PROPUESTA PARA EL MEJORAMIENTO DEL EJERCICIO LABORAL DE LA SALUD

OSCAR MOLINA CORTINA
ROSSANA SALGADO SÁNCHEZ
JOHANA VILORIA ARÉVALO

UNIVERSIDAD SIMÓN BOLÍVAR

GERENCIA EN SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL

BARRANQUILLA

2002

0010

PROPUESTA PARA EL MEJORAMIENTO DEL EJERCICIO LABORAL DE LA SALUD

OSCAR MOLINA CORTINA
ROSSANA SALGADO SÁNCHEZ
JOHANA VILORIA ARÉVALO

Presentado a:
Dr. CESAR ESMERAL BARROS

UNIVERSIDAD SIMÓN BOLÍVAR

GERENCIA EN SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL

BARRANQUILLA

2002

NOTA DE ACEPTACIÓN

Válido como requisito para optar al título de Especialista en Gerencia en Salud y Seguridad Social.
C: 4.00

Presidente del Jurado

Jurado

Jurado

B/quilla, 08,05,2002

ciudad y fecha (día, mes, año)

AGRADECIMIENTOS

A todas las personas que hicieron posible la realización del presente estudio, pero especialmente a Luis Carlos que nos acompañó y orientó en todo momento permitiendo resolver dudas y hacer ajustes en procura de aprender y enriquecer el desarrollo humano.

A los orientadores académicos de la especialización que con sus espacios de clases abrieron espacios de reflexión y motivaron que la generación de conocimientos procure el fortalecimiento del ejercicio de la profesión en el área de la salud.

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	1
PROBLEMA	3
JUSTIFICACIÓN	4
OBJETIVOS	5
1. MARCO DE REFERENCIA	6
1.1 MARCO TEORICO	6
1.2 MARCO LEGAL	13
1.2.1 Constitución Política de Colombia	13
1.2.2 Ley 100 de 1993	14
1.2.3 Ley 60 de 1993	20
1.2.4 Ley 10 de 1990	21
1.3 MARCO CONCEPTUAL	23
2. ESTRUCTURA METODOLOGICA	27
2.1 DEFINICION DE TIPO DE INVESTIGACIÓN	27
2.2 HIPOTESIS	27
2.3 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	28
2.4 POBLACION	29
2.5 TECNICAS PARA RECOLECTAR INFORMACIÓN	29

Pág.

2.5.1 Observación documental 29

3. CONCEPTOS BÁSICOS DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL 30

3.1 CARACTERÍSTICAS DEL SISTEMA 31

3.2 PLANES DE ATENCIÓN 33

3.2.1 Plan de Atención Básica (P.A.B.) 33

3.2.2 Plan Obligatorio de Salud (P.O.S.) 33

3.3 CONCEPTUALIZACION EN EL SISTEMA 34

4. VENTAJAS Y DESVENTAJAS 38

4.1 VENTAJAS Y DESVENTAJAS DE NORMATIVIDAD QUE REGULE EL EJERCICIO LABORAL DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD 39

5. PRESENTACIÓN RESULTADOS OPINIONES SOBRE VENTAJAS Y DESVENTAJAS 43

6. ESTADO ACTUAL DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD 50

6.1 ANÁLISIS DE LA NORMATIVIDAD CON RELACIÓN A LOS PROFESIONALES DE LA SALUD 50

6.2 INTEGRACIÓN VERTICAL Y ETICA MEDICA 52

6.3 RESULTADOS DE OPINIONES SOBRE EL ESTADO ACTUAL DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD 55

6.4 EL MERCADO LABORAL DEL PROFESIONAL DE LA MEDICINA EN COLOMBIA 61

6.4.1 El ejercicio profesional después de la Ley 100 de 1993 63

Pág.

6.4.2 Guerra de tarifas y deterioro de la calidad de vida 65

6.4.3 Pluriempleo y concentración de médicos en las capitales 67

6.4.4 Contratación e intermediación en la prestación de servicios 69

6.5 ¿FRACASÓ LA POLÍTICA EN SALUD EN COLOMBIA? 71

6.5.1 Ley 100 de 1993 y en calidad en la oferta de servicios 73

6.5.2 Causas de la crisis de los hospitales públicos 75

6.5.3 Corte constitucional, situado fiscal y deudas de la ARS 76

7. PROPUESTA DE MEJORAMIENTO 78

7.1 DIAGNOSTICO 79

7.2 PLAN DE ACCIÓN Y PROPUESTAS DE POLÍTICA 84

7.2.1 Acceso a los servicios de salud con equidad 84

7.2.2 Las entidades aseguradoras y prestadoras de servicios de salud 92

7.2.3 Estabilidad financiera y eficiencia en las E.S.E 96

7.2.4 Descentralización 96

7.2.5 La salud pública y las acciones de prevención y promoción 97

7.2.6 Calidad 100

7.2.7 Recursos humanos 100

7.2.8 Sistemas de información 101

7.2.9 Sistema de vigilancia y control 102

7.2.10 Investigación, ciencia y tecnología en salud 103

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

BIBLIOGRAFÍA

ANEXOS

INTRODUCCIÓN

Como respuesta a una necesidad colectiva de la Nación y toda la población colombiana de beneficiarse de una u otra manera de los servicios de salud y de hacerle una reforma a la organización del sistema nacional para que garantice el buen funcionamiento y la viabilidad de cubrir a toda la población, se produce una serie de reformas en las leyes que establece este sistema, por tanto el 23 de Diciembre de 1993 aparece la Ley 100 por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral.

En un amplio contexto, esta ley trata aspectos como son: la descentralización delegando la responsabilidad administrativa y financiera a los departamento, distritos y municipios, la cobertura integral en salud de todos los habitantes del territorio nacional, la instauración de Entidades Promotoras de Salud E.P.S., responsables de la captación de personas y registro de los afiliados, como también el recaudo de sus cotizaciones, entre otros aspectos mencionados en el contenido del presente trabajo.

Cabe mencionar que estas reformas trajeron al sistema de salud una serie de problemas sociales, financieros, políticos y grandes dificultades para los profesionales, tomando en cuenta aspectos como: la disminución del tiempo de trabajo, incremento en el volumen de pacientes, baja remuneración, motivación y estímulo, entre otros.

Este trabajo presenta una serie de inquietudes que están violando el libre ejercicio de la profesión y se pretende enfocar hacia una propuesta de mejoramiento para la situación actual del profesional de la salud.

PROBLEMA

Después de 7 años de aplicación de la Ley 100, se ha generado en el grupo de profesionales de la salud un estado de inquietud frente a una serie de situaciones que se considera están afectando el ejercicio de la profesión, esa serie de situaciones son:

El tener que atender a los pacientes en máximo 15 minutos que indudablemente genera una ruptura de la relación médico-paciente; situación que en cierta forma limita la autonomía del ejercicio profesional sumando a ello que la remuneración de los servicios prestados no corresponde equitativamente al compromiso adquirido.

Igualmente es evidente que los programas de estímulos tales como: educación continua, crédito para la instalación, equipos, vivienda, transporte y asociación solidaria de los profesionales de la salud que están definidas en la Ley 100 en la práctica son mínimos.

JUSTIFICACIÓN

Como una respuesta a un compromiso académico y profesional se requiere realizar un estudio sobre el ejercicio laboral en saiud a la luz de la aplicación de la Ley 100 (Sistema de Seguridad Social Integral) de tal manera que las respuestas a una serie de interrogantes como: ¿la Ley 100 ocasiona una ruptura de la relación médico-paciente?, ¿se limita el ejercicio profesional?, ¿hay crisis de los profesionales de la salud?, ¿es baja la remuneración?, ¿son escasos los estímulos?, ¿son escasos los recursos?; contribuya a determinar las condiciones laborales de los profesionales de la salud desde la perspectiva de análisis a la Ley 100 y desde la construcción académica elaborar una propuesta de mejoramiento respetando los principios, el ejercicio justo y dedicado del profesional de la salud.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Diseñar una propuesta de mejoramiento de las condiciones laborales de los profesionales de la salud dentro del marco de la Ley 100 (de seguridad social).

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar las ventajas y desventajas de la Ley 100.

- Realizar un análisis del estado actual del ejercicio laboral de los profesionales de la salud.

- Elaborar una serie de recomendaciones de mejoramiento.

1. MARCO DE REFERENCIA

1.1 MARCO TEÓRICO

Más de dos millones de años pasaron desde que los primeros hombres habitaron nuestro planeta hasta que comenzó el hombre a dejar testimonio de su vida: pinturas, piedras talladas, etc., dan fe lo suficiente para saber que en ella existió la enfermedad.

Es seguro que desde la prehistoria se comenzó a practicar la medicina con dos finalidades diferentes, la quirúrgica y la mágica y al lado de estas prácticas tuvo que haber algunas de carácter medicamentos suscitada por los impulsos instintivos del paciente por imitación de la conducta de animales; ingestión de hierbas muy en primer término, igualmente las enfermedades dentales eran tratadas con hierbas, creencias religiosas y en otras culturas de México, como los bárbaros aztecas que practicaban la mutilación dental, al transcurrir del tiempo en el Siglo XVIII en el año de 1530, se escribió el primer libro sobre odontólogos y cirujanos quienes trataban la boca; en el Siglo XVIII la odontología se convirtió en una disciplina científica independiente

constituyéndose en América durante el Siglo XIX el primer odontólogo profesional Robert Woofendale.

En la orientación general de la actividad terapéutica pueden distinguirse dos líneas de conducta con vano predominio de la una en la otra: el emprimo y la magia. El sanador: hay varios tipos en los que se encuentra el chaman, el más netamente caracterizado. Hombre que actúa respondiendo a un llamado religioso y debía pasar por un período entre iniciativo y profesional, ocupa una situación social distinguida, percibe honorarios, puede actuar en forma especializada, el oficio solía transmitirse por vía hereditaria y se halla en estrecha relación con las prácticas religiosas de su grupo.

Luego en la etapa presocrática se trazan los fundamentos de la ulterior ciencia natural. En la etapa hipocrática a partir del año 500 a.C., los médicos de diferentes escuelas profesionales comienzan a construir una medicina temáticamente fundada sobre la ciencia natural de los presocráticos y entre todos se elevó Hipócrates a quien la tradición ulterior llamaría "padre de la medicina" parece que en él vieron todos ya durante su propia vida el médico más inminente y representativo de su época y tal es la razón por la cual será denominada "medicina hipocrática" a la que la genial obra de Alemeon da primer cuerpo a la concepción técnica y fisiológica del oficio de curar, y recibirá el nombre de Hábeas Hippocraticum el conjunto de los 53 escritos anónimos que

comenzaron a ser escritos en Alejandría y editados hace más de un siglo por el medicina y elenista Elittre, hoy nos ilustran acerca de esa ingente hazaña fundacional, más adelante Galeno vuelve a confesar la vieja idea hipocrática (ciencia natural) y con ella los principios de la terapéutica.

La "praxis" médica (en la antigüedad clásica): conjunto de las actividades en que prácticamente por tanto en el orden de hacer se realiza la existencia social del hombre; en este caso, la actividad llamada medicina. Así considerada la praxis médica se halla integrada por 5 momentos principales. Todos ellos con nexos entre sí: la realidad sobre que opera el sanador, el diagnóstico, la terapéutica, la relación medicina-sociedad y la ética médica como sistema de los principios que ordenan y regulan esos ordenes de la operación.

Iniciadas la ciencia moderna y la revolución científica y consideradas ambas desde el punto de vista de la historia de la medicina, las vicisitudes de esta entre el siglo XV y el conflicto bélico que en el siglo XX llamaremos primera guerra mundial puede ser aceptablemente periorizada según estas etapas:

1. Predominio del saber antiguo ya en el siglo XVI y XVII comienza contra ella el triple alzamiento-empirismo, mecanicismo, organicismos vitalistas.

2. Formal iniciación, desarrollo y complicación ulteriores de cada una de esas tres líneas de la novedad y el progreso.

3. Definitiva ruptura con los restos del saber antiguo y comienzo de una etapa revolucionariamente nueva en la historia de la medicina, susceptible de la caracterización mediante el epígrafe "evolucionismo, positivismo y eclecticismo"; etapa en la cual todas las novedades de lo precedente son asumidas y desarrolladas desde la mentalidad científica que entonces prevalece. Esta será en esencia la obra científica del siglo XX. Los médicos han ido construyendo a lo largo de los siglos la medicina actual. Por lo que concluimos que el conocerla ofrece al médico integridad del saber, dignidad moral, claridad intelectual, libertad de la mente y cierta opción a la originalidad y a la sociedad entera la experiencia que brinda un contacto lúcido y comprensivo con el curso entero de la medicina, puede ayudar a un planteamiento más razonable y satisfactorio de la sociedad futura.

En Colombia en el año de 1993 se creó una Ley, la cual se basa en un Sistema de Seguridad Social Integral; esta Ley surge en Chile por el régimen militar de Pinochet.

La Ley 100 de 1993 de la Constitución Colombiana, Sistema de Seguridad Social Integral, es el conjunto de instituciones, normas y procedimientos, de que dispone 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 y la capacidad económica, de los habitantes del territorio nacional, con el fin de lograr el bienestar individual y la integración de la comunidad.

Durante el año de cambio de gobierno (1994), el Ministerio de Salud y el fortalecimiento de la Superintendencia Nacional de Salud incluyen reformas sin modificar a esta, dando lugar a normas especiales de adaptación para algunas entidades, como para los empleados públicos que no quieran ser parte del sistema.

En los años siguientes además de las quejas de los ciudadanos por los servicios no cubiertos por el seguro obligatorio, el gremio médico, por su parte, se queja de haber sido empobrecido por el sistema, debido a las bajas tarifas que pagan las E.P.S. e I.P.S. Las clínicas y hospitales a su vez se quejan igualmente, pero los análisis muestran que su déficit se deben más a la ineficiencia de los mismos que a las tarifas limitadas por el sistema.

Los trabajadores de la salud amenazan con huelgas para aumentar los salarios y logran paralizar los hospitales en varias ocasiones. El gobierno se ve forzado a transferir algunos recursos adicionales y el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud incluyen nuevo procedimiento en el seguro subsidiario que le permitan incrementar ingresos de los hospitales de segundo y tercer nivel.

En 1999, se debatían reformas a la Ley, presionadas por el gremio médico, hospitales y sindicatos, con algún apoyo del gobierno, pero sin ningún éxito. Queriendo estos acabar con la intermediación o aseguramiento especialmente en el régimen subsidiado. Logrando incluir en el plan de desarrollo del nuevo gobierno la congelación en el 35% de la transformación de subsidios de la oferta la demanda, para evitar la quiebra total de los hospitales.

El gobierno quiere mejorar la crisis reduciendo el personal y los gastos, para lograr el equilibrio.

El doctor Gonzalo Díaz en su libro señala a la Ley 100 como el cáncer de la salud contaminando y destruyendo desde los principios éticos de la medicina hasta acabar con el enfermo y los profesionales de la salud, se pensó que la medicina particular acabaría y lo que sucede es que se encarece más, pues el usuario pagará doblemente por el POS, y recomienda a todos los profesionales de la salud el abstenerse de

adscribirse al POS y medicina prepagada que no reconozcan tarifas adecuadas para evitar ser humillados, explotados; de igual forma en una carta enviada a la Ministra de Salud, María Teresa Forero de Sadde, en el año de 1998 en la cual expone la problemática de la disminución de calidad en el servicio basado en hechos y declaraciones directas de los pacientes situaciones graves que ocasionan grandes daños a la salud pública.

La ética se ve gravemente afectada ya que ésta debe conciliar con la adquisición de dinero, la supervivencia, los intermediarios y la guerra del centavo; factores que han logrado acabar con la credibilidad, confianza y respeto hacia el profesional de la salud. La Ley 100, el neoliberalismo en salud, reduce gravemente la calidad de los servicios en salud, tiende ha acabar con los profesionales de la salud sin contar con las tarifas que imponen las E.P.S., para la prestación del servicio en salud y para terminar formula soluciones a la crisis de la salud como: revocar totalmente la Ley 100, acabar totalmente con los intermediarios, que el manejo de la salud sea ejecutados por profesionales de la salud sin intereses previos, libertad absoluta de escoger médico, clínica o laboratorio, incluir médicos particulares como consejeros para las políticas de salud, cerrar las dos terceras partes de la facultad de medicina en Colombia.

1.2 MARCO LEGAL

1.2.1 Constitución Política de Colombia

Artículo 2: "Son fines esenciales del Estado servir a la comunidad para promover la prosperidad general y garantizar la efectividad de los principios, derechos y deberes consagrados en la Constitución. Facilitar la participación de todos en las decisiones que los afecten".

Artículo 3: "Todas las personas nacen libres e iguales ante la Ley, recibirán la misma protección de las autoridades y gozarán de los mismos derechos, libertades y oportunidades sin ninguna discriminación. El Estado promoverá las condiciones para que la igualdad sea real y efectiva".

Artículo 25: "El trabajo es un derecho y una obligación social y goza en todas sus modalidades de la especial protección del Estado. Toda persona tiene derecho a un trabajo en condiciones dignas y justas".

Artículo 26: "Toda persona es libre de escoger una profesión u oficio".

Artículo 48: "La seguridad social es un servicio público de carácter obligatorio, que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y

solidaridad. No se podrá destinar ni utilizar los recursos de las instituciones de la seguridad social para fines diferentes a ellas".

Artículo 49: "La tensión de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud".

1.2.2 Ley 100 de 1993

Artículo 153: "2. Obligatoriedad: La afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud es obligatoria para todos los habitantes en Colombia. En consecuencia, corresponde a todo empleador la afiliación de sus trabajadores a este sistema y del Estado facilitar la afiliación a quienes carezcan de vínculo con algún empleador o de capacidad de pago.

3. Protección integral: El sistema general de seguridad social en salud brindará atención en salud integral a la población en sus fases de educación, información y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en cantidad, oportunidad, calidad y eficiencia, de conformidad con lo previsto en el Artículo 162 respecto del Plan Obligatorio de Salud.

4. Libre escogencia: El sistema general de seguridad social en salud permitirá la participación de diferentes entidades que ofrezcan la administración y la prestación de los servicios de salud bajo las regulaciones y vigilancia del Estado y asegurará a los usuarios libertad en la escogencia entre las Entidades Promotoras de Salud y las Instituciones Prestadores de Servicio de Salud cuando ello sea posible según las condiciones de oferta de servicio. Quienes atenten contra ese mandato se harán acreedores a las sanciones previstas en el Artículo 230 de esta Ley".

Artículo 161. Deberes de los empleadores: Como integrantes del sistema general de seguridad social en salud, los empleadores, cualquiera que sea la entidad o institución en nombre de la cual vinculen a los trabajadores deberán:

1. Inscribir en alguna Entidad Promotora de Salud a todas las personas que tengan alguna vinculación laboral, sea ésta verbal o escrita, temporal o permanente. La afiliación colectiva en ningún caso podrá coartar la libertad de elección del trabajador sobre la Entidad Promotora de Salud, a la cual prefiera afiliarse, de conformidad con el reglamento.

Artículo 189. Mantenimiento Hospitalario: Los hospitales públicos y los privados en los cuales el valor de los contratos suscritos con la

Nación o las entidades territoriales representen más del 30% de sus ingresos totales deberán destinar como mínimo el 5% del total de su presupuesto a las actividades de mantenimiento de la infraestructura y la dotación hospitalaria.

Artículo 190. Evaluación tecnológica: El Ministerio de Salud establecerá normas que regirán la importancia de tecnología biomédica y definirá aquellas cuya importancia será controlada. Igualmente reglamentará el desarrollo de programas de alta tecnología, de acuerdo con planes nacionales paral a atención de las patologías.

Las normas que se establezcan incluirán, entre otras, metodológicas y procedimientos de evaluación técnica y económica que permitan determinar su más eficiente localización geográfica. Las normas serán aplicables tanto en el sector público como privado.

Artículo 191: De la prioridad de dotación hospitalaria: Los municipios darán prioridad en su asignación de recursos de inversión para la salud al fortalecimiento del sistema de centros y puestos de salud, de forma tal que se fortalezca la dotación básica de equipos y de personal que defina el Ministerio de Salud y amplíe progresivamente y de acuerdo con la demanda, sus horarios de atención al público, hasta llegar a tener disponibilidad las 24 horas de centros de salud bien dotados".

Artículo 193: Reglamentado por el Decreto 1038 de 1995. incentivo a los trabajadores y profesionales de la salud: Con el fin de estimular el eficiente desempeño de los trabajadores y profesionales de la salud y su localización en las regiones con mayores necesidades, el gobierno podrá establecer un régimen de estímulos salariales y no salariales, los cuales en ningún caso constituirán salario. También podrá establecer estímulos de educación continua, crédito para instalación, equipos, vivienda y transporte. Igualmente, las Entidades Promotoras de Salud auspiciarán las prácticas de grupos y otras formas de asociación solidaria de profesionales de la salud. El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud determinará las zonas en las cuales se aplicará lo dispuesto en el presente artículo.

Para los empleados públicos de la salud del orden territorial el gobierno nacional establecerá un régimen salarial especial y un programa gradual de nivelación de salarios entre las diferentes entidades.

El régimen salarial especial comprenderá la estructura, iluminación y dominación de las categorías de empleo, los criterios de valoración de los empleos y los rangos salariales mínimos y máximos correspondientes a las diferentes categorías para los niveles administrativos o grupos de empleados que considere el gobierno nacional.

El gobierno nacional establecerá un proceso gradual para nivelar los límites mínimos de cada rango salarial entre las diferentes entidades territoriales. Esta nivelación se realizará con arreglo al régimen gradual aquí previsto y por una sola vez sin perjuicio de lo establecido en el artículo sexto de la Ley 60 de 1993. Esta nivelación debe producirse en las vigencias fiscales de 1995 a 1998 de acuerdo con la disponibilidad de recursos del situado fiscal y de las demás rentas del sector en los diferentes departamentos y municipios con quienes deberá concentrarse el plan específico de nivelación. Para la vigencia de 1994, puede adelantarse la nivelación con arreglo a las disponibilidades presupuestales y al reglamento.

Para la fijación del régimen salarial especial y la nivelación de que trata el presente artículo, se consideran los criterios establecidos en el Artículo 2 de la Ley 4 de 1992 con excepción de las letras K y LL. Igualmente, deberá considerarse la equidad regional y el especial estímulo que requieran los empleados públicos que presten sus servicios en zonas marginadas y rurales de conformidad con el reglamento.

Parágrafo 1: Los convenios docentes-asistenciales que se realizan con ocasión de residencia o entrenamientos de profesionales de la salud en diferentes especialidades que implican prestación de servicio en las instituciones de salud deberán consagrar una beca-crédito a favor de

tales estudiantes y profesionales no menor de dos salarios mínimos mensuales. Al financiamiento de este programa concurrirán el Ministerio de Salud y el ICETEX conforme a la reglamentación que expida el gobierno. El crédito podrá ser condonado cuando la residencia o entrenamiento se lleve a cargo en las áreas prioritarias para el desarrollo de la salud pública o el sistema general de seguridad social en salud, y/o la contraprestación de servicios en las regiones con menor disponibilidad de recursos humanos, de acuerdo con la definición que expida el Ministerio de Salud.

Parágrafo 2: Las Entidades Promotoras de Salud y las Instituciones Prestadoras del Servicio de Salud podrán establecer modalidades de contratación por capitación con grupos de práctica profesional o con profesionales individuales con el fin de incentivar la eficiencia y la calidad de la prestación del servicio de salud.

Parágrafo 3: El Instituto de Seguros Sociales, podrá establecer un sistema de primas de productividad para los trabajadores, médicos y demás profesionales de asalariados, de acuerdo con el rendimiento de los individuos o de la institución común todo, la cual en ningún caso constituirá salario. El consejo directivo del instituto reglamentará su aplicación.

Parágrafo 4: Las Instituciones Prestadoras de Salud privada podrán implementar programas de incentivos a la eficiencia laboral para los médicos, demás profesionales trabajadores asalariados de la salud que tengan en cuenta el rendimiento de los individuos, de los grupos de trabajo o de las instituciones común todo. El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud definirá la modalidad de los estímulos a que se refiere este parágrafo.

1.2.3 Ley 60 de 1993

Artículo 2. Competencia de los municipios: "c) Financiar la dotación, la construcción, la ampliación, remodelación y el mantenimiento integral de las instituciones de prestación de servicios a cargo del municipio; las inversiones en dotación básica, la construcción y mantenimiento integral de los centros de bienestar del anciano; para lo cual deberán concurrir los departamentos".

Artículo 3: Competencias de los departamentos: "c) Concurrir a la financiación de la prestación de servicios a cargo de los municipios cuando éstos no estén en la capacidad de asumirlos; financiar las inversiones en infraestructura y dotación y asegurar el mantenimiento para la prestación de los servicios de su competencia".

Artículo 4: Competencia en los distritos: "c) Financiar la construcción, ampliación y remodelación de obras civiles, la dotación y mantenimiento

integral de las instalaciones de prestación de servicios a cargo del distrito; las inversiones en dotación, construcción, ampliación, remodelación y mantenimiento integral de los centros de bienestar del anciano".

1.2.4 Ley 10 de 1990

Artículo 11: Funciones de la dirección seccional del sistema de salud: En los departamentos, intendencias y comisarías corresponde a la dirección seccional del sistema de salud: "i) Desarrollar planes de formación, adiestramiento y perfeccionamiento del personal del sector salud, en coordinación con las entidades especializadas del mismo sector o con los del sector educativo, poniendo especial énfasis en la integración docente-asistencial, así como en la administración y mantenimiento de las instituciones hospitalarias".

Artículo 12. Dirección local del sistema de salud: En los municipios, el Distrito Capital de Bogotá, el distrito cultura y turístico de Cartagena y las áreas metropolitanas, corresponde a la dirección local del sistema de salud. Autónomamente se organizan: "h) Desarrollar planes de formación, adiestramiento y perfeccionamiento del personal del sector salud, en coordinación con las entidades especializadas del mismo sector, o con las del sector educativo, poniendo en especial énfasis, en la integración docente-asistencial y en la administración y el mantenimiento de las instituciones en salud, así como identificar las

necesidades de formación y perfeccionamiento del recurso humano para el sector".

Artículo 25: Régimen de estímulos: Las entidades que celebren contratos, conforme a lo dispuesto en los Artículos 23 y 24, las surgidas mediante asociación para la integración funcional, en las cuales participen entidades públicas y en general las que acojan la estructura básica señalada en el Artículo 19 tendrán los siguientes estímulos:

a. Prioridad en los programas de capacitación y desarrollo de los recursos humanos que ofrezcan las entidades pública o que se adelanten con el auspicio de organismos de cooperación técnica internacional.

b. Prioridad en la contratación del servicio público de salud requeridos por las entidades públicas de seguridad y previsión social.

c. Participación preferencial en los planes, programas y proyectos que adelantan el sistema nacional, seccional o local de salud, según el caso.

d. Beneficiarse de los programas de dotación y de prestación de servicios de mantenimiento que organice el fondo nacional hospitalario.

1.3 MARCO CONCEPTUAL

Salud: Es el completo bienestar físico y mental de un individuo, familia o comunidad el cual depende de la relación de cuatro factores: el ambiente, la herencia, los servicios de salud y el comportamiento.

Enfermedad: Situación caracterizada por una marcada desviación del estado normal de la salud.

Cualquier desviación o alteración de la estructura o las funciones normales de una parte órgano o sistema del cuerpo que se manifiesta por un conjunto característico de síntomas y signos cuya etiología, patología y pronóstico pueden conocerse o ser desconocidos.

Servicio de salud: Es el nombre que se le da a la atención pública o privada, es susceptible con el fin de influir en la salud, tarea que se cumple dando tratamientos curativos a los enfermos y buscando prevenir la ocurrencia de las enfermedades.

Profesionales de la salud: Son las personas dedicadas a prestar los servicios de salud bajo normas o reglas del gobierno, institución en la cual trabaja, o como personas independientes siempre teniendo en cuenta su ética profesional y su calidad de trabajo.

Médico: Persona que ejerce legalmente la medicina, ciencia que estudia el cuerpo humano, sus enfermedades y curaciones.

Paciente: Persona enferma o sujeto que recibe o padece la acción de un agente.

Ley: Regla y norma constante e invariable de las cosas.

Ley 100: Es una ley basada en el sistema nacional de seguridad social en salud, la cual debe regirse por una utilización social y económica adecuada de los recursos existentes, protección a todas las personas y en todas las etapas de la vida.

Sistema general de seguridad social en salud: Consiste en garantizar el derecho que tienen las personas y la comunidad para obtener una mejor calidad de vida, para que esta no se afecte por problemas de salud mediante servicios de salud y para que en caso de vejez o invalidez garantice el sustento económico de las personas por medio del régimen pensional.

Descentralización: Consiste en transferir a corporaciones locales o regionales servicios privativos.

P.O.S: Plan Obligatorio de Salud. Es un conjunto de servicios que incluyen programas de educación en salud acciones para prevenir enfermedades, consultas médicas y odontológicas, exámenes de laboratorio y algunos medicamentos y tratamientos.

E.P.S.: Entidad Promotora de Salud. Es la entidad responsable de la afiliación y el recaudo de sus cotizaciones. Su función básica es organizar y garantizar directa o indirectamente el POS.

I.P.S.: Institución Prestadora de Servicio de Salud. Es la entidad responsable de prestar los servicios a los usuarios, en su nivel de atención correspondientes dentro de los parámetros y principios señalados por la Ley 100.

Usuario: Persona que está en el sistema de seguridad social bien sea en el régimen contributivo o en el subsidiado.

Afiliado: Es la persona que hace aportes en dinero a la E.P.S.

Beneficiario: Es la persona que no aporta directamente al sistema de seguridad social pero tiene derecho al pos.

Cotizante: Trabajador o empleado que aporta mensualmente al sistema por afiliación al régimen contributivo.

Cotización: Acción y efecto de cotizar que consiste en pagar una cuota.

Vinculado: Es la persona particular que no pertenece al régimen contributivo pero tiene capacidad de pago. Este deberá cancelar el 100% del valor de la atención a tarifa plena.

Empleador: Es la persona encargada de los trabajadores de una institución o entidad la cual debe procurar que se cumplan los deberes y derechos de los empleados.

Empleado: Es la persona trabajadora de una entidad o institución que debe cumplir normas y asegurarse que sus derechos se cumplan.

Contrato: Pacto o convenio, oral o escrito, entre partes que se obligan sobre una materia o cosa determinada.

Indemnización: Reparar un daño, perjuicio o agravio.

2. ESTRUCTURA METODOLOGICA

2.1 DEFINICIÓN DE TIPO DE INVESTIGACIÓN

El tipo de investigación está determinado según el objeto y la forma como se aborda el estudio, a partir de esta premisa la clase de investigación que se diseña para el caso de la presente investigación y la metodología investigativa apropiada a partir de la interpretación y experiencia que nutre a los investigadores, determinó que el presente estudio es de carácter descriptivo porque se dedica a identificar características y a presentar modos y formas tal cual como se percibe e incluso como lo interpretan y analizan otros autores. No se busca profundizar en las causas, ni en las consecuencias, simplemente es la presentación inmediata de unas características de identificación de la realidad, especificando propiedades importantes y midiendo el objeto de estudio para así poder describirlo en los mejores términos y dentro de un contexto sólido y objetivo.

2.2 HIPÓTESIS

Con la aparición de la Ley 100 se desmejora notablemente la situación del profesional de la salud debido a intereses particulares, tanto políticos como financieros de quines manejan el sector salud.

En teoría la Ley 100 tiene fundamentos claros hacia un mejoramiento del servicio de salud, el problema radica en quienes aplican esta Ley y la situaciones propias del país, tales como: la recesión económica, desempleo, violencia, corrupción, entre otras. La intermediación y la política son factores causales de la crisis que viven actualmente los profesionales de la salud con la Ley 100.

2.3 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

FASE 1 RECOLECCIÓN	FASE 2 ANÁLISIS	FASE 3 PRESENTACIÓN
• Identificación de problemas. • Buscar información bibliográfica sobre Le 100, Ley 10, Ley 60. • Consultar en Internet y otras fuentes de información. • Clasificación de la información recolectada.	• Identificar los informes que se relacionen con el problema de investigación. • Interpretación y comprensión de la información e identificación de autores. • Planteamiento del problema. • Justificación del trabajo. • Definición y formulación de objetivos. • Evaluación de la información.	• Presentación de resultados. • Elaboración de conclusiones y recomendaciones.

2.4 POBLACIÓN

La población objeto de estudio es la Ley 100 de 1993.

2.5 TÉCNICAS PARA RECOLECTAR INFORMACIÓN

2.5.1 Observación documental. Observación hace referencia al hecho de mirar en detalle cada una de las características de los objetos o elementos de estudio, involucra una pregunta del por qué de esas características. En ese orden de ideas, cuando se habla de la observación documental, el término documental demuestra o indica a quien se dirige la observación; dicho en otras palabras se refiere a la actividad que los investigadores realizaron para obtener información sobre el problema de la investigación se habla de documentos escritos, artículos, libros, páginas de Internet, etc. Observación documental que obedece a un procedimiento establecido en una guía previamente elaborada y anexa al presente (ver anexo N° 1).

3. CONCEPTOS BÁSICOS DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL

El sistema de salud de nuestro país hasta la vigencia de la Ley 100 se caracterizaba por la falta de universalidad. Solidaridad y eficacia en sus distintas acciones lo anterior se reflejaba básicamente en la insuficiente cobertura de la población para la atención de su salud, por el centralismo y rigidez de sus esquemas de prestación de servicios, la orientación clara hacia el tratamiento dela enfermedad, falta de mecanismos de control de gestión. escasa capacidad resolutiva de los servicios, inexistencia de trabajo intersectorial; estos y muchos factores llevaron a que nuestro sistema de salud fuera profundamente inefectivo.

Todos estos problemas de salud se han venido estudiando desde hace varios años, algunos han tratado de ser resueltos mediante planes y programas específicos. Sin embargo podría decirse que el agudo proceso de transformación política que vivió el país y que produjo corno resultado la constitución política de 1991. fue cl que sentó las bases para una reforma sustancial en el sector social dentro de este se incluye la salud.

En lo referente a esta última, la constitución establece la seguridad social como un derecho irrenunciable de los colombianos y como un servicio público obligatorio, garantizando a todas las personas los servicios de promoción. protección y recuperación de la salud, con una organización descentralizada de los servicios, dada por los niveles de atención, con la participación de los agentes públicos y privados y tal vez lo más importante, "con la plena participación dela comunidad".

Es así como, sobre la base de estos postulados se construye la Ley 100 por medio de la cual se crea el nuevo sistema de seguridad social en salud. Este es un proyecto estructural que cambia y reorganiza el sistema de prestación de servicios.

3.1 CARACTERÍSTICAS DEL SISTEMA

Pretende desarrollar un ámbito de complementación entre los proveedores públicos y los no gubernamentales buscando la negociación y articulación en la prestación de servicios por diferentes entidades.

El nuevo sistema se conforma de forma mixta constituida por dos regímenes, el contributivo y el subsidiado, con iguales prestaciones de salud, con una coordinación nacional y controles financieros de solidaridad.

La afiliación al sistema es de carácter obligatorio, los asalariados a través de cotizaciones y las personas sin capacidad de pago a través de los subsidios ya sean totales o parciales.

Libertad de escogencia de la Entidad Promotora de Salud por parte de los individuos lo cual generará el desarrollo de competencia sana entre los oferentes dentro del marco de la calidad de la atención.

Dentro de este marco general y ubicados dentro de la política actual de gobierno con su plan de desarrollo. "El Pacto Social", es importante reconocer que existen dos estrategias fundamentales que para nuestra reflexión son básicas.

En primer lugar se encuentra el desarrollo de los servicios de salud en los diferentes niveles de atención para poder ampliar la cobertura de los servicios a las poblaciones con necesidades básicas insatisfechas. En segundo lugar estaría el desarrolla de los recursos humanos quienes son los encargados de impulsar el funcionamiento del sistema y operativizar los planes que se establezcan a su interior.

Estas estrategias son las que de cierta forma orientarán el desarrollo y el avance del nuevo sistema de salud.

3.2 PLANES DE ATENCIÓN

Para que el sistema pueda funcionar, se han establecido unos parámetros para la prestación de servicios los cuales se encuentran dentro de los diferentes planes de atención que se establecen y que en últimos serán responsabilidad directa de los profesionales de salud en su ejecución. Veamos entonces cuales son dichos planes.

3.2.1 Plan de Atención Básica (P.A.B.). Es de carácter gratuito prestado directamente por el Estado o por particulares mediante contrato con el Estado, contiene acciones de salud pública tales como información y educación para la salud, algunos de prevención primaria y diagnóstico precoz sobre las personas con patología y riesgos con altas externalidades o sobre las comunidades en el caso de enfermedades endémicas o epidémicas.

3.2.2 Plan Obligatorio de Salud (P.O.S). Es el conjunto de servicios de atención en salud y reconocimientos económicos al que tiene derecho en caso de necesitados todo afiliado al régimen contributivo. Dicho plan incluye atención integral a la población en sus fases de educación, información y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, incluido el suministro de medicamentos esenciales en los diferentes niveles de complejidad.

3.3 CONCEPTUALIZACION EN EL SISTEMA

Dentro de la nueva legislación se han fortalecido los conceptos de fomento, promoción, prevención, salud pública, entendiéndose por las primeras los procedimientos, intervenciones y guías de atención de carácter educativo e informativo, individual o colectivo tendientes a crear o reforzar conductas y estilos de vida saludables y a modificar o suprimir aquellas que no lo sean; a informar sobre riesgos, factores protectores. enfermedades, servicios de salud, derechos y deberes de los ciudadanos en salud, como también a promover, estimular, incentivar y concretar la participación social en el manejo y solución de problemas, es decir, acciones que busquen el óptimo desarrollo de las capacidades individuales y colectivas.

Como prevención se consideran actividades, intervenciones y guías de atención cuya finalidad es activar sobre los factores de riesgo o condiciones específicas presentes en el individuo, la comunidad o el medio ambiente que determina la aparición de enfermedad, su prolongación o daños mayores que generan secuelas evitables.

Como salud pública, se consideran las acciones y servicios que constituyen el Plan de Atención Básica. Así pues, dentro del marco conceptual expuesto, es importante entender que cualquiera que sea el nivel donde el profesional de salud se desempeñe, debe asumir como

parte de su intervención todos los componentes de atención del sistema; quiere esto decir que el ejercicio profesional actual es necesario enmarcarlo dentro de algunos nuevos aspectos dentro de las cuales sobresalen.

Descentralización, entendida como la delegación y transferencia de funciones y responsabilidades buscando el acercamiento a los escenarios donde surgen las necesidades con el propósito de que las decisiones con la autonomía que proporciona el conocimiento amplio de la problemática local.

Democratización, a través de la participación ciudadana, de manera que cada profesional comprenda y permita el ejercicio del derecho de la comunidad tiene de conocer y analizar los problemas de salud propios y colectivos, así como a participar en la búsqueda de soluciones.

Eficacia, como principio ordenador y regulador de todas las actividades y aplicada tanto en lo económico como en lo organizacional y en lo técnico, para lograr el máximo aprovechamiento de los recursos en las empresas, provectos, programas y actividades.

En este sentido y para entender cual es la real implicación que tiene la implementación del cambio en los servicios de salud propuesto por la

Ley 100 para nuestra profesión. Conviene revisar antes un panorama general de la situación actual de nuestros profesionales.

Situación de la profesión de enfermería: Una mirada por demás rápida y desprevenida de nuestra profesión puede darnos algunos indicios generales acerca de cómo estamos en la actualidad y por consiguiente, orienta las acciones a desarrollar para trascender como profesión y asumir el nuevo enfoque que plantea la prestación de servicios de salud. Para facilitar la prestación y evitar extender las ideas, considero importante hacer la mirada desde tres áreas básicas: la social, la laboral y la educativa.

Imagen social: Desde mi perspectiva son muchos los problemas que enfrenta en la actualidad nuestra profesión pero convendría dentro de estos resaltar, el poco reconocimiento del trabajo del profesional de enfermería. El escaso compromiso de las instituciones de salud con el personal y el poco estatus que se tiene dentro de la sociedad colombiana, (en nuestro país no es bien visto el hecho de ser enfermera).

Médico laboral: Para todos es conocido que aspectos tales como los bajos salarios, la escasa notación, las sobrecargas de trabajo, las largas jornadas laborales, las excesivas responsabilidades asociadas a la no delimitación clara de funciones y la falta de apoyo para

capacitación de las enfermeras tienen como resultados, las condiciones de trabajo desfavorables en las que se desarrolla la labor del profesional de enfermería.

Formación académica: El marcado énfasis en lo creativo, la ausencia o escasa formación en áreas humanística y social, el divorcio ante la docencia y la asistencia y la no integración de la investigación a la práctica cotidiana.

La nula formación en gerencia, mercadeo y medios de computación, generan un profesional algo retrógrado, alejado de la realidad y con poca capacidad para activar en un mercado de competencia profesional.

Existen además otras situaciones que valdría la pena mencionar y que podrían entenderse como problemas intrínsecos a la profesión, dentro de estos se destacan:

- La falta de liderazgo
- El incipiente fortalecimiento gremial
- Escaso o nido enlegaje
- La subordinación y dependencia de otros profesionales
- Los altos índices de deserción

Son factores que contribuyen aún más a la crítica situación hasta ahora expuesta.

4. VENTAJAS Y DESVENTAJAS

Es importante realizar un análisis que permita identificar las ventajas y desventajas de la normatividad que regula todos los aspectos relacionados con el área de la salud en atención a que desde allí pueda entenderse de alguna manera los comentarios suscitados alrededor del ejercicio de las profesiones en el área de la salud, toda vez que se escucha:

"Los salarios percibidos por los profesionales de la salud son muy bajos; no obstante la responsabilidad que se tiene".

"La aparición de las E.P.S. fue una idea excelente pero el servicio que prestan es de muy mala calidad".

"No es posible que un profesional de la salud esté obligado ha atender en promedio 25 pacientes por cada 4 horas de trabajo".

"Sólo se dedican 5 a 10 minutos por paciente, tiempo insuficiente para realizar un diagnóstico".

Muy seguramente existen muchos otros comentarios pero lo trascendental es generar el espacio de reflexión dado que a simple vista se visualiza que los recursos destinados al sector salud son mínimos. Sin embargo la calidad de sus servicios depende del monto de recursos.

Es preocupante ver que los propósitos de la normatividad vigente en la realidad no se han alcanzado como lo muestra el análisis del cuadro comparativo.

4.1 VENTAJAS Y DESVENTAJAS DE NORMATIVIDAD QUE REGULE EL EJERCICIO LABORAL DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD

VENTAJAS	DESVENTAJAS
La Ley 100 cubre y obliga a toda la población, lo cual significaría mayor demanda de profesionales de la salud. Los profesionales de la salud tienen derecho a una pensión costeada el 8% por el empleador y el 4% por el empleado. Se tiene derecho a indemnización en caso de haber cumplido la edad para pensionarse y no haber cotizado las 1000 semanas; además, que declaren su imposibilidad de seguir trabajando.	La asistencia médica privada disminuye el número de usuario y por consiguiente sus ingresos. Para lograr una pensión de vejez es necesario cotizar mínimo 1000 semanas lo cual se dificulta a causa de la modalidad de contratos a término definido (1 año) que han adoptado la mayoría de I.P.S. Deshonestamente las empresas toman la decisión de indemnizar o liquidar al trabajador antes de que alcance el tiempo de cotización.

VENTAJAS	DESVENTAJAS
La E.P.S. organiza y garantiza directa o indirectamente la prestación del POS a los afiliados. El POS brindará atención integral a la población afiliada en sus fases de educación, información y fomento de la salud, así como la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad incluido el suministro de medicamentos esenciales en su denominación genérica en los diferentes niveles de complejidad establecidos. El sistema establecerá mecanismos de control para garantizar la calidad en la atención oportuna, personalizada, humanizada, integral y continua. La contratación de profesionales a término indefinido y término definido. Las E.P.S. e I.P.S. procuran captar el mayor número de pacientes a fin de obtener mayores ingresos y así mantenerse. La financiación del sistema está a cargo de empleadores y trabajadores en los seguros de riesgo de enfermedad general y maternidad y sólo a cargo de empleador las cotizaciones del seguro de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.	Debido a que las E.P.S. captan la mayor parte de recursos, las I.P.S. no pueden pagar a los profesionales sueldos acordes con el tiempo que trabajan i el volumen de pacientes que atienden . La limitación impuesta por las instituciones prestadoras del servicio de salud en lo referente a exámenes de laboratorio, disminución del tiempo de consulta, limitación en los tratamientos, restricciones en las prescripciones quirúrgicas que conlleva a una pérdida de la relación médico-paciente, necesaria en una atención integral óptima disminuyendo la calidad de la atención. La disminución en el tiempo de consulta genera dificultades para ofrecer atención personalizada oportuna y humanizada como ordena la Ley. El mayor número de contratos actualmente son a término definido. El número de pacientes aumenta considerablemente saturando la consulta lo cual genera disminución en la calidad de la prestación del servicio. Al no existir un solo sistema de vinculación laboral (llámese contrato de prestación de servicios). Los beneficios que otorga el sistema de seguridad social no son equitativos ni iguales para todos los afiliados.

VENTAJAS	DESVENTAJAS
La Ley 60 nos manifiesta en los Artículos 2, 3 y 4 "Financiar la dotación, ampliación, remodelación y el mantenimiento integral de las instituciones prestadores de servicio de salud tanto en los municipios, departamentos y distritos; lo cual son aspectos que han venido faltando en nuestro país ya que no existen ni los materiales esenciales para una buena atención, al contrario cada día van eliminando aún áreas en las instituciones por falta de insumos y de mantenimientos. La Ley 10 con la descentralización se le da autonomía administrativa, financiera al sector salud. Las entidades de salud que acojan la estructura básica podrán beneficiarse de estímulos, como capacitación del recurso humano, prioridad a la contratación de servicios, dotaciones y prestaciones de servicio del mantenimiento que organiza el fondo nacional hospitalario. Se aumenta el presupuesto para el sector salud en un buen porcentaje, lo cual permite la posibilidad de atención en salud gratuita para la población pobre. Se organiza el régimen de la carrera administrativa para el mejoramiento del financiamiento de las entidades en salud.	Las instituciones prestadoras del servicio de salud no cuentan con la dotación e infraestructura necesaria para una buena atención al público asistente. A falta de presupuesto y preparación de los departamentos y municipios, se ha visto afectado y descuidado el servicio de salud. La desviación de presupuestos sumado a la incapacidad de las instituciones para recibir los estímulos no son realmente acordados y se encuentran en un plano olvidado en el sistema de salud. La pérdida de dinero debido a la intermediación u otras causas, generan pérdidas grandes tanto en calidad como en costo del servicio de salud. Atribuciones de la carrera administrativa ocasiona conflictos entre los trabajadores de la salud en la institución.

La normatividad especialmente la Ley 100 mediante el subsidio o la demanda pretendía universalizar el servicio de salud en el sentido que llegaría a toda la población colombiana si bien es cierto aparentemente se logró lo que no se dimensiona que la calidad del servicio a prestar es decir que se ha generado un deterioro del servicio.

5. PRESENTACIÓN RESULTADOS OPINIONES SOBRE VENTAJAS Y DESVENTAJAS

El sector salud está actualmente en una transición con graves dificultades. ¿Cómo observa esta situación?

Lo que hemos visto en los últimos años, después de la expedición de la Ley 100, en realidad muestra un panorama preocupante, pues aparentemente no se han logrado los propósitos formulados inicialmente. Para poner un poco las cosas de manera más clara, a habido un deterioro en la oferta de salud para la población colombiana, en la medida en que se ha dejado el Sistema de Salud a la dinámica del mercado, cuando un bien como la salud, que los economistas llaman un bien meritorio, por su característica supone una responsabilidad del Estado y, obviamente, supone manejarlo bajo una lógica distinta a la lógica del mercado. En el problema de la salud, entonces, como en muchos países, como el caso de Costa Rica o el caso de Gran Bretaña, el Estado tiene que estar muy involucrado y, obviamente, la discusión se centra en sí el subsidio que da el Estado se debe hacer a la demanda o se debe hacer a la oferta.

Parece que la Ley 100 trató de lograr mediante el subsidio a la demanda, universalizar el servicio de salud, en el sentido de que el subsidio llegaría a un conjunto más grande de la población, habida cuenta de que los estudios mostraban que el sistema anterior no cobijaba a toda la población colombiana, a pesar de ser un propósito loable, en realidad lo que hemos visto es que, primero, si bien la cobertura se ha ampliado, no se ha ampliado en las dimensiones que se pretendía y, segundo, no se ha ampliado con la calidad que se buscaba. Es decir, de alguna manera, ha habido un deterioro importante en los servicios de salud, además de un recorte en la cobertura de beneficios, es decir aquellas enfermedades que en el pasado estaban cubiertas por el sistema de seguridad social, y que hoy todavía cubre el Seguro Social, pero que no fueron incluidas para cobijar al resto de la población. Entonces, parece que ha habido un deterioro en el funcionamiento del sistema. El hecho de haber dejado los parámetros del mismo sobre la base de los parámetros del funcionamiento del mercado ha conducido sin duda a un deterioro importante del servicio.

Existe una razón para defender los subsidios a la demanda y es que el sistema anterior financiado por vía de la oferta condenaba a muerte en la práctica a las personas sin recursos con enfermedades de alto costo y tan sólo mediante mecanismos de aseguramiento era posible garantizar el acceso de la población pobre a este tipo de tratamientos cuyo costo se ha incrementado

sensiblemente con el desarrollo de la tecnología médica y la industrialización de sus procesos.

La percepción es que el subsidio a la demanda sin duda tiene un argumento a favor muy fuerte, que no se puede desdeñar, y es el de lograr que el subsidio llegue efectivamente a la población objetivo, lo cual con el sistema de subsidio a la oferta no se garantizaba, lo cual sin duda era una de las mayores debilidades del sistema anterior. El problema, es que, por otro lado, en un país donde los niveles de tributación son tan bajos, obviamente garantizar un subsidio para toda la población no siempre en fácil, porque la población en su mayoría gana entre uno y dos salarios mínimos, o sea, que los subsidios cruzados de estratos más altos a estratos más pobres tampoco da los recursos suficientes para ello. Entonces, poder garantizar el cubrimiento de enfermedades de diferente orden al conjunto de la población pues supone casi una estructura de subsidios muy compleja, en el sentido de poder transferir recursos del sistema de tributación, o a través de subsidios cruzados, sobre una base tributaria que en realidad no es muy grande, comparada con otros países. Eso hace que haya un elemento de debilidad del sistema, en el sentido de poder canalizar recursos suficientes para poder brindar una cobertura universal.

Por otro lado, tenemos un problema cultural, en dos aspectos. En primer lugar este es un país donde no hay una cultura de rendimiento

de cuentas a usuarios, entonces estos quedan sometidos a lo que bien o mal les ofrezcan las entidades prestadoras de salud, sin que el usuario reclame las condiciones y la calidad que requeriría el servicio. Por otro lado, sin duda, también un manejo que está ligado a una forma de utilizar los recursos no muy idónea, por parte de las entidades. La corrupción y los malos manejos están en buena parte relacionados con el problema de los servicios de salud. Es decir, además de que tenemos una fuente de recursos limitada por la estructura tributaria, está el problema de cómo se utiliza el gasto.

Habría que mirar hasta dónde podemos establecer un sistema que mantenga un subsidio importante a la oferta –que es lo que todavía prevalece– garantizando que obviamente haya una focalización del recurso hacia la población que efectivamente requiere más de este recurso, de manera que a la vez que podamos establecer una forma de eficiencia en el manejo del gasto y también, en lo posible, unas estructuras, unas instituciones como son los hospitales que efectivamente sean de fácil acceso y libre acceso, sobre la base de un manejo de los recursos idóneo y transparente y no se vería incompatible mantener un subsidio a la demanda, parece que sigue siendo un mecanismo de buscar que los recursos lleguen a la población objetivo, con un sistema de subsidio a la oferta, donde efectivamente el Estado garantice un sistema hospitalario sobre la base de un manejo idóneo de los recursos, que no necesariamente deben manejarse con

criterios de eficiencia de mercado, sino con criterios de eficiencia social.

No es posible pretender la universalidad y la equidad mediante mecanismos de redistribución o distribución secundaria del ingreso, es decir con los aportes de una minoría con capacidad de pago hacia una gran mayoría sin capacidad de pago. ¿Requeriría el país forzosamente una mejor distribución primaria del ingreso para que haya más gente con capacidad de pago y menos gente a la cual se deba subsidiar, par que pudiera funcionar efectivamente el mecanismo de redistribución secundaria?

En parte eso es cierto. El problema es que este es un país donde la remuneración de la fuerza de trabajo, comparado con otros países de la región, es de las más bajas. Es decir, la participación del salario en el valor agregado del país es ínfimo si uno la compara con países como Argentina, Brasil, Chile, México, etc., o sea, somos de los países, quizá por encima de Bolivia y Ecuador, que tenemos una de las participaciones más pequeñas del sector salario en el valor agregado. Se supone que cuando se tiene una gran masa de trabajadores con salarios muy pequeños, obviamente la base tributaria es muy pequeña. Adicional a ello, si se buscara vivir sólo de los tributos de una minoría que pertenece a los estratos más altos, se sabe que también hay

formas de elusión y de evasión fiscal, que en última instancia hace difícil captar los recursos.

Por tanto, el país debe reformular su forma de establecer la distribución de la riqueza en términos de ver cómo se amplía la participación de la misma, porque además eso conllevaría a superar una falsa imagen, de decir que sobre la base de bajos salarios el país puede crecer. Los países crecen sobre la base de alta productividad y para la alta productividad se requiere alta remuneración, o al menos adecuada. Con ello sin duda tendríamos una sociedad que pudiera asumir tanto el problema de salud de las generaciones presentes, como el problema de salud de las generaciones venideras y, en particular, también de las generaciones que ya dejan de contribuir al sistema productivo y dependen del sistema solidario de pensiones.

No cabe duda, que es imposible hacer hoy una transformación total de los subsidios de la oferta a los subsidios de demanda, por lo que durante muchos años van a tener que coexistir ambos tipos de subsidios. ¿Cómo hacer para que esos subsidios de oferta sean verdaderamente eficientes mientras tengan que subsistir?

En principio no es segura de que el subsidio de oferta tenga que desaparecer del todo. No ha sido, por ejemplo, el caso del sistema inglés. En el modelo inglés el subsidio de oferta permanece, a pesar de

que se le haya introducido una racionalidad, lo que ellos llaman de cuasi-mercado, que no es una racionalidad total de mercado sino de ver como efectivamente se gana eficiencia sobre una cierta racionalidad de maximización, pero todavía manteniendo la estructura del sistema nacional de salud, que es característico de la tradición inglesa. Una forma de lograr un sistema de subsidio de oferta eficiente, es introducir mecanismos de incentivos y de competitividad en ciertos niveles, crear también una cultura del servidor público que no la tenemos en Colombia –más bien es el usuario el que es el servidor del funcionario público– y, obviamente, unos mecanismos de control social –que están previstos–, donde la sociedad civil y la comunidad puedan establecer formas de rendimiento de cuentas sobre el uso de los servicios y el manejo de los recursos.

Entonces, en la medida en que se logren establecer mecanismos a través de los cuales se mejore la eficiencia, porque hay ciertos niveles de servicio –se puede establecer una meritocracia– pero sin convertir el sistema sencillamente en un sistema de mercado, pero a la vez teniendo también una cultura de servidor público arraigada en los funcionarios del sector salud y unos mecanismos de la sociedad para que justamente pueda hacer que el servidor público responda por sus actos, de esta manera mejoraría sustancialmente el sistema a través de un subsidio a la oferta.

6. ESTADO ACTUAL DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD

6.1 ANÁLISIS DE LA NORMATIVIDAD CON RELACIÓN A LOS PROFESIONALES DE LA SALUD

Después de haber revisado, analizado y comparado los aspectos concernientes a los profesionales de la salud contenidos en estas tres leyes se puede determinar que a pesar de ser parte primordial en la salud, no tiene un beneficio específico dentro de la reglamentación; a excepción del Artículo 193 de la Ley 100/93 el cual crea incentivos salariales y no salariales para los trabajadores y profesionales de la salud, lo que queda por desarrollar es el cumplimiento de esta y muchas otras leyes que no se llevan a cabo, los demás hacen referencia a los trabajadores en general es cierto que los incluye pero no los cumple.

Con respecto a la Ley 10/90 fue la primera en hablar de descentralización seguida por la Ley 60/93 librando con ésta al Estado de la responsabilidad de la salud y permitiendo que departamentos y municipios no preparados para el cambio manejarán sus propios recursos, de allí el problema de la intermediación, politización y

corrupción del medio; factores que afectan el buen ejercicio profesional entre muchos otros, luego viene la Ley 100 por la cual se garantiza la salud integral para todos; lo cual en este momento del país puede considerarse una utopía, ya que es evidente que aunque las leyes auguran un excelente futuro para la salud en Colombia, la situación actual es completamente contraria ya que la mayoría de normas están siendo incumplidas por diferentes factores internos y externos los cuales afectan la economía, ética profesional y la salud de cada uno de los colombianos.

La intermediación es un factor realmente preocupante ya que a medida que el dinero va pasando de una mano a otra se disminuye considerablemente quedando así recursos insuficientes para salud y por consiguiente pago de nóminas para profesionales, obligando al trabajador de la salud a someterse a salarios muy por debajo del valor de la prestación de sus servicios y con un volumen exagerado de pacientes por atender diariamente, en la Ley 10 más que tener beneficios explícitos para los profesionales no los obligaba a afiliarse a ningún tipo de medicina prepagada para poder sobrevivir en la combustionada situación actual de la salud, dejando a los particulares ejercer su profesión libremente manteniendo su competitividad y calidad.

6.2 INTEGRACIÓN VERTICAL Y ÉTICA MEDICA

Pensábamos que nuestra capacidad de asombro estaba copada, pues no parecía posible que las entidades encargadas de cuidar la salud de los colombianos imaginaran nuevas formas de incumplir su cometido social, pero, al conocer cada día mas comportamientos que socavan la calidad en la prestación de los servicios de salud e incluso la dignidad del ejercicio medico profesional, tenemos que admitir que el problema es nuestra falta de imaginación sobre las mil formas de burlar la ética en el servicio.

En fechas recientes se cuestionaron las entidades que aceptan capitaciones globales de las E.P.S. y subcontratan a su *vez* la prestación de los servicios de salud con terceros, para obtener un margen de ganancia en las negociaciones de los contratos, comportamiento especulativo totalmente desligado de la verdadera función de una Institución Prestadora de Servicios de Salud, que al reducir los recursos reales para la atención a los afiliados, se traduce en malos servicios hacia estos y pésimos pagos a los profesionales y trabajadores de la salud.

Hoy sabemos que muchas entidades del sector burlan el código del trabajo y contratan a los profesionales de la salud por prestación de servicios, pero para cumplir funciones sujetos a una ubicación física

determinada, al cumplimiento de horario a la obediencia a superiores. condiciones que constituyen clara demostración de la subordinación laboral a un patrono. La Ley exige en estos casos el contrato de trabajo y el pago de prestaciones sociales, especialmente la afiliación a la seguridad social y la justicia respalda toda demanda posterior por las prestaciones, que por cierto son irrenunciables en la legislación colombiana.

Pero lo que causa verdadero estupor ahora, es haber constatado que algunas empresas -cuyos nombres no queremos mencionar- pagan a los profesionales de la salud por actuar contra la ética y contra los derechos de los afiliados. Saber, por ejemplo, que han inventado el pago de bonificaciones a los médicos por no ordenar exámenes de laboratorio a sus pacientes. produce verdadera repugnancia y gran dolor en la dignidad profesional.

No puede ser posible que un médico con la más mínima dignidad acepte tal tipo de bonificación, y si lo hace viola la Ley de Etica Médica (Ley 23 de 1981), que en su Artículo sexto reza: *"El médico rehusará la prestación de sus servicios para actos que sean contrarios a la moral, y cuando existan condiciones que interfieran el libre y correcto ejercicio de la profesión* ". Más grave resulta la violación si son médicos los jefes que prometen, califican u otorgan tales bonificaciones.

Es claro que con estas prácticas, en busca de una rentabilidad mal entendida, se interfiere el libre y correcto ejercicio profesional y, por tanto, se pone en riesgo a los pacientes. Una cosa es solicitar al médico mesura en la solicitud de exámenes, lo que la misma Ley de Etica exige (Parágrafo del Articulo 10), a través de infundirle una visión menos mecánica, más familiar, social y humanista de su ejercicio, en beneficio de los mismos pacientes, y otra, muy distinta, pagar para que no los ordenen, pues en el segundo caso no se actúa en beneficio de los pacientes, sino claramente en su contra.

Los tribunales de Etica Médica deben investigar con urgencia estas prácticas y fallar conforme a la Ley, pues de las sanciones ejemplarizantes depende en este momento la posibilidad de recuperar en algo la ética y dignidad profesional arrastradas por el suelo debido a empresas inescrupulosas.

Pero es necesario señalar que este riesgo ético de interferir sobre el libre y correcto ejercicio de la profesión médica se ha incrementado notoriamente con el proceso de privatización del aseguramiento y la actual tendencia a la integración vertical, es decir cuando las E.P.S. son dueñas de las I.P.S. y patronos directos de los médicos. El control absoluto de la compañía financiera sobre el profesional es la verdadera causa de estos atentados. Debido a este riesgo ético en países como

Holanda se ha prohibido totalmente que las aseguradoras sean propietarias de las instituciones de prestación de servicios.

Resulta evidente también que la dirección del Sistema ha permitido la integración vertical en lugar de propiciar la clara separación de funciones, correspondiente al modelo denominado pluralismo estructurado. Ha permitido igualmente la subcontratación sin restricción alguna, que es también un mecanismo de integración vertical, pues la intermediaria actúa como asegurador y prestador en la práctica. Es esta una muestra más de la debilidad regulatoria del Estado frente a un Sistema que se desborda en favor de la especulación y en contra de los intereses de los usuarios. Una muestra en suma de la debilidad de la Dirección del Sistema y de la ausencia de Gobierno..

6.3 RESULTADOS DE OPINIONES SOBRE EL ESTADO ACTUAL DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD

¿Cuáles han sido los hallazgos fundamentales de estudiar la formación de los profesionales de la salud?

Los grandes hallazgos que podría circunscribir a seis, siete áreas específicas en las cuales se ha venido desarrollando proyectos. La primera, el área de educación en el pregrado que tiene que ver fundamentalmente con la permanencia y la existencia de metodologías

muy formales y muy tradicionales en la formación del personal de salud, esquemas muy rígidos, pocos flexibles y algo que es muy preocupante, que son poco adaptables a las condiciones tan cambiantes de los sistemas de salud, y especialmente el nuestro, que en los últimos años ha dado un vuelvo trascendental y a partir del cual la formación y el proceso formativo del recurso humano tal vez no ha seguido el curso igualmente ágil y rápido que amerita una transformación de esa magnitud.

Desde el punto de vista de los postgrados, se está considerando en la actualidad elementos que tiene que ver con la deficitaria producción de conocimiento, generación de conocimiento nuevo y la poca introducción o muy lenta introducción de la evidencia científica en muchos de los programas de formación de postgrado que actualmente se están desarrollando en el país y que en la misma impresión y sentir de los entes formadores y de los mismos profesionales en formación, cada vez es más necesaria y cada vez hace parte de su proceso de actividad clínica.

¿Cuáles serían pues, las recomendaciones preliminares para los centros de formación y educación a partir de esos hallazgos?

Sobre el conjunto de recomendaciones preliminares, digamos que se están terminando de construir y, precisamente, parte de los foros y

talleres que se desarrollan en diferentes ámbitos de la formación con educadores, con administradores de servicio, con estudiantes, con profesionales del sector salud, estas recomendaciones están tratando de consolidarse alrededor de líneas fundamentales, sobre las cuales haya acuerdos y haya consensos entre los distintos actores del sistema. Consensos que no son fáciles de construir en el momento actual del país, del sector, y que de alguna manera traten de buscar las salidas más viables y políticamente factibles para la modernización y el desarrollo futuro de los procesos de formación, tanto en el pregrado, como en el postgrado, en la educación continuada y, algo muy importante, en la educación o formal, en esa gran cantidad de personal que hace parte de los servicio personal técnico, personal auxiliar, que en muchos casos en número, supera el mismo grupo de los profesionales de la salud formal, llamémoslo médicos, enfermeras, bacteriólogos, odontólogos y que, en muchos casos, y en muchas secciones del país, son el único punto de contacto de la población con los servicios. También se está tratando de incidir sobre los procesos de modernización de la formación de este personal que es tan fundamental para la prestación de servicios.

Una de las recomendaciones centrales, dentro de estudios, es la transformación del proceso de enseñanza en un proceso de aprendizaje, fundamentalmente y esto es transversal para casi todos los niveles de formación en salud. Que se centre más en el estudiante, que

se centre más en los procesos de enseñanza, más que en el tradicional y clásico proceso de formación docente, y más que de formación docente, de enseñanza docente. Que la transformación y el cambio viene también desde el profesor, y tiene que involucrar nuevos procesos de enseñanza, en los cuales el estudiante aprenda lo que necesita aprender y lo que necesita para su desarrollo futuro. Que sea incluso el estudiante de la ciencias de la salud un gestor permanente de su propio proceso de aprendizaje, más que una acumulación automática de conocimientos, de teorías, de técnicas que –en última instancia– no van a repercutir, ni van a incidir de manera importante en su desarrollo profesional.

¿Qué está mas cuestionado, en síntesis, la metodología educativa o el contenido de la educación de los trabajadores del sector salud?

Es una resultante, primero, de enfoque se ha terminado de construir los modelos de atención sobre los cuales se formen los profesionales y se regulen, y se dirijan, de manera mucho más precisa, los modelos de formación. Se cree que es un proceso incompleto, en el cual, el sector público, el sector privado, los distintos actores del sistema tienen que incidir de manera permanente, para construir estos modelos de atención, a partir de los cuales se dirija de una manera mucho más precisa el modelo formativo. Estamos formando bajo el modelo clásico, par aun sistema que está cambiando todos los días. Nos estamos

quedando con modelos de formación tradicionales para otra época y para otro momento de los sistemas de salud, que en el estado actual no son compatibles con las exigencias del mercado laboral, de las competencias que se están exigiendo en los nuevos modelos de los sistemas de salud y que, de alguna manera, la formación académica, las instituciones de formación, tienen que trabajar cada vez más de la mano de los servicios para construir estos modelos de formación y trabajo, cada vez más cercanos a la realidad.

¿Cuál es la imagen objetivo? ¿Qué tipo de profesional y de trabajador de la salud se quiete?

Se ha podido identificar es que en la formación básica tiene que haber una amplia gama de posibilidades, partiendo de una formación básica más integral, interdisciplinaria y formada para el trabajo en equipo posible, a partir de la cual el estudiante tenga posibilidades de acceder a nuevos ámbitos de formación, sea en las áreas clínicas, sea en las áreas administrativas, sea en las áreas comunitarias, sea en las áreas de servicio, pero que partiendo de una formación básica se le den posibilidades y, sobre todo, herramientas para adaptarse a los cambios que los sistemas están exigiendo.

¿Alguna recomendación, que tenga que ver con el momento en que esta persona acaba sus estudios formales o pertenece a otra línea de proyectos el problema de la educación permanente?

La formación permanente debe ser una herramienta y la concebimos como tal, del desempeño y del desarrollo profesional. No se concibe, hoy por hoy, un profesional formado íntegramente una vez sale del aula, casi se podría decir que es cuando está empezando a formarse realmente para su ejercicio profesional. La formación permanente o la educación continuada como tradicionalmente se conoce en nuestro medio es una herramienta fundamental que debe ir ligada a procesos de desempeño profesional, de evaluación del desempeño de carrera profesional, que en últimas le garanticen al profesional y al técnico y al auxiliar también, estar permanentemente actualizados y adicionalmente garantizar una pertinencia de su formación clínica o de su formación asistencial o incluso administrativa, acorde a los cambios que cada vez las instituciones están ajustando de manera más patente.

¿Qué podemos decir de los estándares de las instituciones formadoras?

Está trabajando concretamente estos aspectos, concentrando fundamentalmente en la acreditación de los espacios de formación, con un énfasis en los espacios de formación práctica, pero también

vislumbrando los nuevos espacios de formación para los profesionales, mirando los modelos de atención que vienen con los nuevos procesos de transformación de los sistemas de salud. La acreditación de los espacios prácticos es un requisito fundamental para poder acreditar la calidad de cualquier proceso formativo en salud y estos espacios de formación práctica, no solamente deben estar circunscritos al clásico hospital universitario, sino también tienen que estar mirando un poco a la transformación de los sistemas de atención, donde se concibe la formación práctica en otros ámbitos distintos al hospitalario y en otros niveles de formación mucho más amplios y más cercanos a la sociedad.

6.4 EL MERCADO LABORAL DEL PROFESIONAL DE LA MEDICINA EN COLOMBIA

La intermediación de las empresas promotoras de salud y prepagadas, la guerra de tarifas, la proliferación de facultades de medicina, la concentración de médicos en las ciudades y el fenómeno galopante del desempleo profesional son las principales causas que han permitido el deterioro de las condiciones de trabajo del gremio médico colombiano en los últimos años.

Según el Instituto Colombiano de Fomento a la Educación –ICFES– en el país existen 138 programas de la salud en la modalidad de pregrado presencial, 31 facultades de medicina, 7 de ellas en Bogotá, 29

programas de enfermería y 5 de bacteriología, concentrándose en las ciudades de Bogotá, Barranquilla, Medellín, Bucaramanga y Cali.

¿Por qué la medicina fue durante muchos años la carrera predilecta por miles de jóvenes colombianos en los planes de educación superior?.

"Socialmente el médico era muy bien reconocido, era una carrera elitista, Realmente, el médico subió en un pedestal; estudiar medicina era lo máximo para un adolescente, al ser ejemplos; pero esto empezó a "endiosar" lo que es la profesión" señaló la Médica Adriana Garcés.

Para la gerente existía una sobredimensión de la práctica médica "porque en general a la gente la habían manejado desde un punto de vista mágico, por toda esta forma como se ha manipulado los conceptos de la vida y la muerte. El médico vivía de manejar esa magia, pero ya el usuario la conoce"

En su concepto el médico era el profesional que tenía posibilidad de hacer dinero con su Profesión o hacerse dueños de las clínicas de las ciudades y "conformar corporaciones férreas donde ellos eran lo último.

Garcés explicó que los jóvenes en busca de un mejor nivel de vida social ingresaban a los programas, ciencias de la salud y medicina de las universidades.

"Montan el negocio de las facultades de medicina donde el estudiante hace un esfuerzo espantoso por el semestre y la proliferar el médico!. Estudia entonces la carrera no el que más capacidades tiene, sino el que puede, y empiezan a salir 'médicos'..." afirmó la doctora.

6.4.1 El ejercicio profesional después de la Ley 100 de 1993. El 23 de diciembre de 1993 el ex presidente de Colombia César Gaviria Trujillo sanciona la Ley 100 de Seguridad social integral. La Reforma parte de definir dos regímenes: el contributivo, para quienes tienen capacidad de realizar aportes a la seguridad social a través de su trabajo o ingresos independientes y el subsidiado, para quienes no tienen la capacidad y a quienes el Estado debe financiarles parcial o totalmente el valor del seguro obligatorio.

¿En qué forma el nuevo sistema que pretendía hacer accesible la salud a los colombianos más pobres desencadenó una depreciación del mercado laboral del profesional de la medicina, sus honorarios y su calidad de vida?

Llegaron las pomposas -EPS-, que para su conformación únicamente podrían aspirar los grandes empresarios del país y se adueñaron de la salud de los colombianos con base en el poder económico y político quedando el profesional de la salud con sus salarios de hambre, condenados al esclavismo y a los clientes, y posibilidad a recuperar sus

altas inversiones iníciales", afirmó el Dr. Víctor Hugo Montes Campuzano presidente de las confederaciones de Profesionales de la Salud y Odontológica Colombiana; y profesor titular de la Universidad Nacional de Colombia.

"Es la famosa Ley 100, donde hay una estandarización tarifaria para los servicios, y el médico empezó a negarse a atender personas del plan obligatorio de salud en sus consultorios", dijo Adriana Garcés.

Y agrega "me tocó vivir esa situación en la clínica como administradora, donde teníamos médicos que se negaban a hacerlo. Trabajaban para nosotros como afiliados y había médicos que se les enviaban pacientes cuando las empresas promotoras de salud empezaron a afiliar. Ellos no aceptaban que iban a tener que atender pacientes del Plan Obligatorio de Salud al lado de sus pacientes particulares".

Regidos bajo el sistema de libre mercado y abocados a cerrar sus consultorios particulares, cuál es la opción a seguir?.

"Obviamente los consultorios particulares empezaron a acabarse; entonces inicia la lucha del gremio no aceptar que tiene que trabajar en las mismas condiciones y con la misma calidad de los primeros esa competencia del médico tratando cada vez más de vender sus servicios,

a crear la libre competencia porque atendía a muchos de esos pacientes -Plan Obligatorio de Salud–.

6.4.2 Guerra de tarifas y deterioro de la calidad de vida. "Se habló de un revolcón en salud, en su organización y en su otorgamiento, pero por lo visto fue un empujón, un pisoteo, un restregón y un maltrato, que desde las primeras de cambio comenzaron a recibir los principales actores del proceso, después del enfermo, los profesionales de la salud y los trabajadores del sector" afirmó Montes Campuzano.

"Los médicos nunca se unieron para luchar por sus honorarios, no porque fuera injusto, sino porque no podían unirse, se entregaron a la competencia" recalcó la doctora Adriana Garcés.

¿Cuál fue la reacción del gremio de los profesionales de la medicina ante la inminente proletarización?

Los médicos empiezan a ser golpeados por los honorarios. La gran parte de la culpa fue el no admitir en forma inteligente a pactar. Culpa del mismo gremio. Se deja de ver la atención médica con la calidad por el esfuerzo de trabajar por una vida humana y la responsabilidad, que ésta acarrea".

"Hasta que empieza a pasar el dolor y el médico tiene que aceptar porque no hay más pacientes que los subsidiados pues éste ya tiene garantizados sus derechos y no quiere pagar médico particular".

En torno a la remuneración que hacen las empresas promotoras de salud a los profesionales de Campuzano enfatiza "hay sensatas claro está, y las hay también que solucionan sus problemas básicos exiguas participaciones a los profesionales o despidiéndolos para contratar a menos costo,

"Los trabajadores de la salud estamos experimentando una baja de status por razón del deterioro, familiar y la imposibilidad de seguir atendiendo las obligaciones domésticas, profesionales y sociales dice el Presidente de la Confederación de Profesionales de la Salud,

Para el Sindicato Nacional de la Salud y la Seguridad Social "la congelación de la planta –profesional en instituciones públicas– ha obligado a vincular por contrato a un importante numero de trabajadores asistencial -odontólogos, enfermeras *y* médicos- como única opción para poder prestar los servicios y se recurre a la forma facilista como los costos no cubren los ingresos, disminuyamos costos por la vía de redacción de las plantas de personal".

6.4.3 Pluriempleo y concentración de médicos en las capitales. Un estudio realizado en 1999 por la Confederación Médica Latinoamericana -Confemel- que agrupa instituciones del sector salud con representación nacional en América Latina y el Caribe destaca en el proceso de concentración de trabajo en las capitales latinoamericanas.

Subraya que en las áreas rurales del continente están "cada vez más despobladas de médicos el excesivo horario, el ritmo estresante con los casos clínicos graves, la deficiencia de las infraestructuras, recursos humanos, además de las bajas remuneraciones, son problemas rutinarios por quienes realizan el trabajo", dice el estudio.

Recalca además que la mayoría de los médicos tienen al menos dos trabajos y en Países como Bélgica y Uruguay, el 20 por ciento trabajan en cuatro establecimientos distintos.

¿Terminó el profesional de la salud colombiano trabajando el doble o triple para alcanzar honorarios iguales a los que tenía antes de la Ley 100 de 1993?

"El médico que viene con un nivel de vida alto, la única forma que lo puede conseguir es trabajando doble, por eso la enfermedad mental, el agotamiento, porque mientras antes se ganaban en una cirugía,

millones de pesos (US$ 1.339 dólares), ahora la tienen que hacer por 600 mii pesos (US$ 267 dólares), afirma la doctora Garcés.

"Yo creo que estamos superpoblados de profesionales, el médico al encontrarse en las grandes ciudades ha afectado la concentración. Los médicos pudieron instalarse en los pueblos y eso hubiera contribuido al desarrollo del país. Pero, ¿quién se va a instalar un centro médico al campo?, ¡nadie!.

¿Es responsabilidad exclusiva de las instituciones de salud el actual problema del empleo médico?

"Pienso -dice Garcés- que se está estabilizando, muy difícil pero se está equilibrando y el médico acepta los medios para estar acorde a su sistema de vida. Aún algunos no lo aceptan y lo toman como un problema, como un sacrificio donde la profesión desde el punto de vista ético se ve afectada por la forma de trabajo.

"El médico también hace parte del desempleo, es una profesión como cualquier otra. Hasta tenemos médicos que han salido sometidos a un régimen donde lo que se busca es empleo porque la existencia particular ha desaparecido prácticamente", concluye la doctora.

En tal sentido el Presidente de la Confederación de Profesionales de la Salud se cuestiona: "?Quiénes se han beneficiado de toda la plata que mueve el Sistema Nacional de salud, cuando los médicos reciben sueldos miserables de trabajo, las dotaciones de elementos son avaras, la calidad de los insumos tendientes a ser deficiente y no se cumplen las barreras de bioseguridad en el ejercicio clínico y no se aplican con profesionalismo.

Que para el Sindicato Nacional de la Salud y la Seguridad Social "La verdadera causa de la situación está justamente en la Ley 100 de 1993 que le dio vida al leonino sistema de intermediarios –EPS– que se queda con la mayor parte de los recursos".

6.4.4 Contratación e intermediación en la prestación de servicios. El médico Gonzalo E. Díaz Murillo, con más de 20 años de ejercicio particular de la profesión, quien ha denunciado a nivel nacional e internacional a través de los medios de comunicación nacionales e internacionales lo que denomina "El Neoliberalismo en la Salud".

Según Díaz Murillo, la Ley 100 sólo comprende dos clases de ejercicio médico, el asalariado y el asegurado por Empresas Promotoras de Salud -EPS- e Instituciones Prestadoras de Salud –IPS– .

"En ambos casos el médico pierde su autonomía pues debe aceptar las condiciones que le son impuestas. Cuando existe contrato laboral éste garantiza trabajo, horarios fijos, prestaciones, vacaciones, tiempo de estudio, lugar de trabado, implementos y asistentes, pero pierden autonomía.

El médico argumenta que e! profesional que se adscribe a medicina prepagada presenta las siguientes desventajas: "pierde su autonomía, está mal remunerado, no se les reconoce vacaciones ni prestaciones y tiene que pagar todos los gastos de su trabajo, arriendo, cuotas, administración, empleados, insumos y no tiene trabajo fijo, ni tiempo para actualizarse y menos aún oportunidades de investigación científica".

Díaz Murillo es enfático al señalar que las tarifas que reconocen las medicinas prepagadas son bajas "un buen latonero gana más por hora de trabajo que lo que se le pretende asignar a un médico. Por lo que el médico deberá trabajar obligatoriamente para las EPS o IPS, horarios de más de 12 horas para poder alcanzar apenas tarifas más altas".

Díaz Murillo señala que "los profesionales de la salud independientes deberán agruparse para ser Prestadoras de Promotoras de Salud, con unas tarifas adecuadas que les garantice la supervivencia.

Argumenta así mismo que hasta la fecha los directivos de las agrupaciones médicas "con sus intereses continúan defendiendo la Ley 100 y la mayoría de los buenas profesionales de la salud se retiran a otras carreras, mientras otros se "corrompen" o engrosan las filas de desempleados".

El Instituto del Seguro Social, las prepagadas y las Cajas de Previsión no contratan suficiente personal y se incrementa el desempleo médico "y rebaja considerablemente la calidad de la atención, que se presta" al represar pacientes con citas a 20 días y consultas de 8.5 minutos que no permiten un diagnóstico adecuado para explicaciones y para la relación médico-paciente.

Vaticina que, mientras los profesionales de la salud no comprendan el papel "intromisorio" de las E.P.S. en su profesión, "sus condiciones profesionales, laborales y sociales continuarán rebajándose.

6.5 ¿FRACASÓ LA POLÍTICA DE SALUD EN COLOMBIA?

Paros hospitalarios, médicos sin salario durante meses, falta de insumos, anuncios de fusiones de servicios asistenciales de Bogotá, usuarios que no reciben atención oportuna, brotes de enfermedades anteriores 400 millones de dólares en medicamentos falsificados y

vencidos comercializados anualmente, ha generado el actual panorama del sistema público de salud en Colombia.

Según e! Ministerio de Trabajo y Seguridad Social sobre la cobertura de salud, del régimen contributivo a afiliado a Junio del 2000, 13.409.088 colombianos y existen 28.885.744 no afiliados.

La cifra oficial de habitantes de! país es de 42.294293, de las cuales están afiliados el 31.7 por ciento y deja un restante 68 por ciento en e! desamparo médico.

El 11 por ciento del Producto Interno Bruto (PBI) de Colombia es invertido en salud (US$ 13.732), sin embargo, para la Academia Nacional de Medicina, el promedio invertido en el sector obedece a la relación entre la atención médica y los usuarios, que tienen como intermediarios a las Empresas Promotoras de Salud (EPS) que incursionaron en el sector en el año 1993 bajo la expectativa de la Ley 100 de Seguridad Social, Salud, Pensiones y Cesantías.

Para el Presidente de la entidad, Dr. José Félix Patiño, "Los recursos que deben ir a la atención de pacientes, fortalecimiento de la medicina como profesión y como ciencia, se han destinado para cubrir gastos de intermediación, además estos entes funcionan sin una debida infraestructura".

Señala además que 'los indicadores son claves en este análisis, la Inmunización se acabó, los procesos de salud pública se debilitaron, las enfermedades que antes estaban controladas volvieron, la crisis económica de hospitales es cada vez más evidente y esto se agrega el deterioro de los profesionales de la salud en el aspecto académico.

6.5.1 Ley 100 de 1993 y en calidad en la oferta de servicios. Por su parte, la Defensoría del Pueblo señala que frente a la problemática del sistema de salud, los colombianos desconocen los cambios generados con la Ley 100 de 1993, por tal razón se abstienen de exigir a las empresas de salud la calidad en la atención y los servicios que les corresponde.

No es un asunto netamente financiero ni hospitalario como se ha señalado en los últimos años. Se ha cambiado de sistema y hay muchos yacios de conocimiento por parte de los usuarios, estos aspectos deben ser corregidos a través de un plan de divulgación que corrija las deficiencias y que e ofrezca a los usuarios elementos de juicio", sostuvo el Dr. Carlos Giralda, defensor.

Para esta entidad es necesario reforzar los mecanismos de vigilancia y control para que los promotores de la salud mejoren su observación frente a temas como la entrega incompleta de medicamentos, la

prestación de el servicio y la no realización de los pasos establecidos en el servicio.

En Cali, Adriana Garcés, Gerente de la Clínica Comfandi IPS, Institución Prestadora de Salud de la Caja de Compensación Familiar del Valle del Cauca, con 160 mil personas afiliadas, es enfática en señalar que "estamos en la corrupción y eso no lo desconoce nadie, hay entidades que tratan de hacer lo mejor pero otras que no".

Sobre los mecanismos de control ejercidos por la Superintendente Nacional de Salud y la Superintendencia Nacional de Cajas de Subsidios, manifiesta que "los entes controladores son bastantes incisivos y forma la ventaja es esa, hay mecanismos que ejercen para tratar que las cosas salgan bien y funcionen señala, "nos dan la oportunidad de mejorar a nivel de salud, pienso que las cajas son privilegiadas para poder dar con mejor calidad y lo tratamos de hacer".

En relación a la afluencia de oferentes de servicios a partir de la Ley 100 agrega, "inicialmente se pensó en una amplia cobertura y que todas las afiliaciones eran negocio, es cierto y realmente la salud no se puede concebir como un negocio, definitivamente no. Simplemente se puede concebir como un manejo equilibrado, solucionarle sus necesidades de salud, al hacerlo mejora la calidad de vida del hombre y su familia.

Lamenta que muchos colombianos no puedan acceder a los servicios de salud ofrecidos por las empresas e Instituciones Prestadoras de Salud como causa del desempleo que no permite la vinculación de numerosos médicos.

6.52 Causas de la crisis de los hospitales públicos. Para el Sindicato Nacional de la Salud y la Seguridad Social (SINDESS) la causa de la relación deficitaria entre los ingresos por ventas de servicios y los costos de operación "está justamente en la transformación de los hospitales en Empresas Sociales del Estado (ESE), ordenada por el Acuerdo 17/97, que descargó el peso de la financiación en la venta de servicios y, simultáneamente con la Ley 100 de 1993 que le dio vida al sistema de intermediarios (EPS y ARS) que se queda con la mayor parte de los recursos de la salud".

El sindicato también expresa que es claro que los hospitales públicos dejaron de ser competitivos "por la absurda elevación de tarifas y no porque estén en condiciones de competir con buenos servicios frente a los oferentes privados de salud".

Con la medida el SINDESS expresa que los hospitales dejaron de percibir en el último año $31.600.000 de pesos (US$14.5 millones) "casi el doble del supuesto ahorro que pretende obtenerse con la fusión de diecisiete hospitales públicos de Bogotá".

6.5.3 Corte constitucional, situado fiscal y deudas de las ARS. El fallo de la Corte Constitucional del 6 de septiembre del 2000, mediante la sentencia C-1165, advierte al Gobierno su obligatoriedad de no disminuir sus recursos a la salud y de la Seguridad Social, y por el contrario, aumentar el gasto público en este aspecto social de conformidad a la Constitución Política de Colombia.

La sentencia fallada hace tres meses, está vigente señalan los sindicalistas, sin embargo a comienzos de diciembre, el Ministro - u -de Hacienda, Dr. Juan Manuel Santos, dio a conocer el recorte presupuestal del 35 por ciento para el 2001 y el proyecto de Ley presentado por el Gobierno ante el Congreso, para reducir el Situado Fiscal y las Rentas Cedidas en un 60 por ciento, así como la modificación de os articulas de a Ley 100 de 1993 con el objeto de reducir las transferencias a la salud a las entidades.

Por su parte, la ministra de Salud, Sara Ordóñez, fue enfática en señalar que "el manejo que les corresponde a los municipios, a los situados fiscales, por lo menos en el área de la salud no es siempre el mejor". La Ministra sostuvo que "he notado que el 60 por ciento de los dineros se van a burocracia que en mejorar los servicios.

El Dr. Gildargo Toro Giraldo, Director de la Federación Colombiana de Municipios, afirmó que "la falta de recursos de los municipios hará que

seis millones de colombianos sean marginados del sistema social de salud, mientras que otros tres millones de niños se quedarían sin acceder a la educación".

Por su parte el Dr. Ovidio Claro Polanco, Contralor de Bogotá y Presidente de los Contralores Municipales de Colombia, sostuvo que "Uno no puede compartir que cada día le quitemos más las obligaciones del Estado con la comunidad; que el Gobierno recibe el dinero de los contribuyentes y cómo le vamos a quitar el salud a la gente.

El Estado le quita la posibilidad a la gente de no tener cómo llegar a un hospital, no existe quién le de respuestas a la gente.

7. PROPUESTA DE MEJORAMIENTO

Mejorar la salud de los colombianos y el acceso de toda la población a los servicios de salud a través del sistema de seguridad social es una meta que involucra a todos los colombianos. Posibilitar este compromiso social es un derecho y un deber para la construcción de la paz y la reconstitución del tejido social. Por lo tanto, la política del sector busca el compromiso de la sociedad con el sistema de salud, para corregir las inequidades, la ineficiencia y la falta de solidaridad y cobertura que persisten en el sistema.

Para lograr lo anterior se requiere garantizar la estabilidad financiera del sistema, lo que implica modificar y hacer más eficiente la asignación y manejo de los recursos, y resolver los problemas estructurales y administrativos de las instituciones.

Las políticas dirigidas a mejorar el acceso a los servicios con equidad, la búsqueda de solidez de las Administradoras del Régimen Subsidiado, A.R.S., la reestructuración de las Empresas Sociales del Estado, E.S.E, la adecuación del sistema de vigilancia y control, y el montaje del

sistema de información, están todas orientadas a resolver las senas dificultades en cuanto a la viabilidad y estabilidad financiera que presenta hoy el sistema y que obstaculizan la posibilidad de mejorar la salud de los colombianos. Estas políticas son inaplazables.

7.1 DIAGNOSTICO

Al calificar la situación de la salud y teniendo como base el proceso de transición epidemiológica, Colombia se encuentra en una fase caracterizada por un patrón de enfermedad y muerte donde la reducción de la incidencia de enfermedades infecciosas, maternas, perinatales y nutricionales se ha estancado debido a la existencia de factores estructurales del desarrollo en ciertas regiones y grupos sociales. Además, la incidencia de las enfermedades crónicas, degenerativas y neuropsiquiátricas se ha incrementado, por la exposición creciente a factores de riesgo como el tabaco, el alcohol y las sustancias psicoactivas. Así mismo, persiste una elevada mortalidad y discapacidad temprana masculina por lesiones, de las cuales un porcentaje alto se debe a la violencia del país, determinando todo ello una elevada carga de la enfermedad.

La situación de las enfermedades transmisibles reviste especial importancia en salud pública, ante la presencia de enfermedades que amenazan con incrementar sus tasas de incidencia en un futuro

cercano, las cuales se han extendido a nuevas áreas geográficas o que muestran creciente resistencia a los medicamentos; este es el caso del dengue, la malaria, el cólera, la tuberculosis, el SIDA y la encefalitis equina venezolana.

La elevada incidencia de lesiones en jóvenes del sexo masculino, aumenta de manera significativa la carga de la enfermedad por incrementos en la mortalidad y la discapacidad, y ha determinado un progreso muy desigual por género en la expectativa de vida al nacer, puesto que mientras la ganancia en mujeres en este indicador en los últimos diez años se estima fue de 2,5 años, la ganancia en hombres, en el mismo periodo, fue de solo 0,02 años.

Para garantizar la atención de salud, antes de 1993 existía un sistema de salud con problemas de insuficiencia de recursos, limitada cobertura, desigualdad en el acceso y baja calidad de los servicios prestados. La Le 100 de 1993 cambió radicalmente la forma de suministrar los servicios dc salud, pasando de un sistema asistencialista a uno basado en el aseguramiento que garantiza la atención integral en salud, incluyendo prevención, promoción, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. El sistema de seguridad social en salud adoptado ha conseguido un grado adecuado de calidad, aunque todavía no ha alcanzado los niveles deseados de cobertura y eficiencia.

En 1993 había ocho millones de personas afiliadas al sistema, esto es 24.3% de la población total, y para 1997 se encontraban afiliados 23 millones de personas, es decir, el 57% de la población colombiana, incluyendo la población afiliada a los regímenes paralelos. No obstante estos resultados alcanzados en aseguramiento, la puesta en práctica del sistema general de seguridad social en salud enfrenta serias dificultades.

Se evidencian deficiencias en las acciones de prevención y promoción y falta de acciones concretas de salud pública.

El acceso a los servicios de salud, especialmente de la población rural, y la equidad del sistema se ven afectados, debido a la falta de capacidad de pago para muchos de los vinculados, el desconocimiento de los derechos que se adquieren con la afiliación, la insuficiente información, la evasión de aportes de los independientes con capacidad de pago, la elusión de muchos de los que actualmente cotizan al sistema, la doble afiliación o la afiliación de personas no pobres en el régimen subsidiado y la presencia de regímenes paralelos[1].

[1] **De acuerdo con la encuesta de calidad de vida 1997, más de 6.6 millones de colombianos vivían en hogares con ingresos laborales de más de dos salarios mínimos y no se encontraban afiliados. Igualmente en el primer decil de ingreso pér capita actualmente más del 60% de la población no tiene ningún tipo de afiliación, mientras que en el decil más rico casi el 84% de la población tiene alguna forma de afiliación.**

Las Empresas Promotoras de Salud actualmente están asumiendo gastos de atención de salud del seguro de riesgos profesionales y del seguro obligatorio de accidentes de tránsito, debido a que las instituciones prestadoras de servicios de salud no tienen incentivos ni capacidad para identificar el origen de la enfermedad o del accidente.

Las EPS públicas -el Instituto de los Seguros Sociales, ISS[2], Cajanal y Caprecom- no se han adecuado al nuevo sistema de seguridad social en salud, lo cual genera un riesgo permanente para la estabilidad y puesta en práctica de la reforma, ya que afecta la competencia regulada y, por lo tanto, produce distorsiones al interior del sistema. Las administradoras del régimen subsidiado, y particularmente las Empresas Solidarias de Salud, no garantizan la estabilidad financiera requerida debido al reducido volumen de afiliación y al monto del capital requerido para respaldar los servicios de salud.

Persisten problemas de calidad y oportunidad de los servicios de salud. Se han detectado problemas relacionados con la falta de acreditación de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, IPS, y de los

[2] El ISS enfrenta una situación financiera crítica debido a que no ha logrado separar el negocio de aseguramiento del de prestación de servicios, no ha hecho real la descentralización de sus clínicas, la libertad de elección y adscripción generó un incremento en los costos, maneja un paquete de servicios mayor al del resto del sistema, lo que implica un mayor costo y una competencia desleal para con las demás E.P.S., presenta problemas en su facturación, incurre en gastos administrativos muy altos (26%) y carece de un sistema de información.

médicos, y la proliferación de carreras en el área de salud sin el debido control, lo cual genera problemas en la calidad de los servicios[3].

Los hospitales mantienen grandes ineficiencias[4], debido a las inflexibilidades que manejan en cuanto al régimen laboral y pasivos prestacionales, que obstaculizan la transformación de los mismos en empresas sociales del Estado. Así mismo, la asignación de recursos de oferta perpetúa la existencia de criterios inequitativos de distribución que no incentivan la transformación de los hospitales públicos en ese tipo de empresas.

El proceso de descentralización no ha logrado consolidarse debido a la insuficiente voluntad política departamental y municipal, a la falta de claridad en cuanto a las competencias de los distintos niveles, y a la concepción centralizada del flujo de recursos que aún persiste en el sistema.

En cuanto a los recursos humanos, el principal problema es la falta de planeación, hay una gran concentración geográfica, al igual que déficit y superávit en la oferta de algunas profesiones y especializaciones de la salud.

---

[3] En parte se deben a la inexistencia de un sistema de acreditación médica e institucional, represamiento de cirugías pendientes y proliferación indiscriminada de establecimientos educativos que ofrecen programas en salud de baja calidad.

[4] En 1997 por cada peso de producto generado en los hospitales públicos se requerían 1.85 pesos para financiarlo.

El desarrollo científico y tecnológico se ha caracterizado por la poca planeación desde el punto de vista costo efectividad, de distribución geográfica y capacidad instalada.

Finalmente se presentan también deficiencias en el sistema de vigilancia y control y en el sistema de información, que no permite hacerle seguimiento al sistema general de seguridad social, lo cual genera ineficiencias en la afiliación, en la distribución de recursos, y disminución en los ingresos por el menor recaudo. Así mismo, es precaria la información dirigida a la población sobre sus derechos y obligaciones.

La existencia de los anteriores problemas pone en riesgo la viabilidad y estabilidad financiera del sistema general de seguridad social en salud a largo plazo, por lo cual es urgente adelantar acciones inmediatas que garanticen su avance hacia el cumplimiento de los objetivos de cobertura, equidad, eficiencia y calidad plasmados en la Ley 100 de 1993.

7.2 PLAN DE ACCIÓN Y PROPUESTAS DE POLÍTICA

7.2.1 Acceso a los servicios de salud con equidad.

a. Viabilidad y estabilidad financiera. El condicionante fundamental para el cumplimiento del mandato de universalidad en la afiliación al

sistema general de seguridad social en salud, lo constituye la viabilidad y estabilidad financiera del sistema. En tal sentido se emprenderán diversas estrategias que permitan alcanzar este objetivo.

Para disminuir la evasión y elusión de aportes al sistema, se definirán los mecanismos de identificación, acceso y pago de aportes, así como las sanciones que se impondrían a quien de cualquier forma defraude al sistema; para esto, el gobierno presentará a las instancias correspondientes los proyectos de reglamentación respectivos. Igualmente se estudiará la definición de la base de cotización de los trabajadores de actividades económicas independientes sobre el 70% del valor de los ingresos efectivamente obtenidos, hasta un monto máximo de veinte salarios mínimos. Simultáneamente se creará la obligatoriedad de las entidades contratantes de realizar el descuento correspondiente y su giro al ente recaudador. La anterior medida incluye organismos nacionales públicos *y* privados, así como los internacionales ubicados en el territorio nacional. Se establecerá un plan estratégico con metas de gestión y recaudo que involucre a los diferentes sectores y actores del sistema, tales como empleadores, trabajadores independientes, Entidades Promotoras de Salud, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y entidades del Estado que tengan competencia

de control y vigilancia sobre el pago de las contribuciones parafiscales sobre la nómina y de los tributos al Estado.

Se revisará la transformación de recursos de oferta a demanda definidos en la Ley 344 de 1996, teniendo en cuenta los recursos fiscales y la evolución de la población afiliada y vinculada, garantizando los recursos necesarios para la atención de los vinculados. Se estudiará la posibilidad de crear una central única de recaudo para las distintas contribuciones a salud, pensiones y riesgos profesionales, o de utilizar otros sistemas de información como el registro único de aportantes, para cruzar la información de ingresos y contribuciones.

Con el propósito de optimizar los recursos del sector provenientes de los juegos de suerte y azar, el gobierno nacional impulsará ante el Congreso la aprobación de un proyecto de ley único para su monopolio rentístico. Así mismo, promoverá con las entidades territoriales las acciones que sean necesarias para maximizar las demás rentas cedidas. Se mantendrán el monopolio rentístico de las loterías, la totalidad de los juegos de azar y el conjunto de los recursos de las Rentas Cedidas para la salud, con destinación especifica para financiar el sector.

Se creará el Fondo de Garantía para la Salud, Fogasa, con el objeto de proteger los derechos de los afiliados al sistema de seguridad social en salud, en cuanto a garantizarles el aseguramiento y por ende la prestación de los servicios, en caso que la EPS o la ARS a la cual se encuentran afiliados, tenga problemas de solvencia, quiebra etcétera. El fondo se manejará en dos subcuentas, la del régimen contributivo y la del régimen subsidiado. La del régimen contributivo se financiará entre otras fuentes, con un porcentaje de los ingresos de las EPS destinados a los gastos de administración. La subcuenta del régimen subsidiado se financiará con las siguientes fuentes: (i) el porcentaje que establezca el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, CNSSS, sobre el valor de la unidad de pago por capitación subsidiada; (ii) los recursos provenientes de la liquidación de los contratos suscritos entre las entidades territoriales y las administradoras del régimen subsidiado para el aseguramiento de la población afiliada; (iii) los recursos provenientes de la provisión establecida por el CNSSS y que deben constituir las ARS a favor del régimen subsidiado; (iv) el porcentaje que establezca el CNSSS de los recursos provenientes de los excedentes financieros liquidados en el año inmediatamente anterior, en el fondo de solidaridad y garantía, Fosyga, subcuenta de solidaridad y (v) los rendimientos financieros generados por la inversión de los recursos anteriormente mencionados, entre otros. El gobierno nacional reglamentará el funcionamiento y operación del Fogasa.

Para garantizar el cumplimiento de los objetivos de la reforma y las metas de prestación de los servicios de salud, así como el fortalecimiento de la planeación, programación y ejecución de los recursos, se requiere que todas las rentas parafiscales del Fosyga, se manejen de manera independiente, dada su naturaleza y destinación específica, para lo cual es necesario que sean también sujetos de aplicación del artículo 123 del estatuto orgánico de presupuesto. No obstante lo anterior, para efectos de establecer el monto asignado a la inversión social, se deberá incluir el total de los recursos del Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga.

El gobierno nacional y las entidades territoriales propenderán por el fortalecimiento de las fuentes de financiación del sector.

El gobierno nacional establecerá los mecanismos y procedimientos para el proceso de compensación, diseñando las etapas del proceso y sus fechas de presentación. Por su parte, los excedentes de la subcuenta de eventos catastróficos y accidentes de tránsito -ECAT- financiarán programas de fortalecimiento institucional dc la red de urgencias y de prevención de accidentes entre otros. El gobierno nacional podrá revisar los topes de cobertura de los beneficios a cargo del SOAT y del FOSYGA. Así mismo, el gobierno nacional adelantará los estudios necesarios sobre los contenidos de los planes de beneficios del sistema general de seguridad social en

salud, que permitan introducir los ajustes requeridos por la actualización de la tecnología y el equilibrio financiero del sistema.

El gobierno nacional impulsará la aprobación de una ley estatutaria del sector salud. Esta Ley tendría como finalidad desarrollar los Artículos 48 y 49 de la Constitución Política, con el objeto de precisar los derechos de los ciudadanos en materia de salud y las obligaciones del Estado en relación con los mismos. En este sentido deberá diferenciar el concepto de la salud, en general, corno un derecho prestacional de segundo orden, del concepto de salud, en tanto sea instrumento idóneo para garantizar el derecho a la vida y en consecuencia como derecho fundamental, por conexidad.

b. Aumento de la cobertura de afiliación con equidad. La afiliación universal, ordenada por la Ley 100 de 1993, sólo es posible si los recursos de subsidios a la oferta se transforman hacia subsidios a la demanda, se controla la evasión y se crean mecanismos para incentivar una mayor cobertura. Sin embargo, con el objeto de garantizar el acceso de todas las personas a los servicios de promoción, prevención, recuperación de la salud, sin que se altere el principio de equilibrio financiero que garantiza la sostenibilidad del régimen subsidiado existente, se revisarán los porcentajes de transformación de subsidios de oferta a demanda.

El gobierno nacional y las entidades territoriales garantizarán la actual cobertura de afiliación al régimen subsidiado del sistema de seguridad social en salud y promoverá su ampliación. El incremento de cupos en la cobertura de los diferentes municipios se hará teniendo en cuenta principalmente los niveles del NBI y de menor cobertura de los diferentes municipios.

Se promoverá la ampliación de la cobertura del régimen subsidiado a través de subsidios parciales, de tal manera que la población pague su inscripción de acuerdo con su capacidad de pago; en los casos en que la persona no tenga recursos, se incorporará sin costo. Se estudiarán alternativas de afiliación al sistema, tales como reducir el porcentaje de cotización, pagar el valor de la unidad de pago por capitación, entre otras, para facilitar el cumplimiento de la obligatoriedad de afiliación al sistema, particularmente para los independientes de medios y bajos ingresos. La población que pudiendo afiliarse no se afilie, deberá asumir directamente los costos de la atención de salud que requiera.

Se estudiarán alternativas para ciertos grupos de población en condiciones especiales, para que accedan a los servicios de salud que requieran; tal es el caso de los indigentes, quienes utilizan los servicios de salud casi exclusivamente en urgencias; la población carcelaria, que esta expuesta a un mayor riesgo de contraer

enfermedades transmisibles y tienen una alta rotación; los niños abandonados, quienes pueden estar por períodos cortos a cargo del Estado; y la población desplazada, la cual presenta una alta movilidad; entre otros casos.

El personero municipal deberá vigilar que las administradoras del régimen subsidiado garanticen la atención de los servicios de salud, especialmente en las zonas rurales. Se aplicarán drásticas sanciones a quienes entorpezcan el adecuado flujo de los recursos de la seguridad social en salud. Se emprenderá una campaña nacional con participación de los diferentes niveles de gobierno para enseñarle a la población el funcionamiento del sistema de seguridad social en salud y concientizarla sobre la importancia de la prevención y el uso adecuado de los servicios. Para esto el gobierno nacional elaborará folletos informativos que se enviarán a las entidades territoriales para su difusión. Por otro lado, el municipio, en asocio con la Superintendencia Nacional de Salud, deberá asegurar que las Empresas Promotoras de Salud y Administradoras del Régimen Subsidiado, realicen acciones para informar a la población sobre sus obligaciones y derechos en cuanto a la afiliación y prestación de servicios.

Se propiciará que las cajas de compensación familiar destinen progresivamente recursos del régimen subsidiado para priorizar la

afiliación al sistema de los niños de escasos recursos beneficiarios del programa de hogares comunitarios de bienestar. El gobierno nacional generará mecanismos para procurar la atención integral de estos menores.

Para evitar la afiliación de población no pobre al régimen subsidiado, se establecerán mecanismos de control y castigo en la instancia municipal. Las entidades territoriales deberán presentar una evaluación al Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga, sobre la focalización de subsidios de salud en sus municipios y la identificación de todos los afiliados, como prerrequisito para el acceso a recursos de la subcuenta de Solidaridad. De otro lado, se evaluará el instrumento y los criterios actuales utilizados para la identificación de beneficiarios con la finalidad de mejorar la focalización de subsidios entre la población más pobre y vulnerable. En este sentido se considerará la posibilidad de utilizar entre otros instrumentos, la actual metodología de estratificación utilizada para el cobro de servicios públicos, como mecanismo alternativo o complementario al Sisben.

7.2.2 Las entidades aseguradoras y prestadoras de servicios de salud. Se revisarán los requisitos existentes para la conformación de Empresas Promotoras de Salud, Administradoras del Régimen Subsidiado, e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, para que

en la creación de nuevas entidades de este tipo se garantice la existencia de condiciones técnicas, administrativas y financieras que les permitan responder en debida forma con sus obligaciones. Por su parte, en las entidades ya autorizadas se adelantará una evaluación y ajuste de los requisitos para su permanencia dentro del sistema, especialmente en lo relacionado con su capacidad operativa, financiera, de gestión y de respuesta adecuada y oportuna a los derechos de sus afiliados y usuarios. Se definirán mecanismos que eviten la desviación de recursos del Sistema.

Las EPS públicas y las entidades adaptadas, deberán cumplir cabalmente con lo establecido en la Ley 100 de 1993, por lo cual deberán entrar en un proceso de reestructuración para adecuarse, o de lo contrario, deberán liquidarse. Los Ministerios de Hacienda y Crédito Público, Trabajo y Seguridad Social, Salud y el Departamento Nacional de Planeación estudiarán la posibilidad de reestructurar la cotización de las Administradoras de Riesgos Profesionales, ARP, de tal forma que se haga más eficiente la utilización de los recursos, para que la totalidad de la prevención y atención de salud, así como el pago de pensiones, generadas en las enfermedades profesionales y riesgos laborales, sean financiados por la ARP. Así mismo, en el conjunto de las relaciones laborales, se promoverá el desarrollo dc los programas de administración de los riesgos profesionales, de la salud ocupacional y de la higiene ambiental. De igual manera, los Ministerios de Hacienda y

Crédito Público y Trabajo y Seguridad Social, y el Departamento Nacional de Planeación con el propósito de aumentarla cobertura de afiliación de la población trabajadora independiente a riesgos profesionales, estudiará la forma de establecer un régimen para afiliar esta población, subsidiando a quienes tienen ingresos inferiores a dos salarios mínimos y con aportes a quienes tienen ingresos superiores. Así mismo, el gobierno nacional evaluará la respuesta dada por las entidades que manejan el seguro obligatorio de accidentes de tránsito, SOAT, en cuanto al cumplimiento de sus obligaciones, con el fin de garantizar que la totalidad de los gastos de salud generados en accidentes de tránsito, sean pagados por este seguro.

El Instituto de Seguros Sociales se fortalecerá institucionalmente. Lo anterior implica el montaje del sistema de información, que le permita administrar adecuadamente los diferentes seguros y la afiliación al sistema general de seguridad social. A nivel institucional podrá conformar un conglomerado o *holding,* de tal manera que cada uno de los seguros administrados tenga autonomía.

La EPS del 188 tendrá autonomía para organizar una red de servicios competitiva tanto en calidad como en precios.

Las ARS deberán agruparse para así garantizar la compensación del riesgo y fortalecer su capacidad financiera, o liquidarse, para lo cual el

gobierno nacional establecerá un periodo de transición y las evaluará. Así mismo se estudiará la posibilidad de realizar giros directos con los recursos del situado fiscal y las participaciones municipales, y las ARS contratarán con las IPS únicamente aquellos servicios que éstas últimas estén en capacidad de prestar.

Las empresas solidarias de salud deberán agruparse para conformar una o algunas ARS-ESS, de tal forma que se garantice la compensación del riesgo y se fortalezca su capacidad financiera. Así mismo, para privilegiar su carácter comunitario, las actuales ESS que tienen afiliado un grupo pequeño de población podrán administrar directamente los recursos para la atención de los servicios de primer nivel, de tal manera que la ARS-ESS de la cual son socias, administren el riesgo y las atenciones de segundo y tercer nivel de los afiliados. El gobierno nacional promoverá y los entes territoriales fortalecerán el componente comunitario y de participación social para que la comunidad organizada ejerza control sobre las aseguradoras y prestadoras de servicios de salud.

El gobierno nacional, en coordinación con las entidades territoriales, las Empresas Promotoras de Salud y las Administradoras del Régimen Subsidiado, diseñará e implementará modelos de atención y prestación de servicios de salud dirigidos especialmente a poblaciones dispersas y

de difícil acceso geográfico, tales como el programa móvil de salud del Valle del Magdalena: Tren de la salud.

7.2.3 Estabilidad financiera y eficiencia en las E.S.E. La totalidad de los hospitales públicos deberán transformarse en empresas sociales del Estado. Las empresas sociales del Estado deberán reestructurar sus plantas de personal, flexibilizar su sistema de contratación, mejorar su gestión, garantizar la solvencia de sus sistemas de referencia y contra referencia y adecuar los servicios que prestan, de tal manera que se garantice su sostenibilidad y sean competitivas. Para esto el gobierno nacional implementará planes de fortalecimiento institucional para la red pública de servicios en salud, cofinanciados por las entidades territoriales y/o los hospitales, con el fin de mejorar la prestación de los servicios de promoción, prevención, protección y recuperación de la salud en forma integral. El Ministerio de Salud y los entes territoriales ofrecerán asistencia técnica, la capacitación y el apoyo financiero necesario mediante créditos, para la adecuación de las plantas de personal requeridas según el nivel de complejidad y las posibilidades de cada región.

7.2.4 Descentralización. El Consejo Nacional de Segundad Social en Salud tendrá la potestad para definir el porcentaje mínimo y las condiciones de la contratación entre las ARS y las IPS públicas.

Con el fin de clarificar las competencias de los distintos niveles territoriales y hacer más eficiente la asignación de los recursos, el gobierno nacional presentará al Congreso de la República un proyecto de ley que modifique la Ley 60. Entre los criterios que se utilizarían para la distribución de recursos entre departamentos, se privilegiaría la población actualmente afiliada al sistema y la población pobre que faltaría por afiliar al régimen subsidiado. Mientras se logra modificar la Ley 60, el gobierno nacional junto a los niveles locales creará un escenario de concertación en donde se encuentren soluciones particulares prácticas que definan claramente las competencias de cada uno de los niveles de gobierno.

El gobierno nacional promoverá el desarrollo de los procesos e instrumentos para fortalecer y consolidar la descentralización.

7.2.5 La salud pública y las acciones de prevención y promoción. En el entendido de que el objetivo principal del sector salud es garantizar la salud pública, se requiere orientar el quehacer del sector hacia la reducción de los factores de riesgo, el fortalecimiento de los factores protectores y la priorización de servicios de atención y rehabilitación que impacten la carga de la enfermedad y minimicen el daño individual y colectivo. Esto se logra mediante el direccionamiento normativo y estratégico de las comunidades, las entidades territoriales, las aseguradoras y las prestadoras. El gobierno nacional, las entidades

territoriales, las EPS y ARS, garantizarán, la financiación de los productos biológicos requeridos para el cumplimiento de las metas determinadas en el Plan Ampliado de Inmunización, con el fin de lograr la cobertura universal en materia de inmunizaciones.

a. El plan de Atención Básica. El Ministerio de Salud acordará con los Ministerios del Medio Ambiente y Educación y con las entidades territoriales, el desarrollo de estrategias integradas de control de enfermedades emergentes y re-emergentes con énfasis en la promoción de la salud, la participación social y el ordenamiento del medio ambiente. Para garantizar un control moderno de los riesgos ambientales para la salud, el gobierno nacional presentará al Congreso de la República un proyecto de Ley que modifique la Ley 9 de 1979.

   De otra parte, el Ministerio de Salud liderará la puesta en marcha de una estrategia integral de promoción de la salud sexual y reproductiva responsable, con énfasis en la población adolescente y con perspectiva de género. Dicha estrategia incluirá la atención del aborto como un problema de salud pública, y la adopción de medidas para prevenirlo y para fortalecer la responsabilidad masculina en la salud sexual y reproductiva. Además, el Ministerio de Salud garantizará la atención integral en salud a la población que se encuentre en situación de desplazamiento forzoso, propiciará los

espacios municipales para la promoción de la convivencia pacífica y orientará al sector en la integración al plan nacional de prevención y atención de la violencia. Adicionalmente, se promoverá la concientización de la sociedad mediante acciones intersectoriales como la publicidad y normatividad, para prevenir el consumo de cigarrillos, alcohol y otras sustancias psicoactívas en niños, niñas y jóvenes. Se concertará con las entidades territoriales la promoción de una cultura de integración social, con igualdad de oportunidades, de la persona con discapacidad. Por último. el Ministerio de Salud coordinará las acciones para que el país disponga de un Sistema de Vigilancia en Salud pública oportuno y confiable y definirá las condiciones mínimas de contratación de las acciones del PAB en la red pública y en la red privada.

b. Plan Obligatorio de Salud. El Ministerio de Salud, en coordinación con las direcciones departamentales de salud, acompañará y vigilará a las empresas promotoras de salud y a las administradoras de régimen subsidiado para que garanticen la disponibilidad, el acceso y el uso de los servicios de protección específica, detección temprana y de atención de las enfermedades de salud pública, y propendan por la extensión prioritaria de estos servicios a la población vulnerable. Así mismo, el gobierno nacional promoverá, en coordinación con las entidades territoriales, una estrategia de

fortalecimiento de la red de servicios para mejorar la calidad y la suficiencia en la prestación de los servicios antes mencionados.

7.2.6 Calidad. Se deberá fortalecer el sistema de garantía de calidad, tanto en los prestadores de servicios de salud, como en las empresas promotoras de salud y en las administradoras del régimen subsidiado, para garantizar el cumplimiento de los requisitos esenciales y la ejecución de planes para su mejoramiento, como mecanismos para incentivar el logro de niveles superiores de calidad. El Ministerio creará un sistema de indicadores de resultados que permita evaluar la calidad en la prestación de los servicios de Salud y lo pondrá en marcha en coordinación con las Empresas Promotoras de Salud y las Administradoras del Régimen Subsidiado. Así mismo reglamentará la acreditación de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

Finalmente, se fortalecerán los programas que buscan el desarrollo gerencial de las secretarias seccionales y locales (municipales) de salud, o de quienes hagan sus veces, como entes modulares y fundamentales dentro del sistema.

7.2.7 Recursos humanos. Se adelantará un proceso de recolección de información confiable que apoye los procesos de planeación, formación e incorporación al mercado laboral de los trabajadores del sector salud. Con los resultados anteriores se propondrá el

mejoramiento de la formación, a nivel superior, de los profesionales de la salud, para lo cual se estudiará, conjuntamente con las asociaciones profesionales, la introducción de un examen al final de la carrera, para poder ejercer como profesionales. Igualmente, se fortalecerán los procesos de mejoramiento y control de calidad de los profesionales de la salud en ejercicio, el cual garantice su actualización e idoneidad profesional.

Se otorgarán becas crédito exclusivamente a los estudiantes con méritos académicos en especialidades requeridas por el país, de acuerdo a la reglamentación establecida por el Ministerio de salud. Así mismo el gobierno nacional divulgará periódicamente la información del mercado laboral (oferta, demanda e ingresos) de profesionales de la salud.

7.2.8 Sistemas de información. El gobierno nacional fortalecerá la consolidación de la información del sistema general de seguridad social en salud, como uno de los objetivos más importantes para lograr su eficiencia. En consecuencia, se establecerá un sistema integral de información confiable y oportuno que permita el seguimiento de las acciones de los gobiernos locales y el flujo de información hacia estos niveles, de tal forma que se les faciliten sus funciones. Así mismo, se promoverá la homologación de los sistemas de información y la integración de las acciones de todos los actores con el fin de lograr el

control y seguimiento, tanto de los usuarios del sistema, como de los aspectos relacionados con la prestación de los servicios y el manejo del conjunto de los recursos e infraestructura del sector. El sistema permitirá detectar problemas de doble afiliación y de afiliación de población no pobre dentro del régimen subsidiado. Para esto, se estudiará la posibilidad de crear, dentro del sistema, una identificación única de lectura electrónica que identifique la situación de afiliado.

7.2.9 Sistema de vigilancia y control. Se hace necesario establecer estrategias para fortalecer la vigilancia y control sobre todos los actores y niveles del sistema. Se estructurará y adecuará la Superintendencia Nacional de Salud para ejercer la vigilancia de los múltiples actores del sistema e integrará las instancias competentes en la vigilancia y el control. Para lo primero, se generarán los mecanismos con el fin de que los vigilados contribuyan al financiamiento de esta función. En los entes territoriales donde sea posible, la Supersalud, exigirá a los entes vigilados contratar auditorias externas. Por su parte, el gobierno nacional definirá y coordinará con las demás instancias competentes las funciones que cada instancia desarrollará, particularmente, se fortalecerán los mecanismos de participación ciudadana en el control integral del sistema general de seguridad social en salud, en especial en los temas de afiliación y garantía en la satisfacción de los derechos de los usuarios.

7.2.10 Investigación ciencia y tecnología en salud. El Ministerio de Salud adelantará acciones de promoción de la investigación científica en salud básica y aplicada, en las áreas de interés para el país, con miras a brindar un proceso continuo de mejoramiento de la calidad científica y ética en la prestación de los servicios de salud, para incidir en la reducción de la morbi-mortalidad de la población en su conjunto.

En el campo de las ciencias de la salud, se incentivará el desarrollo de la investigación básica biomédica, la cual genera conocimiento aplicable a la resolución de los problemas de salud de la población, igualmente se incentivará el desarrollo de conocimiento sobre los problemas de salud mental de la población, con el propósito de lograr una mayor comprensión de sus efectos sobre la debilidad del tejido social y los altos índices de violencia en el país. La investigación en este campo también debe contribuir a la comprensión y solución de los procesos organizacionales y de prestación de servicios de salud, el saneamiento básico y al estudio del aprovechamiento y uso de nuevas tecnologías de diagnóstico y terapéuticas.

De otro lado, el gobierno nacional promoverá procesos de planeación tecnológica, con el fin de fortalecer la racionalización tecnológica y su adecuada distribución geográfica, aplicando principalmente criterios de costo efectividad. Así mismo el gobierno nacional promoverá, en coordinación con las entidades territoriales, las acciones necesarias

para reducir el impacto del cambio de milenio, especialmente en los equipos biomédicos.

El gobierno determinará un porcentaje del producto de los juegos de suerte y azar con destino a la investigación y ciencia en salud.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

- Crear mecanismos legales de verificación y seguimiento al cumplimiento del artículo 193 de la Ley 100 de 1993.

- Buscar o crear mecanismos legales que permitan la consolidación de una identidad comunitaria de los profesionales de la salud, que se convierta en un requisito ineludible el participar en esa entidad; ara así evitar la competencia desleal y ejercer la profesión dentro de unos términos laborales equitativos en igualdad de condiciones.

- Previo estudio, diseñar una tabla que contenga indicadores salariales y condiciones de obligatorio cumplimiento para el otorgamiento de estímulos dentro de un contexto justo y acorde con la realidad.

- Innovar en la apertura de otros campos laborales, para los profesionales de la salud: medicina preventiva, salud ocupacional, educación, investigación, reingenierías, etc.

- Acabar con la intermediación para que los recursos destinados al campo de la salud sean invertidos directamente para su fin.

- Según el doctor González en su libro "Ley 100: cáncer En La Salud", el manejo de la salud se ha ejecutado por profesionales de la salud sin intereses previos.

  Igualmente recomienda a los profesionales de la salud, abstenerse de adscribirse al POS y medicina prepagada que no reconozcan tarifas adecuadas para evitar ser humillados y explotados.

- Traducir las anteriores recomendaciones en proyecto de ley que garantice la realización de cada una de ellas, para que no termine archivadas en los anaqueles de las universidades.

- Dada la importancia del tema analizado, los autores determinarán la necesidad de profundizar y recoger más información proyectando su consolidación en una futura investigación.

BIBLIOGRAFÍA

ASAMBLEA NACIONAL CONSTITUYENTE. Constitución Política de Colombia. Ed. TEMIS 13º edición, Bogotá 1998.

CASAS Botellé, F. Historia ilustrada de la odontología. Ed. Ediciones Doyma. Barcelona Madrid España 1989.

CONGRESO DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA. Ley 100 de 1993. Ed. Momo. Bogotá 2001.

CONGRESO DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA. Ley 60 de 1993. Ed. Unión Bogotá 2001.

CORTES Riaño, Carlos A., Cartilla de Seguridad Social y Pensiones 2001. Ed. LEGIS 8ª Edición, Bogotá 2001.

HERNÁNDEZ Sampieri, R. y Col. Metodología de la Investigación. Ed. Graw Hill, 2ª Edición México 1998.

LÍAN Entralgo, P. Historia de la medicina, Ed. Salvat editores S.A. Mallorca Barcelona Madrid España 1989.

ANEXOS

ANEXO N° 1

ENCUESTA REALIZADA

- El sector salud está actualmente en una transición con graves dificultades. ¿Cómo observa esta situación?

- Existe una razón para defender los subsidios a la demanda y es que el sistema anterior financiado por vía de la oferta condenaba a muerte en la práctica a las personas sin recursos con enfermedades de alto costo y tan sólo mediante mecanismos de aseguramiento era posible garantizar el acceso de la población pobre a este tipo de tratamientos cuyo costo se ha incrementado sensiblemente con el desarrollo de la tecnología médica y la industrialización de sus procesos.

- No es posible pretender la universalidad y la equidad mediante mecanismos de redistribución o distribución secundaria del ingreso, es decir con los aportes de una minoría con capacidad de pago hacia una gran mayoría sin capacidad de pago. ¿Requeriría el país forzosamente una mejor distribución primaria del ingreso para que haya más gente con capacidad de pago y menos gente a la cual se

deba subsidiar, par que pudiera funcionar efectivamente el mecanismo de redistribución secundaria?

- No cabe duda, que es imposible hacer hoy una transformación total de los subsidios de la oferta a los subsidios de demanda, por lo que durante muchos años van a tener que coexistir ambos tipos de subsidios. ¿Cómo hacer para que esos subsidios de oferta sean verdaderamente eficientes mientras tengan que subsistir?

ANEXO Nº 2

GUÍA DE OBSERVACIÓN DOCUMENTAL

NOMBRE DEL DOCUMENTO:

TEMA:

AUTOR:

RESUMEN: