



# CID

**Centro de  
Investigaciones  
para el Desarrollo**



UNIVERSIDAD  
NACIONAL  
DE COLOMBIA

Sede Bogotá  
Facultad de  
Ciencias Económicas

**INFORME FINAL FASE II.**

**CONTRATO No. 1-02-6000-758-2000 CID-EAAB\_ESP**

Bogotá D.C, Marzo de 2002

## **INFORME FINAL FASE II.**

Informe final de las actividades desarrolladas por el equipo consultor de el CID de la Universidad Nacional de Colombia en el desarrollo del proyecto titulado:

**“Diseño de un esquema viable, desde el punto de vista legal y operativo para la prestación del Servicio Médico y Odontológico en las condiciones que le permitan a la Empresa de Acueducto y Alcantarillado de Bogotá EAAB-ESP, optimizar el resultado financiero del mismo y cumplir con lo contemplado en la Convención Colectiva de Trabajo celebrada por la EAAB-ESP y el Sindicato de trabajadores de la Empresa de Acueducto y Alcantarillado de Bogotá ESP, Sintracueducto para el período 2000-2003”.**

# CONTENIDO

1. PERSPECTIVA JURÍDICA.	<b>1</b>
1.1 ANTECEDENTES.	3
1.2 CONDICIONES DE LA AUTORIZACIÓN.	3
1.3 DISPOSICIONES CONVENCIONALES.	6
1.4 ORGANIZACIÓN DEL SMO E.A.S DE LA EAAB.	8
1.5. CONTRATACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD.	11
1.6 EL SISTEMA DE LIBRANZAS.	13
1.7 ANÁLISIS DE LAS ALTERNATIVAS PROPUESTAS.	14
2. PERSPECTIVA ASISTENCIAL EPIDEMIOLOGICA.	<b>16</b>
2.1 INDICADORES DE SEGUIMIENTO.	16
2.2 INDICADORES DE ESTRUCTURA.	17
2.3 INDICADORES DE PROCESO.	18
2.4 INDICADORES DE RESULTADO.	18
3. PERSPECTIVA DE GESTION Y ORGANIZACIÓN.	<b>20</b>
3.1. ADMINISTRACIÓN DELEGADA CON FIRMA ESPECIALIZADA EN GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD.	21
3.1.1 Generalidades.	21
3.1.2 Definición.	22
3.1.3 Planeamiento estratégico de eficiencia y calidad de los servicios.	23
3.1.3.1 Sistema de seguridad social integral en salud del distrito capital.	23
3.1.4. Sistema de gestión del SMO-EAAB.	26
3.1.4.1 Subsistema de estructura.	27
3.1.4.1.1 Misión.	29
3.1.4.1.2 Visión.	30
3.1.4.1.3 Objetivos estratégicos del SMO.	30
3.1.4.1.4 Políticas del SMO.	30
3.1.4.1.5 Estructura Organizacional.	31
3.1.4.2.Subsistema de procesos de gestión.	32
3.1.4.2.1 El proceso de planeación.	33
3.1.4.2.2 El proceso de organización.	34
3.1.4.2.3 Planta de personal.	34
3.1.4.2.4 El proceso de dirección.	36
3.1.4.2.5 El proceso de evaluación.	37
3.1.4.2.6 El proceso de realimentación o reprogramación.	37
3.1.4.3. Subsistema de instrumentos.	37
3.1.4.3.1 Funciones.	38
3.1.4.3.2 Procesos: Responsabilidad del Contratista y de la Empresa.	39
3.1.4.3.3 Proceso de Afiliación y Carnetización.	39
3.1.4.3.4 Proceso de Compensación.	39

3.1.4.3.5	Proceso de Planeación Operativa.	40
3.1.4.3.6	Proceso de Presupuestación y Control de la Ejecución Presupuestal.	40
3.1.4.3.7	Proceso de Facturación.	41
3.1.4.3.8	Proceso de Auditoría Médica y Calidad.	41
3.1.4.3.9	Proceso de Autorización de Servicios, referencia y contrareferencia.	42
3.1.4.3.10	Proceso de Información y Atención al usuario.	42
3.1.4.3.11	Sistemas de Apoyo del Contratista.	42
3.1.4.4.	Subsistema de productos.	43
3.1.4.5.	Subsistema de información.	44
<b>4.</b>	<b>PERSPECTIVA FINANCIERA.</b>	<b>45</b>
<b>4.1.</b>	<b>PROYECCIÓN DEL NÚMERO DE AFILIADOS.</b>	<b>46</b>
4.2.	PROYECCIÓN FINANCIERA DEL SMO – EAAB A CINCO AÑOS.	48
4.2.1.	Proyección del escenario actual.	49
4.2.2.	Proyección de la opción de administración delegada.	50
4.2.3.	Comparación de los dos escenarios.	52
ANEXO 1		<b>56</b>
ANEXO 2		<b>62</b>
BIBLIOGRAFÍA.		<b>67</b>

## **1. PERSPECTIVA JURÍDICA.**

## INTRODUCCIÓN

El presente documento se enmarca dentro del proyecto denominado Servicio Médico y Odontológico de la Empresa de Acueducto y Alcantarillado de Bogotá, empresa de Servicios Públicos ESP, SMO EAAB, adelantado por la Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Ciencias Económicas, Centro de Investigaciones para el Desarrollo CID, cuyo objetivo consiste en diseñar un esquema viable, desde el punto de vista legal y operativo, para la prestación del servicio médico y odontológico en las condiciones que le permitan a la empresa de acueducto y alcantarillado de Bogotá, ESP – EAAB – ESP – optimizar el resultado financiero del mismo y cumplir con lo contemplado en la convención colectiva de trabajo, celebrada por la EAAB – ESP y el sindicato de trabajadores de la empresa de acueducto y alcantarillado de Bogotá ESP – SINTRACUEDUCTO, para el periodo 2000 – 2003(1).

Como quiera que de acuerdo con la Constitución Política, la atención en salud es un servicio público a cargo del Estado, al cual le corresponde la dirección, organización y reglamentación de su prestación, conforme los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, estableciendo las políticas para su prestación por entidades privadas y ejercer su inspección, vigilancia y control, así como señalar las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones fijados en la ley<sup>2</sup>, este mandato cobra especial significado en la medida que dentro del concepto de seguridad social la atención en salud constituye uno de sus pilares fundamentales.

Por las anteriores breves consideraciones el análisis que se presenta, comprende la confrontación de las distintas disposiciones que regulan el sistema de seguridad social en salud, los acuerdos de la convención colectiva de trabajo celebrada entre la EAAB ESP y SINTRACUEDUCTO, la naturaleza jurídica de la EAAB y la organización y funcionamiento del SMO de la EAAB, con el fin de establecer su conformidad o contradicción con las citadas disposiciones y la viabilidad de la ampliación e incorporación de nuevos usuarios a la empresa adaptada de salud EAS de la EAAB-ESP.

De otra parte, el análisis preliminar aborda el estudio del caso de la Caja de Previsión Social de la Universidad Nacional regulada inicialmente mediante el Acuerdo 069 de 1.997 originario del Consejo Superior Universitario de la aludida entidad, acto administrativo hoy insubsistente en virtud de la expedición de la Ley 647 de 2001, con el fin de establecer la compatibilidad de dicha normatividad con la situación jurídica del SMO de la EAAB.

Frente al sistema de contratación para la prestación de los servicios de salud a cargo del SMO de la EAAB se realizan los comentarios pertinentes y, finalmente se presenta el análisis de las alternativas propuestas para el manejo del mencionado SMO.

---

<sup>1</sup> Convenio celebrado entre la EAAB y la Universidad Nacional CID.

<sup>2</sup> Constitución Política Art. 49.

## **1.1 ANTECEDENTES.**

Conforme lo previsto por el legislador<sup>3</sup>, la EAAB entidad pública del orden Distrital a 23 de diciembre de 1.993 a través de la dependencia denominada Servicio Médico y Odontológico (SMO) se encontraba amparando a sus afiliados por los riesgos de enfermedad general y maternidad y prestándoles servicios de salud, razón por la cual en cumplimiento del reglamento expedido por el Gobierno Nacional<sup>4</sup>, mediante solicitud radicada ante la Superintendencia Nacional de Salud el día 7 de diciembre de 1.995 solicitó el análisis de los requisitos previstos en el mencionado reglamento, a efecto de obtener la autorización para que el servicio médico, odontológico y pediátrico de la empresa continuara prestando estos servicios, como dependencia adaptada al Sistema General de Seguridad Social en Salud SGSSS, obteniendo concepto técnico favorable del organismo de control con destino al Ministerio de Salud<sup>5</sup>. Como consecuencia de haber acreditado los requisitos pertinentes, el Gobierno Nacional mediante Decreto 897 de 1.996, autorizó al Servicio Médico y Odontológico de la Empresa de Acueducto y Alcantarillado de Bogotá-ESP, entidad del sector público, del orden Distrital, para que continúe prestando servicios de salud o amparen a sus afiliados en los riesgos de enfermedad general y maternidad, como dependencia adaptada al Sistema General de Seguridad Social en Salud, en los términos del Capítulo II del Decreto 1890 de 1995.

Precisa la autorización que el Servicio Médico y Odontológico, solo podrá continuar prestando los servicios de salud, a los servidores que se encontraban vinculados a la respectiva entidad, en la fecha de iniciación de vigencia de la Ley 100 de 1993 y hasta el término de la relación laboral o durante el periodo de jubilación, en la forma como lo venían haciendo, sin que pueda realizar nuevas afiliaciones, con excepción de aquellas necesarias para dar cumplimiento a la cobertura familiar de sus afiliados.

## **1.2 CONDICIONES DE LA AUTORIZACIÓN.**

La autorización así conferida presupone el cumplimiento de las condiciones que sirvieron de sustento para su expedición, sobre la base de considerar que la entidad adaptada de salud debió ajustar gradualmente su régimen de beneficios y financiamiento, al previsto en los artículos 162, 204 y 220 de la Ley 100 de 1.993, en un plazo no mayor a cuatro (4) años, de tal manera que se encuentra participando en la subcuenta de

---

<sup>3</sup> Ley 100 de 1.993 artículo 236. DE LAS CAJAS, FONDOS Y ENTIDADES DE SEGURIDAD SOCIAL DEL SECTOR PUBLICO, EMPRESAS Y ENTIDADES PUBLICAS. Las cajas, fondos y entidades de seguridad social del sector público, empresas y entidades del sector público de cualquier orden, que con anterioridad a la fecha de vigencia de la presente Ley presten servicios de salud o amparen a sus afiliados riesgos de enfermedad general y maternidad, tendrán dos años para transformarse en empresas promotoras de salud, adaptarse al nuevo sistema o para efectuar su liquidación, de acuerdo con la reglamentación que al respecto expida el Gobierno Nacional.

<sup>4</sup> Decreto 1890 de 1.995. Sobre la vigencia de su campo de aplicación el Consejo de Estado mediante sentencia del 23 de octubre de 1.997 Expediente 13254 con Ponencia de la Dra. DOLLY PEDRAZA DE ARENAS se pronunció.

<sup>5</sup> Mediante Sentencia C 497-A-94 del 3 de noviembre de 1.994 M. P. Dr. VLADIMIRO NARANJO MESA el Inciso 1º del artículo 236 de la Ley 100 de 1.993 fué declarado Exequible.

compensación del Fondo de Solidaridad y Garantía<sup>6</sup>, lo cual significa que la EAS SMO de la EAAB está sujeta a las disposiciones que regulan el funcionamiento y operación de las empresas promotoras de salud EPS, con las limitaciones señaladas<sup>7</sup>.

En punto a la consideración que antecede se tiene que el régimen de beneficios se encuentra contenido en el Plan Obligatorio de Salud, mediante el cual se posibilita 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 defina el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud CNSSS.

Dicho plan de beneficios para los afiliados cotizantes del régimen contributivo será el contemplado por el decreto-ley 1650 de 1977 y sus reglamentaciones, incluyendo la provisión de medicamentos esenciales en su presentación genérica y, para los otros beneficiarios de la familia del cotizante, el Plan Obligatorio de Salud será similar al anterior, pero en su financiación concurrirán los pagos moderadores, especialmente en el primer nivel de atención. Los servicios de salud incluidos en el plan obligatorio de salud serán actualizados por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, de acuerdo con los cambios en la estructura demográfica de la población, el perfil epidemiológico nacional, la tecnología apropiada disponible en el país y las condiciones financieras del sistema<sup>8</sup>.

Corresponde a la Superintendencia Nacional de Salud verificar la conformidad de la prestación del Plan Obligatorio de Salud por cada Entidad Promotora de Salud en el territorio nacional con lo dispuesto por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud y el Gobierno Nacional.

Precisa la ley que toda Entidad Promotora de Salud reasegurará los riesgos derivados de la atención de enfermedades calificadas por el Consejo Nacional de Seguridad Social como de alto costo y señala que para la prestación de los servicios del Plan Obligatorio 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 realice por el primer nivel de atención, excepto en los servicios de urgencias<sup>9</sup>.

De otra parte, es conveniente destacar que el plan obligatorio de salud POS, tiene una cobertura familiar, la prohibición de aplicar preexistencias, periodos mínimos de cotización y atención materno infantil<sup>10</sup>.

Respecto de la financiación del plan obligatorio de salud se tiene que las EAS adquirieron el compromiso de financiar en su totalidad a partir de 1° de diciembre de 1997, el plan obligatorio de salud con el valor correspondiente a las respectivas unidades de pago por capitación UPC y con los pagos compartidos<sup>11</sup>, quiere ello decir que la EAS SMO de la

---

<sup>6</sup> Ley 100 de 1.993 Art. 236 inciso 3°.

<sup>7</sup> El Inciso 3° del artículo 236 de la Ley 100 de 1.993, fue declarado exequible mediante la Sentencia C-497-A del 3 de noviembre de 1.994. M. P. Dr. VLADIMIRO NARANJO MESA.

<sup>8</sup> Consejo de Estado . Sala de Consulta y Servicio Civil . M. P. Dr. HUMBETO MORA OSEJO. Concepto del 9 de diciembre de 1.994. El artículo 7o. de la Ley 4a. de 1976, sobre la cobertura familiar, fue subrogado por el artículo 163 de la Ley 100 de 1993, en cuanto al régimen que contempla.

<sup>9</sup> Ley 100 de 1.993 artículo 162.

<sup>10</sup> Ley 100 de 1.993 artículos 163, 164 y 166. La Corte Constitucional mediante Sentencia C-112-98 del 25 de marzo de 1.998, declaró Exequible el artículo 164 de la Ley 100 de 1.993.

<sup>11</sup> Decreto 1890 de 1.995 artículo 10 requisito 5.

EAAB debe acreditar una clara separación de los recursos correspondientes a la actividad ordinaria de la entidad, esto es la que comprende el objeto social de la EAAB; los que corresponden a las cotizaciones obligatorias, a la unidad de pago por capitación, y los pagos por concepto de planes complementarios de salud; los previstos para pagar el valor de los servicios asistenciales que preste directa o indirectamente la entidad y los gastos administrativos correspondientes.

En relación con la capacidad técnica y administrativa que garantice la prestación del plan obligatorio de salud con cobertura familiar, esta consiste en tener una base de datos que permita mantener información sobre las características socioeconómicas y del estado de salud de los afiliados y sus familias; acreditar la capacidad técnica y científica necesaria para el correcto desempeño de sus funciones, y verificar las de las instituciones y profesionales prestadores de los servicios, así como evaluar sistemáticamente la calidad de los servicios ofrecidos.

Siendo los trabajadores de la EAAB afiliados obligatorios al sistema general de seguridad social en salud, la base de cotización de estos servidores públicos, será la misma contemplada en el sistema general de pensiones, equivalente al 12% del salario base de cotización, el cual no podrá ser inferior al salario mínimo, porcentaje del cual, dos terceras partes de la cotización estarán a cargo del empleador y una tercera parte a cargo del trabajador. Un punto de la cotización será trasladado al Fondo de Solidaridad y garantía para contribuir a la financiación de los beneficiarios del régimen subsidiado. Cuando se devenguen mensualmente más de 20 salarios mínimos legales vigentes, la base de cotización está limitada a dicho monto por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud<sup>12</sup>.

Corresponde a la entidad adaptada de salud EAS recaudar las cotizaciones obligatorias de sus afiliados, por delegación del fondo de solidaridad y garantía, descontando de este monto el valor de las unidades de pago por capitación UPC y trasladar la diferencia al Fondo de Solidaridad y Garantía a más tardar el primer día hábil siguiente a la fecha límite establecida para el pago de las cotizaciones. En caso de ser la suma de las Unidades de Pago por Capitación mayor que los ingresos por cotización, el Fondo de Solidaridad y Garantía deberá cancelar la diferencia el mismo día a la Entidad Promotora de Salud que así lo reporte<sup>13</sup>, lo que implica una operación mensual completa, eficiente y oportuna, denominada declaración de giro y compensación, toda vez que el Fondo de Solidaridad y Garantía sólo hará el reintegro para compensar el valor de la Unidad de Pago por Capitación de aquellos afiliados que hayan pagado integra y oportunamente la cotización mensual correspondiente, operación que se cumple bajo la vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud<sup>14</sup>.

Lo anterior significa que el valor de las cotizaciones que recaude la EAS pertenecen al sistema general de seguridad social en salud y que el sistema por la organización y garantía de la prestación de los servicios incluidos en el Plan de Salud Obligatorio para cada afiliado, le reconoce a la EAS un valor per cápita, que se denominará Unidad de Pago por Capitación UPC, Unidad establecida en función del perfil epidemiológico de la

---

<sup>12</sup> Ley 100 de 1.993 artículo 220.

<sup>13</sup> Ley 100 de 1.993 artículo 205.

<sup>14</sup> Decreto 1406 de 1.999.

población relevante, de los riesgos cubiertos y de los costos de prestación del servicio en condiciones medias de calidad, tecnología y hotelería, definida por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud<sup>15</sup>.

No sobra advertir que los planes complementarios, esto es los beneficios adicionales de los previstos en el plan obligatorio de salud, son financiados en su totalidad por el afiliado. Adicionalmente la EAS deberá, con posterioridad a su adaptación conservar un número de afiliados y beneficiarios no inferior al treinta por ciento (30%) de los que inicialmente haya acreditado, ni menor en todo caso a dos mil (2.000), eventos que de presentarse conllevan a su supresión y liquidación<sup>16</sup>.

Otro aspecto importante que debe observar de manera permanente la EAS SMO de la EAAB, dice relación con la obligación de organizar la forma y mecanismos a través de los cuales los afiliados y sus familias puedan acceder a los servicios de salud; definir procedimientos para garantizar el libre acceso de los afiliados y sus familias, a las Instituciones Prestadoras con las cuales haya establecido convenios o contratos en su área de influencia o en cualquier lugar del territorio nacional, en caso de enfermedad del afiliado y su familia; remitir al Fondo de Solidaridad y Garantía la información relativa a la afiliación del trabajador y su familia, a las novedades laborales, a los recaudos por cotizaciones y a los desembolsos por el pago de la prestación de servicios<sup>17</sup> y establecer procedimientos para controlar la atención integral, eficiente, oportuna y de calidad en los servicios prestados por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud<sup>18</sup>.

### **1.3 DISPOSICIONES CONVENCIONALES.**

Revisada las cláusulas de la Convención Colectiva de Trabajo celebrada entre la EAAB y SINTRACUEDUCTO, vigencia 2000 – 2003, se tiene que frente a las disposiciones del sistema general de seguridad social en salud antes reseñadas, aquellas contemplan acuerdos que es necesario precisar para efecto de establecer el marco normativo dentro del cual desarrolla sus actividades el SMO de la EAAB como EAS.

En primer término se destaca que el plan obligatorio de salud se encuentra comprendido dentro del acuerdo convencional denominado servicios médicos, los cuales deben ser prestados directamente a los trabajadores vinculados antes del 27 de mayo de 1.996, sin costo alguno y, a sus familiares con las limitaciones y costos establecidos en la

---

<sup>15</sup> Corte Constitucional Sentencia C-33 del 27 de enero de 1.999. M. P. Dr. CARLOS GAVIRIA DIAZ. Así las cosas, las entidades que no se transformaran en EPS, ni fueran objeto de liquidación, no les quedaba sino un solo camino: adaptarse al nuevo sistema, lo que significaba que podían continuar prestando los servicios de salud a los servidores que venían atendiendo, es decir, que estuvieran afiliados a la respectiva entidad en la fecha de vigencia de la ley, pero únicamente hasta la terminación de la relación laboral o durante el período de jubilación. Igualmente, se les exigía ajustar gradualmente su régimen de beneficios y financiamiento al previsto en los artículos 162, 204 y 220 de la ley 100/93, en un plazo no mayor de cuatro (4) años, con el fin de participar en la Sub. Cuenta de compensación del Fondo de Solidaridad y Garantía, recaudando mediante retención a los servidores públicos afiliados, en forma creciente y explícita, las cotizaciones establecidas en el artículo 204 del mismo ordenamiento, la cual se debía aumentar como mínimo en un punto porcentual por año (artículo 236 inciso 3).

<sup>16</sup> Decreto 1890 de 1.995 artículo 10 requisito 1.

<sup>17</sup> Decreto 806 de 1.998 artículos 34 y siguientes.

<sup>18</sup> Decreto 204 de 1.998.

“Cartilla Informativa y Reglamento de Servicio Médico”, la cual forma parte de la convención<sup>19</sup>. Si bien en este aparte no se menciona a los pensionados, la convención en distintos puntos del acuerdo los hace explícitamente afiliados de los servicios médicos<sup>20</sup>.

Una primera apreciación indica que los beneficios en la prestación de los servicios médicos, sí bien comprenden todas las contingencias que afecten la salud de los trabajadores, de los pensionados, así como de los familiares de ambos, presentan una serie de particularidades, contrarias a las previstas por las normas del sistema general de seguridad social en salud, especialmente en lo relacionado con la cobertura familiar<sup>21</sup>, atención materno infantil<sup>22</sup>, periodos de carencia y pagos moderadores para servicios de alto costo<sup>23</sup>, que en algunos casos representan condicionamientos para el afiliado o beneficiario y en otros mayores costos bien a cargo del afiliado o beneficiario o a cargo de la empresa.

La consideración que antecede cobra especial relevancia desde el punto de vista de la financiación del plan obligatorio de salud con el valor de las unidades de pago por capitación UPC, que el sistema reconoce a la EAS SMO de la EAAB por la prestación de los servicios en el comprendido; el número real de afiliados y beneficiarios por los cuales se realiza el proceso de compensación ante el Fondo de Solidaridad y Garantía y la incidencia del valor por concepto de pagos compartidos que contribuyen con el financiamiento del POS.

Advertido lo anterior, debe precisarse que no existiendo un deslinde entre los beneficios del plan obligatorio de salud y los que excediendo a estos podrían considerarse como planes complementarios, el valor de estos últimos carece de estimación, debido especialmente a la ausencia de una contratación o autorización de servicios previamente definida, los cuales siendo de cargo de la EAAB, representa un valor adicional al de las cotizaciones, también de cargo del empleador<sup>24</sup>.

Para efecto de determinar los servicios considerados como complementarios, debe entonces recurrirse a criterios tales como patologías, procedimientos e intervenciones no contempladas en el manual de actividades, intervenciones y procedimientos<sup>25</sup>, mejores condiciones de hotelería, condiciones de atención que superen la tecnología media prevista para el POS, servicios del POS amparados en periodos de carencia, formulación de medicamentos sin los condicionamientos definidos por el CNSSS<sup>26</sup>, y los demás que permitan realizar el estimativo del costo de estos servicios, lo cual representa la revisión de la facturación y pagos por estos conceptos, sobre la base de considerar que su identificación sea posible.

---

<sup>19</sup> Convención Colectiva 2000-2003 artículo 118 inciso 1º y artículo 123.

<sup>20</sup> Convención Colectiva 2000-2003, Declaración de Principios aparte C. Sobre el servicio médico y odontológico. Acta No. 7 de Negociación Colectiva del 21 de enero de 2000, y artículos 65, 85 y 118.

<sup>21</sup> Ley 100 de 1.993 artículo 163. La convención Colectiva incluye beneficiarios en concurrencia, los cuales tendrían la calidad de beneficiarios adicionales.

<sup>22</sup> Ley 100 de 1.993 artículo 166. La convención Colectiva es más restringida.

<sup>23</sup> Ley 100 de 1.993 artículo 164.

<sup>24</sup> Convención Colectiva artículos 85 y 86.

<sup>25</sup> Resolución No. 5261 de 1.994 originaria del Ministerio de Salud, modificada parcialmente por la No.2816 de 1.998.

<sup>26</sup> Acuerdo No. 83 del CNSSS.

Una consideración adicional representa la abierta contradicción existente entre los afiliados previstos en las disposiciones del sistema general de seguridad social en salud que pueden continuar en el SMO de la EAAB, amparados en los riesgos de enfermedad general y maternidad que se encontraban vinculados el 23 de diciembre de 1993, y hasta el término de la relación laboral o durante el período de jubilación, frente a lo dispuesto por el Contrato Colectivo, según el cual el plazo se extendió en virtud del laudo arbitral del 27 de mayo de 1.996 hasta esta fecha, consagrando la sujeción al régimen de seguridad social integral a partir de la vigencia del laudo<sup>27</sup>, condición no prevista que representa un mayor número de afiliados y beneficiarios de la prestación directa de los servicios por parte del SMO de la EAAB, el cual debe incidir en el número mínimo de afiliados que debe acreditar ante los organismos de control para efecto de su continuidad en el sistema como EAS y un estimativo adicional de costos para el empleador.

#### **1.4 ORGANIZACIÓN DEL SMO E.A.S DE LA EAAB.**

En primer término debemos precisar que la Empresa de Acueducto y Alcantarillado de Bogotá EAAB ESP, es una empresa industrial y comercial del Distrito Capital, prestadora de servicios públicos domiciliarios, dotada de personería jurídica autonomía administrativa y patrimonio propio conforme lo dispone el Acuerdo 6 de 1.993, cuya misión es garantizar el suministro de agua potable, así como la recolección y disposición de aguas lluvias y servidas dentro de parámetros de calidad, eficiencia y economía necesarios para atender la población actual y futura de Bogotá D.C.; como empresa prestadora de servicios públicos se encuentra sometida a las previsiones contenidas en la Ley 142 de 1.994.

Sobre la base de considerar que la EAAB no tiene como objeto la prestación de servicios de salud o la de amparar a sus trabajadores y pensionados contra los riesgos derivados de enfermedad general y maternidad, la obligación surge como consecuencia de lo pactado en el contrato colectivo celebrado con la organización denominada SINTRACUEDUCTO, para lo cual dispone de una dependencia denominada Dirección del Servicio Médico y Odontológico de la EAAB.

La Dirección del SMO de la EAAB, forma parte del programa de seguridad social que la EAAB tiene establecido para sus trabajadores y depende funcional y jerárquicamente de la Gerencia Administrativa. Sí bien en la estructura orgánica no aparecen las unidades operativas, cuenta con dependencias para las áreas de urgencias, medicina, odontología, pediatría y enfermería en las cuales se atienden a los trabajadores, pensionados y los familiares beneficiarios de estos; el personal que atiende estos servicios se encuentra vinculado o bien mediante contrato de trabajo denominado personal de planta o por la modalidad de prestación de servicios denominados adscritos. Como adscritos también aparecen los servicios médicos de especialistas, los servicios de ayudas diagnóstica, los de hospitalización y los demás que se requieran, aspectos que no evidencian conforme lo dispone la ley la remisión oportuna al Fondo de Solidaridad y Garantía de la información relativa a la afiliación del trabajador y su familia, a las novedades laborales, a los recaudos por cotizaciones y a los desembolsos por el pago de la prestación de servicios, así como

---

<sup>27</sup> Convención Colectiva 200-2003 artículo 123.

procedimientos para controlar la atención integral, eficiente, oportuna y de calidad en los servicios prestados por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

Como quiera que el SMO de la EAAB es una dependencia de la Gerencia Administrativa, su autonomía se encuentra limitada a la delegación que le haya sido conferida. En este orden de ideas tiene delegada la ordenación del gasto y del pago de los servicios médicos y odontológicos prestados a los beneficiarios del servicio médico y odontológico de la empresa, lo cual no le faculta para la celebración de los contratos de bienes y servicios de salud, los cuales se reducen a la autorización y posterior pago<sup>28</sup>.

En punto a la consideración según la cual sería viable la incorporación de nuevos usuarios a la EAS de la EAAB, la respuesta es negativa, por cuanto la normatividad vigente es clara y expresa sobre el particular y se encuentra amparada en un fallo de constitucionalidad<sup>29</sup>. Lo anterior sin perjuicio de los beneficiarios del afiliado como consecuencia de la cobertura familiar prevista en la Ley 100 de 1.993<sup>30</sup>.

Respecto de la posibilidad de adoptar el esquema de organización y funcionamiento del sistema propio de seguridad social en salud de la Universidad Nacional, es necesario realizar previamente las siguientes precisiones:

Conforme las previsiones contenidas en la Ley 100 de 1.993, se tiene que esta dispuso para las cajas, fondos y entidades de seguridad social del sector público, empresas y entidades del sector público de cualquier orden, que con anterioridad a la fecha de vigencia de la citada ley presten servicios de salud o amparen a sus afiliados riesgos de enfermedad general y maternidad, un plazo perentorio de dos años para transformarse en empresas promotoras de salud, adaptarse al nuevo sistema o para efectuar su liquidación de acuerdo con la reglamentación que al respecto expida el Gobierno Nacional<sup>31</sup>, alternativas frente a las cuales la EAAB optó por la de adaptar la dependencia que amparaba a sus afiliados en los riesgos de enfermedad general y maternidad, al nuevo sistema, agotando en consecuencia dentro del plazo establecido el ejercicio de la referida opción<sup>32</sup>.

Lo anterior significa que las entidades públicas antes referidas, que a juicio del Gobierno Nacional no requirieron transformarse en empresas promotoras de salud, ni liquidarse pudieron continuar prestando los servicios de salud a los servidores que se

---

<sup>28</sup> Resolución No. 0477 del 27 de abril de 1.998, por medio de la cual se adopta el Manual de Contratación de la EAAB y Resolución No. 0048 del 25 de enero de 2001, mediante la cual se delegan unas funciones.

<sup>29</sup> Ley 100 de 1.993 artículo 236 Sentencia C- 408 de 1.994. MP Dr. FABIO MORON DÍAZ.

<sup>30</sup> Corte Constitucional Sentencia C-33 del 27 de enero de 1.999 M. P. Dr. CARLOS GAVIRIA DIAZ. Pues bien, al determinar el legislador el nuevo régimen de seguridad social en salud, las entidades del sector público que prestaban tales servicios con anterioridad a la fecha de vigencia de la ley 100 de 1993 (diciembre 23/93) o ampararan riesgos de enfermedad general y maternidad, podían optar por una de estas tres opciones: 1. convertirse en Entidades Promotoras de Salud, 2. continuar funcionando pero con ciertas restricciones y exigencias, y 3. liquidarse.

<sup>31</sup> Ley 100 de 1.993 artículo 236 inciso 1°. Declarado Exequible mediante la Sentencia C 497 A – 94 del 3 de noviembre de 1.994. M. P. Dr. VLADIMIRO NARANJO MESA.

<sup>32</sup> Decreto 1890 de 1.995 artículo 13 inciso 1°.

encuentren vinculados a la respectiva entidad en la fecha de iniciación de vigencia de la Ley 100 de 1.993 y hasta el término de la relación laboral o durante el período de jubilación, en la forma como lo venían haciendo, debiendo para el efecto ajustar gradualmente su régimen de beneficios y financiamiento, al previsto en los artículos 162, 204 y 220 de la Ley 100 de 1.993, con el fin de que en un plazo no mayor a cuatro (4) años, participaran en la subcuenta de compensación del Fondo de Solidaridad y Garantía<sup>33</sup>.

Lo anterior por cuanto como lo expresa la Corte Constitucional “Si el legislador debido a la nueva estructura organizacional decidió que a partir de la vigencia de la ley 100 de 1993 los servicios de salud solamente podían ser prestados por las Entidades Promotoras de Salud y, en consecuencia, las demás entidades públicas que venían prestando tales servicios debían transformarse en una de ellas o liquidarse, resulta apenas obvio que aquellos entes que no lo hicieron por conveniencia o falta de requisitos no pueden estar en el mismo pie de igualdad que las EPS, esta la razón para que se les permitiera continuar funcionando pero únicamente en forma transitoria.”<sup>34</sup>

La manifestación del Gobierno Nacional se produce, para el caso de la EAAB, mediante la expedición del Decreto 897 de 1.996, acto administrativo que habilita al SMO de la EAAB para actuar dentro del sistema general de seguridad social en salud como una entidad adaptada, en las condiciones y con las limitaciones expuestas. Quiere ello decir que ejercida la alternativa dispuesta por la ley, dentro del plazo establecido en ella y el reglamento, se agotó la posibilidad de optar por una u otra forma de organización dentro del sistema general de seguridad social en salud<sup>35</sup>.

No sucedió lo mismo con la Caja de Previsión Social de la Universidad Nacional, allí los plazos señalados en la ley para efecto de transformarse o adaptarse al nuevo sistema se vencieron sin que la entidad hubiese ejercido plenamente las opciones previstas por las normas del SGSSS. En efecto mediante el Decreto 404 de 1.996 entre otras entidades la Caja de Previsión Social de la Universidad Nacional, con domicilio en la ciudad de Bogotá, D.C., obtuvo autorización como dependencia de una entidad del sector público para continuar prestando servicios de salud o amparando a sus afiliados en los riesgos de enfermedad general y maternidad, como entidad adaptada al Sistema general de Seguridad Social en Salud, en los términos del Capítulo II del Decreto 1890 de 1995<sup>36</sup>, con el condicionamiento o limitante de sólo continuar prestando los servicios de salud, a los servidores que se encontraban vinculados a la respectiva entidad y dependencia en la fecha de iniciación de vigencia de la Ley 100 de 1993 y hasta el término de la relación laboral o durante el período de jubilación, en la forma como lo venían haciendo, sin que se puedan realizar nuevas afiliaciones, con excepción de aquéllas necesarias para dar cumplimiento a la cobertura familiar de sus afiliados.

---

<sup>33</sup> Ley 100 de 1.993 artículo 236 inciso 3°.

<sup>34</sup> Corte Constitucional Sentencia C-033 del 27 de enero de 1.999. M. P. Dr. CARLOS GAVIRIA DIAZ.

<sup>35</sup> Ibidem “Las entidades adaptadas, por el contrario, hacen parte del régimen de transición y tienen una existencia eminentemente transitoria la cual expira cuando se termine la relación laboral de los afiliados o el período de jubilación de los pensionados que tuvieren en el momento de entrar a regir el nuevo sistema de seguridad social en salud.

<sup>36</sup> Decreto 404 de 1.996 artículo 1° numeral 20.

Organizada la Unidad de Servicios de Salud UNISALUD, mediante el Acuerdo 069 de 1.997 expedido por el Consejo Superior de la Universidad Nacional, el mencionado acto administrativo no logró ajustar totalmente la mencionada dependencia a las previsiones del Decreto de autorización.

Como quiera que UNISALUD, no podía en contradicción con las normas de organización y funcionamiento del sistema general de seguridad social en salud prestar servicios de salud a sus afiliados y beneficiarios, recaudar el valor de las cotizaciones y no realizar el proceso de compensación al que se encontraba obligada, advirtiendo adicionalmente la imposibilidad de transformarse en una empresa promotora de salud EPS, en primer término por haber expirado el plazo para hacerlo y en segundo término por no corresponder esta actividad al objeto del ente universitario del cual dependía, fue menester el trámite de un proyecto de ley<sup>37</sup> fundamentado en la autonomía universitaria reconocida por la Constitución Política a los entes de educación superior<sup>38</sup>, para que el legislador con apoyo en el examen previo de constitucionalidad<sup>39</sup>, expidiera la Ley 647 de 2001, sobre la base de considerar que no existe un desarrollo legal sobre el régimen especial de seguridad social de las universidades del Estado, que es posible que mediante ley se proceda a diseñar regímenes especiales para distintos grupos de trabajadores, siempre y cuando los mismos estén orientados hacia la protección de sus derechos fundamentales y sociales y no tengan por finalidad generar un trato discriminatorio o menos favorable en relación con los derechos, prestaciones y beneficios reconocidos al personal cobijado por el sistema general contenido en la Ley 100 de 1.993, advirtiendo la sentencia que en el entendido de que el legislador, amparado en un principio de razón suficiente constitucionalmente aceptado, está habilitado por la Carta para diseñar y desarrollar regímenes especiales de seguridad social que necesariamente se acojan a los principios constitucionales que la orientan.

Por lo expuesto, no resulta compatible el caso en estudio relacionado con la seguridad social de la Universidades Estatales, frente al Servicio Médico y Odontológico de la EAAB, en la medida que este último no participa del amparo constitucional que reconoce una especial autonomía a los entes de educación superior, con la precisión que es de competencia exclusiva del legislador el diseñar regímenes especiales para distintos grupos de trabajadores.

### **1.5. CONTRATACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD.**

Sea lo primero señalar que en el SMO de la EAAB concurren dos actividades a saber, la de administración que corresponde a la EAS y la de prestación de servicios de salud que debe ser desarrollada por la institución prestadora de servicios de salud IPS<sup>40</sup>, dependencias

---

<sup>37</sup> Proyecto de Ley 119/99 Cámara. 236/00 Senado.

<sup>38</sup> Constitución Política artículo 69. Se garantiza la autonomía universitaria. Las universidades podrán darse sus directivas y regirse por sus propios estatutos, de acuerdo con la ley.

La ley establecerá un régimen especial para las universidades del Estado.

El Estado fortalecerá la investigación científica en las universidades oficiales y privadas y ofrecerá las condiciones especiales para su desarrollo.

El Estado facilitará mecanismos financieros que hagan posible el acceso de todas las personas aptas a la educación superior.

<sup>39</sup> Sentencia C-1435/00 del 25 de octubre de 2000. M. P. Dra. CRISTINA PARDO SCHLESINGER.

<sup>40</sup> Ley 100 de 1.993 artículo 155 numeral 2 literal a y numeral 3.

o entidades que a la luz de las disposiciones que regulan el SGSSS, deben contar independientemente con la estructura administrativa técnica y financiera correspondiente<sup>41</sup>, requisitos que se echan de menos en las entidades objeto de estudio y que conforme lo exigen las disposiciones que regulan la materia impiden en cuanto a la contratación de la prestación de los servicios establecer con certeza el valor de los servicios prestados directamente<sup>42</sup>, ya sean estos los correspondientes al POS o al PAC, estableciéndose sólo por la vía de la ejecución presupuestal una mayor prestación indirecta, esto es a través de terceros de los servicios de salud a sus afiliados y beneficiarios.

Para efecto de la organización y funcionamiento de las dependencias de entidades públicas que prestan servicios de salud y se encuentran subordinadas a ellas, no en los términos del Código de Comercio sino desde el punto de vista funcional, en la reglamentación del SGSSS se contempla que la autonomía administrativa podrá acreditarse mediante la certificación de las facultades administrativas otorgadas o asignadas al responsable de la Dirección de la respectiva IPS.<sup>43</sup>, aspecto que no se encuentra desarrollado en el funcionamiento de la IPS del SMO de la EAAAB.

En punto a la consideración que antecede, referida al mayor volumen de contratación de la prestación de servicios de salud con IPS distintas a la que pertenece a la EAS, se tiene que esta encuentra su fundamento en un manual tarifario base<sup>44</sup>, por cuanto el mismo permite su actualización<sup>45</sup>, complementado con el listado de instituciones prestadoras de servicios de salud denominadas adscritas, frente a las cuales se autoriza la prestación de los servicios a los afiliados y beneficiarios, sin que se acredite la existencia de una base de datos actualizada tanto en la EAS como en las IPS adscritas que permita con certeza la comprobación previa de los derechos mediante identificación confiable<sup>46</sup>.

Así mismo no se evidencia la coordinación, supervisión, control y verificación de los servicios prestados y la calidad de los mismos conforme lo exige la normatividad del

---

<sup>41</sup> Ley 100 de 1.993 artículo 180. Las entidades promotoras de salud deberán , numeral 4. Disponer de una organización administrativa y financiera que permita:

- a) Tener una base de datos que permita mantener información sobre las características socioeconómicas y del estado de salud de sus afiliados y sus familias;
- b) Acreditar la capacidad técnica y científica necesaria para el correcto desempeño de sus funciones, y verificar la de las Instituciones y Profesionales prestadores de los servicios;
- c) Evaluar sistemáticamente la calidad de los servicios ofrecidos.

Ley 100 de 1.993 artículo 185 inciso 2º Las Instituciones Prestadoras de Servicios deben tener como principios básicos la calidad y la eficiencia, y tendrán autonomía administrativa, técnica y financiera. Además propenderán por la libre concurrencia en sus acciones, proveyendo información oportuna, suficiente y veraz a los usuarios, y evitando el abuso de posición dominante en el sistema.

<sup>42</sup> Decreto 1890 de 1.995 artículo 10 numeral 4. Acreditar que se hará una clara separación entre los siguientes recursos: a. los correspondientes a la actividad ordinaria de la entidad objeto de adaptación; b. los correspondientes a las cotizaciones obligatorias, a la unidad de pago por capitación, y los pagos por concepto de planes complementarios de salud, y c. los previstos para pagar el valor de los servicios asistenciales que preste directa o indirectamente la entidad y los gastos administrativos correspondientes.

<sup>43</sup> Resolución No. 4252 de 1.997 originaria del Ministerio de Salud Artículo 7º literal a.

<sup>44</sup> Resolución 0734 del 30 de junio de 1.988 originaria de la Gerencia General de la EAAB.

<sup>45</sup> Resolución 0734 del 30 de junio de 1.988 originaria de la Gerencia General de la EAAB artículo 1º, literal A, numeral 4.

<sup>46</sup> La depuración de la base de datos debe ser permanente y el proceso de identificación mediante carnetización aún no culmina.

SGSSS<sup>47</sup>, puesto que las denominadas “cartas acuerdo” no constituyen el documento idóneo para efecto de establecer con claridad las condiciones mediante las cuales las partes se obligan, así como los apremios o sanciones derivados de su eventual incumplimiento, circunstancia que resulta extraña tratándose de contratación o acuerdos de voluntades en la que una de las partes por lo menos es una entidad de derecho público, frente a la cual aplica el Estatuto General de Contratación de la Administración Pública<sup>48</sup>, con la precisión que dicho estatuto comprende los distintos órdenes y niveles de la administración pública<sup>49</sup>.

## 1.6 EL SISTEMA DE LIBRANZAS.

Bajo esta denominación opera un sistema de recaudo de cuotas o emolumentos a cargo de los beneficiarios del SMO, que se constituye en un mecanismo eficaz de pagos de carácter eminentemente convencional, frente al cual conviene distinguir cuales corresponden a cuotas moderadoras y cuales a copagos definidos dentro del sistema como parte del financiamiento del POS<sup>50</sup>.

Partiendo de la base de considerar que este sistema es exclusivo del SMO de la EAAB y que opera conforme lo previsto en el contrato colectivo, no parece conveniente su modificación, salvo en la precisión de determinar sus ingresos como parte de la financiación del POS en lo pertinente, en la medida que se constituyan estos recursos en ingresos que corresponden o bien a cuotas moderadoras o a copagos, cuyo objeto lo define el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud mediante el Acuerdo 30 de 1.996 artículos 1º y 2º<sup>51</sup>.

---

<sup>47</sup> Ley 100 de 1.993 artículo 180 numeral 3. REQUISITOS DE LAS ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD. .... la promoción, gestión, coordinación, y control de los servicios de salud de las Instituciones Prestadoras de Servicios con las cuales atienda los afiliados y su familia, sin perjuicio de los controles consagrados sobre el particular en la Constitución y la Ley.

<sup>48</sup> Ley 80 de 1.993 Artículo 1º. La presente ley tiene por objeto disponer las reglas y principios que rigen los contratos de las entidades estatales.

<sup>49</sup> Ibidem Artículo 2º. 1o. Se denominan entidades estatales: a) La Nación, las regiones, los departamentos, las provincias, el Distrito Capital y los distritos especiales, las áreas metropolitanas, las asociaciones de municipios, los territorios indígenas y los municipios; los establecimientos públicos, las empresas industriales y comerciales del Estado, las sociedades de economía mixta en las que el Estado tenga participación superior al cincuenta por ciento (50%), así como las entidades descentralizadas indirectas y las demás personas jurídicas en las que exista dicha participación pública mayoritaria, cualquiera sea la denominación que ellas adopten, en todos los órdenes y niveles.

<sup>50</sup> CNSSS Acuerdo 30. Artículo 3º. Las cuotas moderadoras serán aplicables a los afiliados cotizantes y a sus beneficiarios, mientras que los copagos se aplicarán única y exclusivamente a los afiliados beneficiarios.

PARAGRAFO. De conformidad con el numeral tercero del artículo 160 de la Ley 100 de 1993, es deber del afiliado cotizante y de los beneficiarios cancelar las cuotas moderadoras y los copagos correspondientes.

<sup>51</sup> Las cuotas moderadoras tienen por objeto regular la utilización del servicio de salud y estimular su buen uso, promoviendo en los afiliados la inscripción en los programas de atención integral desarrollados por las EPS.

Los copagos son los aportes en dinero que corresponden a una parte del valor del servicio demandado y tienen como finalidad ayudar a financiar el sistema.

## 1.7 ANÁLISIS DE LAS ALTERNATIVAS PROPUESTAS.

Conforme se precisa al inicio de este escrito, el análisis jurídico se presenta dentro del marco normativo aplicable a la EAS de la EAAB, las normas del sistema general de seguridad social en salud SGSSS que regulan la organización y funcionamiento de las EAS y las cláusulas contenidas en el contrato colectivo celebrado entre la EAAB y SINTRAACUEDUCTO vigencia 2000 – 2003.

En este orden de ideas, la denominada “Contratación Integral Externa”, mediante la cual se pretende el traslado de los afiliados de la EAS de la EAAB a una EPS y que conlleva a la liquidación de la primera, no debe considerarse mientras se encuentre vigente el convenio colectivo celebrado entre la EAAB y la organización sindical SINTRACUEDUCTO, por cuanto riñe abiertamente con las cláusulas allí pactadas y contradice el acuerdo suscrito, según el cual se adelantará un estudio tendiente al fortalecimiento del SMO de la EAS de la EAAB.

La alternativa de “Reestructuración organizativa y modernización de la gestión del SMO, encaminada a su fortalecimiento”, responde exactamente a la letra y finalidad pactada en la convención colectiva, como una respuesta tardía al proceso de adaptación previsto por la Ley 100 en su artículo 236 inciso 3° que dio origen a la autorización de funcionamiento, como entidad adaptada de salud EAS en los términos de los Decretos 1890 de 1.995 y 897 de 1.996, lo que implica un costo adicional que debe preverse para una entidad que dada su naturaleza tiende a su desaparecimiento paulatino<sup>52</sup>.

Finalmente se presenta la alternativa de la “Administración delegada con firma especializada en gestión de servicios de salud”, que si bien resulta novedosa, no contradice las cláusulas convencionales, bajo el entendimiento que lo que busca el contrato colectivo es el fortalecimiento del SMO para la prestación directa de los servicios y se conserva la naturaleza jurídica de entidad adaptada de salud. En punto a esta consideración debe precisarse que la IPS de la EAAB carece de naturaleza jurídica definida, esto es no tiene la condición de empresa social del Estado en los términos de la Ley 100 de 1.993 y que la prestación de servicios a afiliados y beneficiarios del SMO de la EAS de la EAAB, no representa el volumen mayoritario de la atención<sup>53</sup>.

---

<sup>52</sup> Corte Constitucional Sentencia C-33 del 27 de enero de 1.999 M. P. Dr. CARLOS GAVIRIA DIAZ. Para la Corte es claro que no existe la vulneración alegada por el actor, pues si bien es cierto que las cajas, fondos y entidades de seguridad social del sector público y las empresas del sector público de cualquier orden que, con anterioridad a la vigencia de la ley 100 de 1993 prestaban servicios de salud a sus afiliados o amparaban riesgos de enfermedad general y maternidad, contaban con tres prerrogativas, a las cuales se hizo referencia en párrafos anteriores, esto es, -transformarse en entidad promotora de salud, -liquidarse, o -adaptarse al nuevo sistema prestando los servicios de salud a los afiliados que tuvieran registrados en el momento en que entró a regir la mencionada ley, no es menos cierto que la escogencia de una de esas alternativas implicaba necesariamente acogerse a la regulación establecida en el mismo ordenamiento para cada caso, con todas las consecuencias y efectos que de ello se derivaba.

<sup>53</sup> Ley 100 de 1993 artículo 236 inciso 2° in fine “ ( ..... ) Las dependencias que presten servicios de salud de las cajas, fondos, entidades provisionales **o entidades públicas con otro objeto social podrán suprimirse o convertirse en Empresas Sociales del Estado, que se regirán por lo estipulado en la presente Ley.**”  
(Negrilla fuera del texto)

Como quiera que mediante la administración delegada la EAAB conserva la responsabilidad íntegra del resultado de la gestión y el eventual administrador delegado actuaría siempre en nombre y por cuenta de aquella, resulta indispensable previamente a su adopción un proceso de concertación con la organización sindical, el juicioso análisis de los criterios de selección y la ponderación de los factores que permitan la escogencia de la oferta más ventajosa. Lo anterior sobre la base de considerar que una vez obtenida por parte del Gobierno Nacional la autorización para que una dependencia de la EAAB continuara prestando servicios y amparando en el riesgo de enfermedad y maternidad a los afiliados vinculados a ella a la vigencia de la Ley 100 de 1.993 y hasta el término de la relación laboral o periodo de jubilación, esta autorización se mantiene bajo el entendido de que se conserven las condiciones que dieron origen a ella<sup>54</sup>.

---

<sup>54</sup> Corte Constitucional Sentencia C-33 del 27 de enero de 1.999. M. P. Dr. CARLOS GAVIRIA DIAZ. Entonces, si la determinación del Gobierno Nacional era que la entidad pública respectiva continuara prestando los servicios por no reunir los requisitos establecidos por el legislador para convertirse en EPS, ni tampoco era conveniente proceder a su liquidación, ello le significaba no sólo dejar de recibir nuevos afiliados de acuerdo con lo contemplado en la misma ley sino también someterse a la normatividad que las regula, que difiere en muchos aspectos de la contemplada para las demás entidades, dada su existencia eminentemente transitoria.

## 2. PERSPECTIVA ASISTENCIAL EPIDEMIOLOGICA.

### 2.1 INDICADORES DE SEGUIMIENTO.

En la propuesta se habían incorporado los indicadores de morbimortalidad y su comparación con instituciones similares, aspecto que ha sido el objeto central del informe epidemiológico.

Además se había previsto una propuesta de indicadores para seguimiento, de estructura, proceso y resultado que fueran de utilidad para la evaluación periódica, sistemática y comparable, del SMO.

Los indicadores propuestos originalmente se presentan en la siguiente tabla:

**Tabla No. 2.1. Indicadores de Eficiencia, Oportunidad y Calidad, por Servicio.**

CONSULTA EXTERNA	INDICADOR
Número de consultas	Número de consultas en el periodo
Tiempo de espera entre solicitud y asignación de cita para consulta	Fecha de asignación de cita - Fecha de solicitud
Costo promedio de consulta	Costo total de consulta en el periodo -----
Indice de cumplimiento de protocolos de manejo	Nro. Total de consultas realizadas en el periodo Nro. de pacientes en quienes se cumplió el protocolo de manejo de una patología en el periodo ----- x 100 Nro. Total de pacientes que consultaron por esa patología en el periodo
<b>URGENCIAS</b>	
Número de pacientes atendidos	Número de pacientes atendidos en el periodo
% de pacientes hospitalizados	Nro. de hospitalizaciones generadas por urgencias en el periodo -----x 100
Costo promedio de atención	Nro. Total de atenciones realizadas en el periodo Costo total de servicio de urgencias en el periodo ----- Nro. Total de consultas realizadas en el periodo
<b>HOSPITALIZACION</b>	
Número de egresos	Número de pacientes egresados en el periodo
Promedio días estancia	Nro. total de días permanencia de los pacientes que egresan en el periodo -----
% de mortalidad	Nro. pacientes de pacientes que egresan en el periodo Nro. de pacientes que egresan muertos en el periodo ----- x 100 Nro. de egresos en el periodo

CONSULTA EXTERNA	INDICADOR
% de infección intrahospitalaria	$\frac{\text{Nro. de pacientes que desarrollan infección intrahospitalaria en el periodo}}{\text{Nro. de egresos en el periodo}} \times 100$
Costo promedio de egreso hospitalario	$\frac{\text{Costo total del servicio de hospitalización en el periodo}}{\text{Nro. Total de egresos en el periodo}}$
Costo promedio de día estancia	$\frac{\text{Costo total del servicio de hospitalización en el periodo}}{\text{Nro. Total de días estancia en el periodo}}$
Índice de cumplimiento de protocolos de manejo	$\frac{\text{Nro. de pacientes en quienes se cumplió el protocolo de manejo de una patología en el periodo}}{\text{Nro. Total de pacientes que consultaron por esa patología en el periodo}} \times 100$
<b>CIRUGÍA</b>	
Número de procedimientos quirúrgicos realizados	Número de procedimientos quirúrgicos realizados en el periodo
Proporción de complicaciones quirúrgicas	$\frac{\text{Nro. de cirugías complicadas}}{\text{Nro. de intervenciones quirúrgicas}} \times 100$
Proporción de reintervenciones	$\frac{\text{Nro. de reintervenciones}}{\text{Nro. Total de intervenciones}} \times 100$
Costo promedio de intervención	$\frac{\text{Costo total de servicio de cirugía en el periodo}}{\text{Nro. Total de procedimientos realizados en el periodo}}$

Fuente: Minsalud, Indicadores Hospitalarios, 1999.

No obstante hemos querido ajustar un grupo de indicadores para la propuesta presentada que sean de utilidad a la EAAB en el seguimiento del contrato con la administración delegada, y que eventualmente puedan formar parte de las previsiones contractuales.

## 2.2 INDICADORES DE ESTRUCTURA.

Los indicadores de esta naturaleza buscan evaluar de manera periódica la forma en que determinada institución ha previsto dar respuestas a sus objetivos desde la perspectiva de los recursos asignados y la organización conseguida. Puesto que la propuesta contempla la contratación de una administración delegada, solamente se requiere que la EAAB conserve una estructura destinada a la interventoría del contrato y a la vigilancia del su cumplimiento. En éste orden de ideas lo realmente relevante desde una perspectiva estructural son aquellas previsiones contractuales a ser exigidas a los potenciales contratistas. En otros apartes de la propuesta se han mencionado algunos de ellos que queremos recordar:

- La integración efectiva del comité del servicio médico.
- El cumplimiento de requisitos esenciales por las IPS que ofrezcan servicios a la EAAB.
- La existencia de una auditoría médica.
- La existencia de un mecanismo de manejo de quejas y reclamos.
- La existencia de protocolos estandarizados de tratamiento para las patologías más frecuentes en las IPS contratadas.
- La sistematización de un sistema de verificación de afiliados y de apoyo al proceso de compensación a ser realizado ante el Fosyga.

### **2.3 INDICADORES DE PROCESO.**

Este grupo de indicadores buscan dar cuenta de la forma en que los servicios se prestan y de la satisfacción de los usuarios. En este caso es conveniente tener presente que la EAAB se comporta como un usuario de los servicios de la entidad contratada. Entre los propuestos recordamos los siguientes:

- Periodicidad de reuniones del comité del servicio médico.
- Tiempo promedio para asignación de citas en medicina general, en medicina especializada, en odontología, en pediatría y en cirugía.
- Tiempo promedio para asignación de cirugía programada.
- Porcentaje de quejas resueltas sobre el total de presentadas.
- Tiempo promedio transcurrido en el proceso de auditoría de cuentas.
- Tiempo promedio transcurrido para el pago efectivo de las cuentas.

### **2.4 INDICADORES DE RESULTADO.**

Los indicadores de resultado se aplican al impacto conseguido en términos de la respuesta a las necesidades de la población. Estos indicadores evidentemente se relacionan de manera estrecha con las causas de morbimortalidad y de consulta, pero ellos no resultan de mayor utilidad para el seguimiento del contrato de administración delegada. Entonces parecería mucho más apropiado complementar esta debilidad con la utilización de indicadores clásicos de rendimiento y concentración que verifiquen, al comparar con otras instituciones, las frecuencias de uso de servicios por los usuarios y otros resultados, con patrones nacionales y/o internacionales.

Para el efecto existe una gran cantidad de indicadores, pero proponemos los siguientes buscando lo más conveniente en el contexto de lo que hemos propuesto:

- Consulta/persona/año por medicina general, especialidades, pediatría y odontología.
- Cirugías/persona/año.
- % de infecciones intrahospitalarias.
- % de casos en los que se utilizaron los protocolos estandarizados de tratamiento.
- Promedio de días estancia en hospitalización.
- Costo/persona/año.
- % de reducción de costos con respecto al año anterior.

- Costo promedio de la receta/persona/mes.

Todos los indicadores propuestos han sido elegidos por ser fácilmente obtenibles, de manera estandarizada y periódica y poder así ser incorporados al sistema de información del SMO que deberá implementar la empresa contratista. No obstante es conveniente realizar un ejercicio cuidadoso de discusión sobre cuales de ellos aplicar, como medirlos y con que periodicidad.

### **3. PERSPECTIVA DE GESTION Y ORGANIZACIÓN.**

### **3.1. ADMINISTRACIÓN DELEGADA CON FIRMA ESPECIALIZADA EN GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD.**

#### **3.1.1 Generalidades.**

Las principios constitucionales que rigen la seguridad social en salud, universalidad, solidaridad y eficiencia, explícitos en diferentes normas como la Ley 100 de 1993 y los Decretos 1890/95 y 897 /96, enmarcan el direccionamiento estratégico del SMO-EAAB en lo relacionado con criterios de gestión eficiente y financiamiento del servicio. Igualmente el marco regulatorio de los servicios públicos llama a la eficiencia y la reducción de costos administrativos en las empresas del sector.

El SMO debe lograr como entidad adaptada ajustar su Plan Obligatorio de Salud en términos de costos y cobertura, para dar cumplimiento a sus obligaciones como Entidad Adaptada, y desarrollar al mismo un Plan Complementario claramente desligado del POS dentro unos estándares calidad e innovación de los servicios iguales o superiores a los hasta ahora brindados, y comparables con los de las EPS que operan en Bogotá, D.C. pero con un estricto control en los gastos, para disminuir la pesada carga prestacional que significa para la empresa, especialmente si se tiene en cuenta la reducción progresiva en la cobertura de trabajadores de la EAAB.

La armonía de los objetivos con las directrices estratégicas de la EAAB, solamente se puede alcanzar diseñando un modelo efectivo de gestión con autonomía administrativa, una estructura técnica racional, un plan de direccionamiento estratégico y de acción que racionalice los recursos, haga cumplir las normas, sistematice la información y logre un efectivo control administrativo y técnico de los recursos y resultados, a fin de superar las graves deficiencias en la gestión encontradas en el estudio.

Estas razones permiten recomendar delegar en una firma externa la gestión del SMO para continuar administrando el servicio de salud en forma directa, y garantizar a un tiempo un alto grado de especialización y experticia en la gestión de la Entidad Adaptada. Formalmente significa que se conserva la unidad administrativa SMO en la actual estructura de la EAAB , tal como lo establece el convenio colectivo celebrado entre la EAAB y la organización sindical SINTRACUEDUCTO, en consideración a que en menos de diez (10) años, será una entidad adaptada de servicios de salud para atender afiliados mayoritariamente pensionados con su grupo familiar, y a sus afiliados sustitutos y que en veinte (20) años no cumplirá con el requisito del número mínimo exigido para operar.

Esta alternativa, no contradice las cláusulas convencionales al permitir cumplir con lo pactado al fortalecer el SMO para la prestación directa de los servicios ni la decisión de la conversión previa en una empresa adaptada y las responsabilidades legales que ello supone en el SGSSS.

Aunque permite conservar la naturaleza jurídica de entidad adaptada de salud, se precisa que la IPS de la EAAB carece de naturaleza jurídica definida, dado que no tiene la condición de empresa social del Estado en los términos de la Ley 100/93 y que la prestación de servicios a los usuarios del SMO no representa el volumen mayoritario de la atención.

Para el desarrollo de la alternativa propuesta se requiere formular un plan de direccionamiento estratégico que contemple criterios de eficacia, calidad, defina el escenario y la nueva estructura organizacional especializada y dependiente de la EAAB.

También exige delimitar los beneficios (costo y tipo de servicio de salud), de acuerdo con el sistema general de seguridad social y número y tipo de beneficiario (padre, madre, esposa o compañera e hijos del trabajador o pensionado que dependan económicamente de él).

Así mismo, esta opción permite garantizar los servicios al ejercer control sobre la calidad, plan de beneficios y los costos mediante la suscripción de un contrato único con una entidad seleccionada a través de un concurso o convocatoria pública que establezca una tarifa de administración competitiva e incentivos adicionales que estimulen al administrador en dirección a racionalizar los servicios y disminuir los costos.

La Empresa delega la administración de un servicio en el cual no tiene experticia, mediante la contratación del aseguramiento y la prestación del servicio de salud, conservando la responsabilidad íntegra del resultado de la gestión; el administrador delegado actuaría siempre en nombre y por cuenta de la EAAB.

Previa a su adopción, sería condición indispensable un proceso de concertación con la organización sindical, el juicioso análisis de los criterios de selección y la ponderación de los factores que permitan la escogencia de la oferta más ventajosa, una valuación del inventario de los activos asignados al SMO (edificaciones, computadores, etc...), para calcular el costo y estado con el fin de elaborar el pliego de condiciones que regulará la contratación del servicio.

Aún cuando supone inicialmente un incremento de los costos, esta alternativa tiene la ventaja de ser implementada en un proceso gradual que no requiere cerrar los servicios básicos en las instalaciones del SMO, ni prescindir de los servicios de la mayoría de los trabajadores asistenciales y respeta el acuerdo convencional de prestación directa de los servicios de salud.

Al implementar esta alternativa la EAAB continuará asumiendo el costo de los servicios contratados con proveedores de bienes y servicios de salud bajo la recomendación y evaluación permanente del administrador. Igualmente continuará asumiendo los costos laborales de los trabajadores de la salud que actualmente prestan sus servicios y estén vinculados a la planta, hasta alcanzar, en un proceso permanente de racionalización, por la vía de no sustituir personal innecesario que se retire, el número, perfil y grado de especialización determinado por el administrador del SMO. El personal administrativo debe reorientarse a otras dependencias de la EAAB.

### **3.1.2. Definición.**

Esta opción es una modalidad de compra de servicios en la cual la EAAB contrata externamente la gestión del servicio médico y odontológico. También es definida como la contratación externa de recursos anexos mientras la organización se dedica exclusivamente a la razón de ser de la Empresa.

Esta modalidad le permite a la EAAB centrar sus esfuerzos, recursos e inversiones exclusivamente en las funciones propias de la razón de ser de la misma.

La Empresa delega el gerenciamiento y la operación de la prestación de los servicios de salud con el fin de agilizarlo, optimizar su calidad y reducir los costos. La empresa especializada da garantías de experiencia y seriedad en el proceso.

Además de lo enunciado, la Empresa debe considerar dos aspectos: El primero, es la decisión sobre “administrar directamente” y encontrar la estructura óptima para operar; el segundo “comprar el servicio” de una organización caracterizada por administrar servicios de salud, con un alto grado de especialización en los procesos, experticia, diseño estructural y capacidad administrativa. Mejora en la calidad del servicio obtenido de una organización especializada en este bien o servicio con relación al que existía antes.

Esta opción da lugar en la EAAB a proceso de aplanamiento y la creación de nuevas relaciones con los usuarios y proveedores al concentrarse en el rendimiento de los servicios ofrecidos a los usuarios y al empleo de sistemas orientados al servicio.

Desde la perspectiva de los servicios médicos ofrecidos, la EAAB pueden enfocar mejor las labores de los trabajadores al objeto de la Empresa y de la empresa contratada, tiene accesos a la mejor atención especializada nacional e internacional, comparte riesgos y puede destinar recursos para otros propósitos al reducir y controlar los gastos de operación e identificar los centros de costos, dispone de fondos de capital, dinero efectivo y recursos que no existían en el ámbito interno y maneja fácilmente las funciones que están fuera de control.

### **3.1.3 Planeamiento estratégico de eficiencia y calidad de los servicios.**

Una organización puede ser definida al determinar la estructura, los elementos, funciones adquiridas por la relación de las diferentes dependencias, procesos y procedimientos de la misma. Las relaciones que se establecen entre los elementos y las funciones del sistema son el hilo conductor que los une y permiten adquirir atributos, capacidades y funciones, que de manera aislada no podría desempeñar.

#### **3.1.3.1 Sistema de seguridad social integral en salud del distrito capital.**

El diseño del sistema de gestión del SMO se fundamenta en conceptos como los de interacción con su ambiente externo dinámico, autogobierno, autodirección, autoorganización y funciones de retroalimentación; éste debe estar en capacidad de reprogramarse y auto-organizarse para responder a la incertidumbre generada por la interacción con el ambiente en evolución constante.

La seguridad social integral en salud es el **conjunto de instituciones, normas y procedimientos**, de que disponen la persona y la comunidad para gozar de una calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el Estado y la sociedad desarrollen para proporcionar la cobertura integral de las contingencias, especialmente las que menoscaban la salud de los habitantes del Distrito Capital, con el fin de lograr el bienestar individual y la integración de la comunidad. [Ley 100/93]

Los elementos fundamentales para el análisis del sistema de seguridad social integral en salud de Bogotá, D.C, en el que opera el SMO, son las entradas, la estructura del sistema, los resultados, el ambiente y los mecanismos de retroalimentación. El sistema total comprende todos los sistemas que se considera afectan o se ven afectados por las entradas y salidas del servicio. Está dirigido por la Secretaria Distrital de Salud en el ámbito

distrital y vincula la oferta de los mercados financiero y de recursos con la demanda de servicios de salud, como se aprecia en los gráficos N°1 y N°2.

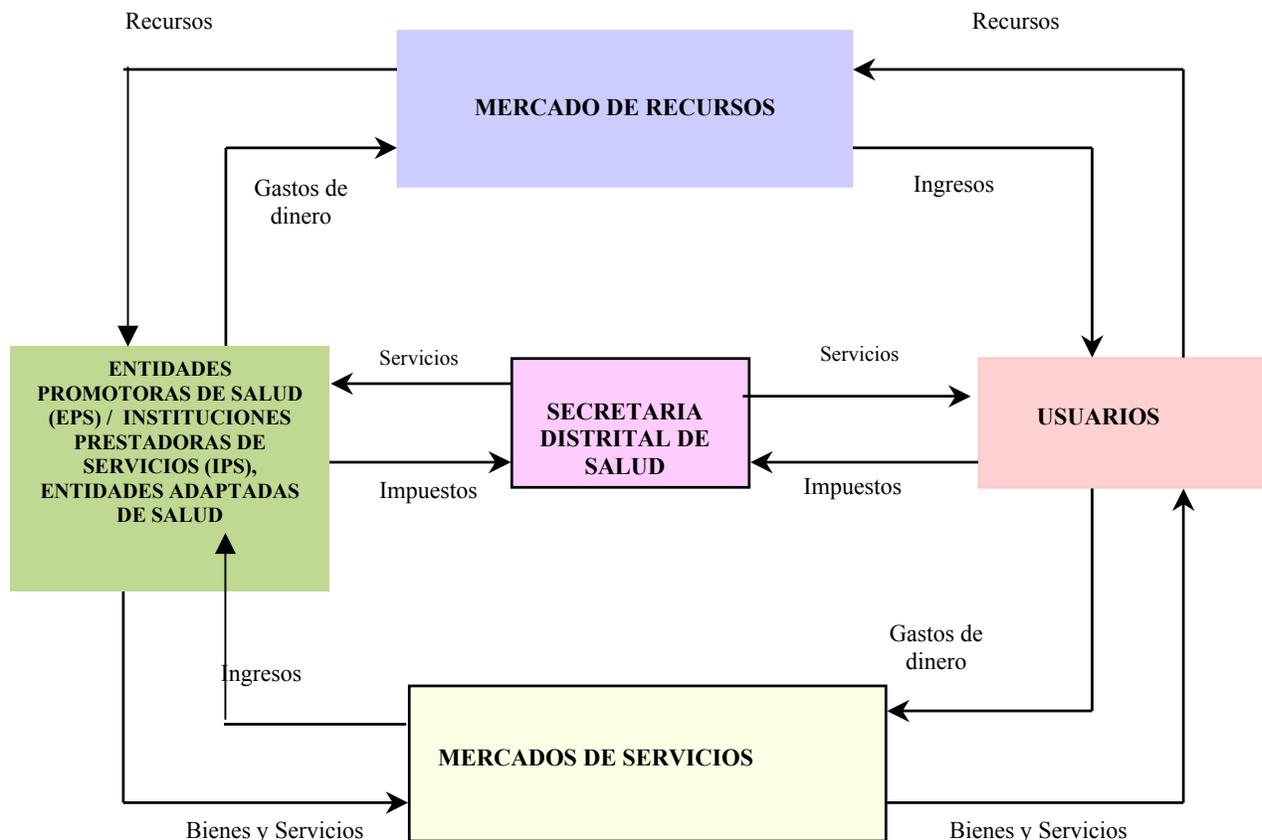
En la relación que se establece entre el mercado de servicios y los prestadores de servicios es necesario diseñar incentivos, canasta básica de servicios y gestionar la calidad.

El mecanismo básico de pago, debe responder a objetivos buscados por el SMO, como es el de velar porque a todos los usuarios se les preste unos servicios de salud con altos estándares de calidad sin que ello comprometa la sostenibilidad financiera de la EAAB.

En consecuencia, la canasta de servicios debe obedecer a la actual definición de los problemas más frecuentes de salud (estudio epidemiológico), las soluciones de comprobada eficacia y mejor costo-eficiencia, unos beneficios adicionales delimitados y reglamentados con precisión y un sistema de calidad capaz de acreditar y certificar que las intervenciones realizadas a los afiliados del SMO por parte de los proveedores de servicios de salud son las más técnicas que se encuentran en el mercado.

Gráfico N°1

SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL EN SALUD DEL DISTRITO CAPITAL



La relación de los usuarios y la red de prestadores de servicios de salud adscrita al SMO tiene tres variables fundamentales que deben ser consideradas: Riesgos, acceso y la voz del usuario.

La primera, tiene para el SMO la limitación propia de la naturaleza de una entidad adaptada, dado que el marco normativo (decreto 1890 de 1995) impide renovar afiliados; en consecuencia el Servicio tiene pocas posibilidades de distribuir riesgos al impedirsele afiliar poblaciones de distintas características con el fin de dispersar el riesgo de asumir la cobertura de eventos de salud inciertos y costosos, propios de la concentra progresiva de adultos mayores en la población que atiende.

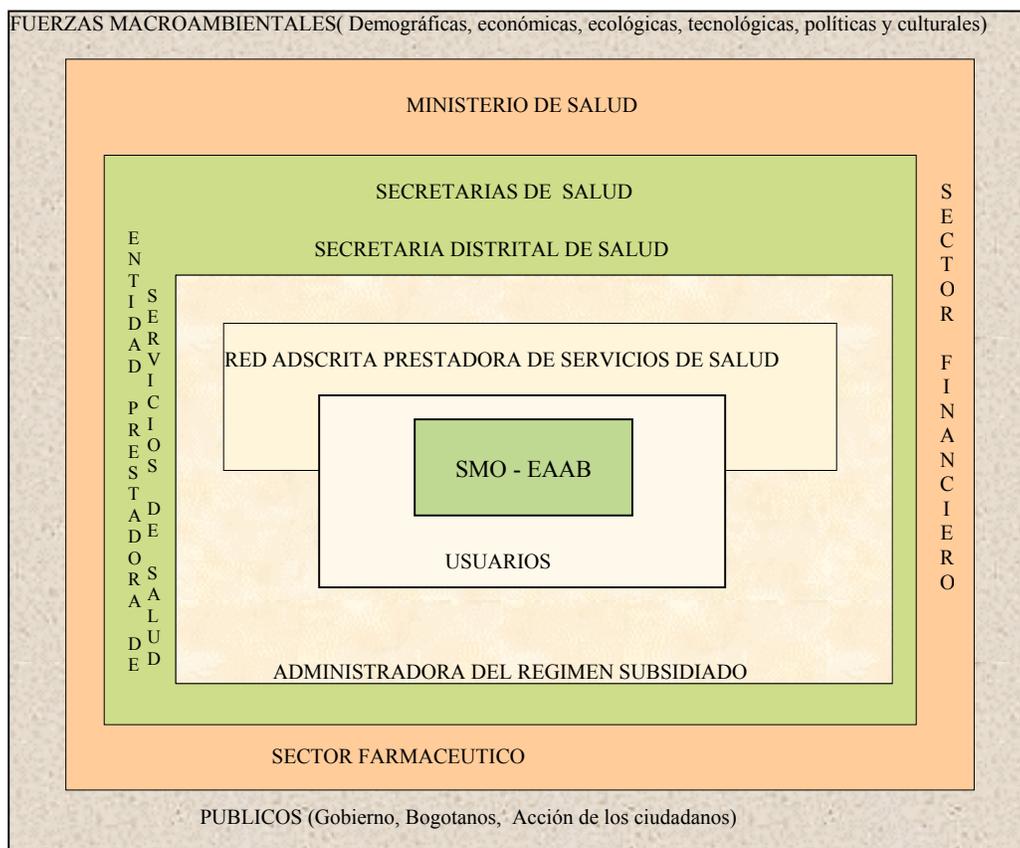
La segunda, gestión del acceso, debe tener como elementos básicos la afiliación y desafiliación de usuarios, canasta básica y valor de los servicios ofrecidos y red de prestadores que pueden cubrir las necesidades de servicios de salud de los afiliados.

Por último, la voz del usuarios cuenta en el SMO con el mecanismo previsto en la Resolución 0604 de 1987, el Comité de Servicios Médicos, cuyo propósito esencial debe

ser actuar como representantes informados a nombre de los afiliados. Tiene el propósito de coordinar actividades.

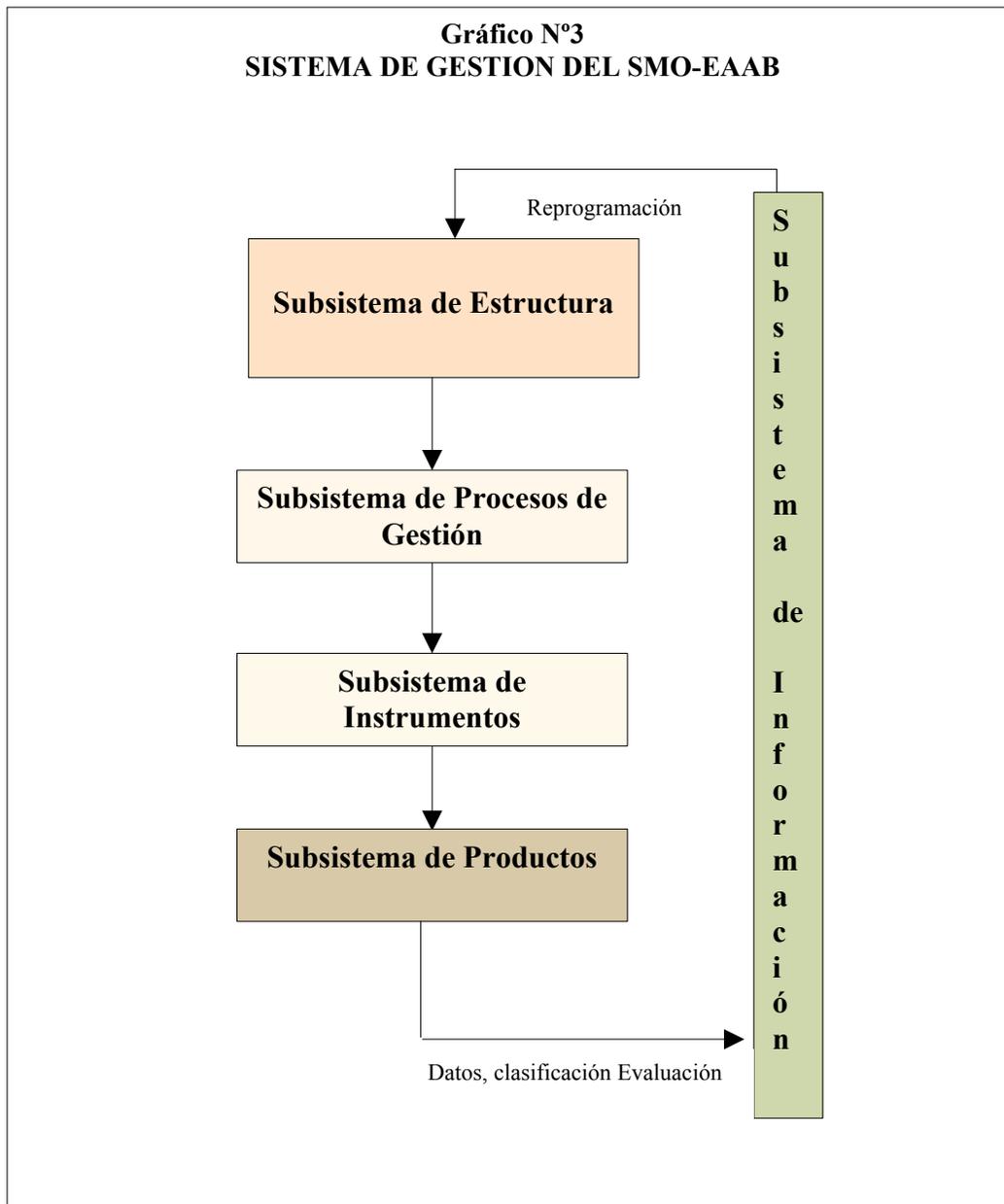
El SMO está en relación con variables no controladas del medio ambiente. Algunas de ellas inciden sobre su funcionamiento. La gestión debe conciliar los objetivos del Servicio con las demandas del contexto, y establecer la contribución de los distintos subsistemas para el logro de los objetivos con el fin de aprovechar la especialización.

**Gráfico N°2**



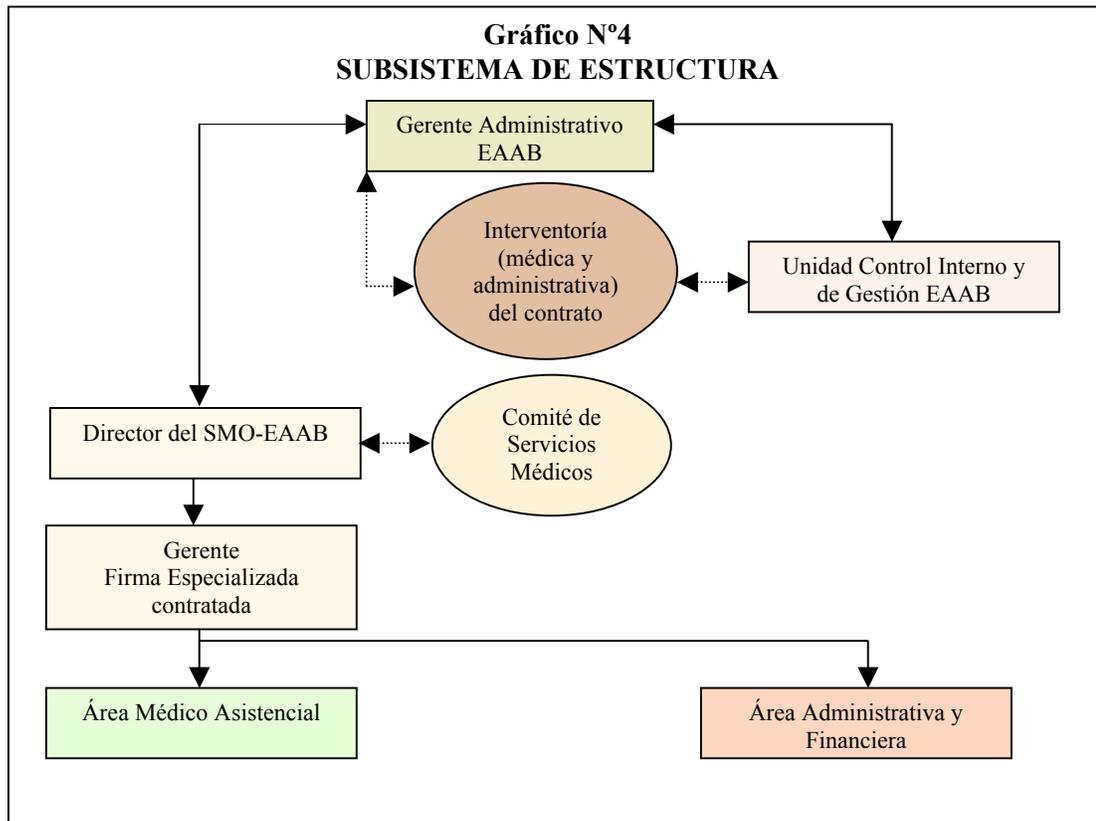
### 3.1.4. Sistema de gestión del SMO-EAAB.

El sistema de gestión del SMO está compuesto por cinco subsistemas: Estructura, procesos, instrumentos, productos (internos y externos) e información.



#### 3.1.4.1 Subsistema de estructura.

Los atributos del subsistema de estructura establece las principales relaciones entre el Gerente Administrativo de la EAAB, la Unidad de Control Interno y de Gestión de la Empresa, la interventoría del contrato, el director del SMO, gerente o funcionario responsable de la firma especializada contratada, el comité de servicios médicos y las áreas médico-asistencial y administrativa y financiera, tal como se representa en el gráfico N°3.



La estructura involucra dos requerimientos fundamentales: La división de trabajo necesario para prestar los diferentes servicios de salud y la coordinación de éstos para consumir las actividades en el SMO.

Las personas encargadas de asegurar que el SMO cumpla su misión de manera efectiva, y las que satisfacen las necesidades de aquellos que son responsables de la gestión, se denominan alta gerencia. Tiene tres obligaciones básicas: Supervisión directa, administración de las condiciones fronterizas del SMO con el entorno y el desarrollo de la estrategia. El ajuste mutuo es el mecanismo coordinador más utilizado en este nivel jerárquico.

Para administrar las condiciones fronterizas el Director debe procurar comprender el medio ambiente con el propósito de diseñar la estrategia de acuerdo con sus recursos y necesidades.

Por la naturaleza de los servicios que presta el SMO, la alta gerencia requiere una línea media de funcionarios, capaces de asumir la responsabilidad de la estandarización. En este caso, la responsabilidad recae sobre los analistas que la EAAB designe; éstos forman la estructura técnica o staff.

Existen para suministrar apoyo al SMO, toman recursos de la EAAB y, a su vez, le suministran servicios específicos. Pero funcionan independientemente del Servicio. Esta labor puede ser liderada desde la Unidad de Control Interno y de Gestión o proveerse de servicios indirectos como se hace con los de mantenimiento y vigilancia, a través de la contratación externa.

Los analistas y el personal de apoyo están separados de la línea principal de autoridad e influyen sólo indirectamente sobre los funcionarios que realizan el trabajo básico relacionado directamente con la prestación del servicio. La coordinación es predeterminada a través de la especificación o programación de los procesos de trabajo (estandarización).

La alta gerencia está unida a los funcionarios que prestan directamente los servicios de salud por los responsables de las áreas médico – asistencial, auditoría médica y administrativa y financiera con autoridad formal. Estos responsables conocen las condiciones en que se está prestando el servicio, realizan evaluaciones permanentes e informan a la alta dirección (realimentación, retroalimentación, feedback) sobre el desempeño del área.

Este nivel jerárquico, cuando el ámbito es el de la autoridad técnica, puede intervenir en la toma de decisiones, diseñar sistemas de planificación estratégica para la alta gerencia y desarrollar sistemas financieros para controlar las metas de las principales unidades administrativas. Por lo especializado de los servicios la estandarización de destrezas puede ser el mecanismo coordinador más importante.

El CID elaboró la plataforma estratégica, misión y visión, objetivos estratégicos y políticas del SMO para el cumplimiento de su función y fueron definidas así:

El planeamiento estratégico del SMO se fundamenta en:

- Naturaleza jurídica de **entidad adaptada**,
- **La racionalidad técnica definida por la alta dirección de la EAAB como empresa de servicio público (Ley 142, 1993); Empresa Industrial y Comercial del Distrito Capital, y**
- Las políticas y acuerdos que la empresa ha realizado mediante Convención Colectiva de Trabajo<sup>55</sup>

#### **3.1.4.1.1 Misión.**

Garantizar la prestación eficiente de los servicios de seguridad social en salud a los usuarios del SMO, contribuyendo a mejorar la calidad de vida de la población beneficiada mediante una gestión racional de los recursos.

---

<sup>55</sup> En la convención colectiva de trabajo 2000 2003, se pactó que la Empresa continuaría prestando los servicios médicos a los trabajadores sin costo alguno y a sus familiares, con las limitaciones y costos establecidos en la “Cartilla Informativa y Reglamento de Servicio Médico” y en el acta N°7 de Negociación Colectiva Año 2000 se acuerda que “La EAAB- ESP continuará garantizando la prestación de los servicios médicos a sus trabajadores dentro de los términos de la ley y de la Convención Colectiva de Trabajo. Los servicios médicos deben prestarse en forma efectiva y eficiente, buscando mantener la mejor calidad de los mismos”. [CAPITULO XXVII Art. 118° PRESTACIÓN DIRECTA].

### **3.1.4.1.2 Visión.**

“El Servicio Médico y Odontológico para el año 2005 deberá tener la capacidad para prestar un servicio de salud altamente competitivo que cumpla con los criterios de racionalidad técnica señalados en las normas del sistema de seguridad social en salud para los trabajadores de la Empresa de Acueducto y Alcantarillado de Bogotá”.

### **3.1.4.1.3 Objetivos estratégicos del SMO.**

El servicio médico y odontológico es responsable de orientar el servicio de salud de los trabajadores de la EAAB, a través de la gestión dirigida por el Director, quien será designado por el Gerente General de la Empresa de Acueducto y Alcantarillado de Bogotá, ESP.

Los objetivos estratégicos del SMO se encuentran enmarcados en las leyes y decretos reglamentarios (Leyes 10 de 1990, 60 de 1993 y 100 de 1993 y Decretos 1890 de 1995 y 897 de 1996). Entre ellos se hallan:

1. Proveer servicios de salud de calidad a los usuarios del SMO.
2. Educar, informar y fomentar la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en cantidad, oportunidad, calidad y eficiencia respecto del Plan Obligatorio de Salud.
3. Garantizar la libre escogencia a los usuarios entre las entidades promotoras de salud y las instituciones prestadoras de servicios de salud, dentro, innovación y calidad de los servicios establecidos por el SMO.
4. Cumplir con los requisitos exigidos para el funcionamiento del SMO.
5. Contar con los puntos estratégicos de atención indispensables para la atención integral de la salud de los usuarios del SMO, de acuerdo con los estándares de volumen de producción fijados por la dirección.
6. Estimular la participación de los usuarios en la gestión del SMO.

El Director debe comprender no sólo los objetivos, sino también la forma en que éstos se integran, de tal manera que pueda tener una visión sistémica del Servicio.

### **3.1.4.1.4 Políticas del SMO.**

Las pautas de acción que delimitan el margen de decisión a los directivos del SMO serán las siguientes:

1. El SMO velará porque a todos los usuarios se les preste unos servicios de salud con altos estándares de calidad sin que ello comprometa la sostenibilidad financiera de la EAAB. Por lo tanto, los beneficios adicionales deben estar delimitados y reglamentados con precisión. También debe contar con un sistema de calidad que acredite y certifique que las intervenciones realizadas a los usuarios del SMO por parte de los proveedores de servicios de salud son las más técnicas que se encuentran en el mercado.
2. El Servicio Médico y Odontológico propenderá por un modelo de atención que contribuya al mejoramiento de la calidad de vida a través del diseño de programas de promoción y prevención, especialmente los que minimicen el impacto que produce en las finanzas de la EAAB, la asunción de la cobertura

de eventos de salud inciertos y costosos propios de la concentración progresiva de adultos mayores en la población que atiende.

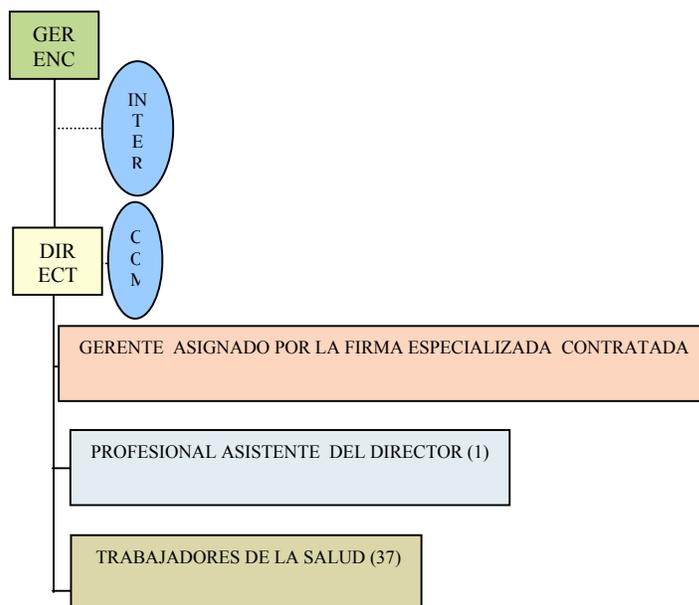
3. Criterios unificados de registro y procedimientos en los procesos, a través del pleno ejercicio de la formalidad en la contratación con la red adscrita del SMO, el manejo de las historias clínicas, el cumplimiento de requisitos mínimos esenciales, uso de guías de atención para los principales casos de consulta, la adquisición de medicamentos y atención prioritaria, entre otros.
4. Cobertura en medicamentos de acuerdo con el POS.
5. El SMO manejará la información por medio de sistemas con plataforma única, compatibles e integrados con el sistema de información del la EAAB-ESP.
6. Integración del usuario a la gestión del SMO mediante un sistema adecuado de información en aspectos como el listado básico de medicamentos y su aplicación, derechos y obligaciones y procesos de resolución de conflictos.

El SMO está en relación con variables no controladas del medio ambiente. Algunas de ellas inciden sobre su funcionamiento. La gestión debe conciliar los objetivos del Servicio con las demandas del contexto, y establecer la contribución de los distintos subsistemas para el logro de los objetivos con el fin de aprovechar la especialización.

#### **3.1.4.1.5 Estructura Organizacional.**

La estructura propuesta, de acuerdo con los criterios de eficiencia definidos en la autorización del Ministerio de Salud a la EAAB, para continuar prestando los servicios de salud como entidad adaptada sería como se presenta en el gráfico N°5.

**Grafico N°5**  
**ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL DEL SMO-EAAB**

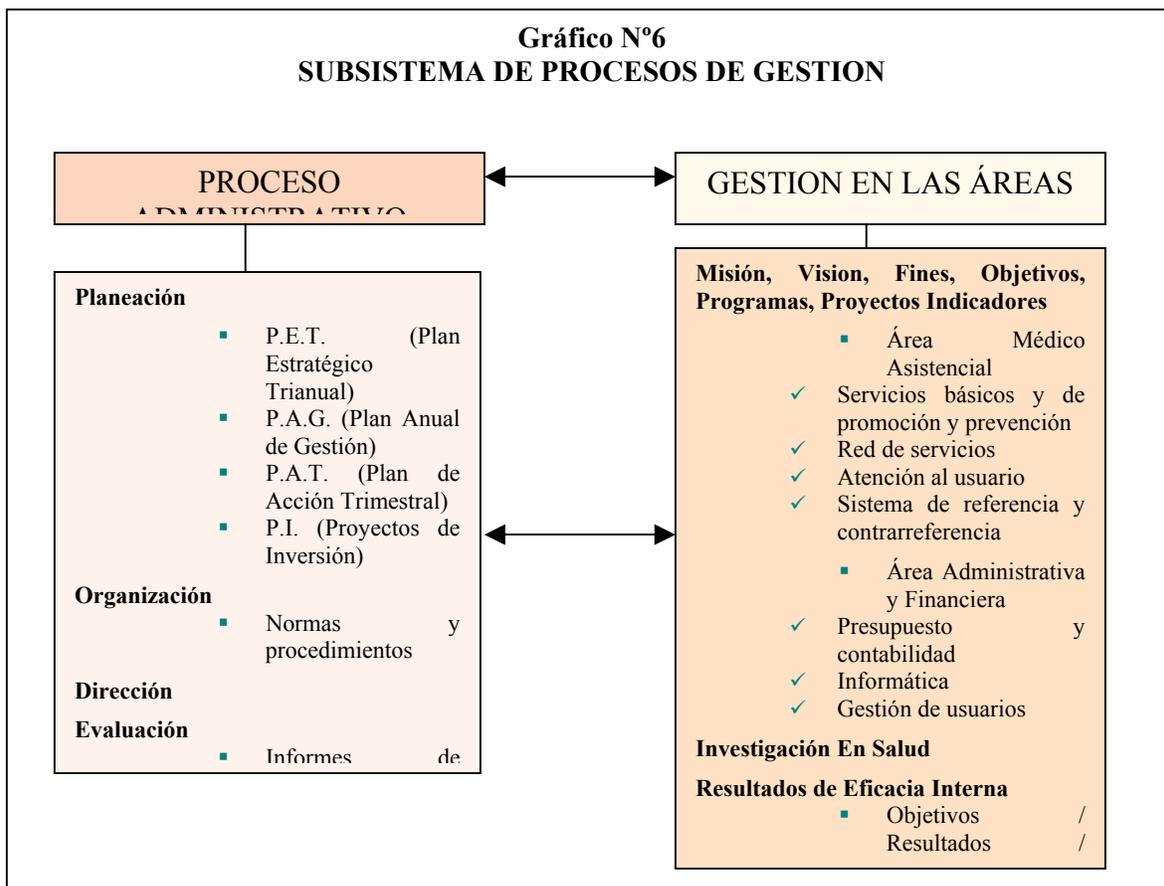


### 3.1.4.2. Subsistema de procesos de gestión.

El sistema administrativo o procesos de gestión implica la dirección tecnológica, organización de la gente y otros recursos, y las relación de la organización con su medio<sup>56</sup> o comprende las funciones básicas del Director al aplicar técnicas de planeación, organización, dirección, evaluación y control de los resultados y retroalimentación<sup>57</sup>. El subsistema de procesos de gestión relaciona la investigación en salud con las áreas médico asistencial (servicios básicos y de promoción y prevención, red de servicios, atención al usuario y sistema de referencia y contrarreferencia) y administrativa y financiera (Presupuesto y contabilidad, informática y gestión de usuarios), tal como se aprecia en el gráfico N°6.

<sup>56</sup> **Kast**, Fremont E. y **Rosenzweig**, J. *Administración en las organizaciones, un enfoque de sistemas*. Mc Graw Hill, México, 1979. Pág. 126.

<sup>57</sup> **Martínez F.**, Carlos E., *Administración de organizaciones. Productividad y Eficacia*. Unibiblos, Universidad Nacional de Colombia, Santafé de Bogotá, D.C. – Colombia, 1999. Pág. 39.



### 3.1.4.2.1. El proceso de planeación.

El proceso de planeación implica un plan formal de largo plazo en el SMO, 2001 – 2004; así mismo, tiene en cuenta los referentes de planeación del sector salud como el informe del Banco Mundial, las normas y políticas establecidas en la Ley 10 de 1990, las Leyes 60 y 100 de 1993, el programa cambio para construir la paz y el plan de desarrollo económico, social y de obras públicas para Bogotá D.C. 2.001 – 2.004 – “Bogota para vivir todos del mismo lado”.

El enfoque del proceso de planeación tiende hacia la formalización de responsabilidades de cada unidad administrativa del SMO frente a los problemas prioritarios del servicio. También identifica, evalúa y hace seguimiento a la ejecución financiera y física de los proyectos de inversión.

El grupo asesor propone que el Director tenga la responsabilidad de elaborar los siguientes documentos:

- P.E.T. (Plan Estratégico Triannual)
- P.A.G. (Plan Anual de Gestión)
- P.A.T. (Plan de Acción Trimestral)

- P.I. (Proyectos de Inversión)

#### **3.1.4.2.2. El proceso de organización.**

Implementa las normas, procedimientos y funciones establecidas formalmente en la estructura del SMO con el fin de mejorar el nivel, de acuerdo con la forma predominante de la división de trabajo (especialización horizontal), separando las actividades propias de la prestación de los servicios de salud de la gestión del servicio médico.

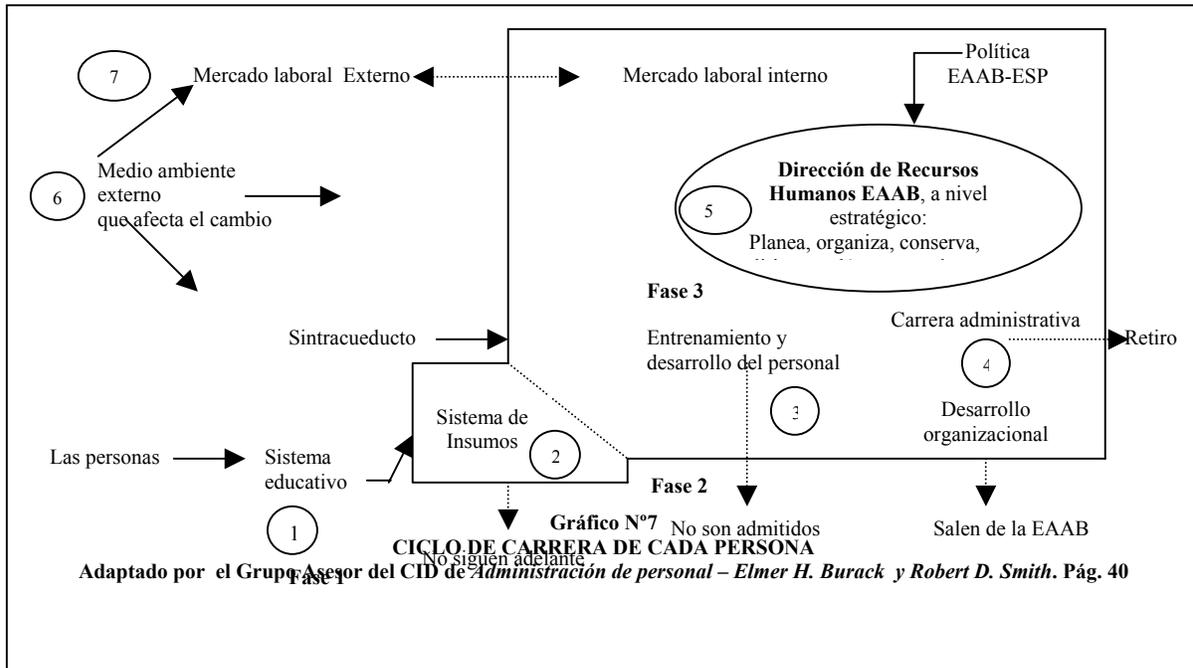
El criterio fundamental es el aumento de la productividad, cada funcionario se especializa en unas funciones determinadas; ocupándose de las actividades asociadas con la prestación de servicios de salud (especialización ampliada), sin ganar control sobre ellas.

#### **3.1.4.2.3. Planta de personal.**

El sistema que se observa en el gráfico N°7 indica una forma de satisfacer las exigencias de la operación del SMO; incluye las fuerzas externas de cambio como la legislación, las tendencias económicas, las políticas y objetivos estratégicos de la Dirección de Recursos Humanos de la EAAB, así como las características de la fuerza de trabajo.

Una correcta evaluación de los requerimientos de recursos humanos, deberá descansar sobre un sistema de reclutamiento, que para el caso específico del SMO, será diseñado por la EAAB con la asesoría de la firma delegada especialista en gestión de servicios de salud, para reclutar, evaluar y seleccionar a los profesionales de la salud de manera que satisfagan las necesidades, estableciendo prioridades.

Debe ser prioridad del Director de Recursos Humanos de la EAAB y el Director del SMO, la planificación del entrenamiento y desarrollo del personal para ampliar conceptos y destrezas, de acuerdo con la asesoría de la firma delegada especialista en gestión de servicios de salud, en las áreas que requieren ser fortalecidas, según las más importantes tendencias externas y su impacto sobre el Servicio.



Otro aspecto importante que se ha considerado en el diseño de la planta de personal del SMO, además de los argumentos que se exponen más adelante, es que los funcionarios que prestan servicios de salud, deberán estar preparados para el desarrollo y el cambio tanto a nivel individual como en equipo. Siguen controlando de manera horizontal sus actividades.

Otras consideraciones que se tomaron para sugerir la planta de personal del SMO, son las siguientes:

- La resolución 425/97 “requisitos esenciales para la prestación de servicios de salud”, indica que el número máximo de consultas hora / médico para medicina general es de 4 y para medicina especializada es de 3.
- El SMO presentó ante la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud Área de Vigilancia y Control de la Oferta, la declaración de requisitos esenciales, como centro de salud sin camas.
- Supresión en la planta de personal de la EAAB, por pensión de los funcionarios en el 2002, de los siguientes cargos: Tres médicos y una enfermera profesional.
- Reubicación en la planta de personal de la EAAB de cargos que desempeñan funciones administrativas: Dos profesionales, un supervisor, cuatro auxiliares administrativos, un tecnólogo en administración, una secretaria auxiliar, un técnico en tratamiento de agua y un mensajero (ver anexo).
- También se considera que no debe renovarse los contratos por honorarios profesionales, vigentes firmados con profesionales de la salud.

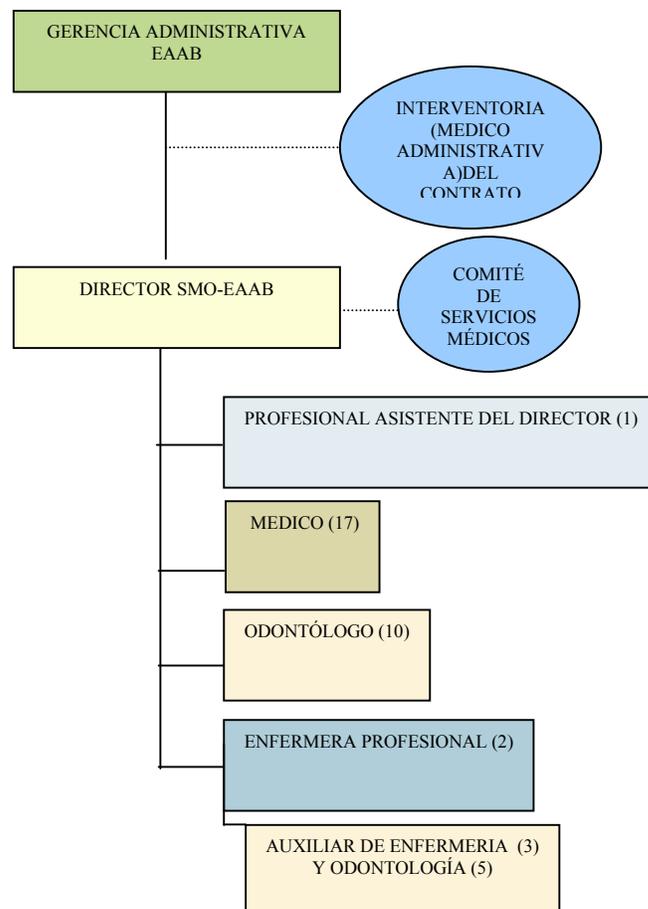
La planta de personal del SMO a cargo de la EAAB se aprecia en el Gráfico N°8.

#### 3.1.4.2.4. El proceso de dirección.

Enfoca la toma de decisiones con criterio de eficiencia y eficacia en las áreas funcionales del Servicio Médico y Odontológico, gráfico N°9, en el marco de la plataforma estratégica y medidas de acuerdo con los objetivos trazados frente a los resultados obtenidos y los servicios prestados y el costo en comparación con la calidad de los servicios.

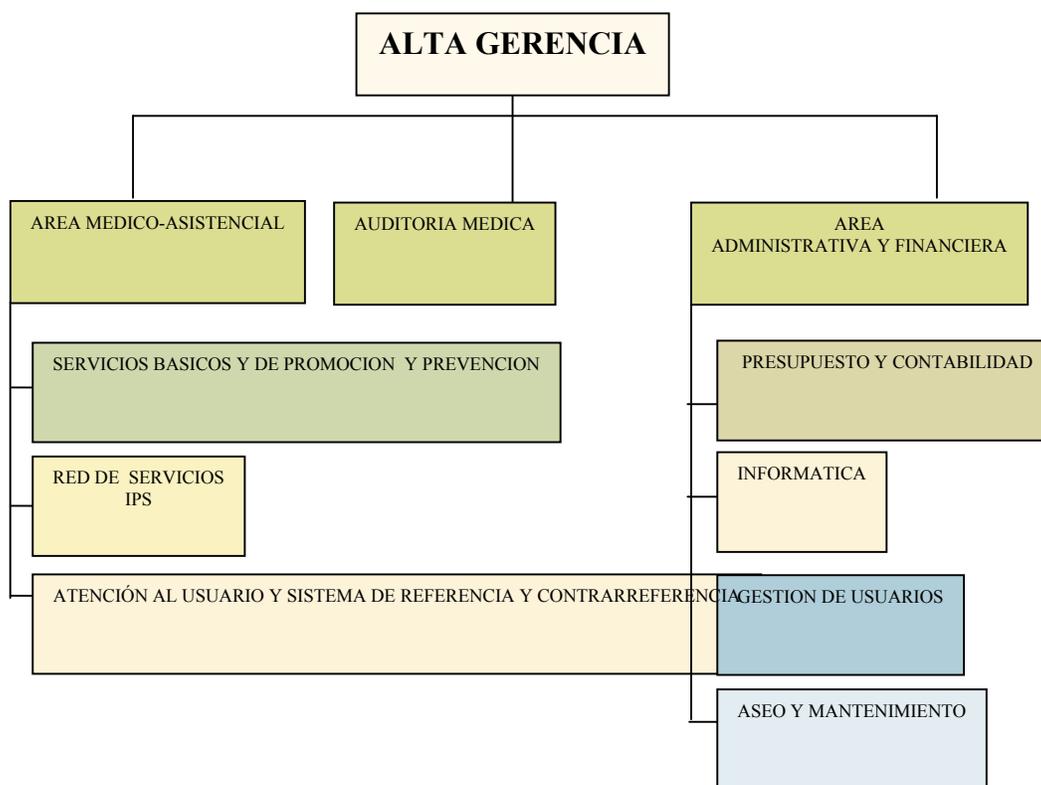
Las áreas médico - asistencial, cuyos procesos fundamentales son servicios básicos y de promoción y prevención, red de servicios, atención al usuario, sistema de referencia y contrarreferencia, administrativa y financiera que comprende los procesos de presupuesto y contabilidad, informática y gestión de usuarios e investigación en salud que incluye lo interno desde la perspectiva de la auditoría médica y el conocimiento actualizado del perfil epidemiológico y lo externo frente al desarrollo del sector salud deben ser administradas para obtener resultados de eficacia interna e impactar socialmente de tal forma que por

**Gráfico N°8. PLANTA DE PERSONAL DEL SMO A CARGO DE LA EAAB**



ejemplo las tarifas de los servicios públicos que presta la EAAB no tengan que ser incrementadas por causa de una mala administración en el SMO.

**Gráfico N°9**  
**ÁREAS FUNCIONALES DEL SMO EAAB**



#### **3.1.4.2.5. El proceso de evaluación.**

Mide el nivel de eficacia organizacional a través de la eficiencia (costos) y eficacia (calidad de los servicios e impacto social) de los resultados de gestión.

#### **3.1.4.2.6. El proceso de realimentación o reprogramación.**

Tiene por finalidad el mejoramiento continuo de los resultados en relación con los cambios en el sector salud, la participación de los usuarios del servicio y la eficacia.

#### **3.1.4.3. Subsistema de instrumentos.**

La EAAB para que el SMO pueda cumplir con su razón de ser, facilitará el desarrollo del subsistema de instrumentos, a través de la construcción de siguientes herramientas, exigidas como requisitos mínimos esenciales para la operación:

**Gráfico N°10**  
**SUBSISTEMA DE INSTRUMENTOS**

- Manual de funciones
- Manual de procedimientos
- Manual de auditoria
- Sistema de Indicadores de control de gestión
- Manual de calidad
- Manual de compras

**3.1.4.3.1. Funciones.**

En el marco de los procesos centrales, el SMO desarrollará y cumplirá las siguientes funciones básicas recomendadas para la dirección:

- Formular el plan estratégico con la visión, misión, objetivos, políticas, estrategias y el programa de acción del SMO.
- Planear, organizar, dirigir, evaluar y controlar los recursos y la calidad de los servicios que se desarrollan en las diferentes áreas del SMO.
- Rendición de cuentas oportuna
- Velar por el cumplimiento de las normas orgánicas de la entidad y de las disposiciones que regulan los contratos, procedimientos y trámites administrativos internos.

Las funciones básicas del área médico- asistencial serían:

- Contribuir al diseño e implementación de políticas y estrategias.
- Planear, organizar, dirigir, evaluar y elaborar informes de resultados del área
- Organizar y regular los servicios ambulatorios, de internación, de apoyo diagnóstico y terapéutico.
- Actualizar el diagnóstico de la oferta y aseguramiento de servicios para identificar ajustes en prioridades y metodología para establecer perfiles epidemiológicos y contribuir a racionalizar los recursos y el mejoramiento de la atención de los afiliados.
- Establecer un sistema de información que permita conocer la oferta asistencial, de promoción, prevención y rehabilitación, para aplicar sistemas de referencia y contra referencia de usuarios.

- Cumplir con el marco regulatorio del SGSSS.
- Estudiar y proponer mecanismos para garantizar la atención integral, eficiente, oportuna y de calidad por parte de las IPS, coordinar y programar los procesos y procedimientos relacionados con citas médicas, laboratorio, radiología, auditoría médica y odontología.

En cuanto al área administrativa y financiera se recomiendan las siguientes funciones:

- Implementar y desarrollar las políticas, programas, proyectos y procedimientos para el control del sistema de información y de los recursos.
- Participar en la elaboración del plan de acción y de los informes de resultados.
- Administrar los procesos de carnetización y de información sobre los afiliados.
- Desarrollar todas las actividades inherentes a la función financiera.

#### **3.1.4.3.2. Procesos: Responsabilidad del Contratista y de la Empresa.**

**Para un adecuado funcionamiento del servicio médico es necesario caracterizar 6 grandes procesos:** proceso de afiliación y carnetización, proceso de compensación, proceso de planeación operativa, proceso de presupuestación y control de la ejecución presupuestal, proceso de contratación, proceso de facturación, proceso de auditoría médica y calidad, proceso de autorización de servicios, referencia y contrarreferencia, proceso de información y atención al usuario, sistemas de apoyo del contratista.

#### **3.1.4.3.3. Proceso de Afiliación y Carnetización.**

1. La empresa reporta las novedades del personal (retiros y fallecimientos)
2. El contratista exige documentación que acredite la calidad de beneficiarios conforme a la norma, con la periodicidad necesaria.
3. El contratista debe adecuar el software de afiliación.
4. El software de afiliación debe señalar retiros por cumplimiento de edad límite.
5. El contratista es responsable de la base de datos de los afiliados y sus soportes documentales.
6. El contratista es responsable de la carnetización oportuna, así como de la renovación de los carnets.

#### **3.1.4.3.4. Proceso de Compensación.**

1. La empresa presenta mensualmente la nómina de personal con sus novedades.
2. El contratista con base en la nómina presentada por la empresa elabora la declaración de giro y compensación.
3. La empresa revisa y presenta compensación al FOSYGA.

#### **3.1.4.3.5. Proceso de Planeación Operativa.**

1. El contratista elabora el plan operativo para la vigencia, que incluye:
  - Actividades de promoción y prevención
  - Actividades y costos de servicios en atención básica con recursos de la Empresa
  - Actividades y costos de servicios contratados en atención básica
  - Actividades y costos de apoyo diagnóstico y terapéutico en atención básica
  - Estrategia de racionalización de servicios y costos para el periodo en atención básica
  - Actividades y costos de servicios ambulatorios especializados contratados
  - Actividades y costos de apoyo diagnóstico y terapéutico contratado en atención especializada
  - Estrategia de racionalización de servicios y costos para el periodo en atención especializada
  - Actividades y costos de servicios hospitalarios
  - Estrategia de racionalización de costos para el periodo en atención hospitalaria
  - Actividades y servicios complementarios
2. La empresa aprueba el Plan Operativo para la vigencia.
3. El contratista presenta informe mensual de actividades a la Dirección del Servicio Médico.
4. El contratista presenta informe trimestral de actividades y costos a la empresa.

#### **3.1.4.3.6. Proceso de Presupuestación y Control de la Ejecución Presupuestal.**

1. Con base en las metas de reducción del gasto anual acordadas previamente con el contratista, se define el techo presupuestal del servicio.
2. El contratista presenta un proyecto de presupuesto detallado para la vigencia y un Plan de Caja.
3. La empresa aprueba el presupuesto y el Plan de Caja.
4. El contratista asigna presupuesto inicial a cada profesional y entidad adscrita (comprometido).
5. El contratista vigila la ejecución presupuestal con base en la facturación de cada adscrito (causado).
6. La empresa controla la ejecución presupuestal sobre la firma de contratos y las órdenes de pago (comprometido y causado).

7. El contratista propone ajustes presupuestales a lo largo de la vigencia, sobre la base de cancelación de contratos, nuevos contratos, incremento o reducción de cuantías en otros.
- 8. El contratista presenta proyectos de contratos con adscritos ( formas y modelos de contratación acorde al desarrollo técnico y jurídico de la contratación en salud, tarifas acordes con el mercado) conforme al plan operativo y al presupuesto aprobado.**
9. La empresa tramita y legaliza los contratos y notifica al contratista una vez perfeccionados.
10. El contratista notifica al adscrito la iniciación del contrato.
11. El contratista notifica a la empresa los casos de incumplimiento del adscrito y solicita las acciones pertinentes.
12. La empresa toma las acciones que considere adecuadas.

#### **3.1.4.3.2.5. Proceso de Facturación.**

1. El contratista recibe las cuentas de profesionales y entidades adscritas.
2. El contratista verifica la calidad de afiliado.
3. El contratista confirma la orden del servicio o la motivación de la urgencia.
4. El contratista revisa la pertinencia del tratamiento y los procedimientos y exámenes realizados, con apoyo de su auditoría médica.
5. El contratista verifica las tarifas cobradas en el detalle de la facturación.
6. El contratista formula glosas al profesional o entidad adscrita dentro de los 15 días hábiles siguientes a la presentación de la cuenta.
7. El contratista remite a la empresa para pago las cuentas no glosadas o la parte no glosada de las demás cuentas, dejando constancia de las glosas.
8. Satisfechas las glosas por parte de las entidades adscritas, el contratista remite a la empresa las cuentas observadas o corregidas para pago.
9. El contratista lleva control detallado de la ejecución de cada contrato con base en la facturación presentada y aprobada.
10. La empresa paga las cuentas.

#### **3.1.4.3.2.6. Proceso de Auditoría Médica y Calidad.**

1. El contratista exige a las entidades adscritas acreditar los requisitos esenciales para los servicios contratados.
2. La Auditoría médica verifica el cumplimiento de dichos requisitos periódicamente.
3. La Auditoría Médica revisa los tratamientos y autoriza procedimientos especiales en pacientes hospitalizados.
4. La Auditoría Médica revisa la pertinencia de los tratamientos ordenados expresamente o no ordenados a través de la facturación.

5. La Auditoria Médica analiza comparativamente los costos en distintas instituciones contratadas.
6. La Auditoria Médica elabora y aplica periódicamente encuestas de satisfacción de los usuarios a la salida de los servicios.
7. La Auditoria Médica dirige el Comité de Calidad de la Entidad Adaptada.
8. La Auditoria Médica organiza el sistema de quejas y reclamos de los afiliados.
9. La Auditoria Médica elabora un informe trimestral para el Contratista y para la Empresa.

#### **3.1.3.2.7 Proceso de Autorización de Servicios, referencia y contrareferencia.**

1. El contratista, a través de su departamento de servicios básicos instruye a los médicos sobre la política de autorización de servicios.
2. El contratista, a través del departamento de red de servicios refrenda las autorizaciones provenientes de médicos generales, especialistas o entidades adscritas.
3. El contratista mantiene información actualizada sobre la red contratada y debe estar en permanente comunicación con ella para remitir a los afiliados con cita acordada previamente.
4. El contratista coordina los servicios de ambulancia u otros servicios ambulatorios necesarios.
5. El contratista exige a la red adscrita información oportuna y adecuada sobre los tratamientos realizados y lleva el resultado a la historia clínica del afiliado.

#### **3.1.4.3.2.8. Proceso de Información y Atención al usuario.**

1. El contratista mantiene abierta una oficina de información y atención al usuario.
2. El contratista mantiene 24 horas una línea 9800 para atender a los requerimientos de los usuarios.
3. El contratista desarrolla sistemas de información y publicidad sobre los servicios, derechos y deberes de los afiliados.
4. La Oficina de Atención al Usuario coordina las citas de medicina y odontología general.
5. La Oficina de Atención al usuario lleva el registro de motivos de consulta de los usuarios.
6. La Oficina de Atención al usuario registra las quejas y ayuda a los quejosos a diligenciar los formatos de quejas para la Auditoría Médica.

#### **3.1.4.3.2.9. Sistemas de Apoyo del Contratista.**

1. Sistema de Información.

2. Sistemas de Archivo e Historias Clínicas.
3. Apoyo administrativo.
4. Análisis Financiero.

#### **3.1.4.4. Subsistema de productos.**

El subsistemas de productos, gráfico N°11 está constituido fundamentalmente por los servicios que presta, verifica los resultados de eficacia de la gestión de la SDS, incorpora mediciones de costos y calidad de los servicios y de impacto en los usuarios del servicio, permitiendo una mayor racionalidad en la toma de decisiones, a través de la divulgación de los eventos periódicos que contribuyen al mejoramiento de los programas.

**Gráfico N°11**  
**SUBSISTEMA DE PRODUCTOS**

- Mide, clasifica y procesa información
- Resultados de la mediciones de costos y calidad de los servicios del SMO
- Informes de evaluación y control de resultados en los servicios
- Informe ejecutivo de gestión financiera
- Informe ejecutivo de gestión del talento humano
- Informe de participación del usuario en el sistema
- Informe de resultados del impacto de los servicios de salud en relación con el criterio de equidad.

**3.1.4.5. Subsistema de información.**

El subsistema de información, recoge los insumos de información originada en cada uno de los componentes de la estructura de los programas, procesa los datos críticos y los selecciona generando varios tipos de informes: Para el Gerente Administrativo, Comité de Servicios Médicos, las áreas medico – asistencia y administrativa y financiera y boletines dirigido a los funcionarios y usuarios del SMO.

**Gráfico N°12**  
**SUBSISTEMA DE INFORMACIÓN**

- Boletín para los funcionarios y usuarios del SMO
- Informes para el gerente administrativo, comité de servicios médicos, áreas medico – asistencia y administrativa y financiera
- Boletín del SMO para el sector (Semestral)

Este proceso proporcionará al administrador la información necesaria para el control y evaluación de la eficacia organizativa y de cada uno de los subsistemas que lo componen.

## **4. PERSPECTIVA FINANCIERA.**

#### 4.1. PROYECCIÓN DEL NÚMERO DE AFILIADOS.

En la proyección del número de afiliados sólo tiene incidencia significativa la desafiliación al servicio por mortalidad o por cumplimiento de los 25 años por parte de los hijos válidos menores. Después de la reciente revisión hecha sobre las afiliaciones se prevé que la tasa de salida por doble afiliación al Sistema de Salud es mínima. Por tratarse de un grupo de cotizantes en su mayoría pensionados, se considera también que la tasa de desafiliación por retiro laboral y la de afiliación por nuevos nacimientos son mínimas como para ser tenidas en cuenta. Básicamente lo que se observa en este grupo cerrado de afiliados, es que las estructuras de edad hacen que lo que más pese en los retiros, sea fundamentalmente el aumento de edad. En términos de costos, las entradas y salidas mínimas no tenidas en cuenta se equilibran y no se causa una desviación importante en los resultados globales de las proyecciones.

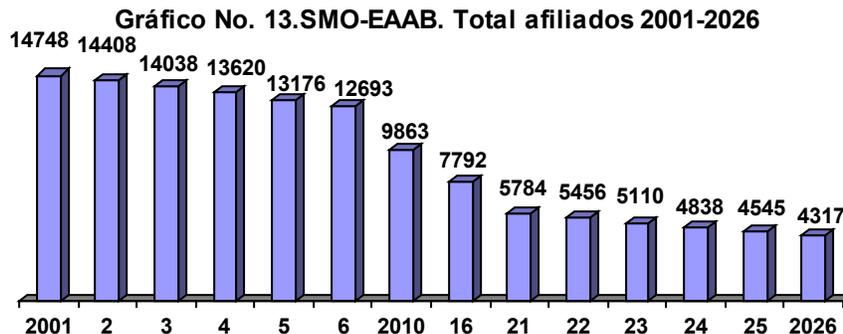
Para establecer el decremento en el número de afiliados por mortalidad, en estas proyecciones se toma como base técnica la tabla colombiana de mortalidad de asegurados 84-88 para ser aplicada a cotizantes empleados y sus beneficiarios. Para proyectar la mortalidad de los pensionados, se usa la tabla de mortalidad de rentistas de la experiencia del ISS en el periodo 80-89, reglamentada por la Superintendencia Bancaria en la resolución 0585 del 11 de abril de 1994.

Como se puede deducir de la siguiente tabla, el número de afiliados, que a diciembre 31 de 2001 era de 14.748, disminuye en los primeros 5 años en 14% y en los siguientes 10 en 33%. Aproximadamente en 20 años el SMO de la EAAB no cumplirá con el requisito del número de afiliados para operar como entidad adaptada del SGSSS. Según la tabla, el decremento en el número de afiliados es mayor para los menores de 60 años que para los mayores de 60, debido esencialmente a las desafiliaciones de los hijos menores que cumplen los 25 años en el periodo analizado.

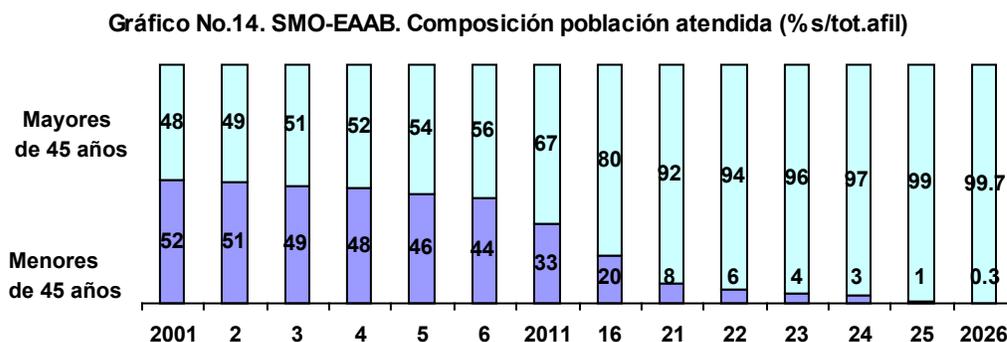
**Tabla No.4.1. Proyección del número de afiliados al SMO. Próximos 25 Años.**

Edad	Número de años de proyección													
	0	1	2	3	4	5	10	15	20	21	22	23	24	25
	Fecha													
	Dic-01	Dic-02	Dic-03	Dic-04	Dic-05	Dic-06	Dic-11	Dic-16	Dic-21	Dic-22	Dic-23	Dic-24	Dic-25	Dic-26
<1	28	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1-4	450	346	196	123	28	0	0	0	0	0	0	0	0	0
5-14	2.390	2.238	2.115	1.908	1.724	1.475	459	0	0	0	0	0	0	0
15-44	4.858	4.765	4.636	4.487	4.300	4.096	2.785	1.563	471	345	203	132	42	14
45-59	3.510	3.483	3.450	3.370	3.326	3.250	2.755	1.995	1.129	992	817	687	567	437
60 y más	3.512	3.577	3.641	3.732	3.799	3.872	3.864	4.234	4.185	4.118	4.090	4.019	3.936	3.866
<b>Total</b>	<b>14.748</b>	<b>14.408</b>	<b>14.038</b>	<b>13.620</b>	<b>13.176</b>	<b>12.693</b>	<b>9.863</b>	<b>7.792</b>	<b>5.784</b>	<b>5.456</b>	<b>5.110</b>	<b>4.838</b>	<b>4.545</b>	<b>4.317</b>

La siguiente gráfica muestra la evolución del número total de afiliados (cotizantes y beneficiarios) que tendrá el SMO-EAAB hasta 2026, año en el cual los afiliados serán 4.317, ninguno de ellos menor de 15 años y la mayoría concentrados en el grupo de más de 60 años (3.866 afiliados o 90% de la población atendida), lo cual hará desbordar los costos de prestación del servicio de salud.



La siguiente tabla muestra la composición de la población atendida por el SMO-EAAB en el periodo 2001-2026 dividida en dos grandes grupos: menores de 45 y mayores de 45 años, lo que permite percibir la marcada tendencia al envejecimiento de los afiliados.



En las proyecciones se supone una baja tasa de natalidad, la cual se sustenta en la siguiente tabla en la que se observa que la proyección de población de cotizantes en edad reproductiva no es muy grande. Además, la mayoría de ellos ya tienen hijos. Los cotizantes menores de edad que se muestran en la tabla corresponden a sustitutos.

**Tabla No.4.2. SMO-EAAB. Proyección número de cotizantes en los próximos 10 años**

Edad	Número de años de proyección						
	0	1	2	3	4	5	10
	Fecha						
	Dic-01	Dic-02	Dic-03	Dic-04	Dic-05	Dic06	Dic-11
0-14 años	9	9	7	3	3	3	0
15-44	1.138	1.018	900	794	680	574	189
45-59	2.002	1.971	1.944	1.880	1.843	1.807	1.473
60 y más	1.561	1.632	1.696	1.782	1.849	1.905	2.050
<b>Total</b>	<b>4.710</b>	<b>4.630</b>	<b>4.546</b>	<b>4.459</b>	<b>4.375</b>	<b>4.289</b>	<b>3.712</b>

Del total de cotizantes, 1.886 son empleados. De ellos, tan solo 23 son menores de 30 años y 556 tienen menos de 40 años. Esto indica que gran parte de la población de empleados afiliados al SMO están próximos a pensionarse, si se tiene en cuenta que el derecho a jubilación lo adquieren con 20 años de trabajo y 50 años de edad, siempre y cuando hubieran ingresado a la empresa antes del 27 de mayo de 1996. Si el empleado está

afiliado al SMO, su vinculación debe ser anterior a dicha fecha. Por tanto, todos ellos se pensionarían a los 50 años. Bajo esta consideración, dentro de 5 años se estima que sólo 1.056 empleados afiliados al SMO no habrían adquirido el derecho a la jubilación y en 10 años, 529. Esta situación convertirá al SMO en una entidad de salud para atender a afiliados mayoritariamente pensionados con su grupo familiar y a afiliados sustitutos, hasta su extinción.

#### **4.2. PROYECCIÓN FINANCIERA DEL SMO – EAAB A CINCO AÑOS.**

Para realizar la proyección financiera del SMO a cinco años se tomó como base la proyección actuarial del número de afiliados y el valor promedio por afiliado de los costos de atención POS y PAC calculados por grupo etáreo a partir de la ejecución presupuestal del año 2000, ajustado cada año por la inflación para el sector salud del año anterior. La proyección se hizo para dos escenarios: el actual y con administración delegada, bajo el supuesto que esta opción se hubiese implementado a partir de enero de 2002.

En ambos escenarios se aplican los mismos valores para el costo POS promedio por afiliado, para los gastos generales y para el costo financiero por infraestructura y libranzas. En los dos casos, de los costos de personal asistencial se descuenta el sueldo de los funcionarios que se pensionan, pues la disminución del número de afiliados haría innecesario su reemplazo.

No se tiene en cuenta el costo de personal de vigilancia y de servicios generales, dado que estos gastos no fueron reportados en el centro de costos de personal, suministrado al equipo financiero del CID, y porque la EAAB – ESP incurre en este costo en cualquiera de los dos escenarios.

En la administración delegada se considera un ahorro en el costo PAC promedio por afiliado como producto de la racionalización del uso de los servicios de hospitalización y medicamentos que se espera lograr. De los costos de personal, para el año 1 de proyección se descuentan los salarios del personal administrativo, asumiendo su reubicación o liquidación por parte de la EAAB – ESP. En este rubro se incluyen, a partir del mismo año, los salarios de un director y un asistente profesional requeridos para garantizar la coordinación con el administrador delegado del SMO. Para el cálculo del gasto total en personal se afectó el total de sueldos por un factor prestacional y de aportes patronales de 2,18. Este factor se calculó con datos de la ejecución presupuestal del SMO para el año 2000 mostrados en la siguiente tabla.

<b>Tabla No.4.3.SMO-EAAB. Factor gastos de personal año 2000</b>		
Concepto	\$millones	%
Sueldos de personal	652,5	100,0%
Horas extras y festivos	9,9	1,5%
Prima técnica	18,1	2,8%
Prima especial de servicios	106,4	16,3%
Prima de vacaciones	110,7	17,0%
Prima de navidad	108,0	16,6%
Vacaciones	44,1	6,8%
Bonificaciones y quinquenios	30,9	4,7%
Subsidio familiar	4,9	0,8%
Subsidio de alimentación	32,3	5,0%
Subsidio de transporte	3,3	0,5%
Dotación y suministros a trabajadores	8,6	1,3%
Subtotal	1129,7	173,1%
Cesantías		8,5%
Intereses cesantías		1,0%
Aportes para salud		12,0%
Pensiones		13,5%
Sena y Cajas Compensación		6,0%
ICBF		3,0%
ARP		0,5%
<b>TOTAL GASTOS DE PERSONAL</b>		<b>217,6%</b>

Fuente: EAAB. Ejecución presupuestal 2000. Cálculos CID.

El factor de gastos de personal indica que la EAAB incurre en 2.18 pesos de costo total por cada peso de sueldo reconocido a un trabajador de planta. Este factor puede ser mayor, pues en su cálculo no se tuvo en cuenta el efecto de las doceavas partes en la determinación de las cesantías y otras prestaciones.

A continuación se presentan los resultados de las proyecciones para cada uno de los escenarios analizados.

#### **4.2.1. Proyección del escenario actual.**

En este escenario se considera que el SMO no tendría cambios organizacionales importantes que permitan controlar los elevados costos asumidos por la prestación directa e indirecta de los servicios a sus afiliados. Por tanto la proyección tiene en consideración la ejecución presupuestal del año 2000 y se afectan los rubros de salud de acuerdo con la proyección por grupos etáreos de la población afiliada.

La siguiente tabla resume el comportamiento de los costos totales del SMO-EAAB para los cinco años de proyección acordados en el contrato de consultoría. En tabla anexa se presenta con mayor detalle los cálculos realizados.

**Tabla No. 4.4. SMO-EAAB. Proyección costo total – Escenario actual (\$millones)**

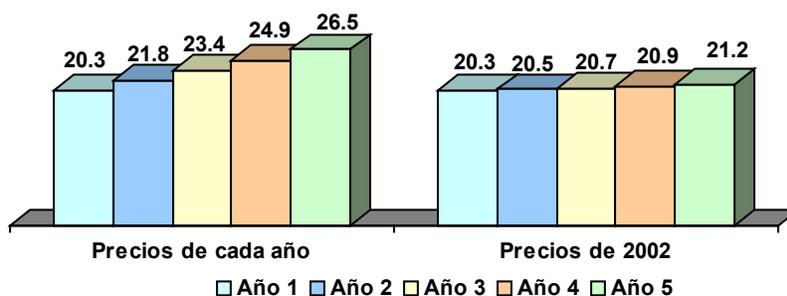
Concepto	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5
Costo POS	6.367	6.875	7.398	7.902	8.395
Costo PAC	11.509	12.430	13.380	14.297	15.196
Costo total salud	17.876	19.305	20.778	22.199	23.591
Gastos de personal	1.666	1.738	1.814	1.881	1.984
Gastos generales	61	65	69	73	77
Costo financiero (infraestructura+libranzas)	629	673	717	760	802
Costo total SMO- Precios de cada año	20.232	21.781	23.378	24.913	26.454
Inflación promedio proyectada	6.9%	6.5%	6.0%	5.5%	5.0%
Costo total SMO- Precios de 2002	20.232	20.452	20.709	20.918	21.154

Los costos de salud se ajustaron con la tasa de inflación del sector salud del año anterior al proyectado. Los demás gastos, con la tasa de inflación total. Las tasas de inflación de los años 2000 a 2002 se tomaron del informe del Banco de la República a diciembre de 2001. Las demás fueron proyectadas por el CID.

Bajo el escenario actual, los costos proyectados del SMO muestran tendencia creciente. A precios corrientes, el costo total pasa de \$20.232 millones el año 1, a \$26.454 millones en el año 5, con tasa de crecimiento anual de 6.9%. A precios constantes de 2002, el costo del año 5 es de \$21.154 millones, lo cual representa un crecimiento anual de 1.1%.

La siguiente gráfica muestra el costo total del SMO bajo el escenario actual, a precios corrientes de cada año y a precios constantes de 2002 para los cinco años de proyección, en miles de millones de pesos.

**Tabla No.15.SMO-EAAB. Costo total escenario actual (\$mil millones)**



#### 4.2.2. Proyección de la opción de administración delegada.

Para realizar la proyección financiera del SMO bajo el escenario de administración delegada, se tienen en cuenta los siguientes supuestos:

1. La EAAB contrata y delega la administración del SMO a una entidad especializada en servicios de salud a partir del año 1 de proyección. El costo estimado anual de este contrato es del 8% sobre el costo total en salud (POS y PAC) del año inmediatamente anterior.
2. Los costos de salud POS son iguales a los establecidos para el escenario actual. Es decir, no se calcula ahorro y se comportan de acuerdo con la proyección actuarial del número de afiliados.

3. Por racionalización en el uso de los servicios hospitalarios y de los medicamentos, se estima un ahorro sobre los costos PAC promedio por afiliado de 15 % para el año 1, 10% para el año 2, 6% para el año 3, 3% para el año 4 y 2% para el año 5 de proyección, dado que en los primeros años se puede lograr un mayor impacto sobre estos. De todas formas dicho costo se ajusta por inflación.
4. Se incentiva una racionalización y reducción en el costo de los servicios PAC (hospitalizaciones y medicamentos) mediante un estímulo al administrador del 15% sobre el ahorro logrado por racionalización, no por disminución del número de afiliados.
5. De los costos de personal, para el año 1 de proyección se descuentan los salarios del personal administrativo, asumiendo su reubicación o liquidación por parte de la EAAB – ESP. En este rubro se incluyen, a partir del mismo año, los salarios de un director y de un asistente profesional requeridos para garantizar la coordinación con la administración delegada del SMO.
6. Se descuenta el personal asistencial que se pensiona cada año, bajo el supuesto que la administradora no considere necesario su remplazo.
7. Se incluye un nuevo gasto por parte del SMO como resultado de la contratación de una interventoría para el contrato de administración delegada, correspondiente a 10% sobre el valor total reconocido por administración.
8. Al igual que en la proyección del escenario actual, se tiene en cuenta la inclusión de los gastos generales y el costo financiero de infraestructura y libranzas.

**Tabla No.4.5. SMO-EAAB. Proyección costo total – Escenario administración delegada (\$millones)**

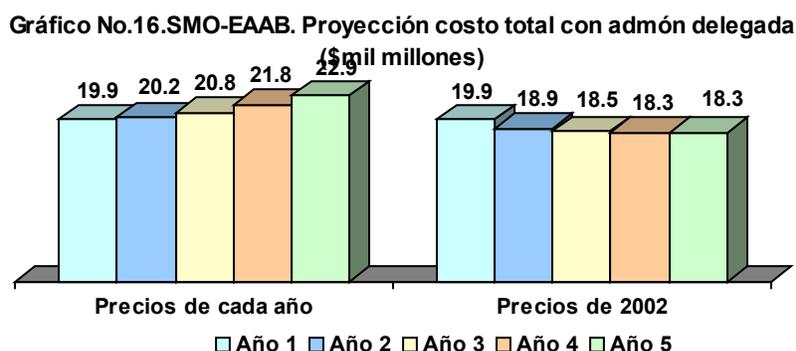
Concepto	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5
Costo POS	6.367	6.875	7.398	7.902	8.395
Costo PAC	9.778	9.503	9.619	9.972	10.381
Costo total salud	16.145	16.378	17.017	17.874	18.776
Gastos de personal	1.349	1.443	1.498	1.543	1.628
Costo administración delegada	1.550	1.450	1.402	1.407	1.462
Costo interventoría (10%costo admón deleg)	155	145	140	141	146
Gastos generales	61	65	69	73	77
Costo financiero (infraestructura+libranzas)	630	673	717	760	802
Costo total SMO- Precios de cada año	19.890	20.154	20.843	21.798	22.891
Inflación promedio proyectada	6.9%	6.5%	6.5%	6.0%	5.5%
Costo total SMO- Precios de 2002	19.890	18.924	18.463	18.302	18.305

Los costos de salud se ajustaron con la tasa de inflación del sector salud del año anterior al proyectado. Los demás gastos, con la tasa de inflación total. Las tasas de inflación de los años 2000 a 2002 se tomaron del informe del Banco de la República a diciembre de 2001. Las demás fueron proyectadas por el CID.

Bajo el escenario de administración delegada, los costos del SMO muestran tendencia creciente a precios corrientes y decreciente a precios constantes de 2002. La administración delegada inicia el año 1 con un costo total de \$19.890 millones y asciende a \$23.216 millones en el año 5 de proyección, con tasa de crecimiento anual, a precios corrientes, de

3.9%. A precios constantes, el costo total pasa de \$19.890 millones en el año 1, a \$18.305 millones en el año 5 de proyección, con decrecimiento anual de 1.9%.

La siguiente gráfica muestra el costo total del SMO bajo el escenario de administración delegada, a precios corrientes de cada año y a precios constantes de 2002 para los cinco años de proyección, en miles de millones de pesos.



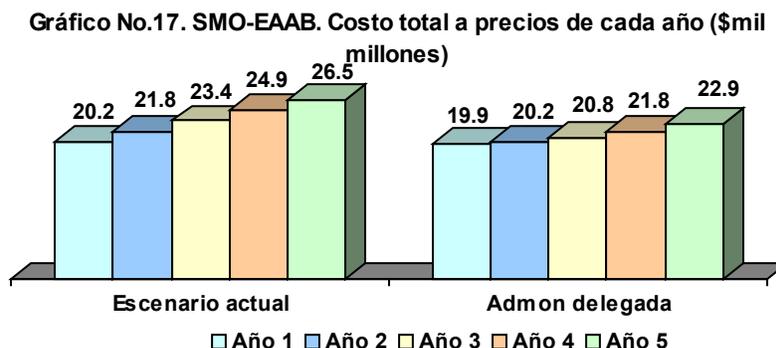
#### 4.2.3. Comparación de los dos escenarios.

La siguiente tabla muestra el costo total de los dos escenarios y el ahorro que se puede lograr cada año con la implementación de la administración delegada.

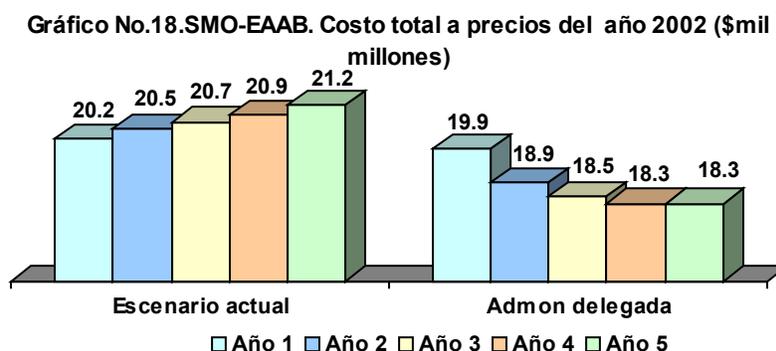
**Tabla No. 4.6 .SMO-EAAB. Comparativo del costo total para las dos opciones (\$millones)**

Concepto	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5
<b>Comparativo a precios corrientes de cada año</b>					
Proyección con escenario actual	20.232	21.781	23.378	24.913	26.454
Proyección con administración delegada	19,890	20,154	20,843	21,798	22.891
Ahorro alternativa administración delegada	342	1.627	2.535	3.115	3.563
Porcentaje de ahorro (sobre situación actual)	1.7%	7.5%	10.8%	12.5%	13.5%
<b>Comparativo a precios constantes de 2002</b>					
Proyección con escenario actual	20.232	20.452	20.709	20.918	21.154
Proyección con administración delegada	19.890	18.924	18.463	18.302	18.305
Ahorro alternativa administración delegada	342	1.528	2.246	2.616	2.849

A precios corrientes de cada año, la proyección con administración delegada muestra un ahorro creciente frente a la proyección con el escenario actual, como se observa en la siguiente gráfica. En los cinco años se logra un ahorro acumulado de \$11.182.

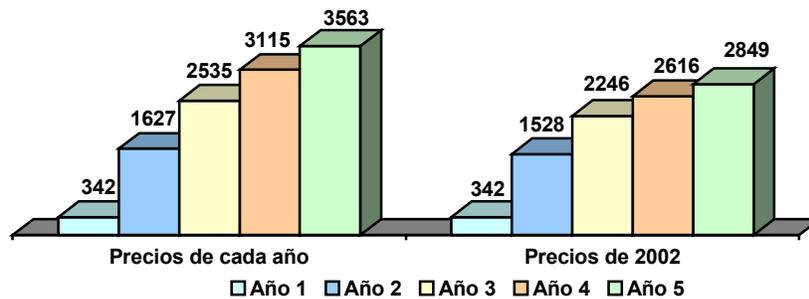


La siguiente gráfica muestra el comportamiento del costo total del SMO para las dos alternativas (situación actual y administración delegada) en miles de millones de pesos a precios del año 2002. En este caso el ahorro es de \$9.581 millones en los cinco años de proyección.



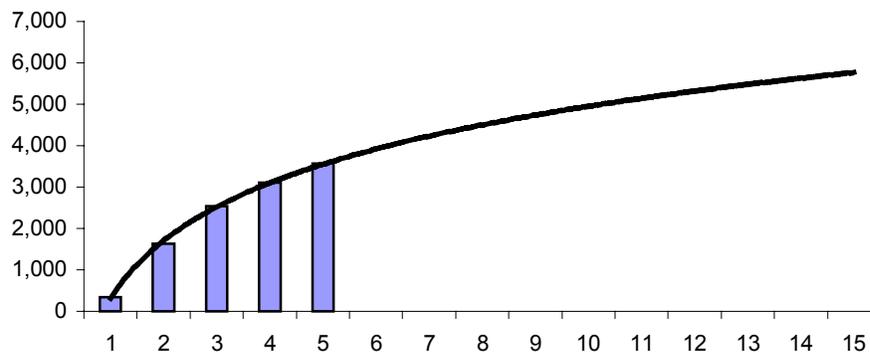
La siguiente gráfica muestra el comportamiento, en millones de pesos, del ahorro logrado por la EAAB-ESP al adoptar la alternativa de administración delegada para el SMO. Dicho ahorro muestra tendencia creciente tanto a precios corrientes de cada año, como a precios constantes de 2002. Como el SMO maneja la atención en salud mediante las IPS adscritas (outsourcing) y en las instalaciones facilitadas por la EAAB-ESP sólo se ofrece atención de primer nivel, no es necesario realizar inversiones especiales para continuar prestando el servicio, sin importar la alternativa de manejo (administración directa o administración delegada). Financieramente, a la EAAB-ESP le conviene adoptar la alternativa de administración delegada.

Gráfico No.19.SMO-EAAB. Ahorro logrado con admón delegada(\$millones)



La siguiente gráfica muestra la tendencia a quince años del ahorro esperado a precios corrientes de cada año bajo la administración delegada.

Gráfico No. 20. Ahorro anual (proyección a 15 años)



Bajo el supuesto de que la EAAB-ESP adopte el escenario de administración delegada a partir de enero de 2003 para el SMO y decida dar por terminado el contrato de los funcionarios de planta del área administrativa el 31 de diciembre de 2002, el cálculo del costo de la indemnización, tomando como referencia el sueldo del personal y los estipulado en la Convención Colectiva de trabajo vigente, es como sigue:

PROYECTO CID-SERVICIO MEDICO Y ODONTOLOGICO. EAAB - INFORME FINAL  
MARZO 2002

**Tabla No.4.7. Implementacion - Administracion delegada a partir de enero de 2003**

\*\* Proyección datos SMO-EAAB listado actualizado de planta personal, centro de costos 6400 (Servicio Médico)

CARGO (NOMBRE)	SUELDO 2002** (miles)	EDAD	FECHA INGRESO	AÑOS SERV.	DIAS INDEM.	VALOR A PAGAR (millones)
Auxiliar administrativo (DSG)	823,1	34	19/12/90	11,08	598,4	16,4
Auxiliar administrativo (ROP)	9419	44	18/10/88	13,26	715,9	22,5
Auxiliar administrativo (LRF)	682,8	37	25/05/88	13,66	737,6	16,8
Auxiliar administrativo (NMD)	823,1	32	03/03/93	8,87	353,0	9,7
Mensajero (MMM)	660,9	47	02/03/93	8,87	353,1	7,8
Operador conmutador (MAA)	660,9	36	01/04/92	9,79	388,1	8,5
Profesional (AGR)	1.615,4	42	01/12/87	14,14	763,8	41,1
Profesional (MMM)	1.768,9	43	01/02/93	8,95	356,1	20,1
Secretaria auxiliar (LRH)	555,6	36	01/09/98	3,35	119,7	2,2
Técnico en trat. Agua (HRA)	823,1	44	13/06/83	18,63	1006,1	27,6
Tecnólogo en adm. fin. (MGT)	1.142,8	39	16/01/85	17,03	919,5	35
<b>TOTAL A PAGAR POR INDEMNIZACIONES</b>						<b>208,7</b>

**PENSION SANCION - convención colectiva**

Se recomienda la reubicación de este personal, mientras se pensionan, para no incurrir en este costo

CARGO (NOMBRE)	SUELDO 2002** (miles)	EDAD	FECHA INGRESO	AÑOS SERV.	DIAS INDEM.	VALOR A PAGAR (millones)
Auxiliar administrativo (MCA)	682,8	47	16/02/82	19,96	1077,6	24,5
Profesional (RCE)	1.458	51	05/12/89	12,12	654,6	31,8
<b>TOTAL A PAGAR POR INDEMNIZACIONES</b>						<b>56,3</b>

Se recomienda tener en cuenta que dos funcionarios administrativos de planta, al ser despedidos sin justa causa, tendrían derecho a la pensión sanción de acuerdo a lo estipulado en la Convención Colectiva de trabajo 2000 – 2003 y por tanto es mejor su reubicación en tanto se pensionen y no incurrir en un sobrecosto de \$56,3 millones.

Bajo la eventualidad de adoptar el escenario de administración delegada los contratos del personal administrativo por honorarios solo se deben renovar por el tiempo que sea necesario, para o incurrir en costos adicionales.

## **ANEXO 1**

## 1. REQUISITOS ESENCIALES APROBADOS POR SDS

### 2. Resolución 425 de 1997

- ✓ Sede principal: Localidad de Puente Aranda

---

Prestadora Tipo	Centro servicios - salud sin camas
-----------------	------------------------------------

---

Servicios	Salud Oral	:	Consulta odontológica general
-----------	------------	---	-------------------------------

	Pediatría	:	Consulta pediatría general
--	-----------	---	----------------------------

	Otros servicios	:	Vacunación
--	-----------------	---	------------

	Consulta externa	:	Salud ocupacional
--	------------------	---	-------------------

		:	Medicina General
--	--	---	------------------

---

- ✓ Para los punto de atención:

---

Prestadora Tipo	Centro servicios - salud sin camas (Tunjuelito) / puesto de salud (Usaquén)
-----------------	---

---

Servicios	Salud Oral	:	Consulta odontológica general
-----------	------------	---	-------------------------------

	Pediatría	:	Consulta pediatría general
--	-----------	---	----------------------------

	Consulta externa	:	Medicina General
--	------------------	---	------------------

---

**3. SUPRESIÓN DE LOS SIGUIENTE CARGOS DE LA PLANTA  
DE PERSONAL DE LA EAAB**

✓ Médicos (3)

---

Denominación : Médico

---

Código del cargo : 6400016 Dirección SMO

Nivel : 160

---

✓ Enfermera (1)

---

Denominación : Enfermera

---

Código del cargo : 6400005 Dirección SMO

Nivel : 160

Fuente: Datos SMO-EAAB listado actualizado de planta personal, centro de costos 6400 (Servicio Médico)

---

---

#### **4. REUBICACIÓN EN LA PLANTA DE PERSONAL DE LA EAAB DE CARGOS QUE DESEMPEÑAN FUNCIONES ADMINISTRATIVAS**

---

Denominación : Profesional

---

Código del cargo : 6400002 Dirección SMO

Nivel : 45

Denominación : Profesional

---

Código del cargo : 6400062 Dirección SMO

Nivel : 85

Denominación : Supervisor

---

Código del cargo : 6400063 Dirección SMO

Nivel : 230

Denominación : Auxiliar Administrativo

---

Código del cargo : 6400057 Dirección SMO

Nivel : 425

Denominación : Auxiliar Administrativo

---

Código del cargo : 6400053 Dirección SMO

Nivel : 350

Denominación : Auxiliar Administrativo

---

Código del cargo : 6400037 Dirección SMO

Nivel : 290

Denominación : Auxiliar Administrativo

---

Código del cargo : 6400059 Dirección SMO

---

---

#### **4. REUBICACIÓN EN LA PLANTA DE PERSONAL DE LA EAAB DE CARGOS QUE DESEMPEÑAN FUNCIONES ADMINISTRATIVAS**

---

Nivel : 450

Denominación : Tecnólogo en Administración

---

Código del cargo : 6400036 Dirección SMO

Nivel : 210

Denominación : Secretaría Técnica

---

Código del cargo : 6400038 Dirección SMO

Nivel : 375

Denominación : Secretaría Auxiliar

---

Código del cargo : 6400055 Dirección SMO

Nivel : 400

Denominación : Secretaría Auxiliar

---

Código del cargo : 6400060 Dirección SMO

Nivel : 450

Denominación : Conductor

---

Código del cargo : 6400056 Dirección SMO

Nivel : 410

---

---

**REUBICACIÓN EN LA PLANTA DE PERSONAL DE LA EAAB  
DE CARGOS QUE DESEMPEÑAN FUNCIONES  
ADMINISTRATIVAS**

---

Denominación : Mensajero

---

Código del cargo : 6400064 Dirección SMO

---

Nivel : 450

Fuente: :Manual de Funciones, Acuerdo 013 de noviembre 26 de 1998

---

## **ANEXO 2**

PROYECTO CID-SERVICIO MEDICO Y ODONTOLOGICO. EAAB - INFORME FINAL  
MARZO 2002

**SMO-EAAB: PROYECCION DEL COSTO TOTAL - ESCENARIO ACTUAL**

<b>CONCEPTO</b>	<b>2000</b>	<b>2001</b>	<b>Año 1</b>	<b>Año 2</b>	<b>Año 3</b>	<b>Año 4</b>	<b>Año 5</b>
<b>AFILIADOS POR GRUPO ETAREO</b>							
Menor de 1 año	58	28	0	0	0	0	0
De 1 a 4	604	450	346	196	123	28	0
De 5 a 14	2.651	2.390	2.238	2.115	1.908	1.724	1.475
De 15 a 44	5.558	4.858	4.765	4.636	4.487	4.300	4.096
De 45 a 59	3.636	3.510	3.483	3.450	3.370	3.326	3.250
Mayor de 60	3.280	3.512	3.577	3.641	3.732	3.799	3.872
<b>Total afiliados</b>	<b>15.787</b>	<b>14.748</b>	<b>14.409</b>	<b>14.038</b>	<b>13.620</b>	<b>13.177</b>	<b>12.693</b>
<b>COSTO POS PROMEDIO POR AFILIADO (\$miles)</b>							
Menor de 1 año	218	240	266	288	310	333	356
De 1 a 4	165	182	202	219	236	253	270
De 5 a 14	81	89	99	107	115	123	131
De 15 a 44	167	184	204	221	238	255	272
De 45 a 59	349	385	427	462	498	534	570
Mayor de 60	827	912	1.011	1.095	1.180	1.266	1.352
<b>COSTO PAC PROMEDIO POR AFILIADO (\$miles)</b>							
Menor de 1	394	435	482	522	563	604	645
De 1 a 4	298	329	365	395	426	457	488
De 5 a 14	146	161	179	194	209	224	239
De 15 a 44	301	332	368	399	430	461	492
De 45 a 59	631	696	772	836	901	967	1.033
Mayor de 60	1.494	1.648	1.828	1.980	2.134	2.290	2.446
<b>COSTO EN SALUD - POS (\$millones)</b>							
Menor de 1 año	13	7	0	0	0	0	0
De 1 a 4	100	82	70	43	29	7	0
De 5 a 14	215	213	222	226	219	212	193
De 15 a 44	928	894	972	1.025	1.068	1.097	1.114
De 45 a 59	1.269	1.351	1.487	1.594	1.678	1.776	1.853
Mayor de 60	2.713	3.203	3.616	3.987	4.404	4.810	5.235
<b>Costo total POS (\$millones)</b>	<b>5.238</b>	<b>5.750</b>	<b>6.367</b>	<b>6.875</b>	<b>7.398</b>	<b>7.902</b>	<b>8.395</b>
<b>COSTO EN SALUD - PAC (\$millones)</b>							
Menor de 1 año	23	12	0	0	0	0	0
De 1 a 4	180	148	126	77	52	13	0
De 5 a 14	387	385	401	410	399	386	353
De 15 a 44	1.673	1.613	1.754	1.850	1.929	1.982	2.015
De 45 a 59	2.294	2.443	2.689	2.884	3.036	3.216	3.357
Mayor de 60	4.900	5.788	6.539	7.209	7.964	8.700	9.471
<b>Costo total PAC (\$millones)</b>	<b>9.457</b>	<b>10.389</b>	<b>11.509</b>	<b>12.430</b>	<b>13.380</b>	<b>14.297</b>	<b>15.196</b>
<b>COSTO TOTAL SALUD (\$millones)</b>	<b>14.695</b>	<b>16.139</b>	<b>17.876</b>	<b>19.305</b>	<b>20.778</b>	<b>22.199</b>	<b>23.591</b>
<b>GASTOS DE PERSONAL</b>							

PROYECTO CID-SERVICIO MEDICO Y ODONTOLOGICO. EAAB - INFORME FINAL  
MARZO 2002

**SMO-EAAB: PROYECCION DEL COSTO TOTAL - ESCENARIO ACTUAL**

Sueldos	653	710	764	797	832	863	910
Factor prestacional y de aportes patronales	2,18	2,18	2,18	2,18	2,18	2,18	2,18
Total gastos de personal (los sueldos se ajustan por la inflación del año anterior)	1.424	1.548	1.666	1.738	1.814	1.881	1.984
Sueldos personal asistencial retirado por pensión (menor costo SMO)			20	17		19	
<b>GASTOS GENERALES</b>	52	57	61	65	69	73	77
<b>COSTO FINANCIERO DE INFRAESTRUCTURA FISICA Y LIBRANZAS</b>							
Infraestructura y equipo médico (\$1518 M)	222	241	259	277	295	313	330
Libranzas (\$1340 millones a dic.2000)	316	344	370	396	422	447	472
Total costo financiero	538	585	629	673	717	760	802
<i>(fuente: EAAB. División de estudios económicos. Servicio médico, julio de 2000. Este valor se ajusta por inflación)</i>							
<b>COSTO TOTAL SMO (\$millones)</b>	16.709	18.329	20.232	21.781	23.378	24.913	26.454
Inflación promedio	8,75%	7,65%	6,9%	6,5%	6,0%	5,5%	5,0%
Inflación en salud	10,3%	10,9%	8,3%	7,8%	7,3%	6,8%	6,3%
Inflación: 2000 y 2001 Banco República; 2002 proyección B.República; 2003 a 2006 proyección CID							

PROYECTO CID-SERVICIO MEDICO Y ODONTOLOGICO. EAAB - INFORME FINAL  
MARZO 2002

<b>SMO-EAAB: PROYECCION COSTO TOTAL - ADMINISTRACION DELEGADA (2002)</b>							
<b>CONCEPTO</b>	<b>2000</b>	<b>2001</b>	<b>Año 1</b>	<b>Año 2</b>	<b>Año 3</b>	<b>Año 4</b>	<b>Año 5</b>
<b>AFILIADOS POR GRUPO ETAREO</b>							
Menor de 1 año	58	28	0	0	0	0	0
De 1 a 4	604	450	346	196	123	28	0
De 5 a 14	2.651	2.390	2.238	2.115	1.908	1.724	1.475
De 15 a 44	5.558	4.858	4.765	4.636	4.487	4.300	4.096
De 45 a 59	3.636	3.510	3.483	3.450	3.370	3.326	3.250
Mayor de 60	3.280	3.512	3.577	3.641	3.732	3.799	3.872
<b>Total afiliados</b>	<b>15.787</b>	<b>14.748</b>	<b>14.409</b>	<b>14.038</b>	<b>13.620</b>	<b>13.177</b>	<b>12.693</b>
<b>COSTO PAC PROMEDIO POR AFILIADO (\$miles)</b>							
Menor de 1 año	394	435	410	400	405	422	442
De 1 a 4	298	329	310	302	306	318	333
De 5 a 14	146	161	152	148	150	156	163
De 15 a 44	301	332	313	305	309	322	337
De 45 a 59	631	696	656	639	648	674	705
Mayor de 60	1.494	1.648	1.553	1.514	1.534	1.597	1.671
Ahorro esperado en costos PAC (%)	0%	0%	15%	10%	6%	3%	2%
<b>COSTO EN SALUD - POS (\$millones)</b>	<b>5.238</b>	<b>5.750</b>	<b>6.367</b>	<b>6.875</b>	<b>7.398</b>	<b>7.902</b>	<b>8.395</b>
El costo POS no difiere para las dos alternativas estudiadas: escenario actual y administración delegada							
<b>COSTO EN SALUD - PAC (\$millones)</b>							
Menor de 1 año	23	12	0	0	0	0	0
De 1 a 4	180	148	107	59	38	9	0
De 5 a 14	387	385	340	313	286	269	240
De 15 a 44	1.673	1.613	1.491	1.414	1.386	1.385	1.380
De 45 a 59	2.294	2.443	2.285	2.205	2.184	2.242	2.291
Mayor de 60	4.900	5.788	5.555	5.512	5.725	6.067	6.470
<b>Costo total PAC (\$millones)</b>	<b>9.457</b>	<b>10.389</b>	<b>9.778</b>	<b>9.503</b>	<b>9.619</b>	<b>9.972</b>	<b>10.381</b>
<b>COSTO TOTAL SALUD</b>	<b>14.695</b>	<b>16.139</b>	<b>16.145</b>	<b>16.378</b>	<b>17.017</b>	<b>17.874</b>	<b>18.776</b>
<b>GASTOS DE PERSONAL</b>							
Sueldos - personal asistencial	653	710	544	582	602	618	652
Sueldos - Direccion y coordinación			75	80	85	90	95
<b>Total sueldos</b>	<b>653</b>	<b>710</b>	<b>619</b>	<b>662</b>	<b>687</b>	<b>708</b>	<b>747</b>
Factor prestacional y de aportes patronales	2,18	2,18	2,18	2,18	2,18	2,18	2,18
<b>Total gastos de personal</b>	<b>1.424</b>	<b>1.548</b>	<b>1.349</b>	<b>1.443</b>	<b>1.498</b>	<b>1.543</b>	<b>1.628</b>
Sueldos personal administrativo reubicado (menor costo del SMO)			186				
Sueldos personal asistencial retirado por pensión (menor costo SMO)			20		18	19	
<b>COSTO ADMINISTRACION</b>							

PROYECTO CID-SERVICIO MEDICO Y ODONTOLOGICO. EAAB - INFORME FINAL  
MARZO 2002

<b>SMO-EAAB: PROYECCION COSTO TOTAL - ADMINISTRACION DELEGADA (2002)</b>							
<b>CONCEPTO</b>	<b>2000</b>	<b>2001</b>	<b>Año 1</b>	<b>Año 2</b>	<b>Año 3</b>	<b>Año 4</b>	<b>Año 5</b>
<b>DELEGADA</b>							
Porcentaje a pagar s/gastos de salud			8%	8%	8%	8%	8%
Porcentaje a pagar sobre ahorro			15%	15%	15%	15%	15%
Ahorro esperado en costos PAC (\$millones)			1.726	1.056	614	308	212
Valor a pagar por administración			1.291	1.292	1.310	1.361	1.430
Valor a reconocer por ahorro			259	158	92	46	32
<b>COSTO TOTAL POR ADMINISTRACION</b>			<b>1.550</b>	<b>1.450</b>	<b>1.402</b>	<b>1.407</b>	<b>1.462</b>
Porcentaje a pagar por interventoría sobre costo admon			10%	10%	10%	10%	10%
<b>COSTO INTERVENTORIA (\$millones)</b>			<b>155</b>	<b>145</b>	<b>140</b>	<b>141</b>	<b>146</b>
<b>GASTOS GENERALES</b>	<b>52</b>	<b>57</b>	<b>61</b>	<b>65</b>	<b>69</b>	<b>73</b>	<b>77</b>
<b>COSTO FINANCIERO (infraest. y libranz.)</b>	<b>538</b>	<b>585</b>	<b>630</b>	<b>673</b>	<b>717</b>	<b>760</b>	<b>802</b>
<b>COSTO TOTAL SMO</b>	<b>16.709</b>	<b>18.329</b>	<b>19.890</b>	<b>20.154</b>	<b>20.843</b>	<b>21.798</b>	<b>22.891</b>
Inflación promedio	8,75%	7,65%	6,9%	6,5%	6,0%	5,5%	5,0%
Inflación en salud	10,3%	10,9%	8,3%	7,8%	7,3%	6,8%	6,3%
Inflación: 2000 y 2001 Banco República; 2002 proyección B.República; 2003 a 2006 proyección CID							
<b>COMPARATIVO DE LAS DOS OPCIONES (\$millones)</b>			<b>Año 1</b>	<b>Año 2</b>	<b>Año 3</b>	<b>Año 4</b>	<b>Año 5</b>
Proyección con escenario actual			20.232	21.781	23.378	24.913	26.454
Proyección con administración delegada			19.890	20.154	20.843	21.798	22.891
Ahorro alternativa administración delegada- Precios corrientes			342	1.627	2.535	3.115	3.563
Ahorro alternativa admón delegada- Precios constantes de 2002			342	1.528	2.246	2.615	2.849
Valor total del ahorro a precios de 2002 (inflación promedio)			9.580				

## BIBLIOGRAFÍA.

Acuerdo No. 83 del CNSSS.

Bases de datos E.A.A.B: Beneficiarios, hospitalizaciones, consulta R.I.A.S, odontología R.I.A.S.

Convención Colectiva de Trabajo 2000-2003.

Consejo de Estado . Sala de Consulta y Servicio Civil . M. P. Dr. HUMBETO MORA OSEJO. Concepto del 9 de diciembre de 1.994. El artículo 7o. de la Ley 4a. de 1976, sobre la cobertura familiar, fue subrogado por el artículo 163 de la Ley 100 de 1993, en cuanto al régimen que contempla.

Constitución Política de Colombia. 1991.

Corte constitucional. Sentencia C 497–A-94 del 3 de noviembre de 1.994. M. P. Dr. Vladimiro Naranjo Mesa.....el Inciso 1º del artículo 236 de la Ley 100 de 1.993

Corte constitucional. Sentencia C-112-98 del 25 de marzo de 1.998, declaró Exequible el artículo 164 de la Ley 100 de 1.993.

Corte constitucional. Sentencia C-033 del 27 de enero de 1.999. M. P. Dr. CARLOS GAVIRIA DIAZ. Proyecto de Ley 119/99 Cámara. 236/00 Senado.

Corte Constitucional. Sentencia C-1435/00 del 25 de octubre de 2000. M. P. Dra. CRISTINA PARDO SCHLESINGER.

Currie, Launch, Bases de un programa de fomento para Colombia. Informe de la Misión. Banco de la República, Bogotá, 1951.

Decreto 204 de 1998. Por el cual se modifican parcialmente los Decretos 1392 y 2753 de 1997.

Decreto 806 de 1998. 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.

Decreto 1406 de 1999.

Drucker, Peter, La Gerencia de Empresas. Sudamericana, Buenos Aires, 1970.

Drucker, Peter, La Gerencia: Tareas, funciones y responsabilidades. El Ateneo, Buenos Aires, 1973.

Ejecución Pesupuestal 1999 -2000 . Empresa de Acueducto y Alcantarillado de Bogotá.

García Mandariaga. Teoría General de Sistemas, una aplicación al análisis de la Administración Municipal. ESAP. Bogotá, D.C. 1991. Cap.2, págs. 49 y ss.

Foerster, Heinz von. 1996. Las Semillas de la Cibernética Obras escogidas. Edición de Marcelo Pakman Presentación de Carlos Sluzki. Editorial Gedisa S.A. 1996.

F.E. Kats y J.E. Rosenzweig. Administración en las Organizaciones un Enfoque de Sistemas. McGraw Hill. México, 1980, pág. 107.

Informe de Gestión Servicio Médico y Odontológico.1999 y 2000.

Ley 100 de 1993.Ley de Seguridad Social.

Ley 80 de 1993. Por la cual se expide el Estatuto General de Contratación de la Administración Pública.

Martínez Fajardo, Carlos Eduardo. Administración de Organizaciones, productividad y eficacia. Universidad Nacional de Colombia, Santa Fe de Bogotá, D.C. 1999.

Mike C. Jackson. “Más allá de las modas administrativas: El pensamiento sistémico para los administradores. En revista Innovar número 4. Universidad Nacional de Colombia, Santa fe de Bogotá, julio - diciembre de 1994.

Minsalud, Códigos Procedimientos CUPS.

Resolución No. 0477 del 27 de abril de 1.998, por medio de la cual se adopta el Manual de Contratación de la EAAB.

Resolución No. 0048 del 25 de enero de 2001, mediante la cual se delegan unas funciones.

Teoría General de Sistemas. Fondo de Cultura Económica, México, 1976.



El CID es la Unidad Académico Administrativa de Investigación y Extensión de la Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad Nacional, sede Bogotá.

La función principal del CID es realizar actividades de investigación y extensión (asesorías, consultorías, educación continuada, etc.) siguiendo las pautas del Acuerdo 004 de 2001 expedido por el Consejo Superior Universitario.

**Visión** Consolidar su liderazgo a escala regional y nacional y lograr su posicionamiento en la investigación, asesoría y consultoría de los grandes problemas económicos, sociales, ambientales, financieros y de gestión de las organizaciones públicas y privadas, mediante la formulación de lineamientos generales de política, y el diseño y formulación de programas y proyectos.

**Misión** El CID tiene como misión analizar, producir y socializar conocimientos de las ciencias sociales, económicas y empresariales, que respondan a los retos de la sociedad colombiana, así como a sus problemas regionales, nacionales e internacionales.

**Grupos de  
investigación**

- Grupo de economía internacional, GREI
- Grupo de política pública y calidad de vida
- Grupo de seguridad social
- Observatorio de Coyuntura Socioeconómica
- Observatorio de Energía