servicios no recibidos por los pacientes; así como cualquier tipo error que amerite la devolución de la cuenta presentada o parte de ella, diseña e implementa el sistema de referencia y contrarreferencia que se desarrolle en la entidad, autoriza el suministro de aquellos medicamentos que no figuren en el Acuerdo 83, los alternativos; así como proponer la inclusión de aquellos que sean objeto de decisión del Comité Técnico – Científico, autoriza las remisiones a otros niveles de complejidad de la atención, verifica el cumplimiento de los requisitos esenciales declarados por las instituciones prestadoras de los servicios de salud adscritas, repite contra la reaseguradora de las enfermedades de alto costo, las cuentas que presenten las instituciones prestadoras de los servicios de salud adscritas, transcribe aquellas fórmulas que se presenten sin el cumplimiento del Acuerdo 83, las que ordenen directamente el medicamento alternativo o dispongan una cantidad o posología inconveniente según criterio médico, diseña el plan de mejoramiento de la garantía de la calidad de la atención y, en general, todos los componentes establecidos en el Decreto 2174 del 28 de noviembre de 1999, hace el seguimiento a los contratos de prestación de servicios y velar por el cumplimiento de lo dispuesto en el Decreto 723 del 14 de Abril de 1997 sobre las relaciones entre la ARS y su red de prestadores, propone la adscripción o desvinculación de las IPS y, en general,

garantizar la conformación de la red de prestadores con la necesaria cobertura geográfica y de servicios, mantiene actualizada a la red de primer nivel de complejidad del resto de la red para efectos de garantizar la correcta y oportuna remisión de pacientes, exige y verifica el cumplimiento, por parte de las IPS, de las siguientes normas: Resoluciones 2390, 2542 y 2546 de 1998; 238, 365 y 945 de 1999; así como de la 4445 de 1996 y 4252 de 1997 que se refieren a las condiciones sanitarias y técnicas de las IPS, colabora en forma eficiente y oportuna en la producción de los reportes de información que requieran las entidades de dirección o control del nuevo sistema de seguridad social en salud.

4. Sistemas de información.

Diseña e implementa el soporte lógico necesario y suficiente para la gestión de la entidad y el reporte exigido por las autoridades de dirección y control del Sistema de Salud; así como la demandada por DANSOCIAL, al ser AMAUNDES una asociación mutual y, por lo tanto, una entidad de economía solidaria regida, también, por la legislación cooperativa.

5. Atención al usuario.

Promueve la conformación de ligas de usuarios y su pleno funcionamiento, vigila la calidad de la atención, atiende las quejas presentadas por los usuarios, adelanta campañas de promoción de la salud y de recolección de información cuya fuente son los mismos usuarios y la red prestadora adscrita.

6. Apoyo administrativo.

Recibe y hace llegar la correspondencia del SIS y, en general, maneja todo lo referente a la comunicación con todos sus relacionados; recibe las cuentas presentadas por los prestadores y verifica que hayan sido presentadas con los soportes pertinentes; apoya la atención a los afiliados canalizando sus acciones hacia los distintos funcionarios o prestadores de la atención, colabora con las autorizaciones de urgencia pedidas por las distintas IPS, recibe llamadas y guarda los mensajes recibidos.

Por ahora no existe unidad prestadora propia pero lo que se está implementando se concibe como un negocio independiente.

En resumen, la estructura orgánica y funcional del SIS corresponde a la información consignada en la siguiente tabla:

Tabla 24 : Estructura orgánica y funcional del SIS

ENTE	COMPOSICION	NOMINACION
Asamblea General	25 socios y 26 socias	Solicitud aprobada por Junta Directiva.
Junta Directiva	2 mujeres y 3 hombres	Asamblea General, antigüedad 1 año.
Revisor Fiscal	Un revisor	Asamblea General.
Gerente	Un gerente	Junta Directiva.
Auditoría	Médico y odontóloga.	Contratados por el Gerente.
Atención usuario	Coordinador, enfermera responsable de Promoción y Prevención, asistente administrativo y cuatro promotoras.	Contratados por el Gerente.

En general, la composición es equilibrada, aproximándose al 50%.

Tabla 25 : Personal trabajando en el SIS

Título del puesto	Asalariado benévolo	Fecha de creación	Calificación del titular
Gerente	Asalariado	Abril 1 de 1999	Profesional
Revisor fiscal	Asalariado	Abril 1 de 1999	Profesional
Auditor odontológico	Asalariado	Abril 1 de 1999	Profesional
Auditor médico	Asalariado	Abril 1 de 1999	Profesional
Asistente administrativo	Asalariado	Abril 1 de 1999	
Atención al usuario	Asalariado	Abril 1 de 1999	
Coordinador P. y P.	Asalariado	Junio de 1999	
Promotoras de salud	Asalariado	Abril 1 de 1999	
Atención al usuario nocturno	Asalariado	Septiembre 1999	

5.5.3 *Carácter democrático y participativo de la gestión*

Los afiliados son informados sobre sus derechos y obligaciones en salud a través de impresos que el SIS distribuye entre sus afiliados; sin embargo, lo más frecuente es mediante el primer diálogo que se establece para persuadirlo de afiliarse al SIS.

Los períodos de afiliación son los tres meses anteriores al inicio de cada contrato; estos empiezan el 1 de abril o el 1 de octubre. Sin embargo, la información sobre diferentes tópicos de salud y participación comunitaria se hace en forma permanente sobre los ya afiliados: cuando está esperando una cita, por ejemplo, en las campañas o jornadas de salud, etc.

Los derechos y deberes en salud no están precisados en los estatutos; estos están consignados en una norma de aplicación nacional: los Acuerdos 72 y 74 del CNSSS.

Respecto a los responsables, los estatutos dicen que a los miembros de la Junta Directiva los escoge la Asamblea General; esta elige, también, al revisor fiscal. A su vez, la Junta Directiva, nombra al Gerente, quien nombra a todos los demás.

Las Asambleas Generales se efectúan periódicamente y participan, aproximadamente el 80% de quienes tienen derecho.

El SIS tiene un responsable de atención al usuario apoyado por el equipo de cinco promotoras de salud; ellos brindan información al usuario, reciben sus quejas y adelantan las acciones necesarias para la plena satisfacción del usuario.

5.5.4 *Gestión de las disponibilidades*

El Gerente es el responsable de la ordenación del gasto, el SIS tiene contrato de administración fiduciaria con el Banco de Colombia; de tal manera que, FiduCOLOMBIA paga lo ordenado por el gerente y, simultáneamente, ejerce un control sobre los recursos, de lo cual están pendientes con organismos de dirección y control del Sistema.

El SIS, además del contrato fiduciario anotado, tiene una cuenta de ahorro en el Banco Coopdesarrollo; a dicha cuenta traslada el porcentaje (15%) de sus ingresos dispuestos para funcionamiento e inversión, en una de sus subcuentas también se consignan las cotizaciones de los asociados y el producto de otras actividades como rifas o donaciones.

Los órdenes de pago de FiduCOLOMBIA y los recibos de retiro de Coopdesarrollo los firma el Gerente. La accesibilidad y todo tipo de relaciones, campañas conjuntas de promoción o reporte de información, son fáciles y ágiles.

Menos del 2% de las transacciones se realizan en efectivo. La caja menor o chica la administra el encargado de asuntos administrativos.

5.5.5 Sistema de información e instrumentos de gestión

a. Registro contable

El SIS lleva su propia contabilidad en forma sistematizada y sus registros están al día, incluyendo un balance general con corte a 30 de junio. Todo según las normas de contabilidad de aceptación general y las normas dispuestas por los organismos competentes sobre el ramo.

Existe una contadora responsable y una auxiliar que está cumpliendo su período de pasantía. Cuenta el SIS con el revisor fiscal elegido por la Asamblea General, quien da las pautas sobre el tratamiento que se tiene que dar a este tema. El firma, con el Gerente, los reportes pedidos por la Superintendencia Nacional de Salud y el DANSOCIAL.

El revisor fiscal y la contadora son profesionales universitarios con postgrados y la auxiliar tiene formación técnica en aspectos comerciales y contables, las promotoras tiene aprobado sus estudios secundarios.

b. Información sobre afiliaciones, cotizaciones y prestaciones

Todos los afiliados al SIS están registrados y carnetizados, pero no se les ha hecho seguimiento de sus prestaciones; en las cuentas de cobro presentadas por los prestadores se consignan los servicios brindados, pero esto no se ha capturado ni sistematizado con propósitos actuariales.

El seguimiento de las prestaciones se hace coordinadamente entre la auditoría y la farmacia, este detecta cuando un médico formula en comercial o en exceso; así como detecta los pacientes hipocondríacos o que abusan del servicio.

Los instrumentos de registro poblacional son la base de datos entregada por la Secretaría Distrital de Salud y los propios formularios de afiliación y novedades diligenciados por el SIS.

Lo que se lleva, por ahora, en forma sistematizada es la contabilidad y el registro de los afiliados; los demás aplicativos están en implementación.

c. Instrumentos de gestión

El SIS tiene un presupuesto por contrato; cada uno de los dos que suscribe anualmente, corresponden a un período anual renovable y a un grupo poblacional específico. Cada tres meses presenta informe de sus estados, pero estos están disponibles, impresos o en registro magnético, en cualquier momento.

No se le está debiendo a ningún prestador, no se tiene estadísticas para observar la evolución de las prestaciones, no hay recaudo por cotizaciones, no hay inversiones, la población se duplicó en el reciente mercadeo y los gastos de administración se limitan, por mandato de la norma, al 15% (US\$ 3000 mensuales, aproximadamente).

No aplica, sin embargo indicadores de funcionamiento, distintos a los exigidos en los reportes de margen de solvencia exigidos por la Superintendencia Nacional de Salud mediante la Circular Externa N° 76, anexa.

d. Formalización de los procedimientos de gestión

Los formatos utilizados son los siguientes: formulario de afiliación, remisión, referencia y contrarreferencia (tanto médico como odontológico).

5.5.6 Función de control

La caja menor se lleva según las modalidades establecidas por el revisor fiscal, él mismo controla la cuenta de Coopdesarrollo destinada a los gastos de funcionamiento e inversión; las demás cuentas fiduciarias también están bajo su observación pero, además, las vigilan las firmas interventoras de los contratos, la Secretaría Distrital de Salud, la Superintendencia Nacional de Salud y DANSOCIAL.

La vigilancia sobre la contabilidad la ejercen también los nombrados.

El control de las afiliaciones es función de las firmas interventoras y de la Secretaría Distrital de Salud; porque las cotizaciones que asume esta Secretaría son proporcionales al número de personas que el SIS efectivamente carnetice.

Las prestadoras contratadas saben que el SIS solo cubre el POSS y, por lo tanto, ejercen el primer control; también están enteradas que para cualquier servicio de segundo o superior nivel de complejidad deben pedir autorización del SIS, de tal manera que el control de las prestaciones y facturaciones se hace en forma coordinada; ahora, la regulación de la frecuencia o costo de las mismas la hace manualmente la Auditoría y no se ha sistematizado este seguimiento, con excepción del suministro de medicamentos cuyo contratista tiene este soporte lógico como un agregado al contrato.

El control afectivo se realiza al momento de proceder a pagar las facturas o cuentas, el auditor médico hace los análisis respectivos; la auditoría externa es el de la Firma interventora contratada por la Secretaría Distrital de Salud.

Estos controles son ejercidos en forma regular.

5.5.7 Distribución de funciones

Tabla 26 : Distribución real de funciones

	Organos de AMUANDES	Personal asalariado	Prestadores de atención	Personal de asistencia técnica	Prestadores externos
Gestión de prestaciones					
¿Quién decide paquete de beneficios?	El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud – CNSSS.				
¿Quién realiza los arbitrajes en materia de coberturas?	La Superintendencia Nacional de Salud.				
¿Quién decide la derivación de un enfermo a un nivel superior?	Auditoría o Atención al Usuario del SIS	Auditor o personal de turno.	En caso de urgencia y pide autorización telefónica		
¿Quién hace el seguimiento de las prestaciones?	Auditoría				
Gestión de los afiliados y recaudación de las cotizaciones					
¿Quién recibe las solicitudes de afiliación?	Atención al Usuario	Coordinador y promotores.			
¿Quién actualiza los registros de afiliados?	Sistemas				
¿Quién establece los carnets de identificación?	El contenido lo establecen el Ministerio y la Superintendencia Nacional de Salud. El diseño lo hace el SIS.				
¿Quién decide la exclusión de un afiliado?	La Secretaría Distrital de Salud o el SIS, cuando detecten múltiple afiliación.				

	Organos de AMUANDES	Personal asalariado	Prestadores de atención	Personal de asistencia técnica	Prestadores externos
¿Quién calcula el monto o porcentaje de las cotizaciones?	Los afiliados a salud no pagan cotizaciones, los asociados a la Asociación Mutual sí y su monto lo decide la Asamblea General.				
¿Quién decide el monto o porcentaje de las cotizaciones?					
¿Quién recauda las cotizaciones?	Tesorería de la Mutual				
¿Quién lleva el registro de pago de las cotizaciones?	Tesorería de la Mutual				
Gestión de relaciones con los prestadores					
¿Quién elige a los prestadores?	Gerencia y Auditoría.				
¿Quién negocia los acuerdos con los prestadores?	Gerencia y Auditoría.				
¿Quién retira la autorización a un prestador?	Gerencia y Auditoría				
¿Quién decide el pago a los prestadores?	Gerencia y Auditoría				
Contabilidad y gestión financiera					
¿Quién efectúa los registros contables?		Auxiliar contable			
¿Quién prepara el presupuesto?	Gerencia				
¿Quién elabora el sistema de administración contable?	Revisoría fiscal				
¿Quién elabora los estados de resultados?	Contador				
¿Quién establece el balance?	Contador				
¿Quién calcula los indicadores financieros?	Contador				
¿Quién propone la distribución del excedente?	Gerencia				
¿Quién decide la distribución del excedente?	Junta Directiva				
¿Quién realiza el	Revisor fiscal				

	Organos de AMUANDES	Personal asalariado	Prestadores de atención	Personal de asistencia técnica	Prestadores externos
seguimiento de la utilización de las disponibilidades de caja?					
¿Quién cobra los créditos?	No aplica				
¿Quién decide las inversiones financieras?	Gerencia y Junta Directiva				
¿Quién autoriza los gastos?	Gerencia				
¿Quién administra la caja?	Gerencia				
Control					
¿Quién controla?	Revisoría fiscal	La firma interventora, la Secretaría Distrital de Salud, la Superintendencia Nacional de Salud.			
¿Quién efectúa los controles contables y financieros?					
¿Quién controla a los beneficiarios?	Auditoría y Atención al Usuario.	Audidores, promotores y su coordinador.			Prestadores adscritos
¿Quién controla el pago de las cotizaciones?	De los asociados, la Junta Directiva.				
¿Quién controla el derecho a las prestaciones?	Auditoría, Atención al usuarios y Gerencia.				
¿Quién controla la facturación de los prestadores?	Auditoría y Gerencia.				
¿Quién efectúa el control médico?	Auditoría				Prestadores adscritos
¿Quién sanciona los fraudes?	Junta Directiva al Gerente, éste a los demás.	En general, las autoridades del Sistema.			
¿Quién interviene en caso de malversación de fondos?					
Relaciones con los beneficiarios y el grupo destinatario					
¿Quién decide convocar la Asamblea General?	Junta Directiva				
¿Quién organiza la Asamblea	Junta Directiva				

	Organos de AMUANDES	Personal asalariado	Prestadores de atención	Personal de asistencia técnica	Prestadores externos
General?					
¿Quién designa a los responsables?	Junta Directiva				
¿Quién informa a los beneficiarios en cuanto al paquete de beneficios?	Atención al Usuario.	Promotores y su coordinador.	El Sistema da a conocer el paquete oficial.		
¿Quién organiza las campañas de información del grupo destinatario?					
¿Quién organiza las actividades de prevención y de educación para la salud?	Auditoría y Atención al Usuario	Audidores, promotores y su coordinador.			Prestadores adscritos.

Tabla 27 : Principales actividades de formación destinadas a los responsables y al personal

Beneficiarios directos de la formación.	Objetivos de la formación	Duración de las actividades de formación.	Organizaciones o personas que realizaron la formación.	Financiamiento.
Asociados y Junta Directiva	Entender y asimilar economía solidaria	Uno o dos días	COLACOT	
Directivos comunitarios	Formar líderes en salud.	Seis meses	Universidades Distrital y El Bosque.	
Junta Directiva	Entender dinámicas de AMUANDES como ARS	Sábados	AMUANDES	
Promotores	Asimilar temas de salud	Permanente, horas diarias que se liberan.	AMUANDES	
Promotores	Conocer dinámicas de mercadeo.	Tres días mensuales, promedio.	AMUANDES y Secretaría Distrital de Salud, en época de mercadeo.	

5.5.8 Equipamiento e infraestructura

Se tiene arrendada una casa en la localidad de Ciudad Bolívar, su segundo y tercer piso, con aproximadamente 108 metros de área disponible exclusivamente para el SIS.

Se cuenta con cuatro computadoras personales conectadas en red y tres impresoras. Se tiene instalado un paquete de soporte lógico con las aplicaciones propias de este tipo de negocio, se exceptúa el aplicativo que tiene que ver con los registros de prestaciones en forma detallada. Dos son Compaq Presario 2284 y sendas impresoras Deskjet Hewlett Packard 895 Cxi; los otros dos equipos desuetsos. Se trabaja con Windows 95 – 98 y unos aplicativos contratados para los reportes de información pedidos por el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

El SIS cuenta, por ahora, con solo teléfonos y fax. No hay más equipamientos.

5.6 Actores en relación con el SIS

5.6.1 Estructuras de reaseguro y fondo de garantía

El SIS tiene reaseguradas las enfermedades de alto costo con la Central de Seguros, a través de empresa agrupadora llamada TEASEGUROS, esto se hizo a partir del 1 de mayo de 1999; la póliza cubre: Patologías cardíacas, de aorta torácica y abdominal, vena cava, vasos pulmonares y renales. Patologías del sistema nervioso central. Insuficiencia renal. Gran quemado. Infección por VIH. Cáncer. Reemplazo articular parcial o total de cadera o rodilla. Cuidados intensivos.

En general todas las ARS deben reasegurar las llamadas enfermedades catastróficas. Varían en la franja cubierta, el SIS contrató un deducible de \$ 500.000 y un tope de \$ 50'000.000 por una prima de \$1.045 por usuario asegurado.

En este momento está pasando la cuenta al reaseguro por sus primeros casos atendidos; el SIS está pidiendo el respectivo reintegro.

5.6.2 Estructura de asistencia técnica

La firma interventora asignada por la Secretaría Distrital de Salud, BDO, hace también una labor de acompañamiento; en general lo hace el conjunto del Sistema, incluyendo entes de control como la Superintendencia Nacional de Salud. Esta asistencia técnica es permanente.

La asistencia técnica responde a preguntas sobre el qué hacer y cómo hacerlo, pero no lo hace. La firma interventora programó visitas mensuales, pero eso no se ha cumplido; con la Universidad del Bosque se hacen análisis de la gestión casi todos los lunes y la consulta a COLACOT en temas cooperativos es permanente.

5.6.3 Movimientos sociales y organizaciones de la economía social

El SIS es producto de la Confederación General de Trabajadores Democráticos, CGTD, y de COLACOT: Confederación Latinoamericana de Cooperativas y Mutuales de Trabajadores.

Sin embargo, no se ha afiliado formalmente a la Central Cooperativa de las Confederaciones; esto a pesar del permanente apoyo que recibe en respaldo político y educativo.

En compañía de las confederaciones adelanta contactos otras entidades similares en la perspectiva de unificar acciones y estructuras.

La relación más permanente consiste en el papel del Presidente de la junta Directiva, quien es al mismo tiempo Secretario General de COLACOT.

5.7. Otros actores

El SIS tiene una relación cercana con la OPS – OMS y con la Universidad del Bosque; de la primera ha recibido un respaldo político y de la segunda apoyo técnico.

Para responder a los retos de la aplicación del Decreto 1804 de 14 de septiembre de 1999 ha buscado hacer convenios, asociaciones o fusiones y, en conjunto con el llamando grupo AFIN. La Superintendencia Nacional de Salud analizará lo presentado por las ARS y se decidirá la continuidad de algunas de ellas.

El Sistema, de todas maneras, aboga por relaciones más estables (fusiones, por ejemplo) y no por convenios formales que solo le buscan esguinces al cumplimiento de la norma.

VI. INDICADORES DE FUNIONAMIENTO DEL SISTEMA DE SEGURO DE SALUD

El SIS inició sus actividades en Abril 1999 lo que no permite calcular los indicadores de funcionamiento.

VII. PUNTO DE VISTA DE LOS ACTORES SOBRE EL TEMA DE SISTEMA DE SEGURO DE SALUD

Esta sección tiene por objetivo recoger el punto de vista de los actores implicados en el funcionamiento del SIS. La recolección de información sobre el punto de vista de los responsables, de los prestadores y otros actores fue realizada directamente por el gerente de Amuandes.

7.1 Proceso de evaluación

Los afiliados van a la sede central del SIS con el propósito de que se les autorice una remisión o inter consulta y son interrogados por el Auditor sobre la calidad de la atención, no se utiliza un instrumento diseñado para el efecto sino que se pregunta espontáneamente sobre diversos tópicos, tampoco tiene esto un tratamiento periódico y la proporción mensual es de, aproximadamente, la décima parte de la población afiliada.

Cada mañana de todos los sábados funciona el Comité de Gestión constituido por la parte administrativa junto al Revisor Fiscal, algún miembro de la Junta Directiva u otro invitado; la secretaria recibe todas las iniciativas hasta el viernes anterior y conforma el temario a discutir. Generalmente el primer punto es informe por área, el segundo son análisis de los informes y tercero decisiones. Como prácticamente las únicas que no participan de los comités de gestión son las promotoras, la comunicación se socializa muy rápidamente el lunes siguiente. El resto de la Junta Directiva se entera por medio de su representante en la reunión o en las reuniones que ella tiene cada miércoles.

A los afiliados se los ha citado para las jornadas, brigadas o campañas de promoción de la salud y en ellas se les ha dictado charlas en las que se tocan temas de calidad de la atención; se les ha invitado a convertirse en asociados, sin mucho éxito porque argumentan carecer de la cuota de afiliación y de la cotización mensual. No participan, por ahora, de las evaluaciones en reuniones formales; sin embargo, aprovechando las quejas específicas, se está consultando su opinión sobre los temas que los preocupan y estimulando el fortalecimiento de las ligas o asociaciones de usuarios.

En las Asambleas Generales se hacen evaluaciones y, contando con la colaboración de la Universidad del Bosque y de COLACOT, se están desarrollando eventos sabatinos de capacitación.

La Secretaría Distrital de Salud ha contratado firmas interventoras y el SIS tiene asignada a BDO Audit. Age para esta función de control y acompañamiento; la Superintendencia Nacional de Salud, por su parte, ejerce todo tipo de controles: legales, contables, de calidad,..., etc.

En el Comité de Gestión y en la Junta Directiva se analizaron y replantearon, por ejemplo, la estructura administrativa inicial y las estrategias de mercadeo de la presente coyuntura.

Todo se plasma en decisiones de obligatorio cumplimiento o acatamiento.

7.2 Punto de vista de los responsables

7.2.1 Puesta en marcha del SIS

Cada coyuntura ha tenido su producto: al principio, conformar la asociación; es decir, reunir las 33 personas necesarias para que naciera la Asociación Comunitaria los Andes, fue un éxito. De ahí surgió la Asociación Mutual Los Andes, como Empresa Solidaria de Salud, y el equipo que vino a conformar la Junta Directiva del Comité de Participación Comunitaria de la Localidad 19 de Ciudad Bolívar.

Mas adelante se pueden considerar como éxitos la obtención de las respectivas autorizaciones: personería jurídica por parte del DANCOOP, como administradora de los recursos del régimen subsidiado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud y la misma inscripción en la Secretaría Distrital de Salud de Santa Fe de Bogotá; no obstante, el logro más significativo ha sido la suscripción del primer contrato, el 318 de 1999, con el Fondo Financiero Distrital de la Secretaría de Salud.

Los factores para obtener este conjunto de metas han sido la constancia del equipo nucleado por el líder más dinámico de la localidad 19 y, últimamente, la capacidad técnica y sentido práctico de la Gerencia para cumplir con lo normado o para saberle encontrar su equívoco.

Las principales dificultades encontradas han sido distintas en cada coyuntura: las primeras tienen que ver con la ausencia de líderes esclarecidos y comprometidos con su comunidad, luego fue el apoyo técnico, que finalmente se obtuvo del PIDUR, COLACOT y las Universidades Nacional y Distrital; más adelante fueron las carencias financieras para acreditar un patrimonio y así cumplir con los requerimientos legales exigidos para formalizar la organización, simultáneamente surge el problema técnico de acreditar requisitos y vencer la formalidad de los mismos.

Una vez efectuada la primera contratación, la principal dificultad ha consistido en pagar gran parte de los gastos preoperativos y, en general, los de funcionamiento; por una serie de errores de informática que demuestran la inexperiencia en manejar la particularidad de Bogotá, se le aplazaron a AMUANDES los pagos y se vivieron situaciones angustiosas de iliquidez; de todas maneras esto no afectó en absoluto la prestación de los servicios de salud toda vez que están separadas las subcuentas de prestaciones de salud, promoción y funcionamiento. El rubro débil ha sido este último.

Para evitarlas se hubiera podido nacer más temprano, cuando el mismo Ministerio de Salud desarrolló un programa de apoyo a las empresas solidarias; desaprovechada esa coyuntura, todo ha sido dificultoso.

Quienes estuvieron en esa oportunidad dicen que no había en ese entonces la suficiente claridad de caminos y la Secretaría de Salud del Distrito Capital no avaló a la Asociación Comunitaria Los Andes para participar de ese programa; siempre ha existido prevención por su origen sindical, reivindicativo o contestatario.

Una manera de evitar tanto problema pudo haber sido sobornar funcionarios; sin embargo, de entrada se hubiera pervertido el propósito de desarrollar un proyecto diferente a los conocidos. La consigna fue no abrirle una tienda más a los corruptos.

La actitud de los organismos de dirección y control del Sistema ha empeorado respecto a todas las ARS hasta el punto que se convierten en amenaza contra las mismas. Se ha llegado a la presentación de proyectos de ley para liquidarlas. La Superintendencia Nacional de Salud, prácticamente, niega la ampliación de coberturas a las empresas solidarias tornándose en más exigentes frente al cumplimiento de los requisitos y el mismo Ministro de Salud públicamente se pronuncia contra las mismas amparándose en razones éticas, magnificando o generalizando los problemas de administración y de manejo de los recursos que han tenido varias entidades colegas.

Altos funcionarios se han pronunciado contra la creación de nuevas administradoras del régimen subsidiado, específicamente contra las empresas solidarias de salud, con argumentos morales pero, sobretodo, eficientistas; desconocen que son ellas las que, por su cercanía a la comunidad, garantizan la atención del servicio de salud a sus afiliados. El tipo de indicadores, refleja criterios de empresa privada con ánimo de lucro y para nada se tiene en cuenta los costos sociales o los valores agregados en este sentido.

En el Congreso de la República hay opiniones divididas al respecto, lo que ha conjurado temporalmente la propuesta liquidacionista; también ha jugado un gran papel la resistencia organizada de las mismas empresas solidarias y, en general las administradoras del régimen subsidiado, a ser eliminadas.

Muchas de estas entidades cumplen ya su tercer año sin haber alcanzado los cincuenta mil afiliados, incurriendo por este motivo en causal de liquidación, esto ha despertado el espíritu gregario y varias concretan convenios que les permiten sumar sus afiliados y cumplir con las disposiciones normativas; casi siempre es una actitud defensiva y sin que sea un fortalecimiento empresarial real, permanente y consistente. Caso análogo se da cuando, por vía excepcional, se permiten suscribir contratos por montos menores a los cinco mil usuarios y al cabo de un año no se ha superado esa población efectiva.

El SIS está en una posición privilegiada frente al tema por estar lejos de los tres años del límite máximo; además, con el presente mercadeo se superan los cinco mil carnetizados efectivos. De tal manera que habría pasado la prueba referida a su población y habla muy bien de la capacidad de mercadeo del equipo dedicado a este tema, sobretodo si se tiene en cuenta que la Secretaría Distrital volvió a lesionar a la Empresa Solidaria al cambiarle de nombre a esta ARS llamándola ANUALAES.

El pronunciamiento no se hizo esperar ,

El SIS está participando de manera privilegiada en reuniones que pretenden unir, mediante convenios o fusiones, a las organizaciones amenazadas por el cierre; con COLACOT auspicia la unión de las solidarias y facilita la expansión de la Empresa a otros territorios. Se privilegian en esta estrategia a los municipios cercanos a Bogotá y a los que están en la llamada zona de distensión, que es donde se desarrollan los diálogos en busca de la paz entre la guerrilla y el Gobierno.

En síntesis, en medio de la tempestad ocasionada por la intención del Alto Gobierno de eliminar las ARS y la paradójica aprobación de la llamada Ley Marco de la Economía Solidaria, N° 454 de 1998, el SIS es invitada por muchos actores a participar en uniones coyunturales o estratégicas y eso les abre espacios como entidad esclarecida y a COLACOT en sus proyectos de apoyo a las pequeñas y medianas empresas.

7.2.2 Dinámicas de afiliación

De las dinámicas administrativas no conocen los afiliados pero si de los servicios que brinda el SIS; han sido ilustrados por la misma entidad, por la competencia y por la misma Secretaría Distrital de Salud, el Ministerio o la Superintendencia Nacional de Salud u otras entidades como las instituciones prestadoras, las universidades, organizaciones no gubernamentales, etc.

A pesar de que el plan de coberturas y sus condiciones no son triviales, para sus efectos prácticos se podría decir que la población es consciente de sus derechos y deberes; a esto ha contribuido en buen grado el SIS porque entró cuestionando un pacto que pretendía impedir los traslados y desconocía un principio fundamental del nuevo sistema de seguridad social: la libre escogencia.

Este artificio, respaldado por la Secretaría de Salud favorecía a las ARS que negaban servicios, hacían selección adversa o incurrían en problemas de calidad en la atención; así mismo, se fue tolerante con las entidades, generalmente del gran capital, que desinformaban a sus afiliados sobre sus derechos o controlaban mediante el silencio la llamada alta siniestralidad. Esta actitud laxa la propician los indicadores concebidos en los entes de inspección y control del Sistema que consideran buena la gestión en la medida que se mantenga el equilibrio financiero, aun a costa de la prestación plena del servicio.

El principal factor que limita las afiliaciones al SIS tiene que ver con la restricción gubernamental a los nuevos subsidios en salud y con la fuerza de venta de las entidades que compiten contra ella. No obstante, muchas de ellas hicieron ya su máximo esfuerzo por cumplir los mínimos legales y el escenario futuro será para las grandes sobrevivientes y las recién nacidas. Ahora mismo se presentará esa lucha porque las medianas empresas que no alcanzaron los cincuenta mil usuarios y no logren unirse, deben trasladar su población a favor de las que permanecen; del 1 de octubre en adelante, serán tres meses de competencia, leal y desleal, en los que el SIS tiene la gran oportunidad de proyectarse y consolidarse como empresa.

Esto obligará a la ampliación del grupo destinatario se deberá trabajar en otras localidades, aunque su principal objetivo sigue siendo la comunidad de Ciudad Bolívar.

A las entidades de reciente creación se las trata de entidades piratas o inexistentes, ese tipo de ataque se sufrió al principio; pero eso ya no se da y las acusaciones son por el accionar del SIS y no por omisión.

Algunos han especulado sobre la continuidad de las solidarias e incluyen al SIS dentro de las próximas víctimas, eso se ha conjurado con las campañas de promoción, de afiliaciones y traslados; con la propaganda que se ha impreso.

Realmente lo único que lesiona al SIS es la campaña soterrada de la Secretaría Distrital de Salud por favorecer a determinadas administradoras; hay intereses creados entre altos funcionarios y las administradoras del gran capital. Se conoció también de un pacto según el cual las Direcciones de Salud se proponían tomarse la administración del aseguramiento, destruyendo a todas las ARS, y monopolizando la prestación del servicio entre la red pública y un sector de las agremiaciones de profesionales de la salud. Ellos son los autores de la mayoría de proyectos de ley que pretenden cambiar la nueva ley de seguridad social en salud.

El SIS no tiene, por ahora, la preocupación por una eventual desafiliación de sus usuarios; sin embargo, en los tres últimos meses del año esa intención puede ser manifestada por sus afiliados. Si se dan, sabremos las

razones. Lo previsible es que la gente opte entre las entidades nuevas por no estar tan desgastadas y por las grandes porque inspiran una falsa seguridad al tener infraestructura para mostrar.

La mayor satisfacción es el fácil acceso al primer nivel de complejidad, sin autorizaciones previas, y la mayor incomodidad lo constituye tener que reclamar los medicamentos en un solo sitio, el que puede ser cercano para algunos y lejano para otros. Para el acceso a otros niveles de complejidad, todas las entidades establecen autorizaciones previas; luego, sufriríamos el mismo deterioro de imagen.

La facilidad que da el SIS de acceder al servicio se ha prestado para la irracional utilización de los mismos; se impone una medida sana que puede ser un tanto impopular: la asignación fija de cada usuario a una y solo una institución prestadora de primer nivel de complejidad de su libre escogencia. Esto aumentará el control y facilitará las acciones de promoción de la salud y de prevención de la enfermedad.

7.2.3 Acceso a la atención médica y relaciones con los prestadores

El SIS le ha dado la oportunidad a sus afiliados de acceder al Plan Obligatorio de Salud del régimen Subsidiado (POSS); antes eran atendidos en la red pública, pero pagando un buen porcentaje del costo de los servicios. La gran mayoría, no obstante, no sabían que la red pública debía cubrirlos con recursos del subsidio a la oferta y por eso se cuenta con una demanda acumulada de servicios que ya se ha manifestado, aunque sin desbordar los recursos dispuestos. Esto se puede apreciar en la atención que se han recibido y que se consignan en las cuentas presentadas por los hospitales y demás instituciones prestadoras de los servicios de salud; estadística que se recogerá cuando se termine de implementar la aplicación de costos en el sistema de información del SIS.

El Plan Obligatorio de Salud Subsidiado es fuerte, en comparación con el POS del régimen contributivo, en cuanto a que no tiene periodos de carencia y los servicios para las maternas e infantes son plenos; ambos son débiles en odontología y en lo demás el contributivo es más amplio que el subsidiado. No se puede afirmar, por ahora, que sea el más adecuado para la población específica de AMUANDES; ahora, respecto a la generalidad, con los ajustes que se le han hecho en estos últimos tres años, parece estar cubierto lo prioritario. Sin embargo, la congelación de los recursos asignados para amparar este plan puede haber generado también una congelación artificial de coberturas y lo arbitrario que haya sido lo conocen los directivos del Sistema que son quienes recogen y consolidan toda la información al respecto.

En la comunidad objeto se ha advertido que personas entre los veinte y sesenta años necesitan lentes y, al no estar autorizados para esta franja de población tal suministro, se les debe negar el servicio; en este ejemplo se advierte que hay aspectos que desdican de la integridad del POSS.

Las ARS viene reivindicando la unificación de los POS, contributivo y subsidiado, y la consiguiente unificación de las unidades de pago por capitación que el Sistema reconoce por cada uno de los afiliados a las administradoras de salud, entre ellas al SIS.

No hay cotizaciones de los afiliados y cuando el Estado se demora en pagarle a las administradoras, estas deben utilizar sus reservas o la red de prestadores soporta la restricción hasta el límite de su capacidad.

El diseño e implementación del plan de Promoción de la Salud y de Prevención de la enfermedad es de obligatorio cumplimiento y el SIS acata ese mandato.

El SIS es un buen “mal ejemplo” en eso de la calidad de la atención; al principio, en la fase preoperativa, dio a conocer a la comunidad objeto el POSS y esta se fue haciendo consciente de sus derechos. Esta acción, que era de obligatorio cumplimiento de las ARS ya existentes no se había dado y las autoridades no se habían interesado en esta deficiencia que lesionaba a los usuarios: En este sentido, el advenimiento del SIS ha sido beneficioso para la comunidad de Ciudad Bolívar; además, eso forzó a que las demás ARS hicieran otro tanto toda vez que de no hacerlo perdían usuarios en el mercadeo o los traslados.

En el sector el SIS ha contribuido a mejorar el nivel de algunas prestadoras y eso redundará en la calidad de la atención; también por competencia, otras IPS han tenido que introducir mejoras. Ahora se apresta a colocar su propio prestador, eso incidirá en la calidad de la atención y se bajarán también los costos, al tiempo que aliviará la situación de iliquidez por la restricción normativa al porcentaje de administración, también generará nuevas fuentes de empleo para sus asociados.

En general, la accesibilidad a los servicios es la descrita: primer nivel presentando el carnet y el documento de identidad, las remisiones e interconsultas pasan por la autorización de la Auditoría; la atención de urgencias obvia estos pasos pero el prestador está obligado a informar al SIS del suceso dentro de las 24 horas contadas a partir del ingreso del paciente. Las autorizaciones también se dan por teléfono. No existen problemas de accesibilidad para el grueso de los afiliados al SIS; el problema se ha presentado con la población especial, se trata de grupos muy pequeños de niños necesitados de protección que están dispersos en muchas casas ubicadas en lugares distantes en la sabana de Bogotá y en municipios vecinos, el problema es de contratación: es muy difícil ponerse de acuerdo en muchos aspectos para un grupo tan pequeño situada en lugares tan distantes entre sí.

La modalidad de contratación es por evento y esto redundante en mejora de la calidad pero genera la tentación de facturar servicios no prestados y, por consiguiente, implica un gran trabajo de auditoría. Se está analizando, gracias a la experiencia acumulada en estos meses, el cambio de la modalidad de contratación: pasaríamos a contratar por persona y esto sería más concordante con la asignación de usuarios a las instituciones prestadoras del primer nivel de complejidad en forma fija y permanente. Es decir, primer nivel por persona y los demás niveles por evento o paquete.

Al principio varias instituciones propusieron la modalidad pero fue rechazada por el SIS al no tener experiencia en el negocio y tuvo razón, pudo haber entregado mucho dinero sin retribución de servicio; hoy, analizadas las cuentas se puede ofrecer un monto por persona y eso se hace con conocimiento de causa.

Las cuentas son glosadas con frecuencia, la gran mayoría se debe a errores de forma pero un buen número es motivado por inconsistencias, repetición del cobro, procedimientos que no tienen pertinencia, etc. No tiende a disminuir sino a incrementarse porque la crisis de las prestadoras las obliga a buscar recursos de cualquier manera, además el SIS está aprendiendo cada vez más; de lo que se infiere que, al principio, pagó su inexperiencia. Llegará un momento en que intentarán estafarla menos y las glosas se normalizarán.

Tanto para el cambio de modalidad de negociación como para el manejo de las glosas, las administradoras tienen la ventaja por la relación de dependencia de las prestadoras, a estas solo la favorecen los términos consignados en un Decreto que obliga pagar la mayoría de la cuenta glosada antes de 30 días de presentada. Esto se dispuso para darle liquidez a las prestadoras pero le genera dificultades a la administradora porque se ve obligada a pagar, por lo menos, el 60% de cuentas que pueden tener un porcentaje mayor de inconsistencias. Solo hay una cláusula contractual que sanea este problema: la posibilidad de descontar, en cuentas posteriores, los mayores valores pagados; esto no deja de complicar la contabilidad.

Las prestadoras de primer nivel de complejidad sentirán los efectos del montaje de la prestadora propia y mejorará la capacidad negociadora del SIS; en general, la iniciativa la lleva el SIS.

7.2.4 Pago de las cotizaciones

Este aspecto no es pertinente porque el pago de las cotizaciones la hace el Estado por los beneficiarios del subsidio, esto es lo que se llama el subsidio a la demanda. Sin embargo, el Estado se está atrasando cada vez más en hacer estos pagos y es por la creciente debilidad de las finanzas del Estado más dedicado a otros menesteres, lo que lesiona lo destinado al gasto social.

7.2.5 Determinación de la relación cotización / paquete de beneficios

El monto de la cotización y el paquete de servicios lo determina el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud; frente a la relación aludida, vale la pena citar lo que consignó el CNSSS en el Acuerdo 130 en los siguientes términos:

“Que en sesión del 22 de diciembre de 1.998, el CNSSS acordó revisar, en el mes de marzo de 1.999, el valor de la Unidad de Pago por Capitación Subsidiada para el año de 1.999.

Que en la sesión de marzo 17 de 1.999, el CNSSS acordó posponer, para el mes de abril de 1.999, la toma de la decisión sobre el valor de la Unidad de Pago por Capitación Subsidiada para el año de 1.999.

Que el estudio técnico adelantado por la Dirección de Estudios Económicos e Inversión Pública del Ministerio de Salud, con base en la información que presentaron las diferentes ARS, encontró que el promedio simple del

gasto en salud fue del 71.92% de la UPC-S y la mediana, por concepto del gasto en salud, del 64.55% de las UPC-S para 1.998.

Que calculado el impacto del ajuste tarifario para 1999 da un gasto en salud del 84.43% de la UPC-S.

Que el porcentaje de gasto en salud mínimo definido por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, según los Acuerdos 114 y 117, asciende al 85% de la UPC-S.

Que el anterior porcentaje del valor actual de la UPC-S, es suficiente para garantizar la prestación de servicios de salud del POS-S en el año de 1999.

ACUERDA:

ARTÍCULO 1º.- *Mantener el valor de la Unidad de Pago por Capitación del régimen subsidiado, para el año de 1.999, en la suma de \$128.530 año...*

En realidad esa congelación afecta la calidad de la atención por dos razones: las tarifas oficiales que cobran las prestadoras del Estado si subieron, lo cual es determinante para todas las demás, y se congeló también la prevista ampliación de coberturas, entendidas en servicios, población y territorios.

A esto hay que añadir el factor consciente de las administradoras de restringir, no solo con promoción de la salud y prevención de la enfermedad, la siniestralidad; o mejor, más que disminuir la morbilidad, de lo que se trata es de negar servicios por razones de racionalidad económica, a eso obligan las medidas tomadas por el Alto Gobierno.

7.2.6 Gestión de los riesgos vinculados con el seguro

El SIS y, en general, las administradoras pequeñas necesitadas de más afiliados, no hacen selección adversa; esta dinámica corresponde a las administradoras grandes que ya no se preocupan de esta causal de liquidación y se dedican a optimizar los recursos, minimizando los gastos y maximizando los ingresos.

El SIS, por principio y a despecho de consideraciones actuariales, no hará selección adversa porque es un proyecto social de los trabajadores; al contrario, su accionar se ha concentrado en la localidad con más necesidades básicas insatisfechas y donde se refugian los ancianos y niños abandonados, así como los desplazados de otras regiones por razones económicas o de violencia.

El gerente del SIS ha suscrito una póliza de manejo con la Central de Seguros; los recursos se manejan mediante contrato fiduciario y los gastos de funcionamiento se pagan casi siempre con cheques. Esto limita en gran medida cualquier riesgo que tenga que ver con problemas éticos o morales.

El único riesgo a la vista tiene que ver con la Auditoría pues, para efectos de pago, el SIS está dependiente del criterio del profesional de la salud y del prestador que elabora las cuentas; la reorganización del trabajo de las promotoras permitirá que estas apoyen esta labor de las auditorías porque, como se dijo antes, se presentan cuentas poco transparentes que casi siempre se tienen que glosar.

El control de los costos tiene como elementos estratégicos el montaje del prestador propio, el incremento de afiliados y el afinamiento de la asignación de cada mil afiliados al cuidado de cada promotor. No se contemplo la restricción de los servicios, aunque si un filtro mayor en las remisiones, interconsulta y en el suministro de medicamentos, que también se haría parcialmente en el prestador propio.

El gasto empezó lento y fue aumentando en la misma proporción que hicimos campañas de promoción; esto se explica en el hecho de que en las mismas se generan interconsultas y se le hace consciencia a la gente sobre sus derechos en salud. Las ARS de la competencia le temen a este tipo de brigadas porque les disparan los costos, la diferencia es que ellas son entes con ánimo de lucro y el SIS es un proyecto social. Se sabe que al final se normaliza el incremento en la demanda de servicios que hemos tenido en los últimos meses.

El SIS tiene reaseguradas las llamadas enfermedades de alto costo o catastróficas con la Central de Seguros y eso genera alivio en este aspecto; no obstante, para lo demás depende de la gestión.

7.2.7 *Fraudes*

Funcionarios de la Secretaría Distrital de Salud han puesto a disposición de algunas administradoras información privilegiada que les permite ser más exitosas en las temporadas de afiliaciones, han sido tolerantes respecto a los aspectos de baja calidad; las prestadoras, por su parte, tratan de facturar servicios no prestados, ordenan exámenes u ordenan medicamentos y procedimientos que no guardan concordancia con los diagnósticos, etc. Algunos beneficiarios acuden múltiples veces para utilizar las fórmulas para cambiarlas por crema dental, jabón papel higiénico o dinero en efectivo, mediante transacciones con los medicamentos sobrantes. Este fenómeno es mínimo en el SIS por solo tener una sola farmacia que expende lo ordenado, eso facilita mucho el control.

La organización de los usuarios, su conversión en asociados y las brigadas en los barrios, también apuntan a este tipo de regulación. De todas maneras, no se puede hablar de fraudes en el SIS; se trata de un espacio de competencia imperfecta en el que la Secretaría Distrital de Salud es la principal fuente de problemas de este tipo.

7.2.8 *Administración y gestión*

Existe una norma que puede resultar tolerable para entidades medianas y grandes que ya rebasaron su punto de equilibrio financiero, el cual algunos sitúan en los quince mil usuarios pero que puede encontrarse por encima de este monto poblacional; se trata del Acuerdo 114 que dispone un 75% para prestaciones asistenciales, un 10% para promoción de la salud y prevención de la enfermedad y el resto para funcionamiento. Con este 15% resulta muy difícil administrar: la sola nómina mínima legal completa este monto y no quedan recursos para servicios generales como arriendos, papelería, alquiler del software, gastos fiduciarios, servicios públicos domiciliarios, etc. Esto genera un déficit mensual de aproximadamente US\$2500. Más que pensar en reducir los gastos, el SIS está pensando en incrementar sus ingresos porque opera con lo mínimo. Algunas inversiones hacia el futuro, vehículos por ejemplo, disminuirán los gastos de las campañas de afiliaciones, de carnetización y del plan de promoción y prevención.

Lo demás no tiene problema para cumplirse. Hacia el futuro el afán será lograr rápidamente los cincuenta mil usuarios; lo único reivindicable en este aspecto es el artículo 216 de la ley 100 de 1993 que establecía la preferencia de las solidarias para administrar el régimen subsidiado, esto fue menoscabado por una norma de menor jerarquía que dispuso que todas las ARS quedaban en condiciones de igualdad, se trata del Decreto 2357 de 1995, lo cual constituyó un triunfo para las EPS, la mayoría de derecho privado y con ánimo de lucro, que encontraron en el régimen subsidiado una tabla de salvación para sus afectadas economías.

El SIS administra todo y los únicos terceros son los proveedores de bienes y de servicios de salud; es decir, los prestadores. Se contrató una firma de ingenieros de sistemas que está montando el paquete de salud, se trata de un arriendo con opción de compra; aun no se pueden evaluar completamente todas sus bondades, pero los aspectos coyunturales que el SIS ha tenido que manejar en temas como afiliaciones, carnetización, reportes de información y contabilidad, se puede decir que son satisfactorios; falta mucho en torno a un modelo actuarial que le permita al SIS estar informado en frecuencias, costos y estadísticas de prestaciones, etc. En eso se empieza a trabajar.

No hay otras sedes que compliquen la gestión pero muy pronto existirá, no se ha previsto como será del todo esa relación, por ahora se concibe el mayor grado de autonomía posible; casi se podría decir que lo unificador sea la razón social, el reaseguro, la red de prestadores, el representante legal, el plan de promoción y prevención y el sistema de información.

No hay participación de los afiliados en la gestión, su protagonismo gira en torno a las ligas de usuarios que vigilan la calidad de la atención y se les invita a convertirse en asociados, quienes ya tiene un mayor poder de intervención y pueden convertirse en directivos de la entidad. Indirectamente se les consulta sobre la red de prestadores que desean al garantizarles el ejercicio de la libre escogencia.

El primer resultado que espera una comunidad de una empresa solidaria es que provea empleo, en este contexto se ha tratado de que se conviertan en funcionarios los mejores promotores de afiliaciones y carnetizadores; no obstante, en el desempeño de funciones administrativas o en temas de salud no resultan muy competentes, esto genera dificultades porque colaboraron en el montaje de la Empresa pero cometen errores y no pueden ser desvinculados fácilmente, la única opción es capacitarlos. Se ha buscado es la reubicación para que cada cual

corresponda a su perfil verdadero. No hay falta de compromiso, al contrario: mucha mística pero, como se dijo, no siempre se tiene la capacidad o el entrenamiento.

7.2.9 Relaciones con el Estado (nacional, subnacional y local)

El SIS es una administradora de recursos estatales y el Estado tiene toda la competencia para intervenir la entidad; se desearía que las Direcciones de Salud fueran más proactivas y menos policivas, que hicieran una labor de acompañamiento y asesoría toda vez que el ente de inspección y control es la Superintendencia Nacional de Salud; la función del Ministerio y las Secretarías es apoyar a sus agentes y no intentar acabarlos para fortalecer los negocios privados de la salud.

Estas discusiones se dieron al principio; ahora, lo único que hay por hacer es impedir que el Estado acabe con un proyecto que es bastante interesante y que podría ser paradigmático en el mundo si se le introducen los correctivos adecuados.

Por ahora se han logrado enfriar las iniciativas liquidacionistas y el Estado se ha limitado a ordenar, con la acción de la Superintendencia, a las más débiles o con problemas.

No obstante, una norma reciente (Decreto 1804 de 14 de septiembre de 1999) genera unas condiciones en las que solo podrán sobrevivir las ARS grandes y liquida gran parte de las solidarias, permanecerán las que logren unirse. Se anexa.

7.2.10 Funcionamiento global

El SIS es, por ahora una aseguradora del Plan Obligatorio de Salud Subsidiado, puede garantizarlo mediante una red de prestadores contratados o lo puede hacer directamente; esto precisamente es lo que se propone hacer en lo inmediato: estabilizada la administradora se propone montar la propia prestadora. Una vez hecho esto, puede ofrecer a sus asociados la atención de la salud mediante cuotas mensuales; se trata de que los asociados vean compensada de alguna manera su cotización, otro tanto se puede hacer con población vinculada o con afiliados al régimen contributivo. Esto último porque las cooperativas y mutuales están autorizadas para actuar como agrupadoras de los trabajadores independientes y afiliarlos a una EPS; pues bien, se convino inicialmente este proyecto con una de ellas y no se decidieron, toca hacer el ofrecimiento a las demás.

Pero no solo hay proyectos de salud subsidiada y del régimen contributivo; también se puede efectuar contratos para manejar el plan de saneamiento básico, proyectos de arborización, de manejo de residuos sólidos, de canalización de las quebradas, de vivienda social, etc.

Esto se haría porque el enfoque del SIS corresponde al plan de MUNICIPIO SALUDABLE POR LA PAZ, que es una estrategia integral del bienestar colectivo. La idea consiste en que el primer proyecto exitoso, que lo ha sido la Empresa Solidaria de Salud, catalice los demás y los apoye.

Los puntos fuertes del SIS son el apoyo interinstitucional con que cuenta: CGTD, COLACOT y universidades; el hecho de tener un plazo amplio para cumplir con la exigencia legal de contar con cincuenta mil usuarios, vulnerado por la norma citada, y que a la competencia ya se le cumplieron los términos; un punto fuerte era el número creciente de asociados, al no poderles proveer de empleo a todos esto se debilitó, la consigna es entonces: convertir los afiliados en asociados y a sus hijos en promotores.

La principal amenaza que tiene el SIS es el intento de liquidación de todas las ARS y las dinámicas poco transparentes de la Secretaría Distrital de Salud.

Las principales orientaciones son terminar de estabilizar el administrador, montar el prestador y extender la Empresa a otras localidades y municipios.

7.3 Punto de vista de los beneficiarios

No se recogieron estas impresiones en la forma exigida en la guía.

7.4 Punto de vista de los prestadores de atención médica

El SIS ha mejorado la salud de sus afiliados, los demás están más desamparados; es frecuente la visita de vinculados pidiendo su ingreso a la entidad y si eso es frecuente es porque se advierten las diferencias.

La gente ahora es más consciente de sus derechos y también se advierten las limitaciones que se tienen en las coberturas asistenciales; es decir, hay servicios que se necesitan pero no están incluidos en el POSS y algunas veces es difícil que las atiendan en la red pública con recursos del subsidio a la oferta. No se aprecian aun cambios de comportamiento a favor de hábitos saludables, esto es algo a largo plazo.

Tres prestadoras particulares dependen en gran parte de su contrato con el SIS y el aporte de los profesionales de la salud se ha direccionado del prestador hacia el SIS; es decir, le ha ganado más a los prestadores en experiencia, en consejos, etc.

Todos los primeros jueves de cada mes el SIS se reúne con su red de prestadores y en cada reunión se deciden por consenso aspectos de remisiones, interconsultas, acciones de promoción y prevención, sobre reportes de información, etc.

A nivel general los profesionales de la salud son críticos de la ley 100/93 y, sobre todo, de los intermediarios como son las EPS, las EAS y las ARS; los prestadores públicos aspiran a que se liquiden estas últimas y administrar ellos el régimen subsidiado.

7.5 Punto de vista de otros actores

Hay un buen nivel de mutua colaboración entre la Dirección Local de Salud y el SIS, se participa en las campañas y brigadas de salud que la Dirección Local organiza, en lo demás el SIS es otra administradora más que se caracteriza por su dinamismo y espíritu crítico.

VIII. CONCLUSIONES

- Amuandes, a diferencia de otras administradoras de los recursos del régimen subsidiado, es producto de la comunidad organizada de la localidad de Ciudad Bolívar; la más paupérrima de la capital colombiana.
- Nació tres años después de las demás y en un esquema tan competitivo eso es una gran desventaja.
- La expedición de una reciente norma, el Decreto 1804 de 14 de septiembre de 1999, la obliga a un imposible: contar con cien mil afiliados en abril del año 2000 y doscientos mil un año después. Esto la fuerza a fusionarse o conformar sociedad con otras ARS.
- La unión de ARS, para que no sea suma de problemas, exige gran madurez institucional de los componentes y Amuandes no parece tenerla.
- Las dos maneras de resolver el problema estructural de sus finanzas consiste en superar el punto de equilibrio financiero y esto se logra con afiliaciones, lo que está lejos de alcanzarse; la otra manera es montar su propio prestador y esto es casi imposible sin un buen volumen poblacional. La situación, entonces, es paradójica.
- Se debe seguir reivindicando la preferencia que la ley les dio a las solidarias y que ha sido vulnerado por normas de inferior jerarquía.
- El sistema colombiano es interesante; sin embargo, pone a convivir la solidaridad como fundamento y principio con la más dura competencia y apertura de espacios a la privatización; eso crea grandes contradicciones y dificultades que, esperamos, no sean insalvables.

ANEXOS

ANEXO 1

AMUANDES – ESS187 Empresa Solidaria de Salud – Administradora del Régimen Subsidiado
Resoluciones 1559/97 del DANCOOP, 1593/98 de la SNS y 0962/98 de la SDS.

Santa Fe de Bogotá, D.C., 11 de agosto de 1999.

Doctores

LUIS GONZALO MORALES
MARIA PAZ AZULA GRANADA
Secretaría Distrital de Salud.
Avenida Caracas N° 53 – 80
Telefax 3483358
Ciudad

ASUNTO: Error en carta a los beneficiarios del subsidio de salud. Anexa.

Respetados Doctores:

De la manera más comedida y respetuosa solicito que se enmiende el error que se ha cometido al cambiar en miles de cartas el nombre de AMUANDES por el de ANUALAES.

Con ese error se está violando el derecho a la libre escogencia, se está desinformando a la nueva población usuaria del subsidio de salud y facilitando la competencia desleal.

Además, se puede interpretar como una retaliación contra AMUANDES por el cuestionamiento que ha hecho a los más recientes procesos de afiliación, traslado y carnetización.

Estos hechos le restan transparencia a este proceso y, como no creemos que haya sido accidental, demandamos que sea investigada la culpabilidad de este acto que afecta de manera grave a la Empresa Solidaria de Salud AMUANDES.

Vale la pena recordar que no es la primera vez que contra esta entidad se cometen estos atropellos, pues el año pasado ni siquiera se mencionó a esta ARS en un folleto que informaba sobre traslados; frente a lo cual, en esa ocasión, pusimos la respectiva queja.

Atentamente,

Miguel Arturo Contreras Rivera
Gerente

Copias: Dra. INES GOMEZ DE VARGAS, Superintendente Nacional de Salud
Dr. ENRIQUE PEÑALOZA LONDOÑO, Alcalde Mayor de Santa Fe de Bogotá, D.C.
Sr. JULIO ROBERTO GOMEZ ESGUERRA, Secretario General de la CGTD

ANEXO 2

Beneficios ofrecidos por AMUANDES según el Acuerdo 72 del CNSSS:

“ARTICULO 1.- Contenidos del Plan Obligatorio de Salud para el Régimen Subsidiado. El Plan Obligatorio de Salud Subsidiado comprende los servicios, procedimientos y suministros que el Sistema General de Seguridad Social en Salud garantiza a las personas aseguradas con el propósito de mantener y recuperar su salud.

La cobertura de riesgos y servicios a que tienen derecho los afiliados al Régimen Subsidiado es la siguiente:

A. Atención básica del primer nivel: Acciones de promoción y educación: Comprende las acciones de educación en derechos y deberes en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y las acciones de promoción de la salud dirigidas al individuo y a la familia según el perfil epidemiológico de los afiliados, con el objeto de mantener la salud, promover estilos de vida saludables y fomentar el autocuidado y la solidaridad. Incluye el suministro del material educativo.

Los contenidos de las acciones de promoción y educación deberán orientarse en forma individual, familiar o grupal a :

1. Promover la salud integral en los niños, niñas y adolescentes.
2. Promover la salud sexual y reproductiva.
3. Promover la salud en la tercera edad.
4. Promover la convivencia pacífica con énfasis en el ámbito intrafamiliar.
5. Desestimular la exposición al tabaco, al alcohol y a las sustancias psicoactivas.
6. Promover las condiciones sanitarias del ambiente intradomiciliario.
7. Incrementar el conocimiento de los afiliados en los derechos y deberes, en el uso adecuado de los servicios de salud, y en la conformación de organizaciones y alianzas de usuarios.

B. Acciones de prevención de la enfermedad y protección específica: Están dirigidas a los afiliados de manera obligatoria, podrán ser de tipo individual, familiar y grupal y se orientan a mantener la salud, a prevenir o a detectar precozmente las enfermedades. La prestación de los servicios incluye los diferentes insumos.

En las actividades de prevención se deben incluir las definidas en el artículo 6o. de la Resolución No. 03997 del 30 de octubre de 1996, por la cual se establecen las actividades y los procedimientos para el desarrollo de las acciones de promoción y prevención en el SGSSS.

C. Acciones de recuperación de la salud:

1. Atención ambulatoria del primer nivel: Garantiza la atención integral médica, odontológica y de enfermería de todos los eventos y problemas de salud susceptibles de ser atendidos en forma ambulatoria intra o extramural y con tecnología de baja complejidad según lo definido en la Resolución No. 5261 de 1994, artículos 91 a 103 y las demás normas que la adicionen o modifiquen.

2. Atención Hospitalaria de menor complejidad: Garantiza la atención integral de los eventos que requieran una menor complejidad para su atención con internación a nivel hospitalario según lo definido en la Resolución No. 5261 de 1994, artículos 103 y 104 y las demás normas que la adicionen o modifiquen. Incluye la atención por los profesionales, técnicos y auxiliares, el suministro de medicamentos, material medicoquirúrgico, exámenes de laboratorio, imágenes diagnósticas, derechos de hospitalización, cirugía y sala de partos. Para las gestantes incluye la atención del parto de bajo riesgo vaginal o por cesárea, y en planificación familiar incluye la ligadura de Trompas de Falopio.

3. Atención ambulatoria en el segundo y tercer nivel de atención. Garantiza:

- Atención integral en Ginecoobstetricia y Pediatría incluyendo el suministro de medicamentos y los exámenes diagnósticos de la gestante de alto riesgo y del menor de un año.
- Consulta de Oftalmología y optometría para los grupos de

menores de 20 años y mayores de 60, grupos para los cuales se incluye el suministro de monturas hasta por un valor equivalente al 10% de un salario mínimo legal mensual vigente, y suministro gratuito de lentes cada vez que por razones médicas sea necesario su cambio. También cubre la atención ambulatoria para los casos de estrabismo en menores de cinco (5) años y los casos con diagnóstico de cataratas en cualquier edad.

- Atención integral en Traumatología y Ortopedia para todos los grupos de edad; incluye el suministro de medicamentos, material medicoquirúrgico y de osteosíntesis, vendas de yeso, y la realización de los procedimientos e intervenciones diagnósticos y terapéuticos necesarios de cualquier complejidad enumerados en Resolución No. 5261 de 1994, artículo 68 y las demás normas que la adicionen o modifiquen.
- Atención en Fisiatría y terapia física para los casos de Traumatología y Ortopedia que lo requieran como parte de su atención integral, incluyendo consulta, procedimientos y suministro de medicamentos y material medicoquirúrgico. El suministro de Prótesis y Ortesis se hará en sujeción a lo dispuesto en el artículo 12 de la Resolución No. 5261 de 1994 y demás normas que la adicionen o modifiquen.

4. Atención hospitalaria de mayor complejidad: Garantiza la atención medico quirúrgica de:

- Los casos de patologías relacionadas con el embarazo, parto y puerperio.
- El menor de un año en cualquier patología.
- Todos los afiliados en los casos que requieran apendicectomía, colecistectomía o histerectomía por causas diferentes al cáncer.
- Todos los casos que requieran atención de Traumatología y Ortopedia, con las actividades, procedimientos e intervenciones establecidos en la Resolución No. 5261 de 1994 y las demás normas que la adicionen o modifiquen.
- Todos los casos con diagnóstico de estrabismo en menores de cinco (5) años, y de cataratas en cualquier edad, incluyendo el suministro del lente intraocular y los procedimientos quirúrgicos descritos en la Resolución No. 5261 de 1994 y las demás normas que la adicionen o modifiquen.

Se incluye la atención por los profesionales técnicos y auxiliares, el suministro de medicamentos, de material medicoquirúrgico y de osteosíntesis, vendas de yeso, exámenes de laboratorio, imágenes diagnósticas y los derechos de hospitalización, sala de partos y cirugía en la complejidad necesaria para la atención integral.

5. Atención a enfermedades de alto costo: Garantiza la atención en salud a todos los afiliados en los siguientes casos:

5.1 Patologías cardiacas, de aorta torácica y abdominal, vena cava, vasos pulmonares y renales. Garantiza la atención integral, del paciente con diagnóstico incluyendo:

- Las actividades intervenciones y procedimientos de imagenología, cardiología y de hemodinamia para confirmación del diagnóstico inicial, la complementación diagnóstica y el control posterior al tratamiento.
- Las intervenciones quirúrgicas para lesiones congénitas o adquiridas, incluido el transplante de corazón y la cardiectomía del donante. Incluye los derechos de hospitalización de la complejidad necesaria.
- Las actividades intervenciones y procedimientos de medicina física y rehabilitación a saber: sesiones de rehabilitación cardiaca para los casos quirúrgicos contemplados, el control médico y el tratamiento posterior.

5.2 Patologías del sistema nervioso central: Garantiza la atención integral necesaria en cualquier complejidad, del paciente con diagnóstico de patologías del Sistema Nervioso Central y de columna vertebral que involucre daño o probable daño de medula por consecuencias de un trauma, incluyendo:

- Las actividades, intervenciones y procedimientos para la complementación diagnóstica de las lesiones de tratamiento quirúrgico del sistema nervioso central y de columna vertebral.

- Las intervenciones quirúrgicas para lesiones neurológicas o vasculares congénitas o adquiridas intracraneales o de la médula espinal y de columna vertebral que involucre daño o probable daño de medula por consecuencias de un trauma. Incluye los derechos de hospitalización de la complejidad necesaria.
- Las actividades, intervenciones y procedimientos de medicina física y rehabilitación para los casos anteriores y el control y tratamiento médico posterior.

5.3 Insuficiencia renal: Garantiza la atención integral necesaria en cualquier complejidad, de los pacientes con diagnóstico de insuficiencia renal aguda o crónica; incluye:

- La hemodiálisis y la diálisis peritoneal.
- El trasplante renal que incluye la nefrectomía del donante y el control permanente del transplantado renal.
- Derechos de hospitalización de la complejidad necesaria.

5.4 Gran quemado: Garantiza la atención integral necesaria en cualquier complejidad de pacientes con quemaduras mayores al 20% de extensión y pacientes con quemaduras profundas en cara, pies, manos o periné; incluye :

- Las intervenciones quirúrgicas de cirugía plástica reconstructiva o funcional para el tratamiento de las secuelas y los derechos de hospitalización de la complejidad necesaria.
- Las actividades, intervenciones y procedimientos de medicina física y rehabilitación, de éstos casos.

5.5 Infección por VIH: Garantiza la atención integral necesaria en cualquier complejidad, del portador asintomático del virus VIH y del paciente con diagnóstico de SIDA en relación con el síndrome y sus complicaciones:

- Incluye la atención integral ambulatoria y hospitalaria de la complejidad necesaria, con los insumos requeridos y el suministro de antiretrovirales e inhibidores de la proteasa.

5.6 Cáncer: Garantiza la atención integral necesaria en cualquier nivel de complejidad del paciente con cáncer:

- Incluye los estudios para diagnóstico inicial, confirmación diagnóstica y los de complementación diagnóstica y de control; el tratamiento quirúrgico, los derechos de hospitalización de la complejidad necesaria, la quimioterapia, la radioterapia, el control y tratamiento médico posterior, y el manejo del dolor del paciente terminal.

5.7 Reemplazo articular parcial o total de cadera o rodilla. Incluye :

- Los procedimientos quirúrgicos, la prótesis y los derechos de hospitalización de la complejidad necesaria.
- Las actividades, intervenciones y procedimientos de medicina física y rehabilitación para estos reemplazos.
- El control y el tratamiento médico posterior.

5.8 Cuidados intensivos. Garantiza la atención en unidades de cuidados intensivos, desde el 1º día, de :

- Pacientes críticamente enfermos de todas las edades de conformidad con los artículos 28, 29 y 30 de la Resolución No. 5261 de agosto 5 de 1994 y las demás normas que la adicionen o modifiquen.
- Neonato, frente a todas las patologías de cualquier etiología que requieran atención en cuidado intensivo.

D. Transporte de pacientes:

6 Pacientes de alto costo: Cubre traslado de los pacientes hospitalizados por enfermedades de alto costo que por sus condiciones de salud y limitaciones en la oferta de servicios del lugar donde están siendo atendidos, requieran de un traslado a un nivel superior de atención.

7 **Urgencias.** Se cubre el costo del traslado interinstitucional de los pacientes a otros niveles de atención cuando medie la remisión de un profesional de la salud.

E. Medicamentos y ayudas diagnósticas: Los medicamentos incluidos son los definidos en el Manual de Medicamentos y Terapéutica detallado en el artículo 45o. del Decreto No.1938 de agosto de 1994, en el artículo 101 de la Resolución No. 5261 de agosto de 1994, en el Acuerdo No. 53 del CNSSS y las demás normas que los adicionen o modifiquen. Los exámenes de laboratorio y las actividades y procedimientos de radiología y ecografía, son los definidos por nivel de complejidad en el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos, Resolución No. 5261 de 1994 y las demás normas que la adicionen o modifiquen.

ARTICULO 2.- Pago de excedentes en atención de accidentes de tránsito. En caso de que los costos ocasionados por la atención de accidentes de tránsito superen lo establecido en el artículo 34, literal A, del Decreto No. 1283 de 1996, la Administradora del Régimen Subsidiado reconocerá el pago de las atenciones necesarias siempre y cuando estén incluidas en el plan de beneficios del Régimen Subsidiado.

ARTICULO 3- Atención inicial de Urgencias. La ARS pagará la atención inicial de urgencias a la entidad pública o privada que preste dichos servicios a sus afiliados, aún si esta no hace parte de su red de prestadores, de acuerdo con lo establecido en el Decreto No. 2423 de Diciembre 31 de 1996.

ARTICULO 4.- La complementación de los servicios del POSS, a cargo de los recursos del subsidio a la Oferta: En la etapa de transición, mientras se unifican los contenidos del POSS con los del POS del Régimen Contributivo aquellos beneficiarios del Régimen Subsidiado que por sus condiciones de salud o necesidades de ayuda de diagnóstico y tratamiento requieran de servicios no incluidos en el POSS, tendrán prioridad para ser atendidos en forma obligatoria en las Instituciones Públicas o en las privadas con las cuales el Estado tenga contrato de prestación de servicios para el efecto, con cargo a los recursos del subsidio a la oferta.

ARTICULO 5.- Reaseguro para enfermedades de alto costo, ruinosas o catastróficas. Toda ARS debe garantizar el cubrimiento de las enfermedades de alto costo, ruinosas o catastróficas para todos sus beneficiarios mediante la contratación de reaseguros.

ARTICULO 6.- Períodos de carencia. El régimen Subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud, no contempla preexistencias para sus afiliados ni periodos mínimos de afiliación para la atención.

ARTICULO 7.- De los planes y programas de promoción y prevención: Es obligación de las Administradoras del Régimen Subsidiado, con cargo a la Unidad de Pago por Capitación, adelantar las actividades de promoción y prevención definidas, en el artículo 4° del Acuerdo N° 33 del CNSSS, el artículo 1° del presente Acuerdo y el artículo 6° de la Resolución No. 3997/96 del Ministerio de Salud o en las normas que los adicionen o modifiquen.

Las entidades territoriales, en coordinación con la Dirección de Promoción y Prevención del Ministerio de Salud, verificarán el cumplimiento de esta obligación. Para este propósito las Administradoras del Régimen Subsidiado deberán presentar un reporte trimestral de las actividades adelantadas. Dicho reporte se elaborará en el formato único establecido por el Ministerio de Salud para los regímenes contributivo y subsidiado. De las irregularidades encontradas debe darse informe a la Superintendencia de Salud.

PARAGRAFO 1.- La Dirección General de Promoción y Prevención del Ministerio de Salud definirá los procedimientos y forma de recolección y revisión de la información de que trata este artículo.

PARAGRAFO 2.- Las Administradora del Régimen Subsidiado deberán asignar por lo menos el 10% del total de la UPC-S para financiar las actividades de Promoción y Prevención.

Las entidades territoriales verificarán el cumplimiento de lo establecido en el presente artículo. En el evento de incumplimiento, por parte de las ARS, la entidad territorial descontará en los pagos siguientes los valores no ejecutados por concepto de promoción de la salud y prevención de la enfermedad y los reintegrará a la Subcuenta de Solidaridad del FOSYGA.

Los recursos de que trata el presente artículo, serán administrados a través de una cuenta de destinación específica dentro de la Subcuenta de Solidaridad denominada: Promoción y Prevención Régimen Subsidiado.

ARTICULO 8.- Plan Obligatorio de Salud para comunidades indígenas. El contenido del Plan Obligatorio de Salud Subsidiado para las comunidades indígenas podrá ser ajustado y concertado entre las comunidades indígenas, las administradoras del régimen subsidiado y la entidad territorial, con aprobación de los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud, dentro del tope máximo de la UPC subsidiada. Igualmente deberán ser concertadas las formas de prestación de servicios del POS objeto de la concertación y las IPS que constituyen la red prestadora.

ARTICULO 9. Garantía de prestación del Plan Obligatorio de Salud Subsidiado. Las Administradoras del Régimen Subsidiado deberán garantizar, a partir de la fecha de vigencia de la presente norma, con su red propia o contratada, la prestación de los servicios del Plan Obligatorio de Salud Subsidiado, definidos en el presente Acuerdo.

Las Administradoras del Régimen Subsidiado informarán a los entes territoriales cual es la red de prestadores contratada para garantizar la prestación de los nuevos servicios incluidos en el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado.

Igualmente, las Administradoras del Régimen Subsidiado deberán informar debidamente a sus afiliados sobre estos nuevos beneficios a que tienen derecho.

ARTICULO 10.- Vigencia y Derogaciones. El presente Acuerdo rige a partir de la fecha de su publicación en el Boletín del Ministerio de Salud, capítulo Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, subroga los Acuerdos 49 y 62, y deroga todas las normas que le sean contrarias.”

Coberturas de AMUANDES según el Acuerdo 74:

“**ARTICULO 1.-** Adiciónase a los contenidos del plan obligatorio de salud para el régimen subsidiado los siguientes beneficios:

- Atención necesaria para la Rehabilitación funcional de las personas, en cualquier edad, con deficiencia, discapacidad y/o minusvalía, cualquiera que haya sido la patología causante, de acuerdo con lo dispuesto en la Resolución 5261 de 1994, artículo 84. El suministro de Prótesis y Ortesis se hará en sujeción a lo dispuesto en el artículo 12 de la Resolución No. 5261 de 1994 y demás normas que la adicionen o modifiquen.
- Atención ambulatoria y hospitalaria de las personas en los casos que requieran herniorrafia inguinal, herniorrafia crural y herniorrafia umbilical.

ARTICULO 2.- Vigencia. El presente Acuerdo rige a partir de la fecha de su publicación en el Boletín del Ministerio de Salud, capítulo Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud y adiciona el Acuerdo 72.”

GLOSARIO DE SIGLAS

AMUANDES	Asociación Mutual Los Andes.
ARP	Administradora de Riesgos Profesionales.
ARS	Administradora de los Recursos del Régimen Subsidiado.
CNSSS	Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.
EAS	Entidades Adaptadas al Sistema
EP	Entidades de Prepago; de medicina, servicio odontológico, de ambulancias, etc.
EPS	Empresa Promotora de Salud
ESE	Empresa Social del Estado; son los hospitales públicos, por ejemplo.
ESS	Empresa Solidaria de Salud
FoSyGa	Fondo de Solidaridad y Garantía, conformado por cuatro subcuentas: a. Promoción y Prevención; b. Compensación, c. Solidaridad y d. Riesgos catastróficos y accidentes de tránsito.
PAB	Plan de Atención Básico, de promoción y prevención de alta externalidad.
PAC	Plan de Atención Complementaria, lo que supera al POS
PAS	Planes de Atención Suplementaria: PAC, PPP y PS
POS	Plan Obligatorio de Salud del régimen contributivo.
POSS	Plan Obligatorio de Salud del régimen subsidiado.
PPP	Planes prepagados, contienen servicios de POS y de PAC.
PS	Pólizas de Servicios de Salud.
PYP	Plan de Promoción de la Salud y de Prevención de la Enfermedad.
REDINSA	Red de Información en Salud.
SGSSS	Sistema General de Seguridad Social en Salud.
SIS	Sistema de Seguro de Salud.
SOAT	Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito, tiene unas tarifas aplicables en las ESEs.
CCF	Cajas de Compensación Familiar.
SNS	Superintendencia Nacional de Salud.
MS	Ministerio de Salud.
MSSYT	Ministerio de Seguridad Social y Trabajo.
DANE	Departamento Administrativo Nacional de Estadística.
DAMA	Departamento Administrativo del Medio Ambiente.
SISBEN	Sistema de Identificación de Beneficiarios.

BIBLIOGRAFIA

- ✓ DIAGNÓSTICO DE SALUD DE SANTA FE DE BOGOTÁ D.C.; Dirección de Salud Pública; Área de Análisis y Políticas de Salud Pública; 1986-1997. (Texto en registro magnético.)
- ✓ DIAGNÓSTICO LOCAL CON PARTICIPACIÓN SOCIAL, localidad Ciudad Bolívar; Secretaría Distrital de Salud de Santa Fe de Bogotá; primera edición, julio de 1998.