

**DERMINACION DE LAS AUTORIZACIONES DENTRO DEL MARCO LEGAL  
DEL REGIMEN SUBSIDIADO EN LA ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA  
EPS-I. 1 DE ABRIL DE 2007-31 DE MARZO DE 2008**

**YOLIMA ACOSTA GOMEZ  
INGRID BURBANO JOAQUI  
KELLY TELLO HOYOS**

**UNIVERSIDAD EAN CONVENIO UNIVERSIDAD DEL CAUCA  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
POPAYAN  
2009**

**DERMINACION DE LAS AUTORIZACIONES DENTRO DEL MARCO LEGAL  
DEL REGIMEN SUBSIDIADO EN LA ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA  
EPS-I. 1 DE ABRIL DE 2007-31 DE MARZO DE 2008**

**YOLIMA ACOSTA GOMEZ  
INGRID BURBANO JOAQUI  
KELLY TELLO HOYOS**

Trabajo de Grado para optar el titulo de  
ESPECIALISTA EN AUDITORIA Y GARANTÍA DE LA CALIDAD EN SALUD CON  
ÉNFASIS EN EPIDEMIOLOGÍA

Director de Tesis: ELKIN JAVIER IDARRAGA GRANDA

**UNIVERSIDAD EAN CONVENIO UNIVERSIDAD DEL CAUCA  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
POPAYAN  
2009**

**Nota de Aceptación**

---

---

---

---

---

---

**Presidente Jurado**

---

**Jurado**

---

**Jurado**

**Popayán, marzo 19 de 2009**

## CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	1
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
2. JUSTIFICACIÓN	6
3. OBJETIVOS	7
3.1 OBJETIVO GENERAL	7
3.2 OBJETIVO ESPECÍFICOS	7
4. MARCO TEÓRICO	9
4.1 DESCRIPCIÓN DE LA ORGANIZACIÓN	9
4.2 ASPECTOS DEMOGRÁFICOS	10
4.2.1 Morbilidad	11
4.3 ASPECTOS ADMINISTRATIVOS	16
4.4 MARCO LEGAL	21
4.4.1 Respecto al régimen subsidiado	23
4.4.2 La evolución del Plan Obligatorio de Salud	26
5. DISEÑO METODOLÓGICO	39
5.1 TIPO DE ESTUDIO	39
5.2 POBLACIÓN	39
5.3 MUESTRA	39
5.4 RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	40
5.5 VARIABLES	41
5.6 CRITERIOS DE INCLUSIÓN	41
6. RESULTADOS	42
7. CONCLUSIONES	55
8. RECOMENDACIONES	57
BIBLIOGRAFÍA	59

## LISTA DE CUADROS

	Pág.
Cuadro 1. Diez primeras causas de morbilidad por consulta externa. Departamento del Cauca, 2007.	12
Cuadro 2. Proceso de Autorizaciones en la Asociación Indígena del Cauca	18

## LISTA DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1. Presencia Nacional	17
Figura 2. Distribución porcentual según inclusión en el POS-S de las autorizaciones expedidas por la AIC EPS-I entre el 01 de abril de 2007 y el 31 de marzo de 2008.	42
Figura 3. Distribución Porcentual por Género y su Inclusión en el Pos-s de las autorizaciones expedidas por la AIC - EPS-I entre el 01 de abril de 2007 y el 31 de marzo de 2008.	43
Figura 4. Distribución Porcentual por Rango de Edad y Sexo de las autorizaciones expedidas por la AIC - EPS-I entre el 01 de abril de 2007 y el 31 de marzo de 2008.	45
Figura 5. Distribución porcentual por trimestre de las autorizaciones expedidas en AIC EPS-I entre el 1 de Abril de 2007 a 31 de Marzo de 2008.	46
Figura 6. Distribución porcentual por centro autorizador de las órdenes expedidas en la AIC EPS I entre el 1 de Abril de 2007 y 31 Marzo de 2008.	47
Figura 7. Costos de las actividades autorizadas por la AIC EPS-I entre el 1 Abril de 2007 a 31 Marzo de 2008	48
Figura 8. Distribución porcentual por IPS de las autorizaciones expedidas por la AIC EPS-I entre el 01 de abril de 2007 y el 31 de marzo de 2008	50
Figura 9. Distribución porcentual por actividad No Pos-s de las autorizaciones expedidas por la AIC EPS-I entre el 01 de abril de 2007 y el 31 de marzo de 2008	51

Figura 10. Distribución porcentual por especialidad no poss de las autorizaciones expedidas por la AIC EPS-I entre el 1 de Abril de 2007 y 31 de Marzo de 2008

## **GLOSARIO**

ARS: Administradora del Régimen Subsidiado

CNSSS: Consejo Nacional De Seguridad Social en Salud

EPS: Entidad Promotora de Salud

ESE: Empresa Social del Estado

FOSYGA: Fondo de Solidaridad y Garantía

IPS: Institución prestadora de servicios de salud

POS: Plan Obligatorio de Salud

POS - S: Plan Obligatorio de Salud Subsidiado

SISBEN: Sistema de Identificación de beneficiarios de Programas Sociales

SGSSS: Sistema general de Seguridad Social en salud

UPC: Unidad de Pago por Capitación

## RESUMEN

Se determinó si las autorizaciones emitidas en la Asociación Indígena del Cauca (AIC) se estaban expidiendo acorde con el plan obligatorio de salud subsidiado (POS – S), entre el 1 de abril de 2007 y 31 de marzo de 2008.

Se utilizó estadística descriptiva y un muestreo sistemático con un nivel de confianza del 98 %, que permitió identificar y clasificar si las 486 autorizaciones de la muestra emitidas en la AIC EPS fueron acordes al POS –S.

El 20 % de las autorizaciones fueron emitidas por fuera del POS – S de las cuales según la clasificación por actividad, para la que mas se genero estas órdenes fue a la consulta especializa con un 43. 8 % del total de autorizaciones No POS – S. El costo generado por estas autorizaciones fue de \$ 12.310.780 para este periodo de tiempo, si este lo proyectamos a diez años seria \$123.107.800 que la AIC EPS – I gastaría en la emisión de órdenes no POS –S; de acuerdo a estos resultados se evidencia la necesidad de tomar medidas correctivas.

Los datos se sistematizaron mediante el diseño de una hoja de cálculo en Excel, por medio de la cual se manejo la información de las variables y se interpreto cuales autorizaciones estaban o no emitidas acordes con el POS – S.

Palabras claves: Autorizaciones, POS- S, Normatividad

## INTRODUCCIÓN

Se pretende determinar si las autorizaciones emitidas en la Asociación Indígena del Cauca (AIC) se están expidiendo acorde con el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado (POS – S), entre el 1 de abril de 2007 y 31 de marzo de 2008.

Dado que con la implementación de la Ley 100 de 1993 se crea el Sistema General de Seguridad Social en Salud el cual tiene como objetivos la búsqueda de la universalidad, solidaridad, eficiencia, y la construcción de un régimen subsidiado dentro del sistema, aparecen entonces las A.R.S hoy denominadas E.P.S-S como entes mediadoras para administrar los recursos del Régimen Subsidiado financiados por recursos fiscales de la nación, el departamento y el municipio y por contribuciones de solidaridad que deben realizar todas las personas con capacidad de pago.

Existen pocos estudios de análisis respecto al adecuado uso de los recursos en el Régimen Subsidiado en lo que tiene que ver con la autorización de servicios. Se espera con este trabajo caracterizar este proceso en la Asociación Indígena del Cauca EPS- I, Regional Cauca, sede Popayán que permita verificar si estos servicios se autorizan de acuerdo a la normatividad vigente.

El estudio identifica el género y edad de los usuarios que demandaron las órdenes de apoyo, los servicios autorizados, la especialidad, la IPS receptora de la orden y los costos generados.

## **1. PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA**

El Plan Obligatorio de salud está conformado por un conjunto de beneficios dentro de un esquema de aseguramiento y construido como un conjunto de actividades, intervenciones, procedimiento, medicamentos esenciales, suministros e insumos para el fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad y requiere de guías de atención, protocolos y normas técnicas. Pretende mantener o recuperar la salud, lograr el bienestar individual y la integración de la comunidad y obtener calidad de vida acorde con la dignidad humana.

El Régimen subsidiado es parte del sistema general de seguridad social y es financiado a través de los recursos de las cuentas del FOSYGA, el 1.5 de los aportes de los usuarios del régimen contributivo, del sistema general de participaciones, recursos de ETESA, además del recurso de los impuestos de armas los cuales son entregados a los entes territoriales a quienes les corresponde hacer contratos con las EPS para que estas se encarguen de administrar los recursos asignados para la población pobre sin capacidad de pago, garantizando la cobertura de los servicios de salud establecidos en el plan obligatorio de salud enmarcado en la resolución 5261 y acuerdo 306, 228 y demás normas que reglamentan el régimen subsidiado, dichos recursos deben

usarse eficazmente y la forma más idónea en que las EPSS cumplirían esta función es generando las autorizaciones de acuerdo a la normatividad vigente para el régimen subsidiado.

Entre los años 2006 y 2007, la EPS Asmet Salud realizó un estudio con la metodología Seis Sigma, el cual concluyó que las principales causas de autorizaciones no pertinentes y mal elaboradas se debe a vacíos en el conocimiento del personal de autorizaciones, falta de atención de auxiliares de autorizaciones, fallas en el sistema de información, autorización de eventos no pos-s por parte de personal directivo. Finalmente el estudio arrojó como conclusiones que:

- ✓ El impacto financiero generado por el proyecto 6 sigma se ve reflejado en la disminución de pérdidas en \$6.188.641 durante el desarrollo del proyecto.
- ✓ La dedicación del equipo sigma es fundamental para garantizar su éxito de una manera rápida
- ✓ La fiabilidad de las mediciones son fundamentales para los análisis e intervenciones.
- ✓ Con la sola medición y el sentirse comparado mejoran los defectos causados por falta de atención de los funcionarios.

- ✓ La dedicación del equipo sigma es fundamental para garantizar su éxito de una manera rápida

Durante el año 2008, la Asociación Indígena del Cauca de los 8 puntos asignados para administración de recursos ha sido necesario asignar aproximadamente 3 de estos para garantizar la prestación de los servicios de salud; esto demuestra la necesidad de evaluar el proceso de expedición de autorizaciones de servicios a los afiliados para establecer si este proceso ha tendido inferencia en este sobrecosto.

Es importante entonces preguntarse: en qué proporción la Asociación Indígena del Cauca expide autorizaciones contrarias a lo establecido en la normatividad para el POS-S?

## **2. JUSTIFICACION**

Con la caracterización del proceso de autorización de servicios para establecer su conformidad con lo establecido en el Pos-s se identifica y cuantifica las autorizaciones expedidas en la empresa para determinar cuáles fueron emitidas según el Plan de beneficios del Régimen Subsidiado y cuáles no.

El procesamiento y resultados de los datos es información significativa para los dinamizadores del Área de Atención al comunero y la EPS-S en general, puesto que les dará a conocer los errores detectados en el proceso de autorizaciones que les permitirá implementar medidas correctivas que propendan por el fortalecimiento de dicho proceso.

Si la empresa disminuye el porcentaje de autorizaciones expedidas para eventos no contemplados en el P.O.S.S reduce el gasto de la unidad de pago por capitación en actividades o procedimientos que no están incluidos en este, cumpliendo de esta manera con lo establecido en la normatividad vigente para el flujo adecuado de recursos.

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1 GENERAL**

Determinar si las autorizaciones expedidas en la Regional Cauca (Sede Popayán) de la Asociación Indígena del Cauca se realizaron conforme con la normatividad vigente aplicable al régimen subsidiado durante el 01 de abril de 2007 y el 31 de marzo de 2008, a través del sistema de información.

#### **3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- ✓ Identificar las autorizaciones expedidas en la Asociación Indígena del Cauca, Sede Popayán entre el 01 de abril de 2007 y el 31 de marzo de 2008.
  
- ✓ Clasificar las autorizaciones expedidas en la Asociación Indígena del Cauca, de entre el 01 de abril de 2007 y el 31 de marzo de 2008 para determinar si estas fueron expedidas de acuerdo a la normatividad vigente para el Régimen Subsidiado.

- ✓ Identificar los eventos No POS-S autorizados y determinar la especialidad que mayor presente autorización de dichos eventos.
  
- ✓ Identificar el promedio de autorizaciones No POS-S expedidas por Centro de autorizaciones(actor)
  
- ✓ Establecer los costos generados por las autorizaciones No POS-S expedidas.
  
- ✓ Identificar el prestador con mayor número de autorizaciones No POS-S

## **4. MARCO TEORICO**

### **4.1. DESCRIPCION DE LA ORGANIZACIÓN**

La Asociación Indígena del Cauca, es una administradora del Régimen Subsidiado, creada por las comunidades indígenas del Cauca en Reunión de la junta Directiva del C.R.I.C. en el mes de Octubre de 1997 con el objeto de administrar los recursos encaminados al fortalecimiento político y organizativo de las propuestas en salud en las comunidades indígenas, así como la consolidación de un Régimen Especial Indígena.

Fue reconocida por la oficina de Asuntos Indígenas del Ministerio del Interior como Organización indígena por la Resolución 083 del 15 de Diciembre de 1997 y autorizada por la superintendencia Nacional de Salud para administrar recursos del Régimen Subsidiado en la Resolución 0609 del 20 de Marzo de 1998, posteriormente la superintendencia ha renovado varias veces la autorización de administración, siendo la última y vigente la Resolución No. 0349 del 23 de febrero de 2006.

La A.I.C surge como una necesidad de responder a los procesos de salud propia, encaminada a fortalecer procesos organizativos y culturales de los pueblos indígenas en materia de salud.

Comunero: se denomina así a los afiliados a esta EPS-I

Atención al comunero: Es el proceso responsable de información, orientación y expedición de órdenes de servicios a los comuneros afiliados a esta EPSI

#### **4.2 ASPECTOS DEMOGRAFICOS**

Aunque existen variados pueblos indígenas que hacen parte de la AIC (Yanaconas, Totoroes, Kokonuco, Siapidaras, Emberas, entre otras) la población afiliada mas representativa es el pueblo indígena Páez (NASA) está ubicado en la vertiente oriental de la cordillera Central, región sur de los Andes colombianos, en la zona de Tierradentro, comprendida entre los departamentos de Huila y Cauca, aunque también existen asentamientos en la zona norte del Cauca, el sur del Valle y los departamentos de Putumayo y Caquetá.

Los Paeces habitan 96 resguardos en los departamentos de Cauca, Huila, Tolima, Putumayo, Caquetá, Meta y Valle. Políticamente el resguardo constituye la unidad

básica de la población. Jurídicamente las tierras comprendidas entre los resguardos son propiedad colectiva de la comunidad. Cada resguardo posee su título, que fija sus límites y legitima el territorio.

**4.2.1 Morbilidad.** En el Cuadro 1. puede observarse las atenciones por consulta externa que la situación de salud se caracteriza por la prevalencia de enfermedades infecciosas y que en su mayoría son atendidas en el primer nivel de atención, pero que a menudo terminan presentando graves complicaciones y la muerte especialmente de la población de infantes o a la complicación cuando no se realiza un adecuado manejo y/o seguimiento, dentro de estas se encuentran, el resfriado común que incluye el complejo de enfermedades respiratorias como las neumonías y el asma, seguida de las parasitosis, las enfermedades diarreicas agudas, la infección de vías urinarias, infección aguda de las vías respiratorias superiores no especificada, la vaginitis y la infección viral no especificada, entre otras, son las primeras causas de morbilidad por consulta externa afectando a los grupos etareos menor de 1 años y 5 a 4 años, a consecuencia de los problemas de saneamiento básico identificados. (Ver Cuadro 1.)

**Cuadro 1. Diez primeras causas de morbilidad por consulta externa. Departamento del Cauca, 2007.**

<b>Código CIE 10</b>	<b>Causa</b>	<b>Casos</b>	<b>%</b>	<b>Tasa x 1000 hb</b>
J00X	Rinofaringitis aguda (resfriado común)	16351	20,57	62,24
B829	Parasitosis intestinal, sin otra especificación	14275	17,96	54,34
A09X	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	9752	12,27	37,12
I10X	Hipertensión esencial (primaria)	8461	10,64	32,21
N390	Infección de vías urinarias, sitio no especificado	7105	8,94	27,05
J069	Infección aguda de las vías respiratorias superiores, no especificada	6758	8,50	25,73
N760	Vaginitis aguda	5835	7,34	22,21
M545	Lumbago no especificado	4339	5,46	16,52
R51X	Cefalea	3625	4,56	13,80
B349	Infección viral, no especificada	2987	3,76	11,37
		<b>79488</b>	<b>100</b>	

Fuente: Base de Datos AIC Rips 2007

Las rinofaringitis se mantiene en el primer lugar en el año 2007 con respecto al año 2006, pero con aumento en el número de casos de un 84%(13.742) afectando principalmente al grupo de edad de 1 a 4 años, la parasitosis intestinal se mantiene en el 2º lugar en el año 2007, pero con aumento en el número de casos en un 82% (11.712) afectando al grupo etareo de 5 a 14 años, la enfermedad diarreica aguda ascendió al 3º lugar como causa de morbilidad en consulta externa, del 4º puesto en el 2006, también con aumento del número de casos en el año 2007 de un 88%(8.565) afectando al grupo edad de 1 a 4 años, la infección aguda de las vías respiratorias superiores aparece como sexta causa de morbilidad por consulta externa en el año 2007 con el 8%(6.758) de los casos y la infección viral no especificada ascendieron del 10º puesto en el 2006, al 9º puesto en el 2007, con aumento del número de casos en un 87%(2594) este diagnostico es inespecífico lo que puede estar ocultando enfermedades diarreicas o respiratorias.

Estas causas son prevenibles con una adecuada educación en las familias y con la implementación de las estrategias diseñadas a nivel nacional como el AIEPI.

Las infecciones de vías urinarias ascendió al 5º lugar en el 2007, con aumento en el número de casos en un 94%(6.645), afectando al grupo etareo de 15 a 44 años de edad, la vaginitis afecta el grupo etareo de 15 a 44 años se mantiene en el 7º lugar de las causas de morbilidad detectada, con aumento significativo con respecto al año 2006 en un 91% (5.288), relacionada esta, con enfermedades de

transmisión sexual, esto nos plantea la necesidad de implementar estrategias agresivas dentro de los programas en salud sexual y reproductiva y adopción de estilo de vida saludable.

Comparada con el año 2006 la Hipertensión Arterial viene afectando la población de 45 a 59 años y 60 años y mas, en el 2007, puesto que sigue apareciendo dentro de las diez primeras causas de morbilidad puesto que del 5 lugar en el 2006 ascendió al 4º puesto en el 2007 con aumento significativo en el numero de casos en un 88% (7.420).

Por otra parte a la complicación y al alto costo, aparecen los casos de infecciones de vías urinarias y la hipertensión arterial, afectando al grupo de edad de 15 a 59 años y los mayores de 60 años, debido a un inadecuado manejo inicial ha conducido a la Insuficiencia Renal, que es hoy una de las primeras enfermedades de alto costo atendidas en la AIC EPS\_I. Lo cual nos lleva a definir su manejo como de alta prioridad, contrastada esta información con los formatos de estado de salud y la información de ficha familiar se evidencia la ERA (Enfermedad respiratoria aguda), EDA (enfermedad diarreica aguda) y la HTA (Hipertensión arterial), enfermedades que están afectando a las comunidades indígenas día a día.

El lumbago no especificado, aparece como nueva causa de morbilidad detectada en consulta externa con el 6% (4339) de los casos afectando al grupo de 45 a 59 años de edad.

El dolor de cabeza como diagnostico inespecífico aparece dentro de las diez primeras causas de morbilidad detectada por consulta externa con el 5%(3.625) de los casos.

Los problemas de salud oral como caries de la dentina afectan la población entre 5 a 14 años y el grupo etareo de 15 a 44 años de edad, por lo tanto debe fortalecerse los programas encaminados a adoptar estilos de vida saludables y promover la higiene oral.

El aumento de los casos puede deberse a dos causas, la primera que la atención primaria en salud esta debilitada por los diferentes cambios del sistema de salud acontecidos, como la reestructuración de las IPS y transición a ESEs, trayendo consigo la disminución del personal rural que controla la incidencias de estas enfermedades y dos fortalecimiento de los sistemas de información por parte de la AIC-EPS-I.

### **4.3 ASPECTOS ADMINISTRATIVOS**

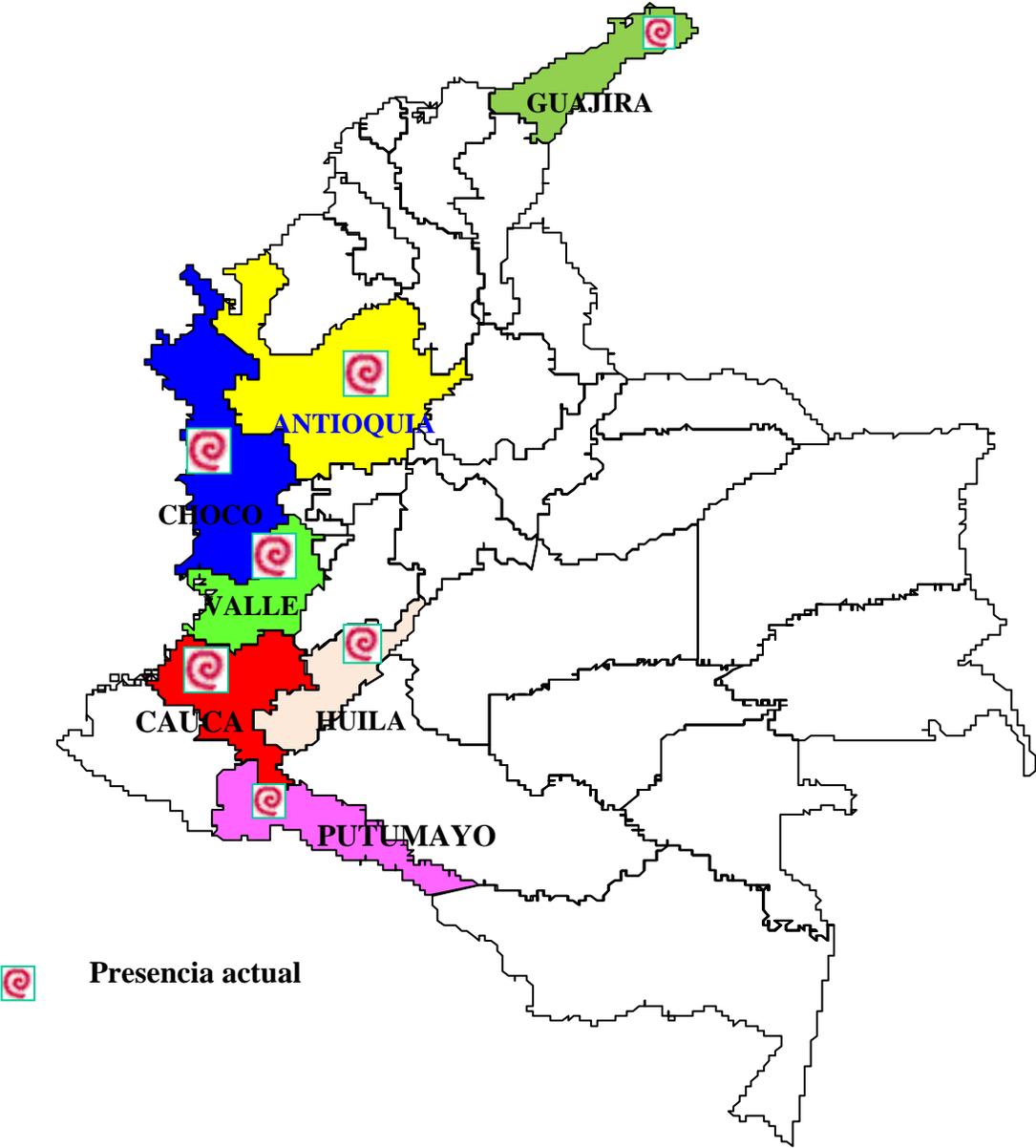
La Asociación Indígena Del Cauca A.I.C. - E.P.S - I tiene su Sede Nacional en el Departamento del Cauca al sur occidente del país, en la ciudad de Popayán.

El departamento del Cauca, es uno de los departamentos con mayor número de población indígena situación que ha favorecido el fortalecimiento y crecimiento de la empresa, pues en la actualidad 96 cabildos de los grupos étnicos Nasa, Guambianos, Epidaras, Yanaconas, Coconucos, Totoroes, Inganos y Guanacos; son socios.

La Asociación Indígena Del Cauca A.I.C. - E.P.S - I tiene 235.913 afiliados en el territorio nacional y está presente en los departamentos de:

- ✓ Guajira
- ✓ Antioquia
- ✓ Choco
- ✓ Valle
- ✓ Huila
- ✓ Putumayo

Figura 1. Presencia Nacional



**Cuadro 2. Proceso de Autorizaciones en la Asociación Indígena del Cauca**

<b>No</b>	<b>Actividades</b>	<b>Area</b>	<b>Responsable</b>
1	Entregar ficha y orientar a comuneros afiliados	Atención al Comunero	Auxiliar de atención al Comunero
2	Recepcionar Solicitud de Prestación de servicio y Documentos Soportes	Atención al Comunero	Auxiliar de atención al comunero
			Auxiliar Atención al comunero Local
3	Verificar Derechos de afiliación	Atención al Comunero	Auxiliar de atención al comunero
			Auxiliar Atención al comunero Local
4	Verificar si el servicio solicitado esta incluido en el Plan de Beneficios	Atención al Comunero	Auxiliar de atención al comunero
			Auxiliar Atención al comunero Local
5	Resolver dificultades de los auxiliares de atención al comunero en las autorizaciones	Atención al Comunero	Asistente de Atención al comunero
6	Seleccionar IPS de la Red	Atención al Comunero	Auxiliar de atención al comunero
			Auxiliar Atención al comunero Local
7	Solicitar a aseguramiento la contratación de actividades no cubiertas por la Red Contratada	Atención al Comunero	Asistente de Atención al comunero
8	Ingresar datos del comunero afiliado al sistema	Atención al Comunero	Auxiliar de atención al comunero
			Auxiliar Atención al comunero Local

**Continuación Cuadro 2.**

<b>No</b>	<b>Actividades</b>	<b>Area</b>	<b>Responsable</b>
9	Verificar, causar e imprimir liquidación de copago de acuerdo a nivel de SISBEN	Atención al Comunero	Auxiliar de atención al comunero
			Auxiliar Atención al comunero Local
10	Recibir dinero, emitir recibo de caja y entregar al comunero afiliado el original	Atención al Comunero	Auxiliar de atención al comunero
			Auxiliar Atención al comunero Local
11	Registrar en base de datos los comuneros afiliados de alto costo y embarazadas que solicitan servicios	Atención al Comunero	Auxiliar de atención al comunero
12	Emitir orden de Apoyo	Atención al Comunero	Auxiliar de atención al comunero
			Auxiliar Atención al comunero Local
13	Orientar al comunero afiliado sobre las condiciones de acceso al servicio autorizado	Atención al Comunero	Auxiliar de atención al comunero
			Auxiliar Atención al comunero Local
14	Hacer firmar la autorización del comunero afiliado	Atención al Comunero	Auxiliar de atención al comunero
			Auxiliar Atención al comunero Local
15	Generar y exportar el archivo plano de autorizaciones mensualmente con corte a 20 de cada mes	Atención al Comunero	Auxiliar de atención al comunero

**Continuación Cuadro 2.**

<b>No</b>	<b>Actividades</b>	<b>Area</b>	<b>Responsable</b>
16	Enviar registro y copia de autorizaciones manuales a la coordinación técnica de atención al comunero	Atención al Comunero	Auxiliar de atención al comunero
17	Generar consolidado mensual de autorizaciones, graficar y analizar	Atención al Comunero	Coordinador Técnico de atención al Comunero
18	Retroalimentar a los auxiliares de atención al comunero	Atención al Comunero	Coordinador Técnico de atención al Comunero
<b>REVISADO POR:</b> LIBERTO ANTONIO RIVERA		<b>APROBADO POR:</b> JUNTA DIRECTIVA	
<b>CARGO:</b> COORDINADOR POLITICO COOR. TECNICO DE ATENCION AL COMUNERO		<b>CARGO</b>	
<b>FECHA</b> 28 DE FEBERO 2007		<b>FECHA</b> 01 DE MARZO DE 2007	
<b>FIRMA:</b>		<b>FIRMA:</b>	

#### **4.4 MARCO LEGAL**

La Ley 100 define el sistema general de seguridad social que establece los planes de beneficios, entre ellos está el plan obligatorio de salud subsidiado para cubrir a la población pobre sin capacidad de pago, dentro de la cual está la población indígena, los recursos según lo que establece esta ley se manejan a través de un intermediario que son las empresa promotoras de salud “EPS” las cuales se encargan de la afiliación de los usuarios y de garantizar la prestación de los servicios de salud.

La Ley 100 de 1993 en su artículo 156, menciona que el Sistema General de Seguridad Social en Salud tendrá como características: En el literal B “Todos los habitantes en Colombia deberán estar afiliados al sistema general de seguridad social en salud, previo el pago de la cotización reglamentaria o a través del subsidio que se financiará con recursos fiscales, de solidaridad y los ingresos propios de los entes territoriales” En el literal C “Todos los afiliados al sistema general de seguridad social en salud recibirán un plan integral de protección de la salud, con atención preventiva, médico-quirúrgica y medicamentos esenciales, que será denominado el plan obligatorio de salud” En el literal J “Con el objeto de asegurar el ingreso de toda la población al sistema en condiciones equitativas, existirá un régimen subsidiado para los más pobres y vulnerables que se financiará con aportes fiscales de la Nación, de los departamentos, los distritos y

los municipios, el Fondo de Solidaridad y Garantía y recursos de los afiliados en la medida de su capacidad”

El artículo 157 hace referencia a los tipos de participantes en el Sistema General de Seguridad Social en Salud: A partir de la sanción de la presente ley, todo colombiano participará en el servicio público esencial de salud que permite el sistema general de seguridad social en salud. Unos lo harán en su condición de afiliados al régimen contributivo o subsidiado y otros lo harán en forma temporal como participantes vinculados:

Los afiliados al sistema mediante el régimen subsidiado de que trata el artículo 211 de la presente ley son las personas sin capacidad de pago para cubrir el monto total de la cotización. Será subsidiada en el sistema general de seguridad social en salud la población más pobre y vulnerable del país en las áreas rural y urbana. Tendrán particular importancia, dentro de este grupo, personas tales como las madres durante el embarazo, parto y posparto y período de lactancia, las madres comunitarias, las mujeres cabeza de familia, los niños menores de un año, los menores en situación irregular, los enfermos de Hansen, las personas mayores de 65 años, los discapacitados, los campesinos, las comunidades indígenas, los trabajadores y profesionales independientes, artistas y deportistas, toreros y sus subalternos, periodistas independientes, maestros de obra de construcción, albañiles, taxistas, electricistas, desempleados y demás personas sin capacidad de pago.

Respecto al Régimen de Beneficios, el Artículo 162 de la Ley 100 hace referencia al Plan obligatorio de salud: El sistema general de seguridad social de salud crea las condiciones de acceso a un plan obligatorio de salud para todos los habitantes del territorio nacional antes del año 2001. Este plan permitirá la protección integral de las familias a la maternidad y enfermedad general, en las fases de promoción y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para todas las patologías, según la intensidad de uso y los niveles de atención y complejidad que se definan.

Para los afiliados según las normas del régimen subsidiado, el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud diseñará un programa para que sus beneficiarios alcancen el plan obligatorio del sistema contributivo, en forma progresiva antes del año 2001. En su punto de partida, el plan incluirá servicios de salud del primer nivel por un valor equivalente al 50% de la unidad de pago por capitación del sistema contributivo. Los servicios del segundo y tercer nivel se incorporarán progresivamente al plan de acuerdo con su aporte a los años de vida saludables.

**4.4.1 Respecto al régimen subsidiado.** El artículo 211 define el Régimen Subsidiado como el conjunto de normas que rigen la vinculación de los individuos al sistema general de seguridad social en salud, cuando tal vinculación se hace a través del pago de una cotización subsidiada, total o parcialmente, con recursos fiscales o de solidaridad de que trata la presente ley.

El artículo 212 contempla la creación del Régimen Subsidiado que tendrá como propósito financiar la atención en salud a las personas pobres y vulnerables y sus grupos familiares que no tienen capacidad de cotizar. La forma y las condiciones de operación de este régimen serán determinadas por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Este régimen de subsidios será complementario del sistema de salud definido por la Ley 10 de 1990.

El artículo 213 refiere los Beneficiarios del régimen: será beneficiaria del régimen subsidiado toda la población pobre y vulnerable, en los términos del artículo 157 de la presente ley

El Gobierno Nacional, previa recomendación del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud definirá los criterios generales que deben ser aplicados por las entidades territoriales para definir los beneficiarios del sistema, según las normas del régimen subsidiado. En todo caso, el carácter del subsidio, que podrá ser una proporción variable de la unidad de pago por capitación, se establecerá según la capacidad económica de las personas, medida en función de sus ingresos, nivel educativo, tamaño de la familia y la situación sanitaria y geográfica de su vivienda. Las personas que cumplan con los criterios establecidos por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud como posibles beneficiarios del régimen de subsidios se inscribirán ante la dirección de salud correspondiente, la cual calificará su condición de beneficiario del subsidio, de acuerdo con la reglamentación que se expida para el efecto.

El régimen subsidiado se financiará según el artículo 214 con los siguientes recursos:

- a) Quince puntos como mínimo de las transferencias de inversión social destinadas a salud de que trata el numeral 2º del artículo 22 de la Ley 60 de 1993. Los 10 puntos restantes deberán invertirse de conformidad con el numeral 2º del artículo 21 de la Ley 60 de 1993, exceptuando el pago de subsidios. Adicionalmente, durante el período 1994-1997 10 puntos de la transferencia de libre asignación de que trata el parágrafo del artículo 22 de dicha ley deberán destinarse a dotación, mantenimiento y construcción de infraestructura de prestación de servicios.
- b) Los recursos propios y aquellos provenientes de Ecosalud que los departamentos y municipios destinen al régimen de subsidios en salud;
- c) Los recursos del situado fiscal y de las rentas cedidas a los departamentos que se requieran para financiar al menos las intervenciones de segundo y tercer nivel del plan de salud de los afiliados al régimen subsidiado, conforme a la gradualidad de que trata los artículos 161 y 240 del presente libro;
- d) Los recursos para subsidios del Fondo de Solidaridad y Garantía que se describen en el artículo 221 de la presente ley, y
- e) El 15% de los recursos adicionales que a partir de 1997 reciban los

municipios, distritos y departamentos como participaciones y transferencias por concepto del impuesto de renta sobre la producción de las empresas de la industria petrolera causada en la zona de Cupiagua y Cusiana.

- f) De la Administración del régimen subsidiado, el artículo 215 menciona que las direcciones locales, distritales o departamentales de salud suscribirán contratos de administración del subsidio con las entidades promotoras de salud que afilien a los beneficiarios del subsidio. Estos contratos se financiarán con los recursos del Fondo de Solidaridad y Garantía y los recursos del subsector oficial de salud que se destinen para el efecto.

Las entidades promotoras de salud que afilien a los beneficiarios del régimen subsidiado prestarán, directa o indirectamente, los servicios contenidos en el plan de salud obligatorio.

**4.4.2 La evolución del Plan Obligatorio de Salud.** La ley 100 de 1993 establece para los afiliados al régimen subsidiado que: "... El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud Diseñará un programa para que sus beneficiarios alcancen el plan obligatorio del sistema contributivo, en forma progresiva antes del 2001".

"... En el periodo de transición la población del régimen subsidiado obtendrá los servicios hospitalarios de mayor complejidad en hospitales públicos del sector

oficial y en los hospitales privados con los cuales el estado tenga contrato de prestación de servicios”.

“para la prestación de los servicios del plan obligatorios de salud, todas las Entidades Promotoras de Salud establecerán un sistema de referencia y contrarreferencia, para que el acceso a los servicios de alta complejidad se realizase por el primer nivel de atención, excepto en los servicios de urgencias”.

El Acuerdo 23 del CNSSS lo define como la cobertura de riesgos y servicios a que tienen derecho los afiliados al régimen subsidiado.

El Acuerdo 49 del CNSSS establece que “El Pos-s comprende los servicios, procedimientos, suministros que el Sistema General De Seguridad Social en Salud (SGSSS) garantiza a las personas afiliadas con el propósito de mantener y recuperar su salud.

El Acuerdo 72 del CNSSS establece el Plan obligatorio de Salud Subsidiado comprende servicios, procedimientos, suministros que el Sistema General De Seguridad Social en Salud SGSSS garantiza a las personas aseguradas con el propósito de mantener y recuperar su salud.

El Acuerdo 74 del CNSSS adiciona al plan de beneficios del régimen subsidiado los servicios de rehabilitación y algunos procedimientos quirúrgicos.

El Acuerdo 228 del CNSSS adoptó el Manual de Medicamentos del Sistema General De Seguridad Social en Salud SGSSS.

El Acuerdo 117 “ Por el cual se establece el obligatorio cumplimiento de las actividades, procedimientos e intervenciones de Demanda Inducida y la atención de Enfermedades De interés en Salud publica” y el Acuerdo 125 “Por medio del cual se establece el periodo de transición par la aplicación de el Acuerdo 117 y se dictan otras disposiciones.

Mediante los Acuerdo 282, 236, 263, 336, 368, se actualizó el Manual de Medicamentos del Plan Obligatorio de Salud.

La Resolución 5261 de 1994, establece el manual de actividades, intervenciones y procedimientos del Plan Obligatorio de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. (MAPIPOS).

La Ley 715 de 2001 dicta normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros.

La Ley 1122 de 2007, tiene como objeto realizar ajustes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, teniendo como prioridad el mejoramiento en la

prestación de los servicios a los usuarios. Con este fin se hacen reformas en los aspectos de dirección, universalización, financiación, equilibrio entre los actores del sistema, racionalización, y mejoramiento en la prestación de servicios de salud, fortalecimiento en los programas de salud pública y de las funciones de inspección, vigilancia y control y la organización y funcionamiento de redes para la prestación de servicios de salud.

El Decreto 2174 de 1996 en su Artículo 6o. Define la responsabilidad de las entidades promotoras de salud y de los prestadores de servicios de salud:

Las Entidades Promotoras de Salud y las que se asimilen, y los prestadores de servicios de salud son responsables de la Calidad de la atención en salud de su población afiliada y usuaria, en el marco de las obligaciones que les asigna la ley; sin perjuicio de las responsabilidades propias de los demás integrantes del sistema.

El Acuerdo 326 DE 2005, adoptan algunos lineamientos para la organización y funcionamiento del Régimen Subsidiado de los pueblos indígenas.

El Acuerdo 306 de 2005, define el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado, en su Artículo 2°. refiere los *contenidos del Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado. POS-S.*

A. Acciones para Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad. La cobertura de servicios incluye la colposcopia con biopsia y estudio anatomopatológico con coloraciones de rutina, para la detección precoz del Cáncer Cervicouterino.

B. Acciones para la recuperación de la Salud. Incluye las actividades, procedimientos e intervenciones según los siguientes niveles de cobertura y grados de complejidad, y teniendo en cuenta las definiciones y responsabilidades establecidas en los artículos 91 al 95 de la Resolución 5261 de 1994.

1. Cobertura de servicios de primer nivel de complejidad: El plan cubre la atención para todos los afiliados en el Régimen Subsidiado, de todos los eventos y problemas de salud susceptibles de ser atendidos en el primer nivel de atención por médico general y/o personal auxiliar y/o paramédico y/o de otros profesionales de la salud no especializados, en forma ambulatoria, o con hospitalización según lo definido para ese nivel en los artículos 20, 21, 96 al 100 y del 103 al 104 de la Resolución 5261 de 1994.

2. Cobertura de servicios de segundo y tercer nivel de complejidad. El POS-S cubre:

2.1. Atención del proceso de gestación, parto y puerperio.

2.2 Atención del menor de un año de edad.

2.3. La consulta de oftalmología y optometría para los menores de 20 años y mayores de 60 años.

2.4. Atención de los casos con diagnóstico de estrabismo en menores de cinco años,

2.5. Atención de los casos con diagnóstico de cataratas de cualquier etiología en cualquier grupo de edad,

2.6. Atención de los casos de Ortopedia y Traumatología.

2.6.4. Atención en Fisiatría y Terapia Física con actividades, procedimientos e intervenciones de acuerdo con el artículo 84 de la Resolución 5261 de 1994, para los casos de Traumatología y Ortopedia que lo requieran como parte de su atención integral, incluyendo consulta y procedimientos ambulatorios u hospitalarios.

2.6.5. La ayuda diagnóstica de resonancia magnética no se incluye para las atenciones ambulatorias, se reconoce solo para casos de pacientes hospitalizados.

2.7. Atención de los siguientes procedimientos quirúrgicos: Apendicectomía, Histerectomía, Colectomía, Herniorrafia inguinal, Herniorrafia crural y Herniorrafia umbilical, así como la esterilización quirúrgica femenina según las normas técnicas vigentes.

2.8. Atención para rehabilitación funcional. Atención de las personas, en cualquier edad, con deficiencia, discapacidad y/o minusvalía, cualquiera haya sido la etiología o afección causante o tiempo de evolución, con las actividades, procedimientos e intervenciones en salud necesarias para la rehabilitación funcional, de las contenidas en el artículo 84 de la Resolución 5261 de 1994.

El suministro de Prótesis y Ortesis se hará en sujeción a lo dispuesto en el artículo 12 de la Resolución 5261 de 1994.

3. Atenciones de Alto Costo: Garantiza la atención en salud a todos los afiliados en los siguientes casos:

3.1. Casos de pacientes con diagnóstico de enfermedades cardíacas, de aorta torácica y abdominal, vena cava, vasos pulmonares y renales, de cualquier etiología y en cualquier grupo de edad que requieran atención quirúrgica, incluyendo actividades y procedimientos de Cardiología y Hemodinamia.

3.2. Casos de pacientes que requieran atención quirúrgica para afecciones del Sistema Nervioso Central de cualquier etiología y en cualquier grupo de edad, incluyendo las afecciones vasculares y neurológicas, intracraneales y las operaciones plásticas en cráneo necesarias para estos casos, descritas en el artículo 56 de la Resolución 5261 de 1994.

3.3. Casos de pacientes en cualquier edad con diagnóstico de Insuficiencia Renal Aguda o Crónica,

3.4. Casos de paciente clasificado como Gran Quemado, entendiéndose como tal:

- Con quemaduras profundas mayores al 20% de extensión de superficie corporal.
- Con quemaduras profundas en cara, manos, periné o pies independientemente de su extensión.

3.5. Casos de infección por VIH

3.6. Casos de pacientes con Cáncer: La cobertura comprende la atención integral ambulatoria y hospitalaria necesaria en cualquier nivel de complejidad del paciente con Cáncer.

3.7. Atención de pacientes que requieran reemplazo articular parcial o total de cadera o Rodilla.

3.8. Cuidados Intensivos: Garantiza la atención dentro de la Unidad de Cuidados Intensivos conforme las definiciones y normas de habilitación vigentes.

4. Materiales y suministros. El Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado cubre todo insumo o material médico-quirúrgico, siempre y cuando sea necesario para la adecuada calidad en la ejecución de las actividades, procedimientos e intervenciones en salud de los casos o eventos señalados en el presente Acuerdo.

5. Ortesis, prótesis, y dispositivos biomédicos. En materia de ayudas visuales el POS-S incluye para los menores de 20 años y mayores de 60 años, el suministro de la montura hasta por un valor equivalente al 10% del salario mínimo legal mensual vigente, y suministro de lentes cada vez que por razones médicas sea necesario su cambio.

Para la atención de los casos y eventos establecidos en el presente Acuerdo, en lo relacionado con otras ayudas para tratamiento y rehabilitación, prótesis y ortesis, así como dispositivos biomédicos, el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado cubre los mencionados en la Resolución 5261 de 1994 con sujeción a lo dispuesto en el artículo 12 de la misma.

6. Cobertura de servicios de hospitalización diferentes a UCI.

6.1. Para atención hospitalaria de los casos y eventos descritos en el presente Acuerdo el POS-S cubre la internación solamente en habitación compartida en los servicios de hospitalización general de la complejidad necesaria. Se exceptúan aquellos pacientes que por razones médicas requieran aislamiento, para los cuales está cubierta la internación en habitación unipersonal.

6.2. El POS-S cubre la internación en otras unidades de cuidado médico especiales solamente en los casos, eventos y condiciones descritas en el presente acuerdo.

7. Transporte de Pacientes. El POS-S cubre el traslado interinstitucional de:

- Pacientes hospitalizados por enfermedades de alto costo para los casos definidos en el presente Acuerdo, que por sus condiciones de salud y limitaciones en la oferta de servicios del lugar donde están siendo atendidos, requieran un traslado a un nivel superior de atención.
- Pacientes en caso de urgencia que requieran traslado a otros niveles de atención cuando medie la remisión de un profesional de la salud.
- Pacientes ambulatorios y hospitalizados por los cuales la ARS recibe prima adicional o UPC diferencial, en cualquier caso o evento descrito en el presente acuerdo y que requiera servicios de cualquier complejidad, previa remisión de un profesional de la salud, cuando existan limitaciones de oferta de servicios en el lugar o municipio.

8. Medicamentos. Las ARS deben garantizar los medicamentos descritos en el Manual de Medicamentos vigente del sistema siempre y cuando se trate de los casos y eventos referidos en el presente Acuerdo.

9. Complementación diagnóstica y terapéutica. Para los casos y eventos descritos en todos los numerales anteriores están cubiertas todas las actividades, procedimientos e intervenciones necesarias para complementación diagnóstica y terapéutica dentro de lo dispuesto en el presente Acuerdo con sujeción a los contenidos establecidos en la Resolución 5261 de 1994.

Artículo 3°. *Cobertura de servicios en casos 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 1283 de 1996 o las normas que lo modifiquen, adicionen y sustituyan, la Administradora de Régimen Subsidiado cubrirá los servicios necesarios siempre y cuando se traten de casos y eventos o servicios establecidos en el presente Acuerdo.

Artículo 4°. *Atención Inicial de Urgencias.* Las ARS deben garantizar la atención inicial de urgencias conforme la definición vigente contenida en el Decreto 783 de 2000 o el que lo complemente o modifique con todas las actividades, intervenciones y procedimientos que a criterio médico sean necesarios, de tal manera que pueda ser manejado, trasladado, remitido o diferido, para recibir su tratamiento posterior definitivo, conforme las normas de urgencias y de referencia vigentes. La atención subsiguiente y/o el tratamiento definitivo solamente será garantizado por la ARS si corresponde a los casos y eventos descritos en el presente Acuerdo.

Artículo 5°. *Reaseguro para la atención de Alto Costo.* Toda ARS debe garantizar la atención de alto costo establecida en el presente Acuerdo, para todos sus beneficiarios mediante un mecanismo de reaseguros, y de conformidad con lo estipulado en los artículos 46 y 47 del Decreto 050 de 2002 o cualquier norma que lo complemente, adicione o sustituya.

Artículo 6°. *Períodos de carencia.* El Régimen Subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud, no contempla preexistencias para sus afiliados, ni períodos mínimos de afiliación para la atención.

Artículo 7°. *Plan Obligatorio de Salud para Comunidades Indígenas.* Las ARS que afilian a población indígena deberán concertar con las comunidades indígenas la adecuación sociocultural y logística de los contenidos del POS previa aprobación de los Consejos Territoriales de

Seguridad Social en Salud y aprobación definitiva del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, dentro del tope máximo de la UPC subsidiada sin disminuir los contenidos previstos en el presente Acuerdo. Igualmente deberán ser concertadas las formas de prestación de servicios del POS objeto de la concertación y las IPS que constituyen la red prestadora.

Artículo 8°. *Beneficios en esquema de subsidios parciales.* Las personas que accedan al esquema de subsidios parciales tendrán derecho a recibir los siguientes beneficios del POS-S:

a) Atención integral de alto costo según lo dispuesto en el numeral 3 del artículo 2° en el presente Acuerdo, y en lo pertinente por lo dispuesto en los numerales 4, 5, 6, 7, 8 y 9 cuando sea necesario para el tratamiento de alto costo;

b) Atención integral en ortopedia y traumatología, incluida la rehabilitación física necesaria en estos casos, conforme lo establecido en el numeral 2.6 y en lo pertinente por lo dispuesto en los numerales 4, 5, 6, 7, 8 y 9 del artículo 2° del presente Acuerdo, cuando sea necesario para la atención de ortopedia y traumatología;

c) La atención integral del embarazo, parto y puerperio, y sus complicaciones con servicios de cualquier nivel de complejidad, según lo dispuesto en numerales 1 y 2.1 y en lo pertinente, por lo dispuesto en los numerales 4, 5, 6, 7, 8 y 9 del artículo 2° del presente Acuerdo cuando sea necesario para la atención del embarazo, parto y puerperio y sus complicaciones;

d) Atención integral al menor de un año en cualquier nivel de complejidad para toda enfermedad o afección de cualquier etiología, según lo dispuesto en los numerales 1 y 2.2 y en lo pertinente por lo dispuesto en los numerales 4, 5, 6, 7, 8 y 9 del artículo 2° del presente Acuerdo cuando sea necesario para la atención al menor de un año;

e) Los medicamentos, incluidos en el Manual de Medicamentos vigente del sistema; que sean formulados como parte de las atenciones señaladas en los literales anteriores del presente artículo;

f) Los medicamentos incluidos en el Manual de Medicamentos vigente del Sistema que sean formulados como parte de la atención ambulatoria de primer nivel de complejidad cubierto por el Régimen Subsidiado, siempre y cuando haya sido prescrito por un profesional de la salud de primer nivel de la red pública, prescripción que debe ser verificable en la respectiva historia clínica.

Parágrafo. Para los afiliados mediante subsidio parcial, los servicios no incluidos en el presente artículo serán suministrados con los recursos del Sistema General de Participaciones para Salud u otros destinados a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, para lo cual se consideran, como hasta la fecha, vinculados.

El Acuerdo 282 de 2004, fija el valor de la Unidad de Pago por Capitación del Plan Obligatorio de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado para el año 2005 e incluye la atención de los pacientes que requieran trasplante hepático, el cual se considera tratamiento de alto costo con algunos medicamentos, determinación de la Carga Viral para VIH, Colposcopia con biopsia, dispositivo stent intracoronario no recubierto y su inserción.

El Acuerdo 313 de 2005, incluye la cobertura del procedimiento de Colectectomía por vía laparoscópica.

El acuerdo 259 de 2004 e fija el valor de la Unidad de Pago por Capitación del Plan Obligatorio de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado para el año 2004 e incluye el costo de la prueba de ayuda diagnóstica de laboratorio Carga Viral para VIH y de la prótesis endovascular Sent. Coronario Convencional no recubierto.

El acuerdo 289 de 2005, aclara la cobertura de servicios en el plan obligatorio de salud del régimen contributivo y del régimen subsidiado: en los planes obligatorios de salud del régimen contributivo y del régimen subsidiado están incluidos los procedimientos de cirugía plástica, maxilofacial y de otras especialidades descritas en la resolución 5261 de 1994, que se relacionan a continuación, siempre que tengan fines reconstructivos: □cirugías reparadoras de seno, □tratamiento para paladar hendido y labio fisurado, □tratamiento para gran quemado.

El Acuerdo 302 de 2005, incluye en el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo y del Régimen Subsidiado la cobertura de las mallas de polipropileno no recubiertas, usadas en los procedimientos de herniorrafia o hernioplastia incluidos en el Plan Obligatorio de Salud de cada régimen

## **5. DISEÑO METODOLOGICO**

### **5.1 TIPO ESTUDIO**

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo. Se identificó y cuantificó las autorizaciones expedidas por la Asociación Indígena del Cauca entre el 01 de abril de 2007 al 31 de marzo de 2008 para determinar cuáles fueron emitidas según el P.O.S.S.

### **5.2 POBLACIÓN**

La población de estudio fueron las 14986 autorizaciones que fueron generadas en la Asociación Indígena del Cauca entre el 01 de abril de 2007 al 31 de marzo de 2008, sede Popayán.

### **5.3 MUESTRA**

Se realizó un muestreo sistemático con un nivel de confianza del 98%, que arrojó una muestra de 486 autorizaciones emitidas en la EPS en el periodo comprendido entre abril de 2007 a marzo de 2008.

$$n = \frac{NZ^2PQ}{NE^2 + ZPQ} \text{ Tamaño de la muestra}$$

**N=** 14,986 **Tamaño de la población**

**P=** 0.5

**Q=** 0.5 (1-P)

**E=** 5% **Margen de Error**

**Z=** 1.64          1.96          2.24          2.58

**Nivel de significación:** **90.00%**      **95.00%**    **98%**    **99.50%**

**Z<sup>2</sup>** 2.6896          3.8416    5.0176    6.6564

**E<sup>2</sup>**          0.0025

**n=** 264.2          374.6      **486**          637.3

#### **5.4 RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN**

Se solicitó al coordinador del área de sistemas de la AIC, la información requerida quien generó los reportes desde el software de autorizaciones del programa SITIS y la entregó a los investigadores condensada en un CD rom, esta información fue filtrada hasta obtener los datos correspondientes a la sede Popayán.

La información se proceso en el programa tablas dinámicas de Excel.

## **5.5 VARIABLES**

- Socio-demográficas: Género, Edad
- Servicio Autorizado por actividad
- Servicio Autorizado por especialidad
- Fecha de generación del servicio
- Institución Prestadora del Servicio
- Actor: Se denomina así a la persona responsable de generar las autorizaciones
- Valor del servicio

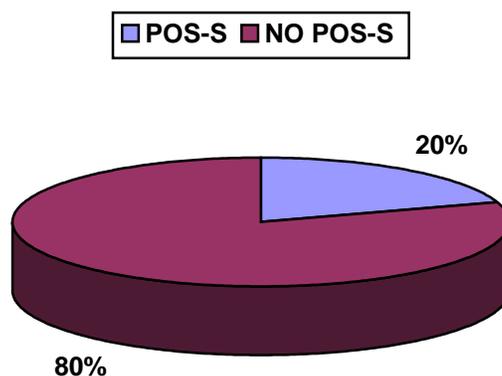
## **5.6 CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

- Autorizaciones expedidas en la Sede Popayán.
- Autorizaciones expedidas entre el 01 de abril de 2007 y el 31 de marzo de 2008.

## 6. RESULTADOS

El análisis de resultados está dividido en dos secciones: análisis y porcentaje de las frecuencias de ocurrencia de cada una de las variables y un análisis agrupado con cruce de variables de acuerdo a la autorización de eventos no incluidos en el plan obligatorio de salud del régimen subsidiado que se describe a continuación:

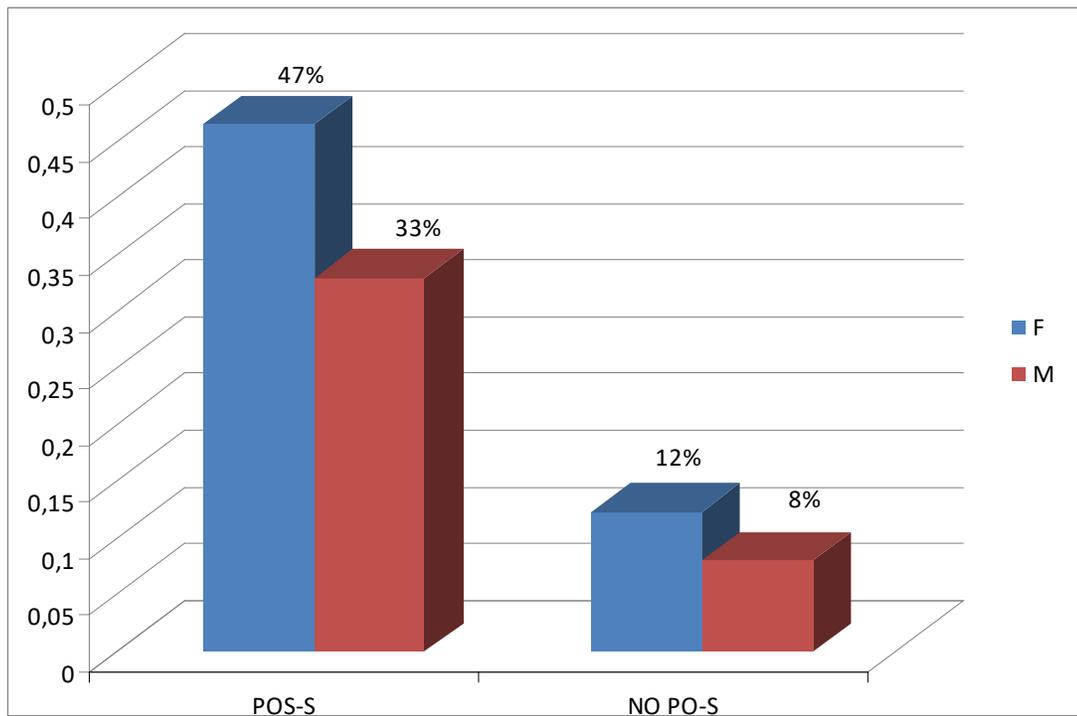
**Figura 2. Distribución porcentual según inclusión en el POS-S de las autorizaciones expedidas por la AIC EPS-I entre el 01 de abril de 2007 y el 31 de marzo de 2008.**



Fuente: esta investigación

De las 486 autorizaciones expedidas en la Asociación Indígena del Cauca entre el 01 de abril de 2007 y el 31 de marzo de 2008 y que fueron objeto de la muestra, se encontró que: el 80% (390) fueron emitidas conforme a lo establecido en el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado, el 20% restante están por fuera de este. (Figura 2.)

**Figura 3. Distribución Porcentual por Género y su Inclusión en el Pos-s de las autorizaciones expedidas por la AIC - EPS-I entre el 01 de abril de 2007 y el 31 de marzo de 2008.**

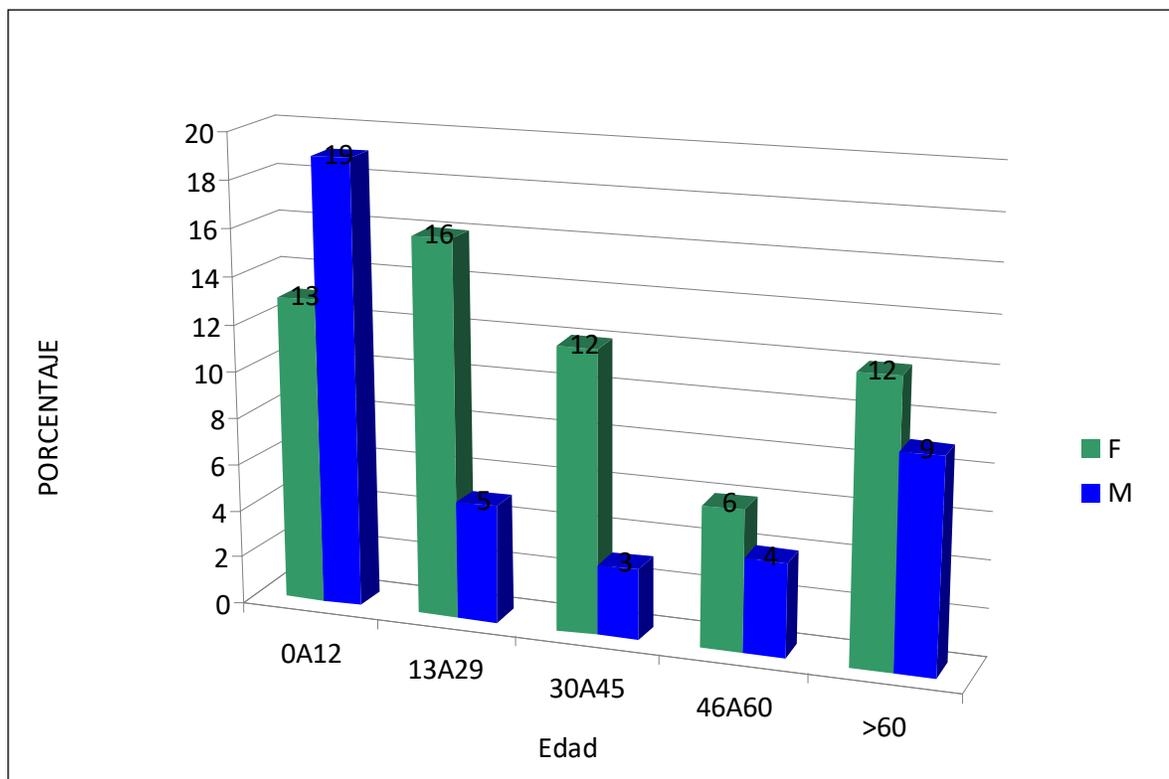


Fuente: esta investigación

De los 486 datos de la muestra su distribución por género fue la siguiente: 286 datos son mujeres es decir el 59% y 200 hombres que corresponden al 41%. Estos resultados siguen la tendencia de las distribuciones demográficas a nivel nacional, que especifica que por cada hombre hay dos mujeres. Se hizo el cruce de sexo vs actividades incluidas en el Plan Obligatorio de Salud subsidiado y se encontró que el 80% de las actividades autorizadas corresponden al POSS , es decir 390 autorizaciones del total de muestra y el 20% de dichas autorizaciones son NO POSS que corresponden a 96 ordenes (Figura 3.)

Respecto a la edad el 32 % de las autorizaciones expedidas en la AIC EPS - I corresponde a niños entre los cero y 12 años, de los cuales el 63 son mujeres y 94 son hombres; en esta distribución de frecuencias de mayor a menor continúan los datos agrupados de la población mayor de 60 años y el rango de edad de 13 a 29 años con el 21% para cada uno, el último dato relevante corresponde a la población en el rango de edad de 30 a 45 años con un 15%.

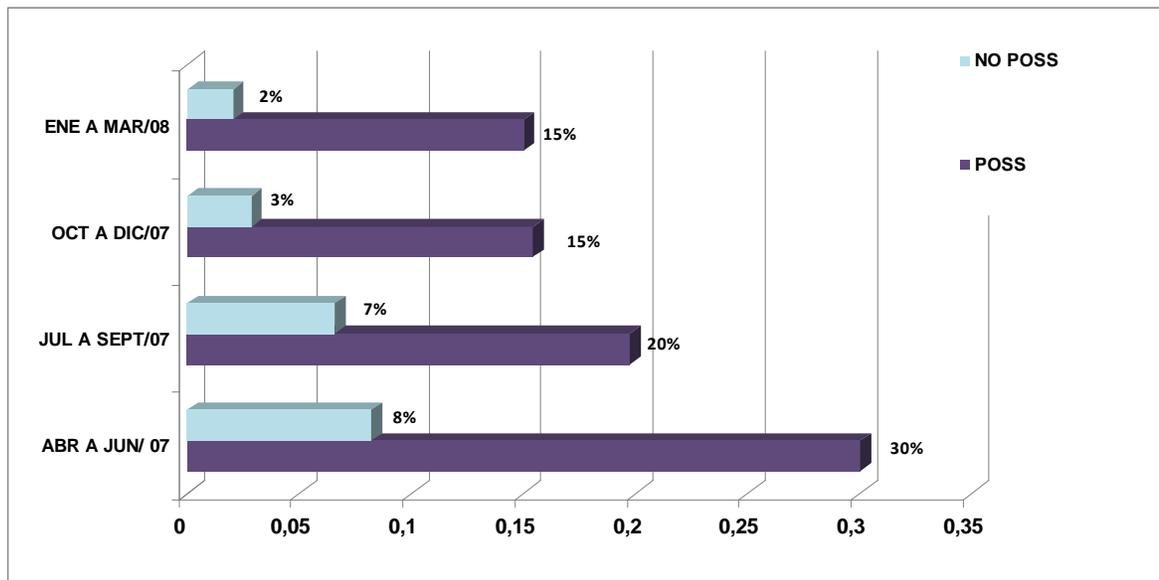
**Figura 4. Distribución Porcentual por Rango de Edad y Sexo de las autorizaciones expedidas por la AIC - EPS-I entre el 01 de abril de 2007 y el 31 de marzo de 2008.**



Fuente: esta investigación

Las autorizaciones según sexo y edad se relacionan directamente con el perfil epidemiológico de la población afiliada a la AIC EPS -I que muestra en el año 2007 una morbilidad mayor en niños, mayores de 60 años del sexo femenino. Podría compararse además con la distribución que se asigna de la UPC del régimen contributivo, donde el mayor porcentaje de recursos se direcciona a la población infantil, mayores de 60 años y mujeres en edad fértil.

**Figura 5. Distribución porcentual por trimestre de las autorizaciones expedidas en AIC EPS-I entre el 1 de Abril de 2007 a 31 de Marzo de 2008.**

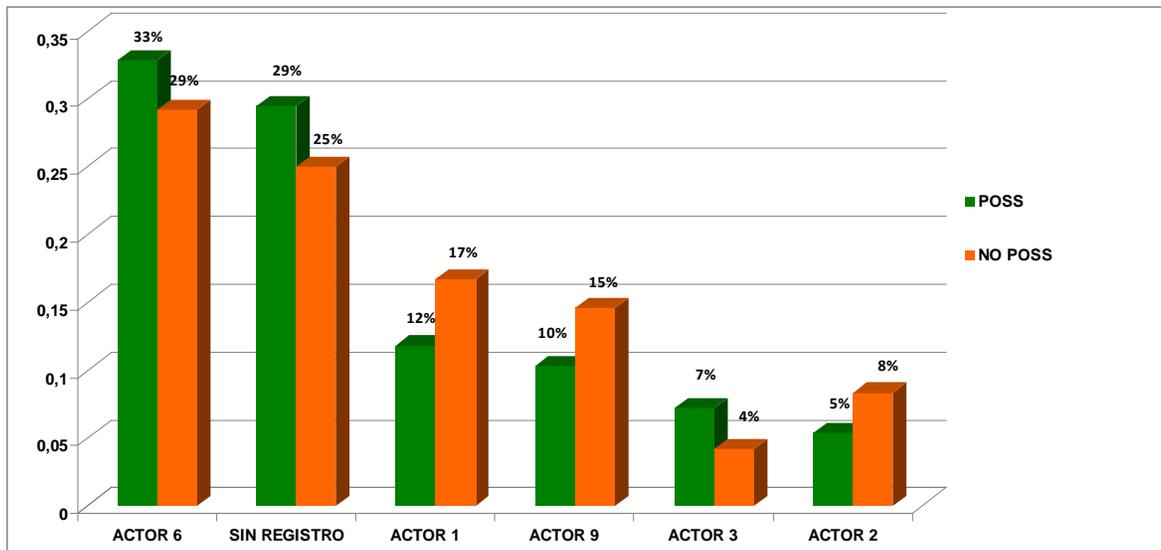


Fuente: esta investigación.

Según la distribución de autorizaciones por trimestre, la mayor frecuencia se vio en el periodo comprendido entre abril a junio de 2007 donde se emitieron 40 órdenes de eventos No Pos-s que corresponde al 8%, del 20 % total de autorizaciones no incluidas en el Pos-s, por lo que se puede inferir que está relacionado con el periodo crítico que se atraviesa en la AIC durante los primeros meses de cada año debido al ingreso de nuevo personal, que debe capacitarse y entrenarse para un eficiente desempeño de sus funciones; se ve consecuentemente que en los trimestres siguientes julio a septiembre con un 7%(32), octubre a diciembre de 3%(14) van disminuyendo los porcentajes de autorización de eventos No Pos.-s. De enero a marzo de 2008 se observa un

porcentaje de autorizaciones No Pos-s del 2% (10) que muestra una tendencia diferente a la observada en el primer trimestre de este estudio, talvez debido a que en este periodo la rotación de personal en el Área de Atención al Comunero no fue significativa.

**Figura 6. Distribución porcentual por centro autorizador de las órdenes expedidas en la AIC EPS I entre el 1 de Abril de 2007 y 31 Marzo de 2008.**

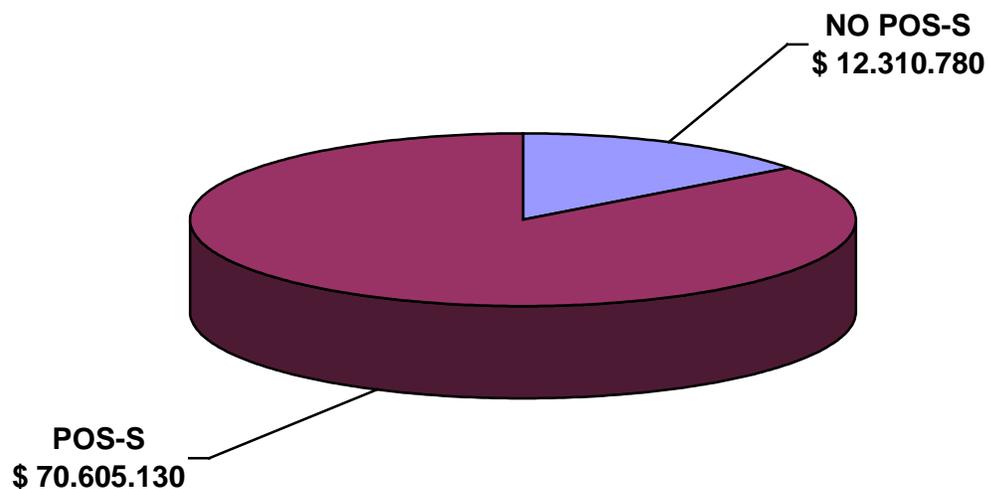


Fuente: esta investigación.

Para clasificar a los actores que generaron las órdenes, se obtuvo la mediana que nos indica que el número promedio de autorizaciones No Pos-s emitidas por autorizador es de 6, la moda obtenida nos muestra que el puntaje que más se repite por autorizador es de 1, representado por el actor 4 y 5.

Para los actores es importante mencionar que existe un sesgo respecto al ítem “Sin Registro”, quizás relacionado con la instalación e implementación de un nuevo Software para autorizaciones durante este periodo. “En el estudio seis sigma catalogaron la emisión de órdenes No Pos-s por las siguientes causas: vacíos de conocimiento en el personal de autorizaciones, falta de atención del personal autorizaciones, fallas en el sistema de información y que el personal del nivel directivo autoriza la emisión de órdenes No Pos-s”. A pesar de que este estudio no tenía como objeto categorizar las causas de los errores al emitir autorizaciones inadecuadamente, lo observado en la cotidianidad evidencia que esta característica también se presentan en el proceso de autorizaciones de la AIC EPS I.

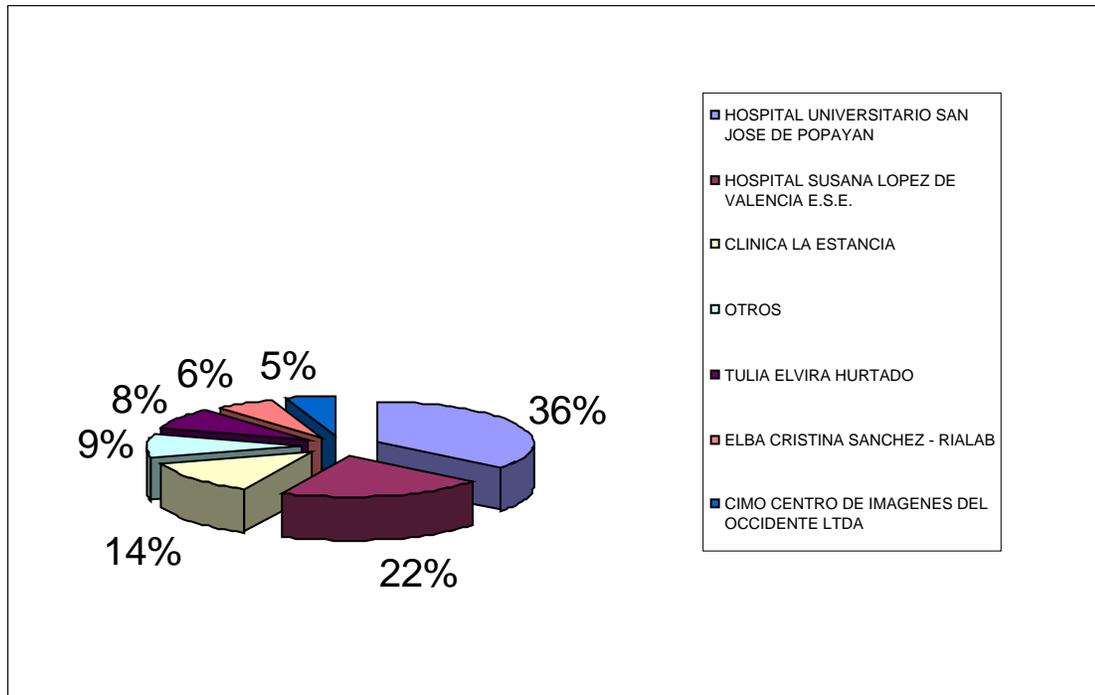
**Figura 7. Costos de las actividades autorizadas por la AIC EPS-I entre el 1 Abril de 2007 a 31 Marzo de 2008**



En relación al costo generado por las autorizaciones entre el 01 de abril de 2007 y el 31 de marzo de 2008, expedidas por la AIC -EPS-I que corresponde a \$82.915.910, el valor autorizado para eventos no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado fue de \$12.310.780 que equivale al 15% (Figura 7.). Se podría deducir que se genera un costo aproximadamente de \$1.000.000 mensual para subsidiar eventos que son responsabilidad del ente territorial, conforme lo establece la ley 715 de 2001. Es de anotar además que estas pérdidas se deben al desconocimiento de la legislación por parte de los dinamizadores que se desempeñan en el área de atención al comunero como se menciona anteriormente; otra cantidad corresponden a eventos autorizados por los directivos; así mismo apoyos sociales que la AIC EPS-I brinda a sus usuarios dentro de su política como organización indígena especial que busca una atención integral, oportuna y con los mínimos obstáculos para el comunero; también se incluyen las actividades autorizadas por costo beneficio.

En el estudio seis sigma desarrollado en Asmet Salud EPS de enero a agosto de 2006 partieron del referente que las pérdidas por generar órdenes de eventos No Pos-s fue de 12.576.462, durante este año y con el desarrollo de este proyecto lograron disminuir las perdidas por este factor en \$ 6.188.641 esta es otra similitud con este estudio, difieren en que el proyecto seis sigma establece las medidas correctivas específicas para los defectos encontrados por eso puede mostrar en valores en pesos la disminución de perdidas.

**Figura 8. Distribución porcentual por IPS de las autorizaciones expedidas por la AIC EPS-I entre el 01 de abril de 2007 y el 31 de marzo de 2008**

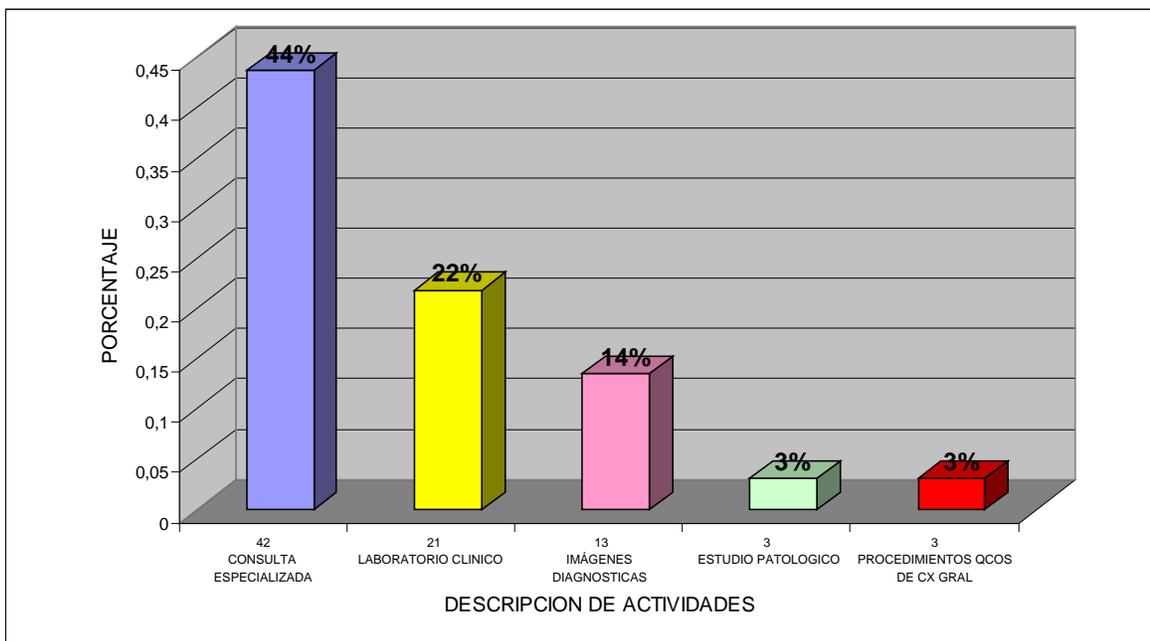


Fuente: esta investigación

De acuerdo a las distribución de prestadores para los cuales se generan las autorizaciones se encontró que los hospitales de II y III nivel son a los que se les autoriza la mayor cantidad de eventos por fuera del plan obligatorio del régimen subsidiado, desglosado de la siguiente manera por orden de frecuencias: El Hospital San José que es de III nivel en el periodo evaluado recibió el 36% de autorizaciones de eventos No Pos-s que equivale a 34 órdenes, continua el Hospital Susana López de Valencia de II nivel con el 22% de autorizaciones No

Pos-s que corresponde a 21 , seguido de La Clínica La Estancia con el 14% que equivale a 13 órdenes de eventos No Pos-s. Se ha consolidado aquellos prestadores que presentan un número inferior de autorizaciones como Interfísica, laboratorio Lorena Vejarano, etc, que corresponde al 28 %. Estos resultados están directamente relacionados con la oferta de Prestadores existentes para garantizar la prestación de los servicios de mediana y alta complejidad en el Departamento del Cauca (Figura 8.).

**Figura 9. Distribución porcentual por actividad No Pos-s de las autorizaciones expedidas por la AIC EPS-I entre el 01 de abril de 2007 y el 31 de marzo de 2008**

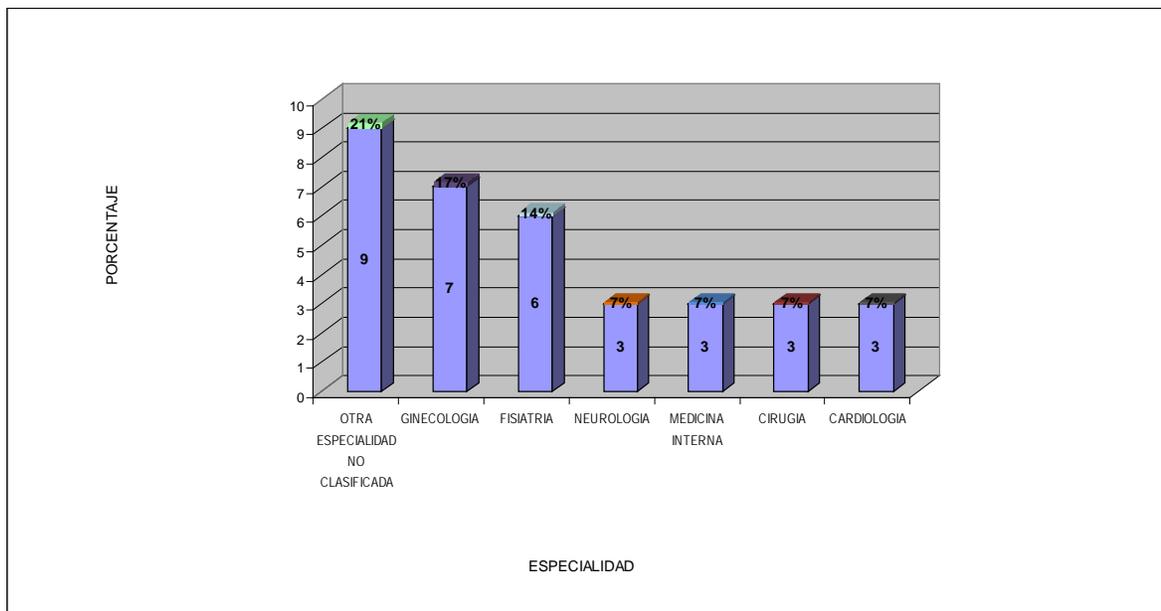


Fuente: esta investigación

Por actividad No Pos- s autorizada se observa que en mayor porcentaje se encuentra la consulta especializada, representada en un 43.8%(42) distribuido así: 21.4% para otra especialidad no clasificada que constituye nuevamente un sesgo para el estudio por cuanto no puede determinarse a que especialidad corresponde, seguido por la especialidad de Ginecología 16%(7) para consultas de manejo de vaginitis, prolapso genital, quiste folicular del ovario, cistocele, displasia cervical. En un tercer lugar se ubica la especialidad de Fisiatría con un 14.3%(6) para manejo de retardo en el desarrollo, parálisis del nervio patético, otras gonartrosis, dolor funcional atípico, parálisis facial, chasquido de la cadera en población mayor de un año y que no fueron complemento de un manejo de traumatología y ortopedia. Luego se encuentra la especialidad de Neurología y Medicina Interna con un 7.1%(3) cada una.

De las actividades No Pos-s autorizadas y seguida a la consulta especializada se encuentra Laboratorio Clínico con un 21.9% (21) ejemplos de esto son TSH para pacientes adultos con diagnostico de hipotiroidismo, laboratorios enviados por especialidades como urología, neurología, medicina interna etc, para pacientes adultos. Le sigue imágenes diagnósticas con un 13. 5%(13), como por ejemplo eco de abdomen total, ecografía renal ambulatorios; luego están los estudios de patología con un 3.1%(3), igualmente ordenadas por especialidades y para manejo de eventos no cubiertos por el Pos-s.

**Figura 10. Distribución porcentual por especialidad no poss de las autorizaciones expedidas por la AIC EPS-I entre el 1 de Abril de 2007 y 31 de Marzo de 2008**



Fuente: esta investigación

Como último dato relevante están los procedimientos quirúrgicos de cirugía general con un 3.1%(3) como eventrorrafia + corrección de evisceración(2) y biopsia percutánea por aspirado(1).

En menor proporción pero con igual importancia se expidieron autorizaciones para las siguientes actividades, procedimientos e intervenciones: bloqueo de la unión mononeural, cistouretrografía, colonoscopia, electroencefalograma, esófagogastroduodenoscopia, injerto de piel por cirugía vascular para corrección

de venas varicosas, legrado uterino ginecológico, orquidopexia, prostatectomía, prueba neuropsicológica.

## 7. CONCLUSIONES

De la muestra obtenida para el estudio se determinó que el 80%(390) de las órdenes se expidieron de acuerdo a la normatividad vigente para el Pos-s y el 20%(96) no lo fueron:

El evento No Pos-s autorizado con mayor frecuencia durante el periodo estudio fue consulta médica especializada que a su vez no es posible determinar la especialidad exacta porque en la codificación fue catalogada como “otras especialidades no clasificadas”

Se asignó un total de \$ 12.310. 780 para subsidiar eventos incluidos en el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado.

La IPS a quien más se le expidieron órdenes No Pos-s fue el Hospital Universitario San José con un 36%.

El promedio de autorizaciones No Pos-s por centro autorizador fue de 6 autorizaciones por cada uno.

Las órdenes de eventos No Pos-s se generan en mayor proporción a niños, mujeres en edad fértil y adultos mayores, según también se muestra en el perfil epidemiológico de la población afiliada a la AIC EPS- I.

La política interna de la empresa de cambiar cada año el personal afecta gravemente a la misma porque el personal principiante no posee el conocimiento necesario para desempeñar la labor de autorizar servicios de salud del régimen subsidiado y por lo tanto se genera un desgaste al tener que invertir nuevamente tiempo y dinero para capacitarlos.

Que se generen autorizaciones para actividades y eventos no incluidos en el Pos-s evidencia falta de conocimiento de la normatividad o divergencia en la aplicación e interpretación de la misma.

## **8. RECOMENDACIONES**

Es importante que el personal dinamizador del Área de Atención al Comunero diligencie completamente los campos del aplicativo de autorizaciones, especialmente los relacionados con la especialidad y el responsable de emitir la autorización.

Que el personal de Sistemas de la AIC EPS-S parametrize en el Módulo de autorizaciones un código que permita identificar las órdenes según corresponda a tutelas, apoyo social o de carácter administrativo con el objeto de poder cuantificarlas y determinar el gasto por estos conceptos.

Es necesario que la AIC EPS-I garantice educación continuada dirigida al personal dinamizador del Área de Atención al Comunero que les permita mantenerse en constante actualización.

Que desde la Coordinación del Área de Atención al Comunero se generen espacios de evaluación permanente para identificar las falencias encontradas y así establecer acciones de mejora.

Se recomienda a las Directivas contemplar la posibilidad de desarrollar un proyecto de evaluación con la metodología seis sigma para completar el ciclo de los defectos con las soluciones pertinentes, además de establecer más exactamente las pérdidas financieras.

Que desde la Coordinación del Área de Atención al Comunero se desarrolle un documento guía de la cobertura del Plan Obligatorio de Salud Subsidiado que sirva de herramienta para que el proceso de autorizaciones se realice eficazmente

Es necesario que la AIC EPS-I realice un estudio cualitativo desde la perspectiva del autorizador para identificar las causas de autorizaciones erróneas.

## BIBLIOGRAFIA

ASMET SALUD. Proyecto de mejora Seis Sigma: Intervención al proceso de autorizaciones ASMET SALUD ESS. Popayán Cauca. Septiembre 2006 – mayo de 2007.

COLOMBIA. Ministerio de la Protección Social. ABC del régimen subsidiado de seguridad social en salud. Bogotá. 2001.

\_\_\_\_\_. Congreso. Ley 100 de 1993, Diciembre 23, por el cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. Bogotá: El Congreso; 1993.

\_\_\_\_\_. Congreso. Ley 1122 de 2007, Enero 9, por la cual se hacen algunas modificaciones en el sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones. Bogotá: El congreso; 2007.

\_\_\_\_\_. Congreso. Ley 715 de 1991, Diciembre 21, por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos [151](#), [288](#), [356](#) y [357](#) (acto legislativo [01](#) de 2001) de la constitución política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros. Bogotá: El congreso; 2001.

\_\_\_\_\_. Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Acuerdo 228 de 2002, Junio 26, por medio del cual se actualiza el manual de medicamentos del plan obligatorio de salud y se dictan otras disposiciones. Bogotá: Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud; 2002.

\_\_\_\_\_. Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Acuerdo 236 de 2002, Diciembre 19, por el cual se modifica parcialmente el Acuerdo 228 del consejo nacional de seguridad social en salud. Bogotá: Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud; 2002.

\_\_\_\_\_. Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Acuerdo 259 de 2004, Febrero 04, por el cual se fija el valor de la Unidad de Pago por Capitación del plan obligatorio de salud de los regímenes contributivo y subsidiado para el año 2004 y se dictan otras disposiciones. Bogotá: Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud; 2004.

COLOMBIA. Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Acuerdo 263 de 2004, Abril 14, por el cual se da cumplimiento al fallo proferido por el Consejo de estado, sala de lo contencioso administrativo, sección tercera, dentro del expediente AP 2212. Bogotá: Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud; 2004.

\_\_\_\_\_. Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Acuerdo 282 de 2004, Diciembre 22, por el cual se fija el valor de la Unidad de Pago por Capitación del Plan Obligatorio de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado para el año 2005 y se dictan otras disposiciones. Bogotá: Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud; 2004.

\_\_\_\_\_. Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Acuerdo 289 de 2005, Marzo 28, por medio del cual se aclara la cobertura de servicios en el plan obligatorio de salud del régimen contributivo y del régimen subsidiado. Bogotá: Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud; 2005.

\_\_\_\_\_. Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Acuerdo 302 de 2005, Octubre 14, por medio del cual se incluyen unas prestaciones en el plan obligatorio de salud del régimen contributivo y del régimen subsidiado. Bogotá: Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud; 2005.

\_\_\_\_\_. Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Acuerdo 306 de 2005, Noviembre 18, por medio del cual se define el plan obligatorio de salud del régimen subsidiado. Bogotá: Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud; 2005.

\_\_\_\_\_. Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Acuerdo 326 de 2005, Diciembre 5, por medio del cual se adoptan algunos lineamientos para la organización y funcionamiento del régimen subsidiado de los pueblos indígenas. Bogotá: Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud; 2005.

\_\_\_\_\_. Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Acuerdo 336 de 2006, Agosto 18, por el cual se actualiza parcialmente el manual de medicamentos del plan obligatorio de salud, se incluyen otras prestaciones en los planes de beneficios de los regímenes contributivo y subsidiado, se modifica el valor de la UPC para el 2006 y se dictan otras disposiciones. Bogotá: Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud; 2006.

\_\_\_\_\_. Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Acuerdo 368 de 2007, Septiembre 20, por medio del cual se incluye un medicamento en el manual de medicamentos y terapéutica del plan obligatorio de salud. Bogotá: Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud; 2007.

COLOMBIA. Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Acuerdo 395 de 2008, Agosto 14, por medio del cual se incluyen servicios ambulatorios especializados en el plan obligatorio de salud del régimen subsidiado para la atención de pacientes con diabetes mellitus Tipo 2 e hipertensión arterial y se ajusta el valor de la UPC en el régimen subsidiado para el año 2008. Bogotá: Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud; 2008.

\_\_\_\_\_. Ministerio de la Protección Social. Cartilla del Régimen Subsidiado en Salud PPLCC Grupo de Salud. Disponible en [www.anticorrupcion.gov.co/servicio/documentos/cartilla\\_rss.pdf](http://www.anticorrupcion.gov.co/servicio/documentos/cartilla_rss.pdf) .Ultima Visita 13 de Enero de 2009

\_\_\_\_\_. Ministerio de la Protección Social. Resolución 5261 de 1994, Agosto 5, por la cual se establece el manual de actividades intervenciones y procedimientos del plan obligatorio de salud en el sistema general de seguridad social en salud. Bogotá: Ministerio de la Protección Social; 1994.

\_\_\_\_\_. Presidente de la República. Decreto 2174 de 1996, Noviembre 28, por el cual se organiza el sistema obligatorio de garantía de calidad del sistema general de seguridad social en salud. Bogotá: Presidente de la República; 1996.

\_\_\_\_\_. Presidente de la República. Decreto 806 de 1998, Abril 30, por el cual se reglamenta la afiliación al Régimen de Seguridad Social en Salud y la prestación de los beneficios del servicio público esencial de Seguridad Social en Salud y como servicio de interés general, en todo el territorio nacional. Bogotá: Presidente de la República; 1998.

\_\_\_\_\_. Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Acuerdo 313 de 2005, Diciembre 13, por medio del cual se incluye una prestación en el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo y del Régimen Subsidiado Bogotá: Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud; 2005.

ICONTEC. Compendio: Tesis y otros trabajos escritos ICONTEC. Normas ICONTEC. Disponible en <http://www.slideshare.net/adrysilvav/normas-icontec-trabajo-escrito-en-la-universidad-ok-ok?nocache=2723> .Consultado [enero 15 de 2009]

MARTINEZ, Mauricio Lauro. Auditoria de Cuentas. 2ª ed. Bogotá : 2007. Grupo Ecomedios.