

**CUANTIFICACIÓN DE LA PRODUCTIVIDAD
DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS POR DOCENTES, RESIDENTES E
INTERNOS DEL PROGRAMA DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD
SURCOLOMBIANA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO
HERNANDO MONCALEANO PERDOMO DE NEIVA-HUILA
DURANTE EL MES DE FEBRERO DE 2004**

**JENNY JULIETTE ACEVEDO CAMACHO
GLORIA ISABEL CORREDOR VILLAMIL
DIANA SAMARA RIVERA LOZANO
MARIA EUGENIA RÚA URIBE**

**UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD Y
SEGURIDAD SOCIAL
NEIVA,
2005**

**CUANTIFICACIÓN DE LA PRODUCTIVIDAD
DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS POR DOCENTES, RESIDENTES E
INTERNOS DEL PROGRAMA DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD
SURCOLOMBIANA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO
HERNANDO MONCALEANO PERDOMO DE NEIVA-HUILA
DURANTE EL MES DE FEBRERO DE 2004**

**JENNY JULIETTE ACEVEDO CAMACHO
GLORIA ISABEL CORREDOR VILLAMIL
DIANA SAMARA RIVERA LOZANO
MARIA EUGENIA RÚA URIBE**

**Trabajo de Grado para optar al Título de Especialista en Gerencia de
Servicios de Salud y Seguridad Social**

Asesores:

**Dra. Dolly Castro Betancour
Magíster en salud Pública y Epidemiología**

**Dr. Jaime Polanía
Magíster en Estadística**

**UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD Y
SEGURIDAD SOCIAL
NEIVA,
2005**

Nota de aceptación:

Firma del Presidente del jurado

Firma del jurado

Firma del jurado

Neiva, 13 de septiembre de 2005.

A nuestras familias, por la comprensión y paciencia con la que soportaron las muchas privaciones a las que la sometimos durante el proceso de nuestros estudios, esperamos haya valido la pena. Con muchísimo cariño.

Las Autoras.

AGRADECIMIENTOS

Las autoras expresan su sincero agradecimiento al Dr. Pedro Reyes Gaspar, Coordinador del postgrado en Gerencia de Servicios de Salud y Seguridad Social, por el apoyo permanente y la confianza que nos brindó durante el este trabajo; a la Enfermera Profesional Dolly Castro Betancourt, Enfermera Magíster en Salud Pública y Magíster en Epidemiología, por sus asesoría; al Dr. Jaime Polanía, Magíster en Estadística, por su colaboración y asesoría; a los directivos de la E.S.E Hospital Universitario HERNANDO MONCALEANO PERDOMO por permitirnos el acceso a la información y a todos sus funcionarios por su gran colaboración en la búsqueda de información.

CONTENIDO

	pág
INTRODUCCIÓN	21
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	22
1.1 OBJETIVOS	23
1.1.1 Objetivo general	23
1.1.2 Objetivos específicos	24
1.2 JUSTIFICACIÓN	24
2. MARCOS DE REFERENCIA	26
2.1 MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL	26
2.1.1 Historia de la salud pública en el mundo	26
2.1.1.1 La Revolución Industrial y el comienzo de la Salud Pública	26
2.1.1.2 El desarrollo de los sistemas de salud en los países latinoamericanos	30
2.1.2 Aspectos históricos en la legislación y en las políticas de salud pública en Colombia	31
2.1.2.1 Evolución de la profesión médica y de las políticas de salud pública en Colombia desde Mutis	31
2.1.2.2 Modelo militar como primera institución prestadora de seguridad social	32
2.1.2.3 Seguridad social civil oficial	34
2.1.2.4 Seguridad social en el siglo XX	34
2.1.2.5 Políticas de salud pública en Colombia en la década de 1980	37
2.1.2.6 Síntesis de la normatividad precedente de la ley 100 de 1993	37

2.1.3 Factores determinantes de la reforma a la salud	43
2.1.3.1 Antecedentes generales	43
2.1.3.2 Propuestas específicas de la reforma	45
2.1.4 La reforma a la salud	46
2.1.4.1 Principios políticos y constitucionales de la reforma de la seguridad social en salud	46
2.1.4.2 Características generales de la reforma de la seguridad social en salud	48
2.1.4.3 Resumen de la reforma	53
2.1.5 Modelo para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud	54
2.1.5.1 Campo de aplicación	55
2.1.6 factores que inciden en la calidad de los servicios de salud	59
2.1.6.1 El síndrome de <i>Bornout</i>	59
2.1.6.2 La gerencia estratégica	61
2.1.6.3 La gestión del talento humano	66
2.1.6.4 La productividad	78
2.1.7 Convenio docente-asistencial	83
2.1.8 Antecedentes investigativos	84
2.2 MARCO LEGAL	85
2.3 MARCO CONTEXTUAL	86
2.3.1 Historia y origen del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo	86
2.3.1.1 Programas con los que cuenta	88
2.3.1.2 Tipo de Empresa	88

2.3.1.3 Cultura Organizacional	88
2.3.1.4 Objeto Social	88
2.3.1.5 Objetivos de la Empresa	88
2.3.2 Reseña histórica del Programa de Medicina de la Universidad Surcolombiana	89
2.3.2.1 Cultura Organizacional de la Facultad de Salud	90
2.3.2.2 Programas con los cuenta	92
2.3.2.3 Tipo de Facultad de Medicina	92
3. MÉTODO	93
3.1 DISEÑO	93
3.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN	93
3.3 VARIABLES	93
3.3.1 Operacionalización de variables	93
3.4 ÁREA DE ESTUDIO	94
3.4.1 Universo, población y muestra	95
3.5 INSTRUMENTO	95
3.6 CRITERIOS DE ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	96
3.6.1 Criterios técnicos	96
3.6.2 Criterios éticos	96
3.6.3 Plan de análisis	97
4. ANÁLISIS DE RESULTADOS	98
4.1 CARACTERIZACIÓN Y DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN	98
4.2 PRODUCTIVIDAD EN ÁREA DE CONSULTA EXTERNA	99

4.3 PRODUCTIVIDAD EN ÁREA DE URGENCIAS	102
4.4 PRODUCTIVIDAD EN ÁREA QUIRÚRGICA	107
4.5 CUANTIFICACIÓN ECONÓMICA DEL APORTE DE LA FACULTAD DE MEDICINA A LA E.S.E. HOSPITAL HERNANDO MONCALEANO PERDOMO	109
5. CONCLUSIONES	125
6. PROPUESTA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA PRODUCTIVIDAD	129
BIBLIOGRAFÍA	134

LISTA DE CUADROS

	pág
Cuadro 1. Leyes antecedentes de la Ley 100 de 1993	38
Cuadro 2. Decretos antecedentes de la Ley 100 de 1993	40
Cuadro 3. Síntomas, efectos y superación del síndrome de <i>Burnout</i>	60
Cuadro 4. Correlación de intereses y objetivos según su origen	72
Cuadro 5. Factores específicos de análisis de un cargo	74
Cuadro 6. Operacionalización de variables intervinientes, según categoría e indicador	94
Cuadro 7. Distribución porcentual de participación de las actividades de Consulta Externa realizadas en el Hospital Hernando Moncaleano Perdomo durante el mes de febrero de 2004, según institución y área médica	100
Cuadro 8. Distribución porcentual de la participación en la ejecución de actividades en el servicio de Urgencias del Hospital Hernando Moncaleano Perdomo durante febrero de 2004, según procedimiento y área médica del servicio de urgencias	103
Cuadro 9. Distribución porcentual de la participación en la ejecución de actividades en el Área Quirúrgica del Hospital Hernando Moncaleano Perdomo durante febrero de 2004, según área médica	107
Cuadro 10. Valor económico y titularidad de consultas externas especializadas en la E.S.E. Hospital Hernando Moncaleano Perdomo durante febrero de 2004, según áreas médicas	110
Cuadro 11. Valor económico y titularidad de procedimientos realizados en el servicio de Urgencias en el Hospital Hernando Moncaleano Perdomo, durante febrero de 2004, según procedimiento y área médica del servicio de urgencias	112

Cuadro 12. Presentación general del valor económico y titularidad de procedimientos realizados en el Hospital Hernando Moncaleano Perdomo, durante febrero de 2004, según procedimiento

116

LISTA DE GRÁFICAS

	pág
Gráfica 1. Distribución numérica del personal médico que labora con la USCO y con el Hospital, respectivamente, según la institución para la que trabajan	98
Gráfica 2: Distribución porcentual de participación de las actividades de Consulta Externa realizadas en el Hospital Hernando Moncaleano Perdomo durante el mes de febrero de 2004, según institución y área médica	101
Gráfica 3. Síntesis de distribución porcentual de participación de las actividades de Consulta Externa realizadas en el Hospital Hernando Moncaleano Perdomo durante el mes de febrero de 2004, según institución	101
Gráfica 4. Distribución porcentual de la participación en la ejecución de actividades en el servicio de Urgencias del Hospital Hernando Moncaleano Perdomo durante febrero de 2004, según área médica del servicio de urgencias	106
Gráfica 5. Síntesis de distribución porcentual de la participación en la ejecución de actividades en el servicio de Urgencias del Hospital Hernando Moncaleano Perdomo durante febrero de 2004, según institución	106
Gráfica 6. Distribución porcentual de la participación en la ejecución de actividades en el Área Quirúrgica del Hospital Hernando Moncaleano Perdomo durante febrero de 2004, según área médica	108
Gráfica 7. Síntesis de distribución porcentual de la participación en la ejecución de actividades en el Área Quirúrgica del Hospital Hernando Moncaleano Perdomo durante febrero de 2004, según institución	108

GLOSARIO

ACCESIBILIDAD: es una de las características principales de la Calidad de la Atención en Salud, siendo la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

ACTO JURÍDICO: toda manifestación de una o más voluntades que tenga por finalidad producir efectos jurídicos.

AUDITORIA DE LA CALIDAD: es el mecanismo sistemático y continuo de evaluación del cumplimiento de estándares de calidad complementarios a los que se determinan como básicos en el Sistema Único de Habilitación. Estos procesos de auditoria serán obligatorios para las entidades departamentales, Distritales y municipales de salud, las instituciones prestadoras de servicios de salud, las entidades promotoras de salud, las administradoras de régimen subsidiado, las entidades adaptadas y las empresas de medicina prepagada.

AUDITORIA CLÍNICA: definida como la revisión sistemática y objetiva de la estructura del trabajo profesional y de la atención médica, por razones prácticas se han diferenciado en Indirecta y Directa, en donde la Indirecta consiste en obtener una calificación de la calidad de un evento partiendo de la presunción de lo hallado al observar el cumplimiento general de los criterios administrativos y clínicos.

AUDITORIA EXTERNA: en este tipo de auditoria se presenta un cambio en la relación entre los participantes. El cliente es una organización separada de la del auditado, lo cual, es por supuesto, el motivo por el que es una auditoria externa.

AUDITORIA INTERNA: es uno de los componentes del sistema de control interno, de nivel gerencial o directivo, encargado de medir y evaluar la eficiencia, eficacia y economía de los controles, asesorando a la dirección en la continuidad del proceso administrativo, la reevaluación de los planes establecidos y en la introducción de los correctivos necesarios para el cumplimiento de las metas u objetivos previstos.

AUDITORIA MÉDICA: es la evaluación sistemática de la Atención en Salud enfocada principalmente en su proceso y resultado, que hace parte del Sistema de Garantía de Calidad de las entidades.

AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD IMPLICA: la realización de actividades de evaluación y seguimiento de procesos definidos como prioritarios; y la comparación entre la Calidad

Observada y la Calidad Esperada, la cual debe estar previamente definida mediante guías y normas técnicas , científicas y administrativas.

AUTOCONTROL: es una condición que permite a cualquier individuo controlar el proceso de trabajo al tiempo que lo ejecuta .El trabajador debe: Querer intervenir :debe estar motivado para desempeñar mejor sus tareas .Saber intervenir :ha de tener la formación necesaria no solo para saber hacer su trabajo , sino también para detectar los fallos y corregirlos .Poder intervenir : tiene que estar dotado de la suficiente autonomía y responsabilidad para poder subsanar , por sí mismo , aquellos errores que se produzcan en el trabajo .

CALIDAD: la Calidad integra características adicionales como la idoneidad y competencia profesional, la disponibilidad y suficiencia de recursos , la eficacia, la eficiencia , la integralidad, la continuidad, la atención humanizada y la satisfacción del usuario con la atención recibida.

CALIDAD EN SERVICIOS DE SALUD: es el nivel de desarrollo y operatividad que garantizan el logro de los mayores beneficios para el usuario, con los menores riesgos posibles, en función de lo alcanzable de acuerdo con los recursos disponibles para su nivel de complejidad y con los valores éticos y sociales imperantes.

CAPITACIÓN: repartimiento *Per Capita*, es decir, por cabezas.

CLIENTE: cualquier individuo , familia , grupo y /o comunidad (interno o externo a la organización) que recibe cuidados y tratamientos o servicios de la organización , este termino se homologará con el término de paciente , o cliente externo.

CÓDIGO DE ÉTICA: conjunto de estándares para la construcción y funcionamiento de los principios de la moral aplicados a las acciones humanas.

CONFIDENCIALIDAD: respeto a los derechos del paciente para controlar la distribución y difusión de los datos de su enfermedad .Limitación al acceso, a los datos y la información a los individuos que tengan necesidad, motivo y este autorizado su acceso.

CONTRATO DE CONCESIÓN: son contratos de concesión los que celebran las entidades estatales con el objeto de otorgar a una persona llamada concesionario la prestación, operación, explotación, organización o gestión, total o parcial, de un servicio público, o la construcción, explotación o conservación total o parcial, de una obra o bien destinados al servicio o uso público, así como todas aquellas actividades necesarias para la adecuada prestación o funcionamiento de la obra o servicio por cuenta y riesgo del concesionario y bajo la vigilancia y control de la entidad concedente, a cambio de una remuneración que puede consistir en derechos, tarifas,

tasas, valorización o en la participación que se le otorgue en la explotación del bien, o en una suma periódica, única o porcentual y, en general, en cualquier otra modalidad de contraprestación que las partes acuerden.

CONTROL: conjunto de operaciones encaminadas a verificar y comprobar el funcionamiento, productividad, de algún proceso de acuerdo con unas directrices y planes establecidos.

CONTINUIDAD: es una característica de la calidad de la atención en salud, en la cual los usuarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico.

CONTINUIDAD DE LA AUDITORIA: es un elemento de la Auditoria que debe existir como un proceso continuo de auditoria en los planes y programas de las instituciones.

EFFECTIVIDAD: el grado en que la asistencia médica se presta de forma correcta, según el estado actual del conocimiento, para alcanzar el resultado proyectado o deseado por el paciente.

EFICACIA: el grado en que el resultado proyectado o deseado por el paciente es logrado por la asistencia médica prestada. En la prestación de servicios sanitarios, beneficio o utilidad para el individuo de los servicios preventivos, terapéuticos o diagnósticos que le presten.

EFICIENCIA: indicadores y resultados que miden el nivel de recursos empleados en un proceso para atender los requisitos de los clientes. Relación entre los resultados (resultados de la asistencia) y los recursos utilizados para prestar la asistencia al paciente. La eficiencia es un principio que, de acuerdo con la nueva Carta Constitucional, debe regir el Sistema de Seguridad Social, como una clara alusión a los serios problemas de ineficiencia e ineficacia del sistema de salud. En rigor, la eficiencia no es un principio ni una opción, sino que debe ser un propósito inherente a toda empresa del hombre, de la sociedad o del Estado.

ESTÁNDAR: nivel alcanzable y deseable del desempeño contra el cual puede ser comparado el desempeño actual. Evaluación de la calidad es un valor numérico o rango numérico de variaciones que especifica el nivel aceptable, adecuado u óptimo de calidad.

ESTRUCTURA: es un elemento de la Auditoria que se define como el conjunto de recursos humanos, técnicos, físicos y organizacionales para la prestación del servicio.

EXÁMENES DIAGNÓSTICOS: es la suma del número de pruebas y sus técnicas realizadas en las instituciones prestadoras de servicios de salud, con

el fin de contribuir a la investigación y esclarecimiento de las características y circunstancias del estado de salud de los usuarios y sus patologías (incluye exámenes de laboratorio clínico, patológico, inmunológico, genético, biológico, electrofisiológico, oftalmológico, auditivo, etc.; así como también pruebas imagenológicas invasivas y no invasivas).

EVALUACIÓN DE MEDIO: es un elemento de la auditoria mediante el cual se tienen en cuenta las condiciones del medio donde se presta el servicio (tiempo, modo y lugar).

GRADUALIDAD: la norma constitucional ordena, y la complejidad del problema lo aconseja, que el procedimiento para ampliación de coberturas y beneficios debe ser gradual y progresivo. Pero dicha gradualidad debe estar planeada y la meta no puede tener plazos abiertos que puedan permitir la burla del mandato constitucional.

HISTORIA CLÍNICA ÚNICA: es la historia de los tratamientos ambulatorios archivada en el mismo lugar de la historia clínica de tratamientos intrahospitalarios hechos al paciente y que es de fácil acceso y consecución. También incluye los resultados de los exámenes clínicos, radiológicos y de laboratorio realizados al paciente.

INTEGRIDAD: sólo si se garantiza la integridad de la seguridad social ésta será una realidad, pues la cobertura parcial de los riesgos o contingencias mencionados supone un cierto grado de incertidumbre y por tanto de inseguridad social. La integridad se debe entender como la protección cuando menos de los dos renglones básicos de la seguridad social, el cuidado de la salud y la previsión social, en todos sus niveles, en todas sus fases y en toda su extensión.

INPUTS: los *inputs*, en un sistema de producción, son las necesidades, lo que ese elemento pide para funcionar y que si no lo obtiene a través de otro componente del sistema, entonces es de fuera que va a tener que venir, consumiendo energía y dando un trabajo suplementario.

ISO y CEI: normas internacionales que establecen estándares mínimos de calidad para productos y servicios.

LICITACIÓN PÚBLICA: forma de contratación que utiliza el Estado, por medio del cual se adjudica al mejor postor de acuerdo con un pliego de condiciones que se ofrece al público.

MONITOREO: se refiere a la vigilancia constante y la medición sistemática de un fenómeno, se utiliza para detectar tempranamente cualquier alejamiento del buen manejo o estándar del proceso y su corrección inmediata. Se utilizan

critérios explícitos para temas considerados como importantes, esenciales o básicos, manejados en condiciones específicas.

OBLIGATORIEDAD: más que un principio general de la seguridad social es un mecanismo garante de los principios de universalidad y solidaridad. Implica pues, el deber del ciudadano de afiliarse él y su familia al sistema de seguridad social; además implica el deber de todo empleador de afiliar a sus trabajadores a dicho sistema.

OPORTUNIDAD: dimensión de la actuación referente a la manera en que se presta la asistencia o se realiza una intervención en el paciente en el momento más beneficioso o necesario. Es también una característica de la calidad de la atención en salud, siendo la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta del servicio.

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO: estudio, recuento y frecuencia de factores que inciden en el proceso de salud – enfermedad de una población en estudio. Para el perfil epidemiológico se tienen en cuenta el ingreso económico, posición jerárquica, conducta, calidad de vida, tipo de vivienda y factores genéticos entre otros.

PERSONAL: funcionarios que laboran en o para la organización .Incluye a los profesionales de la salud, a los profesionales de áreas diferentes de la salud y a los demás trabajadores no profesionales de cualquier nivel.

PERTINENCIA: cualidad de lo que exactamente conviene o corresponde al objetivo que se trate. También puede ser entendida como una característica de la calidad de la atención en salud, en la cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, de acuerdo con la evidencia científica, y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales.

PLANEACIÓN: es un elemento de la auditoria que, quiere decir que se debe responder a los interrogantes para qué, cuando, como y cuanto se va a auditar, por lo cual la planeación debe ser programada en un determinado tiempo y con unos recursos previamente definidos en relación con la demanda, y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios

PRINCIPIOS DE LA AUDITORÍA: los principios de la auditoria son: Objetividad: La auditoria de servicios de salud debe realizarse de manera imparcial sobre los hechos sometidos a su análisis. Divulgación: los resultados obtenidos en la auditoria se manejan con la reserva debida.

PROCESO: es un elemento de la auditoria que se define como la secuencia de actividades propias de la interacción entre los profesionales de la salud y los usuarios en el curso de la atención.

PRODUCTIVIDAD: es la relación entre la cantidad de un bien o servicio y la cantidad de factores que han servido para producirlo. La productividad se relaciona con la capacidad de los recursos para producir o no los servicios necesarios.

RÉGIMEN CONTRIBUTIVO: es un conjunto de normas que rigen la vinculación de los individuos y las familias al Sistema General de Seguridad Social en Salud, cuando tal vinculación se hace a través del pago de una cotización, individual y familiar, o un aporte económico previo financiado directamente por el afiliado o en concurrencia entre éste y su empleador (Art.202 - Ley 100 de 1993).

RESULTADO: efecto y consecuencia de la actuación (o no actuación) de una función o proceso. Es un elemento de la auditoria el cual se define como el producto de la atención en salud en términos de recuperación, restauración de una función, supervivencia y satisfacción.

SALUD: plenitud y logro de máximo bienestar físico, mental y emocional del individuo. Para el logro de la salud se deben garantizar no sólo el acceso a los servicios de medicina y/o medicamentos, se requiere también de un clima social favorable en el que se garanticen un entorno natural limpio y saludable, recreación y esparcimiento, acceso a la educación y un clima de paz y tranquilidad.

SALUD PÚBLICA: conjunto de normas y planes estatales tendientes a brindar a la comunidad servicios de salud, tanto preventiva como de tratamiento de enfermedades. En el plano preventivo se caracteriza por la aplicación de planes de prevención de enfermedades contagiosas y de control de epidemias. En el plano de tratamiento de enfermedades se caracteriza por brindar a la comunidad el acceso a la salud a través de centros de salud y hospitales públicos. La Salud Pública también puede ser entendida como disciplina científica que se consolidó en la primera mitad del siglo XIX en los países mas industrializados y urbanizados, incorporó como uno de sus más importantes fundamentos conceptuales la idea de que la acción del Estado debe orientarse al logro de la mayor felicidad posible para los ciudadanos y que en razón de ello debe intervenir para redistribuir equitativamente los beneficios logrados por la acción colaborativa de los miembros de la sociedad.

SEGURIDAD: es una característica de la calidad de la atención en salud, en la cual, el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías, basadas en evidencia científicamente probada, propenden minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.

SEGURIDAD SOCIAL: conjunto de políticas estatales y legislación con la que se regula y orientan las relaciones obrero patronales, las condiciones de trabajo y los derechos y garantías de los trabajadores, con miras a garantizar condiciones de dignidad y mejoramiento de la calidad de vida de los ciudadanos.

SOLIDARIDAD: en la seguridad social se entiende como el concurso de todos a la financiación del sistema de acuerdo con su capacidad económica. La solidaridad se manifestaría entre ricos y pobres, jóvenes y viejos, sanos y enfermos, empleados y desempleados y entre comunidades y regiones de desarrollo desigual.

STAFF: el *Staff* es el resultado de la organización lineal y funcional, en esta organización existen órganos de decisión en la asesoría. Los órganos de línea se caracterizan por la autoridad lineal y el principio escalar, mientras que los órganos staff prestan asesoría a servicios especializados. Este tipo de organización se sustituyó en la organización lineal por la funcional en la que cada operario pasa a reportar, no solo a su jefe superior, sino a varios, pero cada uno en su especialidad. Las características principales de la organización funcional son: 1) Autoridad funcional o dividida: Esta se basa en la especialización, es autoridad de conocimiento y se expande a toda la organización; 2) Línea directa de comunicación: Las comunicaciones son efectuadas directamente sin necesidad de intermediarios; 3) Descentralización de las decisiones: No es la jerarquía sino la especialidad quien promueve las decisiones; 4) Énfasis en la especialización: Cada órgano o cargo contribuye con su especialidad a la organización.

TRIAGE: es un término de origen francés que significa clasificar para definir prioridades; se aplica en la medicina de desastres para establecer el orden en el cual deben ser manejados los pacientes (sea un rescate, estabilización, remisión, tratamiento).

VALIDEZ (DE DATOS): verificación de la corrección de los datos, refleja una situación verdadera. También se refiere a la característica de un instrumento de medir lo que se propone medir.

RESUMEN

La presente investigación parte del reconocimiento de la importancia de la relación docencia-servicio en el sistema de salud, por cuanto se constituye en la relación de la que surge la estructura que mantiene vivo el modelo con el cual se forman nuevas generaciones de profesionales de la salud, al mismo tiempo que los programas académicos de salud pueden contar con una infraestructura en donde sus estudiantes realicen sus prácticas, y las entidades de salud cuentan con el apoyo profesional de docentes y estudiantes. Ante la importancia y actualidad del tema, la presente investigación cuantificó la productividad y eficiencia de la relación docencia-servicio representada en las actividades realizadas por docentes, residentes e internos del programa de medicina de la Universidad Surcolombiana en el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva-Huila durante el mes de febrero de 2004.

La revisión teórica abarca desde la historia y evolución de la salud pública en el mundo y en Colombia, los antecedentes y motivaciones que dieron vida a la Ley 100 de 1993, los factores que inciden en la calidad de la atención en salud y conceptos sobre gerencia estratégica y gestión del recurso humano. También se hizo una revisión del marco legal y del marco contextual, es decir, los antecedentes y evolución del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva y de la Facultad de Salud de la Universidad Surcolombiana.

El diseño metodológico corresponde al de una investigación descriptiva exploratoria en el que la población objeto de estudio fue encuestada en un 100%.

Los resultados se analizan desde la perspectiva de las diferentes áreas médicas ofrecidas por el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva, a saber, el área de consulta externa, el área de urgencias y el área quirúrgica.

Los resultados evidencian la importancia del convenio docente-asistencial y el gran aporte de la Facultad de Salud de la Universidad Surcolombiana al cumplimiento de las funciones, tanto del hospital como de las funciones sociales implícitas a la naturaleza de la profesión médica.

SUMMARY

The starting point of this research is the importance given to the relation teaching-service in the health system since it gives birth to the structure supporting the model which is the basis for the formation of new generations of health professionals. The academic programs of health may have an infrastructure where students can carry out their practices and the health institutions have a professional support of teachers and students. Given the importance and topicality of the matter, the current research quantified the productivity and efficiency of the relation teaching-service represented in activities carried out by teachers, resident and internal doctors of the medicine program of Universidad Surcolombiana at Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo in Neiva - Huila during February, 2004.

The theoretical overview includes the history and evolution of public health in the world and in Colombia, the background and motivations giving rise to Law 100 of 1993, the factors affecting the health care quality and concepts about strategic management and handling of human resource. It was also made a revision of the legal and contextual framework, that is to say, the background and evolution of University Hospital Hernando Moncaleano Perdomo in Neiva and of the Medicine Faculty of Universidad Surcolombiana.

The methodological design is that of a descriptive, exploratory research in which the target population was interviewed by 100%.

The results are analyzed from the perspective of the different medical areas offered by the Hospital: area of external consult, area of urgency and area of surgery.

The results show the importance of the teacher-assistance agreement and the great support of the Health Faculty of Universidad Surcolombiana to accomplish its duties, both those of the Hospital and those social duties as part of the nature of the medical profession.

INTRODUCCIÓN

La salud no siempre ha sido vista en Colombia como una responsabilidad social del Estado. En igual sentido, las investigaciones sobre salud en Colombia no han asumido la salud como un derecho y una obligación social. Siguiendo a Christopher Abel¹, encontramos que la mayor parte de la investigación referente a los servicios de salud en Colombia durante el siglo XX ha estado a cargo de sociólogos y especialistas en salud pública que han tenido enfoques muy concretos: Los antropólogos sociales han investigado temas tales como las prácticas de curación indígenas entre los amerindios y las creencias y actitudes de los emigrantes rurales y urbanos en relación con la enfermedad y su curación. En cuanto a los economistas, éstos han hecho investigaciones sobre tópicos tales como las ramificaciones fiscales de los subsidios institucionales y el impacto de la crisis provocada por la deuda externa y los programas de ajuste sobre el tamaño, distribución y eficacia de los gastos en servicios de salud. Por último, los especialistas en salud pública han sido los pioneros de estudios sobre temas que van desde la extensión de los servicios primarios de salud al campo y a los barrios pobres, hasta las enfermedades producidas por parásitos entre los niños que viven en zonas de agricultura tropical y además los problemas de los ancianos. Si bien estas investigaciones han contribuido al conocimiento, actualmente, ante la nueva era que vive la salud a partir de la Ley 100 de 1993, han surgido nuevos esquemas y nuevas formas de brindar los servicios de salud. Tal es el caso de la relación docencia-servicio², esquema con el que a través de convenios, las universidades con programas de ciencias de la salud cuentan con una infraestructura en donde sus estudiantes realizan sus prácticas y, al mismo tiempo, los hospitales cuentan con un equipo humano que ayuda en la ampliación y mejoramiento de los servicios de salud que se ofrecen.

Nuestro Régimen Constitucional concibe como fines esenciales del Estado, entre otros, el servir a la comunidad y promover la prosperidad general. En este orden de ideas, la eficiencia y buena calidad de los servicios de salud resultan ser obligaciones sociales de primer orden. El tema de la presente investigación tiene que ver con la cuantificación de la productividad de las actividades asistenciales realizadas por los docentes, residentes e internos del programa de medicina de la Facultad de Salud de la Universidad Surcolombiana en la E.S.E. Hospital Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva.

¹ ABEL, Christopher. Ensayos de historia de la salud en Colombia: 1.920 – 1.990. Bogotá: Instituto de Estudios Políticos y Relaciones Internacionales de la Universidad Nacional CEREC, 1996. p. 12.

² El actual Sistema General de Seguridad Social en Salud tiene como fundamento de la Relación Docente Asistencial el Artículo 247 de la Ley 100 de 1993. Véase: BARONA BETANCOURT, Ricardo. Relación docente asistencial. Artículo publicado en {Internet} http://www.medicolegal.com.co/2_2002/relacion.htm

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El desmonte del sistema de seguridad social en salud, vigente hasta la promulgación de la Ley 100 de 1993, condujo a que el subsistema público transitara de la función de proveedor y coordinador de un sistema de servicios de salud al papel de regulador de un mercado de servicios. El supuesto detrás del nuevo papel es que esta última condición permitiría una mayor eficiencia en el uso de recursos y cobertura de la población, al ampliar la oferta existente, integrando sector público y privado alrededor de un sistema común. En hipótesis, esto permitiría ampliar substancialmente la oferta para satisfacer la demanda no satisfecha en el anterior sistema. Es decir, con la Ley 100 y la normatividad posterior se propuso un modelo de cobertura universal, solidario y eficiente que, sobre la base de una infraestructura normativa, institucional (administrativa y asistencial), y económica, garantizara este tipo de desarrollos.

De otra parte, con el establecimiento del control al gasto de los Hospitales se originó una situación que antes no se presentaba y en la cual éstos empezaron a buscar las justificaciones a los elevados costos en la prestación de los servicios de salud, en consecuencia, comienzan a plantear hipótesis tales como que la vinculación de las instituciones de educación superior a las instituciones prestadoras de servicios de salud incrementan los costos de la prestación de los servicios, y por lo tanto, esta relación docencia-servicio entra a ser considerada, no como un aporte económico a los hospitales, sino como una desventaja para dichas instituciones.

Así mismo, el estudio adelantado por la Superintendencia Nacional de Salud en noviembre de 1993 muestra que el Decreto 1210 de 1978, hoy Decreto 0190 de 1996³, en términos de desarrollo de convenios docencia-servicio era deficiente. Este estudio sobre 24 universidades con programas de ciencias de la Salud, demostró que solo el 58 % de las Instituciones tenían convenios.

La relación docencia-servicio en el sistema de salud se constituye en un tema de gran importancia toda vez que de dicha relación surge la estructura que mantiene vivo el modelo con el cual se forman nuevas generaciones de profesionales de la salud y, al mismo tiempo, con ella se coadyuva para que el sistema de salud se consolide como un esquema social en el que los servicios de salud llegan a más

³ La relación docente asistencial es definida en el Artículo 1° del Decreto 0190 de 1996 como el vínculo para articular de forma armónica las acciones de Instituciones Educativas e Instituciones que presten Servicios de Salud para cumplir con su función social a través de la atención de salud de la comunidad y la formación de recurso humano que se encuentre cursando un programa de pregrado en el área de la salud.

personas necesitadas. En efecto, dicha relación le permite a los programas académicos de salud contar con una infraestructura en donde sus estudiantes realicen sus prácticas, entrando en relación directa, no sólo con sus profesores sino también con los usuarios del sistema de salud y en las condiciones de la realidad diaria del sistema de salud. De otra parte, dicha relación también contribuye a que la infraestructura empleada -entendida no sólo como los equipos físicos sino también la infraestructura humana y profesional- cumpla con su función social de llevar mejores servicios de salud a una mayor población necesitada.

Ante la importancia y actualidad del tema, la presente investigación se propone cuantificar la productividad de la relación docencia-servicio de un hospital universitario. En tal sentido, se hará un análisis de las actividades realizadas por docentes, residentes e internos del programa de medicina de la Universidad Surcolombiana en el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva-Huila durante el mes de febrero de 2004.

Para dicho análisis se define la productividad como el número de actividades realizadas por el talento humano de la Facultad de Salud de la Universidad Surcolombiana en el Hospital Hernando Moncaleano Perdomo en un tiempo dado, por ejemplo: número de consultas realizadas por médico en la E.S.E vinculado a la Universidad. De otra parte, para el logro de una mejor organización de la investigación, la cuantificación de los resultados es segmentada según las unidades en las que se da la relación Docencia-Servicio.

De conformidad con el contexto de la problemática ya planteada y con los criterios gerenciales que guían el presente estudio surgen las siguientes preguntas de investigación:

1. ¿Qué porcentaje de las actividades realizadas en el mes de febrero del año 2004 en la E.S.E. Hospital Hernando Moncaleano, fueron ejecutadas con la participación de los docentes, residentes e internos de la Facultad de Salud de la Universidad Surcolombiana?
2. ¿Es una fortaleza económica para el Hospital Hernando Moncaleano contar con la participación de los docentes, residentes e internos de la Universidad Surcolombiana en la prestación de los servicios de salud?
3. ¿Existe en la ESE Hospital Hernando Moncaleano una política en el campo de la gestión del talento humano, para el éxito de la función productiva, definida como la función central de las organizaciones que producen bienes y servicios para la sociedad?

Para resolver los anteriores interrogantes se plantearon los siguientes objetivos:

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo general. Cuantificar la productividad de las actividades asistenciales realizadas durante el mes de Febrero de 2004 por los docentes, residentes e internos del programa de medicina de la Facultad de Salud de la Universidad Surcolombiana en la E.S.E. Hospital Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva, para construir un referente que permita evaluar y analizar, hasta qué punto la participación de la USCO contribuye a mejorar los procesos de producción y venta de servicios de salud en la E.S.E. Hospital Hernando Moncaleano Perdomo.

1.1.2 Objetivos específicos.

- Clasificar la población objeto de estudio.
- Establecer el tipo de vinculación laboral que tienen los médicos del Hospital Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva con la Universidad Surcolombiana.
- Cuantificar el tipo de actividades asistenciales realizadas por los docentes, residentes e internos del programa de medicina en los diferentes servicios.
- Determinar el porcentaje de participación de los internos, residentes o docentes del programa de medicina de la Universidad Surcolombiana, en el desarrollo de todas de las actividades asistenciales que ofrece la E.S.E. Hospital Hernando Moncaleano de Neiva.
- Cuantificar el aporte económico de las actividades y/o procedimientos realizados por los docentes, residentes e internos de la Facultad de Salud de la Universidad Surcolombiana, en la E.S.E. Hospital Hernando Moncaleano Perdomo, en el mes de febrero del 2004.
- Sugerir recomendaciones tendientes a beneficiar, tanto a la Universidad Surcolombiana como a la E.S.E. Hospital Hernando Moncaleano Perdomo en la optimización, tanto de la gestión del talento humano como del manejo de los recursos económicos.

1.2 JUSTIFICACIÓN

La realidad de varios países comprometidos con el Sistema General de Seguridad Social, entre ellos Colombia, ha llevado a replantear los programas educativos de las facultades de salud, especialmente el de medicina, ya que deben formar un médico acorde con las realidades del momento, capaz de actuar de manera eficiente dentro del marco de un ejercicio integral ajustado a las modernas tendencias mundiales.

Así mismo, el vacío reglamentario que existe respecto de la estructura, comportamiento, evaluación y financiamiento de los Hospitales Docentes, hacen necesario que los vínculos docencia-asistencia se fortalezcan con planes de mejoramiento que permitan visualizar desde el primer momento la complejidad

creciente del proceso de enseñanza-aprendizaje, donde se ponga en evidencia la capacidad real que tienen las instituciones para cumplir con los compromisos, tales como el de brindar una completa preparación al aspirante a médico, especialista, contar con un muy bien calificado talento humano para la docencia y tener un excelente control de la cifra ideal de pacientes en las diferentes actividades asistenciales que realice la institución.

Así las cosas, la presente investigación se justifica desde tres perspectivas, a saber, desde la perspectiva académica, desde la perspectiva del sistema de salud y desde la perspectiva social.

Desde la perspectiva académica, la investigación aporta claridad sobre los criterios gerenciales idóneos que deben regir la administración de los servicios de salud de instituciones que, como el Hospital Hernando Moncaleano Perdomo, ofrecen servicios de salud con los que al mismo tiempo forman profesionales de la salud.

Desde la perspectiva del sistema de salud la investigación aporta en el análisis y entendimiento de la relación docencia-servicio con la que, a través de convenios, las universidades con programas de ciencias de la salud cuentan con una infraestructura en donde sus estudiantes realizan sus prácticas y, al mismo tiempo, los hospitales cuentan con un equipo humano que ayuda en la ampliación y mejoramiento de los servicios de salud que se ofrecen.

Por último, desde la perspectiva social, la presente investigación resalta la importancia de la relación docencia-servicio, toda vez que con ella se forman nuevas generaciones de profesionales de la salud, que al formarse y realizar sus prácticas bajo dicho esquema de relación, ello les permite vivenciar y dimensionar la función social de sus profesiones.

2. MARCOS DE REFERENCIA

2.1 MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

2.1.1 Historia de la salud pública en el mundo.

2.1.1.1 La Revolución Industrial y el comienzo de la Salud Pública. Siguiendo al Dr. Álvaro Cardona, se aprecia que “Desde que todavía era muy temprano en el siglo XIX, los países europeos en donde era más dinámico el proceso de industrialización tuvieron que enfrentar la discusión acerca de los problemas sociales que aquel proceso estaba generando en los grandes centros urbanos”⁴.

Los mayores problemas surgidos con la revolución industrial eran el insuficiente suministro de agua potable, las jornadas laborales extenuantes a que eran sometidos los trabajadores, incluidos mujeres y niños y, en especial, el hacinamiento en los sitios de vivienda de los obreros industriales y las antihigiénicas condiciones de las barriadas obreras. Como consecuencia de estos y otros factores relacionados, las condiciones de salud de esta población eran muy precarias.

Para entonces se realizaron estudios sobre tales problemas sociales y se crearon comisiones encargadas por los gobiernos de esos países. En el caso de Gran Bretaña y Francia dichas comisiones concluyeron y propusieron nuevos enfoques para el manejo de los factores que se consideraban determinantes de los problemas de salud de la población trabajadora.

Es así como en Gran Bretaña se cuestionó el sistema administrativo que desde principios del siglo XVII se había creado, el cual consideraba que la pobreza era una cuestión de responsabilidad netamente individual. Resulta paradójico que en plena revolución industrial se empiece a abrir espacio un nuevo enfoque

⁴ CARDONA, Álvaro. El Estado en la historia de la salud pública. Ponencia ante el Congreso Internacional Salud para Todos. Desarrollo de políticas en Salud Pública para el Siglo XXI. Medellín, Diciembre de 1999. Artículo publicado en {Internet} <http://www.saludcolombia.com/actual/salud45/colabora.htm>

administrativo que, en contraste, asumía, que la pobreza es un producto social y que por tal razón compete al Estado encontrar soluciones a ella.

El debate suscitado propugnaba por un nuevo sistema administrativo para el abordaje de los problemas sociales en que el Estado central tuviera una decisiva participación a fin de garantizarle eficacia y eficiencia al destino de los recursos destinados a tal fin. El resultado final se consolidó con la aprobación de una serie de leyes que dio estructura a lo que se conoce como la "Revolución administrativa Victoriana", en la que el Estado central asumía la responsabilidad por la formulación de políticas y la administración de las acciones en todo el territorio del reino que de ellas se derivaran.

“Algunas de estas leyes, en las que evidentemente el Estado asumía un protagonismo de primera línea, fueron la conocida como "Nueva Ley de Pobres" de 1834 y la "Ley de Salud Pública" de 1848, que puede considerarse como la primera ley estructurada de salud pública en los estados occidentales modernos y que fue la conclusión triunfante de las ideas propuestas por el movimiento sanitarista de aquel país. Se había logrado que los problemas de salud de la comunidad se vincularan con los grandes problemas sociales desencadenados por la revolución industrial. Como resultado de esta Ley de Salud Pública, se introdujeron decisiones como las siguientes:

- Designación de un organismo del orden nacional que orientara las políticas sanitarias en todo el país.
- Asignación de poderes especiales a las autoridades locales para que hicieran cumplir las disposiciones sanitarias.
- Nombramiento de funcionarios médicos con remuneración a cargo del Estado para que cumplieran tareas fundamentalmente preventivas y de mejoramiento sanitario”⁵.

“[...] en estos contenidos, y en su filosofía subyacente, pueden encontrarse los lineamientos fundamentales constitutivos de lo que modernamente se ha llamado Salud Pública. Principalmente debe resaltarse que allí está presente el enunciado del vínculo de la salud con el bienestar y la justicia social que hasta hoy mantenemos como la base teórica con la que esta disciplina debe asumir el manejo de los complejos y numerosos problemas de salud de la sociedad, así como la idea conductora de que al Estado le corresponde cumplir la función de garantizar la máxima felicidad posible a sus ciudadanos y que es sólo en virtud del cumplimiento de esta responsabilidad que el Estado construye su legitimidad”⁶.

⁵ Ibid.

⁶ Ibid.

“La interpretación de las razones de esta revolución administrativa es muy amplia, pero varios autores sostienen, seguramente no sin razón, que ellas estuvieron soportadas fuertemente en un consciente ánimo de contraponer un antídoto al movimiento revolucionario de los trabajadores de la época, y se ha postulado incluso que en estos cambios administrativos del periodo victoriano están los orígenes del Estado de Bienestar Británico”⁷.

“Como quiera que haya sido, según el profesor Christopher Hamlin esta ley británica resumió la tradición francesa de estudios estadísticos médicos así como la experiencia de la policía médica alemana y sirvió de modelo para el diseño de sistemas públicos de provisión de salud en todos los países del mundo que afrontaban la industrialización y la urbanización durante el siglo XIX. Y cabe decir además que ha servido de modelo teórico para la organización de los sistemas sanitarios de la mayoría de los países del mundo actual”⁸.

Francia no fue ajena a los problemas que surgían con la industrialización y urbanización de principios del siglo XIX y también padecieron problemas semejantes a los que ocuparon la atención del movimiento sanitarista de Gran Bretaña. En Francia se realizaron estudios sobre las condiciones de vida de los trabajadores de los centros urbanos, cuyos resultados postularon la necesidad de un cambio administrativo para el manejo de esos problemas, en el que el Estado se involucrara con una fuerte participación.

“Al respecto se ha destacado la importancia que tuvieron el "Comité de salud de París" y los "Comités de Salud" provinciales, que en los años 30 habían llegado a constituirse en los organismos administrativos en que se plasmaban los conceptos teóricos desarrollados por los líderes del movimiento sanitarista francés. Subyacía en ellos la idea de la importancia de una estructura nacional centralizada a través de la cual el Estado ejerciera su responsabilidad de garantizar el derecho a la salud de todos los ciudadanos”⁹.

Puede considerarse como la primera pieza de legislación laboral en la historia de Francia una ley que en 1841 entró a regular el trabajo de los niños en las fábricas. Posteriormente, en Agosto de 1848 se constituyó un comité asesor de Salud Pública adscrito al Ministerio de Agricultura y Comercio y en Diciembre de ese mismo año se creó mediante Ley una red de consejos locales de salud pública.

Por su parte, en Alemania se empezaba a concebir la salud de los ciudadanos como problema de responsabilidad social; de esta manera se fundamentó la necesidad de que el Estado participara activamente en la protección de la salud de la población, prestando asistencia a los ciudadanos que lo requirieran y

⁷ Ibid.

⁸ Ibid.

⁹ Ibid.

asumiendo el derecho de interferir la libertad individual cuando se requiriera para proteger la salud colectiva. Una vez se consolidó la unificación de los estados germanos independientes en un solo imperio, después de la guerra franco-prusiana de 1871, se estableció una estructura estatal sólida que permitió atender los problemas de salud de la sociedad de aquel entonces. “[...] en 1873 [...] se estableció la "Oficina de Salud del Reich", que comenzó a funcionar en 1876 y que según George Rosen fue el comienzo de una organización unificada de salud pública para Alemania considerada como un todo”¹⁰.

La creación de este esquema de seguridad social hizo parte del conjunto de estructuras estatales que Bismarck crearía para dar forma a un estado que desde entonces se proyectaría como la gran potencia política e industrial de Europa. En España el movimiento sanitarista no tuvo la fuerza con que se propagó por los países más industrializados de Europa en la primera mitad del siglo XIX, no obstante, la influencia de sus postulados puede verse reflejada en las siguientes decisiones: Creación del Consejo de Sanidad del Reino en 1840, la creación de las Juntas de Sanidad Provincial y de la Comisión de Salubridad en 1849, la promulgación de una Ley de Beneficencia en 1849 y la promulgación de la Ley de Sanidad en 1855, las cuales significaron desde entonces la aceptación de la idea de que la instrucción pública y la asistencia social son susceptibles de acción estatal.

La experiencia de la Salud Pública en los países socialistas desde el triunfo de la revolución bolchevique en Rusia ha estado articulada a los principios doctrinales de planificación centralizada por parte del Estado y se constituyó en un modelo que sin duda ha influido mucho sobre el desarrollo conceptual de la disciplina. Su valoración seguramente será posible hacerla de mejor manera cuando haya pasado la avalancha ensordecedora del triunfalismo capitalista con motivo de los cambios políticos ocurridos en los países de Europa del Este.

Otro de los hechos más destacados en la historia de la Salud Pública ha sido reconocido en la creación de los seguros de enfermedad, riesgos profesionales y vejez en los años 1883, 1884 y 1889 respectivamente en el ya unificado Imperio Alemán bajo la conducción del Canciller Otto Von Bismarck. Este esquema de seguros, que sirvió de modelo para la creación de sistemas de seguros sociales en la gran mayoría de los países del mundo hasta hace pocos años, significó la convalidación del argumento de la necesidad de que los Estados nacionales estructuraran esquemas de bienestar social para la población que contribuyeran a consolidar la unidad nacional y la legitimidad del Estado. D.G. Williamson conceptúa que "Aunque Bismarck estuvo lejos de ser ciego ante la necesidad de acrecentar la justicia social, el principal propósito de su programa de bienestar fue

¹⁰ *Ibíd.*

evitar la revolución a través de una oportuna reforma social que reconciliara a la clase trabajadora con la autoridad del Estado"¹¹.

El influjo de la creación bismarckiana en Gran Bretaña se vería reflejado con la aprobación en 1911 de la "National Insurance Act" y en Estados Unidos con la aprobación de la "Social Security Act" en 1935, bajo el gobierno de Franklin Delano Roosevelt.

Pasando ahora al siglo XX, se encuentra que la participación de los ciudadanos británicos en la segunda guerra mundial estuvo fuertemente estimulada por la promesa de que luego de la victoria el gobierno se empeñaría en la tarea de garantizar altos niveles de bienestar al conjunto de la sociedad. Estas expectativas comenzarían a ser satisfechas con la decisión del gobierno laborista surgida de las elecciones de 1945, presidido por el primer ministro Clement Attlee, de someter a consideración del parlamento la creación del "Servicio Nacional de Salud", institución que fue aprobada en 1946 e iniciaría su funcionamiento el 5 de Julio de 1948.

Este "Servicio Nacional de Salud" se constituyó sobre la base de las conclusiones producidas en 1942 por una comisión encargada en 1941 por el gobierno de Winston Churchill para que estudiara los esquemas de seguridad social y servicios complementarios existentes en el país e hiciera recomendaciones. Las conclusiones de esta comisión presidida por William Beveridge incluían la aseveración de que los servicios de seguridad social eran dirigidos por una multiplicidad de organismos sin conexión entre ellos y trabajando con base en diferentes principios, que encarecían los servicios y traslucían serias deficiencias que debían remediarse. Entre las recomendaciones, se derivó lógicamente la de unificar las responsabilidades administrativas, que luego quedaría plasmada en la estructura de responsabilidad financiera centralizada y prestación de servicios regionalizados que adoptó el "Servicio Nacional de Salud" aprobado en 1946.

2.1.1.2 El desarrollo de los sistemas de salud en los países latinoamericanos. Se ha reconocido que los progresos importantes en las condiciones de salud de los países latinoamericanos sólo se dieron a partir de la definición de políticas de salud de alcance general lideradas por los gobiernos centrales.

Esta participación de los gobiernos centrales, no obstante, fue bastante tardía en comparación con los países europeos. Las primeras organizaciones estatales para la acción sanitaria con alcance nacional surgieron entre finales del siglo XIX y comienzos del Siglo XX. Sólo hasta la década de los años 20 del siglo pasado se inició la conformación de sistemas de seguros sociales siguiendo el modelo bismarckiano, pero con la característica general de existencia de multiplicidad de

¹¹ Ibid.

instituciones y sistemas relativamente independientes que atendían riesgos de salud a grupos sociales con fuerte influencia política, pero sin que hubiera políticas coherentes orientadas a la protección de toda la población. Así, se registra que el primer sistema de seguros sociales instituido en América Latina fue el de Chile en 1924, que consistió en un seguro de enfermedad-maternidad, invalidez y vejez para los obreros, pero que en 1952 se transformaría en un sistema nacional de seguridad social con financiación fiscal y cobertura para todos los trabajadores urbanos y rurales y sus familias.

Durante las décadas siguientes, la característica de la participación estatal en las políticas de salud estuvo principalmente constituida por la expansión de los seguros sociales clásicos, orientados a la protección de los trabajadores asalariados urbanos, complementada con el impulso de campañas sanitarias específicas relacionadas con los requerimientos del modelo de economía orientada a la exportación. La séptima Conferencia Sanitaria Panamericana realizada en La Habana (Cuba) en 1924 estuvo claramente orientada a promover el saneamiento y el control de las enfermedades contagiosas a fin de facilitar el comercio internacional.

Fue sólo hasta la década de los años 60 que el Estado asumió francamente, y de manera generalizada en los países latinoamericanos, la conducción de la organización sanitaria. La circunstancia histórica que dio lugar a esta generalización de la participación estatal fue la reacción continental frente al triunfo de la revolución cubana, liderada por el gobierno de los Estados Unidos a través de la llamada "Alianza para el Progreso". Fue en ese contexto que los gobiernos de la subregión acordaron en el año 1961, en Punta del Este (Uruguay), la conformación de "Sistemas Nacionales de Salud" que propendieran por el mejoramiento de las condiciones de salud de toda la población como una estrategia de desarrollo que concomitantemente desestimulara el fervor revolucionario que había desencadenado el proceso insurgente cubano.

2.1.2 Aspectos históricos en la legislación y en las políticas de salud pública en Colombia.

2.1.2.1 Evolución de la profesión médica y de las políticas de salud pública en Colombia desde Mutis.

“Colombia disfrutó de una módica pero significativa tradición en la educación médica, en la investigación científica y en las innovaciones de los servicios de salud. Varias generaciones de médicos crearon un mito heroico alrededor del principal protagonista del cambio científico, José Celestino Mutis, quien llegó al país como miembro de la Expedición Botánica enviada a la Nueva Granada por Carlos III con el fin de identificar, clasificar e investigar las propiedades de las plantas medicinales”¹².

¹² ABEL, Christopher. Op. Cit. p. 24.

“Mutis y su equipo crearon una Facultad de Ciencias Naturales *de facto* en la cual se entrenaron muchos criollos. A Mutis se le veneró y todavía se le venera como el fundador de la ciencia moderna y de la medicina en Colombia, además se le admira como símbolo de espíritu público combinado con una decidida renuncia a los mitos de los ortodoxistas estériles, y se le menciona como punto de referencia para los aspirantes a la profesión médica”¹³.

“Durante el siglo posterior a Mutis la investigación científica, la educación médica y la política de salud pública estuvieron sujetas a ciclos de progreso y retraso que se asociaban con los disturbios y las guerras civiles, así como con incertidumbres de financiación antes de que se afianzara en su importancia el sector de exportación del café. Las circunstancias no eran favorables para la investigación científica: Los recursos materiales (hospitales, equipo, etc.) estaban destruidos y el personal técnico (practicantes, profesores, estudiantes) estaba disperso”¹⁴.

Era reducido el número de médicos que trataban de mantener las tradiciones investigativas de Mutis, mejorar la profesión y la competencia profesional y llevar a Colombia al inicio de una moderna ciencia médica y hacer que algunos servicios médicos informales llegaran hasta los menesterosos, como lo cita Abel,¹⁵ se recuerdan en la literatura profesional como titanes de la lucha heroica contra la ignorancia y el caos y como *médicos – apóstoles y prototipos de caridad*.

“En las primeras décadas del siglo XIX se observó alguna innovación institucional de la educación médica. La fundación de la Escuela Médica en Bogotá por Isla y Gil de Tejada en 1810 y de la Academia de Medicina en 1817 constituyeron hitos importantes. Les siguieron las decisiones de Santander para abrir la Universidad Nacional en 1826 y la Facultad de Medicina en 1827. Se publicó entonces una adaptación de un texto de higiene francés en 1828. A mediados del siglo una nueva ola de reforma liberal le dio impulso adicional a la educación médica. El plan de estudios de 1868 reflejaba un intento claro de colocar la educación médica colombiana dentro de la vanguardia de la práctica europea adaptándola al mismo tiempo a las necesidades colombianas e incorporando rasgos nacionales específicos al currículo [...]”¹⁶.

“Sólo en las últimas dos décadas del siglo XIX y especialmente entre 1902 y 1930 adquirió una forma permanente y una importancia irreversibles la prestación de servicios médicos en Colombia. Las primeras décadas del siglo XX constituyeron el periodo formativo de la élite de médicos, un incipiente grupo técnico con conocimientos especializados que se dedicó a realizar un cambio gradual y ordenado mediante un consenso de élite dentro del tejido del orden civil

¹³ Ibid. p.24.

¹⁴ Ibid. p. 26

¹⁵ Ibid., p. 26.

¹⁶ Ibid., p. 28.

existente...El prestigio de la élite médica se debía principalmente a su insistencia sobre el estatus profesional”¹⁷.

2.1.2.2 Modelo militar como primera institución prestadora de seguridad social. El Libertador tal vez fue quien primero habló de Seguridad Social en su discurso de Angostura, de febrero de 1819 al decir: "el sistema de gobierno más perfecto es el que comparta mayor cantidad de bienestar, de seguridad social y de estabilidad política" siendo un ejemplo de seguridad de índole militar y policial, única concebible en su tiempo.

Se inició con los Montepios militares: Organizaciones castrenses del gobierno español, se implantaron también en la América: en Colombia, proclamada la independencia. Tales instituciones continuaron vigentes hasta el año 1827 en que fueron suprimidas las contribuciones de los militares para su funcionamiento. Años más tarde, mediante Ley 9 de 1843 se restableció a pedido de muchos militares, dado el desamparo de las familias de quienes fallecieron en la guerra de la independencia y posteriormente en las campañas libertadoras.

Tal ley establece un fondo con los descuentos de los sueldos y pensiones de los generales, jefes y oficiales del ejército permanente y de la marina, los bienes de cualquier individuo del ejército o la marina que falleciere sin dejar herederos, con las donaciones voluntarias, capitales impuestos a censo y fundaciones piadosas que se hagan en favor del montepío. Establece asignaciones o prestaciones económicas a favor de las viudas de los militares fallecidos en servicio, además establece un sistema de pruebas de los derechos y la dirección administrativa de la institución, sistema de recaudos, inversiones, contabilidad, junta directiva y prohibiciones especiales, descuento de la quinta parte del sueldo de los militares cuando entren a desempeñar cargos diplomáticos.

La Ley del 30 de abril de 1855 suprime la institución del Montepío Militar, la Ley del 7 de diciembre de 1890 crea nuevamente el Montepío Militar. Sus bases son las mismas de las leyes anteriores, con cierta modificación en cuanto se refiere a sus fondos, asignaciones y pensiones para viudas y huérfanos de militares fallecidos en servicio activo con una escala diferencial con relación a los grados militares.

Existe sí un aspecto importante en su esencia y es que lo transforma en caja de ahorros con un interés del 6% anual. La Ley 120 de 1892 reforma la anterior en cuestiones administrativas y en la facultad que le concede al gobierno para revisar en cualquier tiempo las asignaciones o pensiones por no estar sujetas a la ley, por mala conducta, por haber contraído matrimonio la viuda o no educar a los hijos.

¹⁷ Ibid., p. 30.

La Ley 153 de 1896 (5 de diciembre) da una nueva reglamentación en lo relativo a los fondos, aumento de asignaciones o pensiones, además define la naturaleza del Montepío como una institución de carácter público nacional cuyo representante legal es el presidente de la junta directiva. En ésta forma finaliza esta experiencia en la organización de un Montepío Militar en nuestro país, que, pese a ser una institución clasista, denota la preocupación de los gobernantes por establecer un régimen de protección a favor de las viudas y de los huérfanos de los militares fallecidos en servicio activo y que por no reunir los requisitos de las leyes especiales, no tenían derecho a recibir otros beneficios.

El gobierno quiso unificar el sistema de protección integral de los militares y sus familias en una sola institución. Para ello contrató una misión suiza que después de largos y pormenorizados estudios, estructuró las bases de la Caja de Sueldos de Retiro de las Fuerzas Militares, creada mediante el artículo 8º de la Ley 75 de 1925, ésta caja debe conceder sueldos de retiro a los militares que llenen los requisitos básicos establecidos en la misma Ley.

Paralelamente a ésta se ha organizado la Caja de Sueldos de Retiro de la Policía Nacional, con el fin de atender las prestaciones de éste personal. Finalmente, dentro de éste proceso, la Ley 32 de 1961 crea la Caja de Auxilios y Prestaciones de la Asociación Colombiana de Aviadores Civiles.

En todas estas disposiciones legales se aprecia un deseo permanente del Estado de acertar, de dar protección a un núcleo especial de servidores públicos sin plan ni método, sin una organización administrativa seria y sin cálculos sobre el monto de las obligaciones que pesan sobre las instituciones creadas: aún las más recientemente fundadas adolecen de estudios y de proyecciones en el tiempo.

2.1.2.3 Seguridad social civil oficial. La Ley 29 de 1905 propone un régimen de pensiones a favor de los magistrados principales de la Corte Suprema de Justicia, mayores de sesenta años, con derecho como pensión de jubilación a la mitad del sueldo del último empleo que hubieren ejercido.

La Ley 29 de 1912 consagra pensiones a favor de las viudas de los ciudadanos que hayan desempeñado la Presidencia de la República y en su defecto a las hijas solteras. La Ley 80 de 1916 sobre pensiones y recompensas establece límites máximos a tales beneficios y la intrasmisibilidad y acumulación de las pensiones.

La Ley 40 de 1922 establece pensiones a favor de los militares, clases o individuos de tropa que comprueben haber contraído la enfermedad de lepra durante su servicio en el ejército, la cual se hace extensiva a los médicos y empleados sanos que en los lazaretos se contagien de lepra.

La Ley 86 de 1923 consagra que todo empleado público nacional tendrá derecho a la mitad del sueldo que devengue mensualmente, hasta por seis meses, cuando por consecuencia de enfermedad contraída en el servicio o agravada por causa de éste, se halle imposibilitado para prestarlo.

La Ley 102 de 1927, en el parágrafo del artículo 6º consagra pensiones a favor de las viudas de los magistrados de la Corte Suprema y de los tribunales superiores que hubieren servido por más de veinte (20) años en el ramo judicial

2.1.2.4 Seguridad social en el siglo XX. Como ya se ha dicho, la seguridad social en Colombia tuvo sus orígenes entre el estamento militar.¹⁸ “[...] En 1827 Bolívar fundó la institución de los Montepíos Militares, financiada con fondos provenientes de donaciones cuyo fin era proteger a las viudas y huérfanos de los soldados”¹⁹.

La seguridad social en el siglo XX comienza con la iniciativa de Rafael Uribe. “[...] en 1904, [el caudillo liberal Rafael Uribe] recalcaba la necesidad de una legislación laboral y de seguridad social, con énfasis en los desamparados a causa de las guerras civiles. Sin embargo, a pesar de la presión ejercida por la Organización Internacional del Trabajo para que se adoptaran las normas internacionales del trabajo en áreas como la protección de la vida y la salud de los trabajadores y la prevención de los riesgos laborales, Colombia estuvo rezagada en relación con los demás países de América Latina en cuanto a disposiciones sobre seguridad social [...]”²⁰.

Entre 1926 y 1930 se presentaron tres proyectos legislativos. Con el primero se propuso crear una caja de seguros de trabajo que amparara lo referente a la maternidad y a los riesgos de invalidez, vejez, enfermedad y muerte de todos los trabajadores asalariados. El segundo proyecto se proponía implementar un sistema de beneficios monetarios para los trabajadores incapacitados. Por último, el tercer proyecto legislativo se proponía revivir las principales características del primer proyecto. Los tres proyectos fueron archivados.

Con el mismo fin se presentaron proyectos similares entre 1935 y 1941 y sólo uno de ellos se convirtió en Ley, no obstante, nunca entró en vigencia y fue suspendido por una Ley posterior. De los proyectos legislativos de 1932, sólo surgió un modesto grupo de disposiciones que fueron financiadas completamente por los empresarios. El cubrimiento sólo se extendía a una proporción bastante pequeña de la población trabajadora, y los que estaban amparados pertenecían a una población de ingreso medio, principalmente empleados del sector público. Para esta minoría las disposiciones fueron amplias, y abarcaban las

¹⁸ Ibid., p. 114.

¹⁹ Ibid., p. 114.

²⁰ Ibid., p. 114.

contingencias particulares y los aspectos más generales, entre ellos el pago de cesantías y vacaciones, y también las prestaciones de vejez, enfermedad ocupacional y accidentes.

Entre 1944 a 1945 existieron algunas tendencias para ampliar el sistema de protección social, imponer responsabilidades amplias a los empleados y generar un sistema de contribuciones. Fruto de este esfuerzo se consolidó en la Ley 90 de 1946, con la cual se creó en Colombia el Instituto Colombiano de Seguros Sociales (ICSS), complementado con la Caja Nacional de Previsión para los empleados oficiales.

Se pretendía que el ICSS administrara un ambicioso programa que combinaba la salud, la maternidad, las incapacidades, los accidentes de trabajo, las enfermedades ocupacionales y la jubilación, pero que excluía el seguro de desempleo y el auxilio para los grupos de bajos ingresos. Muchas de las funciones anteriormente asumidas por los servicios de bienestar de las compañías, las beneficencias y las asignaciones presupuestales *ad hoc* para bienestar, fueron gradualmente asumidas por el ICSS, el cual fue creado como organismo semi-oficial que se proponía funcionar sin presiones políticas, en cuya administración habría representantes del gobierno nacional, las profesiones médicas y los empresarios y trabajadores afiliados. El objetivo fue el de establecer, con la asesoría del Brasil, un programa audaz, que no obstante se pusiera en funcionamiento en forma gradual, el cual finalmente se cristalizó en el Instituto después de cuatro años de preparación.

Los primeros servicios del ICSS estaban limitados a unos 50.000 trabajadores en Bogotá y sus alrededores, y eran financiados con un impuesto equivalente al 8% sobre la nómina, de los cuales el empleador pagaba el 4%, el empleado el 2% y el Gobierno el 2%. Hacia junio de 1950 estaban amparados 90.000 trabajadores.

Desde sus inicios el ICSS afrontó graves problemas. Se presentó resistencia por parte de algunos médicos, quienes viendo amenazada su subsistencia y su independencia, expresaban la preocupación de que, como empleados del Estado con un horario y remuneración corrientes, no podían definir sus propios trabajos, se les impedía la libertad para fijar sus honorarios y estaban sujetos a las decisiones administrativas que impedían su independencia clínica.

En cuanto a los problemas financieros, el más grave era el incumplimiento por parte del Estado para pagar las contribuciones fijadas por la Ley 90 y también la demora en los pagos por parte de las empresas y trabajadores afiliados. Para aumentar los beneficios médicos se requerían instalaciones hospitalarias controladas por el ICSS; para el efecto se calculó que el costo de los nuevos hospitales sería sufragado utilizando una gran parte del exceso de contribuciones sobre los pagos en el programa de seguros de vejez durante los primeros años del esquema. Sin embargo, ya a comienzos de 1.956 se comprobó que los

cálculos eran equivocados; tuvo que suspenderse la construcción de una nueva clínica en Bogotá, que se pretendía sería un símbolo del ICSS. Si cabe hablar de un logro del ICSS en ese entonces, éste consistió en que se dieron los primeros pasos hacia un programa de prevención de riesgos ocupacionales.²¹

La creación del ICSS se realizó probablemente en un momento inoportuno y se calcularon mal su estructura y su organización. El ICSS recibió el impacto de problemas de escasez financiera, debilidad conceptual (un modelo tomado a la carrera de México, sin tener en cuenta las condiciones colombianas) y de falta de política. La noción de una administración desinteresada que manejara un organismo semioficial libre de interferencia política partidista, era utópica en los años de polarización de 1948 a 1958. Además, una iniciativa de las dimensiones del ICSS exigía fuerte apoyo del Estado que no podía otorgar el gobierno crónicamente inestable de Ospina Pérez en aquel entonces.

En la década de 1950 la política de salud tenía más claridad de propósito que la que se tuvo durante el periodo comprendido entre las guerras. Se aceptaba en forma general que la salud pública debía fortalecerse y las medidas para prevenir las enfermedades; que debían contratarse y emplearse más profesionales de la salud; que la salud del medio ambiente, especialmente la construcción de instalaciones sanitarias tales como la purificación del agua y los sistemas de recolección de basuras, debían recibir alta prioridad; y que debía mejorarse el sistema de los hospitales y el sistema del bienestar público que estaba definido de manera imprecisa. Pese a lo anterior, la salud pública fue el hermano menor de la medicina privada. El alto nivel de autonomía de que disfrutaban las profesiones liberales se hizo evidente también en las prioridades relativas a la salud pública. El número de médicos que se especializaban en salud pública era reducido y aún los recién graduados se desalentaban porque los salarios eran muy bajos para los empleados públicos y las perspectivas eran muy escasas.

2.1.2.5 Políticas de salud pública en Colombia en la década de 1980. En esta década entra en vigor el esquema político de gobierno – oposición. Colombia vive una nueva época en la cual prevalecen elementos significativos de una democracia abierta y participativa. Las investigaciones llevadas a cabo por científicos sociales enfatizan que una de las causas explicativas posibles del fenómeno de la violencia es la ausencia relativa del Estado en las zonas marginales urbanas y rurales donde predominan bajos niveles de desarrollo social. Esta interpretación se constituyó en un axioma de la política estatal de los gobiernos de los Presidentes Belisario Betancur y Virgilio Barco. Pese a lo anterior, el debate nacional acerca de la formulación y ejecución de los planes pertinentes al desarrollo social fueron notablemente deficientes. A nivel de los partidos políticos tampoco se desarrollaron estrategias coherentes que hubiesen permitido una salida viable y razonable a los problemas sociales. A manera de

²¹ ABEL, Christopher. Política, Iglesia y Partidos en Colombia: 1886 – 1953 (Bogotá, 1987), pág. 281.

ejemplo, hubo una notable ausencia de representantes de los partidos de oposición en la deliberación de los grandes temas de la política social como la salud pública.

La administración del Presidente Virgilio Barco se comprometió retóricamente con la formulación y ejecución de un plan de economía social. La política de la salud pública ejemplificó los problemas de la política social en general, sin embargo, el gobierno tuvo varios limitantes para realizar los cambios necesarios en beneficio de la salud. Un limitante importante fue la falta de compenetración entre la política social del gobierno y el partido liberal. La mayoría de congresistas pertenecientes a esta colectividad no brindaron un apoyo total a la política global del Presidente Barco. Por el contrario, se limitaron a impulsar algunas obras de infraestructura como hospitales y puestos de salud solamente en los periodos de competencia pre-electoral con el fin de asegurar su reproducción política.

2.1.2.6 Síntesis de la normatividad precedente de la ley 100 de 1993.

Mediante Leyes y Decretos, el Estado Colombiano ha venido tratando el tema de la seguridad social desde hace más de un siglo, y es así como con la Ley 50 de 1886, se trata por primera vez el tema con las " Reglas generales sobre concesión de pensiones y jubilaciones". En las décadas posteriores se continúa legislando y es en el año 1945 cuando con mayor profusión se trata el tema pensional, ya que se promulgan las leyes 6ª, 22, 53 y 74. De igual manera las décadas de los años 60 a 80 presentan un alto contenido en materia de leyes y decretos que regulan el sistema pensional antes de la Ley 100.

Un hito significativo se da con la promulgación de la ley 91 de 1989, la cual se constituirá posteriormente en la base del régimen especial de los Educadores, lo cual - y dentro del marco de la ley 100- exigió generar lo que se conoce como el Régimen de Excepciones (Artículo 279). A continuación una síntesis de la normatividad precedente de la Ley 100 de 1993.

Cuadro 1. Leyes antecedentes de la Ley 100 de 1993

Año	Ley	Título
1886	50	Reglas generales sobre concesión de pensiones y jubilaciones
1913	114	Que crea pensiones de jubilación a favor de maestros de escuela
1928	116	Se aclaran y reforman varias disposiciones de la Ley 102 de 1927
1933	37	Por la cual se decreta el pago de una pensión a un servidor público y sobre jubilación de algunos empleados
	42	Sobre pensiones de jubilación a determinados profesores de educación pública y privada
1939	29	Por la cual se dictan varias disposiciones referentes a la Banda Nacional de Músicos de Bogotá

1943	28	Sobre prestaciones sociales a los empleados de Correo y Telégrafos
1945	6	Por la cual se dictan algunas disposiciones sobre convenciones de trabajo, asociaciones profesionales, conflictos colectivos y jurisdicción especial del trabajo
	22	Por medio de la cual se reforman las Leyes 2ª de 1932, 263 de 1938 y 28 de 1943 sobre prestaciones sociales al personal de empleados y obreros del Ministerio de Correos y Telégrafos y se da una autorización
	53	Por la cual se adicionan y reforman las Leyes 1ª de 1932, 206 de 1938, 63 de 1940, 49 de 1943 y 6ª de 1945, sobre prestaciones sociales a los trabajadores de ferrocarriles y salinas de la Nación
	74	Por la cual se reglamenta el retiro de los Oficiales, Suboficiales y Agentes de la Policía Nacional, se señalan prestaciones sociales a los mismos y a los empleados civiles y obreros de esa Institución
1946	65	Por la cual se modifican las disposiciones sobre cesantía y jubilación
	90	Por la cual se establece el seguro social obligatorio y se crea el Instituto Colombiano de Seguros Sociales
1947	24	Por la cual se adiciona el artículo 29 de la Ley 6ª de 1945 y se dictan otras disposiciones de carácter social
	64	Por la cual se aumentan las pensiones de jubilación de los maestros de escuela primaria oficial.
	72	Por la cual se modifican los artículos 19 y 25 de la Ley 74 de 1945, se dictan disposiciones relacionadas con las prestaciones sociales del personal uniformado y civil de la Policía Nacional y otras sobre Cajas de Previsión Social
1948	84	Por la cual se dictan disposiciones sobre prestaciones sociales a favor del personal científico que trabaja en servicios de lucha antituberculosa
1959	172	Sobre prestaciones sociales de los miembros del Congreso y de las Asambleas Departamentales
1961	7	Sobre pensiones de jubilación de Radio - operadores, Técnicos de Radio y Oficiales de Meteorología, al servicio de la Empresa Colombiana de Aeródromos
	87	Sobre pensiones de jubilación e invalidez y otras prestaciones en el ramo de la Educación Pública oficial
	148	Por la cual se reforma la legislación sobre lepra y se dictan otras disposiciones.
	171	Por la cual se reforma la Ley 77 de 1959 y se dictan otras disposiciones sobre pensiones
1962	48	Por la cual se fijan unas asignaciones, se aclara la Ley 172 de 1959 y se dictan otras disposiciones
1963	1	Por la cual se dictan normas sobre reajustes de salarios, se conceden unas autorizaciones al Gobierno y se dictan otras disposiciones
1964	14	Por medio de la cual se reforma y adiciona la Ley 148 de 1961, sobre lepra, y se dictan otras disposiciones
	67	Por la cual se señalan los sueldos de los miembros de la Banda Nacional y se dictan otras disposiciones
1966	4	Por la cual se provee de nuevos recursos a la Caja Nacional de Previsión Social, se reajustan las pensiones de Jubilación e Invalidez y se dictan otras disposiciones
	21	Por la cual se decreta el reajuste de unas pensiones y se dictan otras disposiciones
1969	5	Por la cual se aclara el Artículo 12 de la Ley 171 de 1961, el 5º de la Ley 4ª de 1966
1973	33	Por la cual se transforman en vitalicias las pensiones de las viudas.
1975	12	Por la cual se dictan algunas disposiciones sobre régimen de pensiones de jubilación
	41	Por la cual se modifica el Decreto - Ley 1253 de 1975

	43	Por la cual se nacionaliza la educación primaria y secundaria que oficialmente vienen prestando los Departamentos, el Distrito Especial de Bogotá, los Municipios, las Intendencias y Comisarías; se redistribuye una participación, se ordenan obras en materia educativa
1976	4	Por la cual se dictan normas sobre materia pensional de los sectores público, oficial, semioficial y privado
1977	44	Por la cual se restablece la sustitución vitalicia para las personas que disfrutaron de conformidad con la Ley 171 de 1961. Decreto Ley 3135 de 1968
1980	44	Por la cual se facilita el procedimiento de traspaso y pago oportuno de las sustituciones pensionales
1982	15	Por la cual se dictan normas sobre pensiones de jubilación, vejez, invalidez y muerte
1985	33	Por la cual se dictan algunas medidas en relación con las Cajas de Previsión y con las prestaciones sociales para el sector público
	62	Por la cual se modifica el artículo 3 de la Ley 33 del 29 de enero de 1985
	113	Por la cual se adiciona la Ley 12 de 1975
1986	32	Por la cual se adopta el Estatuto Orgánico del Cuerpo de Custodia y Vigilancia
1987	19	Por la cual se modifica la Ley 33 de 1985
1988	11	Por la cual se consagran unas excepciones en el régimen del Seguro Social para los trabajadores del servicio doméstico
1988	71	Por la cual se expiden normas sobre pensiones y se dictan otras disposiciones
1989	91	Por la cual se crea el Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio
1990	49	Por la cual se reglamenta la repatriación de capitales, se estimula el mercado accionario, se expiden normas en materia tributaria, aduanera y se dictan otras disposiciones
1990	50	Por el cual se introducen reformas al Código Sustantivo del Trabajo y se dictan otras disposiciones
1992	4	Mediante la cual se señalan las normas, objetivos y criterios que debe observar el Gobierno Nacional para la fijación del régimen salarial y prestacional de los empleados públicos, de los miembros del Congreso Nacional y de la Fuerza Pública y para la fijación de las prestaciones sociales de los Trabajadores Oficiales y se dictan otras disposiciones de conformidad con lo establecido en el artículo 150, numeral 19, literales e) y f) de la Constitución Política
	5	Por la cual se expide el Reglamento del Congreso; el Senado y la Cámara de Representantes
1993	35	Por la cual se dictan las normas generales y se señalan en ellas los objetivos y criterios a los cuales debe sujetarse el Gobierno Nacional para regular las actividades financiera, bursátil y aseguradora y cualquier otra relacionada con el manejo, aprovechamiento e inversión de recursos captados del público y se dictan otras disposiciones en materia financiera y aseguradora
1993	48	Por la cual se reglamenta el servicio de Reclutamiento y Movilización
1993	60	Por la cual se dictan normas orgánicas sobre la distribución de competencias de conformidad con los artículos 151o. y 288o. de la Constitución Política y se distribuyen recursos según los artículos 356o. y 357o. de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones
1993	62	Por la cual se expiden normas sobre la Policía Nacional, se crea un Establecimiento Público de Seguridad Social y Bienestar para la Policía Nacional, se crea la Superintendencia de Vigilancia y Seguridad Privada y se reviste de facultades extraordinarias al Presidente de la República
1993	73	Por la cual se dictan normas para el retiro compensado de funcionarios y empleados de la Contraloría General de la República y se dictan otras disposiciones

1993	106	Por la cual se dictan normas sobre organización y funcionamiento de la Contraloría General de la República, se establece su estructura orgánica, se determina la organización y funcionamiento de la Auditoría Externa, se organiza el Fondo de Bienestar Social, se determina el Sistema de Personal se desarrolla la Carrera Administrativa Especial y se dictan otras disposiciones
------	-----	--

Fuente: {Internet} <http://www.mintrabajo.gov.co>. 2002.

Cuadro 2. Decretos antecedentes de la Ley 100 de 1993

Año	Decreto	Título
1934	633	Por el cual se modifica y adicionan los Decretos 566 y 725 de 1933
1947	1160	Sobre auxilio de cesantía
1948	2921	Por el cual se reglamenta el artículo 21 de la Ley 72 de 1947
1949	2801	Por el cual se reglamenta la Ley 64 de 1947
1954	617	Radio - operadores (parcial)
1955	2285	Por la cual se aclara el Artículo 7º del Decreto número 320 del 15 de febrero de 1949 y se dictan otras disposiciones
1957	59	Por el cual se afilian los Notarios y Registradores a la Caja Nacional de Previsión, y se dictan otras disposiciones
	151	Por el cual se modifica el artículo 6º del Decreto 059 de 1957 sobre afiliación de Notarios y Registradores a la Caja Nacional de Previsión Social
1958	309	Por el cual se aumenta la cuantía de las pensiones del ramo docente y se dictan otras disposiciones
1960	1650	Por el cual se aclara, la Ley 172 de 1959
	1713	Por el cual se determinan algunas excepciones a las incompatibilidades establecidas en el artículo 64 de la Constitución
	2710	Por el cual se reorganiza la Orquesta Sinfónica de Colombia
	2912	Por el cual se determina la liquidación de prestaciones sociales del personal de la Aeronáutica Civil
1964	1723	Por el cual se reglamenta la Ley 48 de 1962
1966	1372	Por el cual se reglamenta la Ley 7ª de 1961, sobre pensiones de Jubilación de Radio Operadores, Técnicos de Radio, de Electricidad y Oficiales de Meteorología
	1743	Por el cual se reglamenta la Ley 4ª de 1966
	2218	Por el cual se modifica el artículo 22 del Decreto número 1611 de 1962
	2755	Por el cual se reglamenta el parágrafo 3º del Artículo 13 de la Ley 6ª de 1945 en cuanto a la Cesantía Parcial de los trabajadores oficiales (empleados y obreros).
	3041	Por el cual se aprueba el Reglamento General del Seguro Social Obligatorio de Invalidez, Vejez y Muerte
1967	643	Por el cual se reglamenta el Artículo 5 de la Ley 4 de 1966
1968	2016	Orgánico del Servicio Diplomático y Consular
	2400	Por el cual se modifican las normas que regulan la administración del personal civil y se dictan otras disposiciones
	3118	Por el cual se crea el Fondo Nacional de Ahorro, se establecen normas sobre auxilio de cesantía de empleados públicos y de trabajadores oficiales y se dictan otras disposiciones
	3135	Por el cual se prevé la integración de la seguridad social entre el sector público y el privado, y se regula el régimen prestacional de los empleados públicos y trabajadores oficiales
1969	1848	Por el cual se reglamenta el Decreto 3135 de 1968

1970	1000	Por el cual se dictan unas disposiciones en desarrollo del Decreto Ley 2016 de 1968
1971	433	Por el cual se reorganiza el Instituto Colombiano de Seguros Sociales
	434	Por el cual se dictan normas sobre reorganización administrativa y financiera de las entidades de previsión social de carácter nacional, y se dictan otras disposiciones
	435	Por el cual se reajustan las pensiones y otras prestaciones de los empleados públicos y trabajadores oficiales de los sectores públicos y privados y se provee a su financiamiento en el sector público
	546	Por el cual se establece el régimen de seguridad y protección de los funcionarios y empleados de la Rama Jurisdiccional, del Ministerio Público y de sus familiares
1972	224	Por el cual se señalan las asignaciones de los Rectores o Directores, Prefectos y Profesores de Enseñanza Primaria, Secundaria y Profesional Normalista, al servicio del Ministerio de Educación Nacional y se establecen estímulos de diversa índole para los mismos funcionarios
1973	446	Por el cual se reajustan las pensiones de Jubilación, Invalidez y Retiro por Vejez, en el sector público
	1726	Por el cual se reglamentan algunos Artículos del Decreto 546 de 27 de marzo de 1971
	1950	Por el cual se reglamentan los Decretos - leyes 2400 y 3074 de 1968 y otras normas sobre administración del personal civil
1974	690	Por el cual se reglamenta la ley 33 de 1973
	753	Por el cual se reglamenta el inciso segundo del artículo 13 de la la Ley 50 de.1886
1975	1221	Por medio del cual se reajustan en el sector público las pensiones de jubilación, invalidez y retiro por vejez
	1253	Por el cual se modifica el Artículo 76 del Decreto 2016 de julio 17 de 1968
1976	81	Por el cual se trasladan unas funciones a la Caja Nacional de Previsión Social
	102	Por el cual se descentraliza la administración de los planteles nacionales de educación y se dictan otras disposiciones
	732	Por el cual se reglamenta la Ley 4ª de 1976
	929	Por el cual se establece el régimen de prestaciones sociales de los funcionarios y empleados de la Contraloría General de la República y sus familiares
1977	542	Por el cual se fija la remuneración para los funcionarios y empleados de la rama jurisdiccional y del ministerio público, y se dictan otras disposiciones
	603	Por el cual se fijan la escala de remuneración y el sistema de clasificación y nomenclatura correspondiente a las distintas categorías de empleos de la Registraduría Nacional del Estado Civil
1978	1042	Por el cual se establece el sistema de nomenclatura y clasificación de los empleos de los ministerios, departamentos administrativos, superintendencias, establecimientos públicos y unidades administrativas especiales del orden nacional, se fijan las escalas de remuneración correspondientes a dichos empleos
	1045	Por el cual se fijan las reglas generales para la aplicación de las normas sobre prestaciones sociales de los empleados públicos y trabajadores oficiales del sector nacional
1979	2277	Por el cual se adoptan normas sobre el ejercicio de la profesión docente
1981	898	Por el cual se confiere una autorización
1984	2247	Por el cual se modifica el Estatuto de Personal Civil del Ministerio de Defensa y de la Policía Nacional
1985	1203	Por el cual se aprueban los estatutos del Fondo de Previsión Social del Congreso
	1313	Por el cual se reglamenta parcialmente el artículo 17 de la Ley 33 de 1985
1986	221	Por el cual se reglamenta la Ley 43 de 1975 y se decreta la administración e inversión de caudales públicos
1988	625	Por el cual se modifica el artículo 76 del Decreto 1848 de 1979

1989	94	Por el cual se reforma el Estatuto de la Capacidad Psicofísica, Incapacidades, Invalideces e Indemnizaciones del Personal de Oficiales y Suboficiales de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, soldados, grumetes, agentes, alumnos de las Escuelas de Formación y Personal Civil del Ministerio de Defensa y la Policía Nacional.
1989	160	Por el cual se reglamenta parcialmente la ley 71 de 1988.
1989	784	Por el cual se reglamentan parcialmente las leyes 21 de 1982, y 71 de 1988
1989	819	Por el cual se reglamenta parcialmente el Decreto extraordinario 3135 de 1968 y la Ley 71 de 1988
1989	1160	Por el cual se reglamenta parcialmente la ley 71 de 1988
1990	758	Por el cual se aprueba el acuerdo numero 049 de febrero 1 de 1990 emanado del consejo nacional de seguros sociales obligatorios
1990	1211	Por el cual se reforma el estatuto del personal de oficiales y suboficiales de las Fuerzas Militares
1990	1212	Por la cual se reforma el Estatuto de personal de Oficiales y Suboficiales de la Policía Nacional
1990	1213	Por el cual se reforma el Estatuto del personal de Agentes de la Policía Nacional
1990	1214	Por el cual se reforma el Estatuto y el Régimen Prestacional del Personal Civil del Ministerio de Defensa y la Policía Nacional
1990	1775	Por el cual se reglamenta el funcionamiento del Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio de que trata la ley 91 de 1989
1991	2129	Por el cual se modifica parcialmente el Decreto numero 2563 de 1990
1991	2909	Por la cual se reglamentan algunas disposiciones del Decreto 1214 de 1990, Estatuto y Régimen Prestacional del Personal Civil del Ministerio de Defensa y la Policía Nacional
1992	400	Por el cual se reglamentan algunas disposiciones del Decreto 1212 de 1990, Estatuto del Personal de Oficiales y Suboficiales de la Policía Nacional
1992	1022	Por el cual se reglamentan algunas disposiciones del Decreto 1213 de 1990, Estatuto del personal de Agentes de la Policía Nacional
1992	1076	Por el cual se dictan normas sobre el retiro compensado de los empleados públicos al servicio del Congreso Nacional, y se dictan otras disposiciones en materia prestacional
1992	1111	Por el cual se fija la escala de remuneración para los empleos públicos del Congreso Nacional y se dictan otras disposiciones.
1992	2108	Por el cual se ajustan las pensiones de jubilación del sector publico en el orden nacional
1992	2124	Por el cual se reestructura la Administración Postal Nacional ADPOSTAL
1992	2148	Por el cual se reestructura el Instituto de Seguros Sociales, ISS
1992	2150	Por el cual se reestructura la Superintendencia del Subsidio Familiar
1992	2165	Por el cual se reestructura la Superintendencia Nacional de Salud
1993	663	Por el cual se actualiza el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero y se modifica su titulación y numeración
1993	1223	Por el cual se reglamenta el artículo 8o. de la Ley 27 de 1992
1993	1359	Por el cual se establece un régimen especial de pensiones, así como de reajustes y sustituciones de las mismas, aplicable a los Senadores y Representantes a la Cámara
1993	2359	Por el cual se establece la estructura y se determinan las funciones de la Superintendencia Bancaria

Fuente: {Internet} <http://www.mintrabajo.gov.co>. 2002.

2.1.3 Factores determinantes de la reforma a la salud. Entre los diversos factores que tuvieron una gran incidencia y que motivaron la reforma a la Salud Pública se pueden destacar los siguientes:

- “El sistema de salud en Colombia, incluida la seguridad social hasta...1993, se caracterizaba por la falta de universalidad, solidaridad y eficiencia. Estas condiciones fueron las que ordenó transformar la Constitución Nacional de 1991 y constituyen los principales retos en el desarrollo de la nueva Ley”²².
- Acorde con la dinámica mundial que propugna por la implementación de reformas en todos los campos y específicamente en los sistemas de prestación de servicios de salud, América Latina ha venido asumiendo con rigor el estudio y puesta en práctica de soluciones a los problemas del sector. Colombia no es ajena a esa realidad y ha entendido que la reforma social más importante es la del sector salud.
- Se ha entendido igualmente que para lograr un impacto adecuado en el proceso de reforma se precisa tomar conciencia de las posibilidades y de las dificultades para poder enfrentarlas con probabilidad de éxito. Dentro del campo de las dificultades, tal vez los problemas más importantes se refieran a los aspectos financieros y administrativos del sector salud. A lo anterior hay que agregar también los problemas derivados de la transición demográfica y el consecuente cambio en el perfil epidemiológico que actualmente experimenta Colombia, amén de lo que se deriva como resultante del fenómeno del narcotráfico y orden público y de lo que a ellos va ligado.
- En Colombia, la reforma se ha sostenido sobre dos pilares: 1- La descentralización, y 2- La municipalización del sector salud. Dicho proceso tiene varios puntos antecedentes: La reforma del Sistema Nacional de Salud (SNS) hecha mediante la Ley 10 de enero de 1.990. El SNS había sido organizado en el año 1975 y la reforma apuntaba a su descentralización. La expedición de la Nueva Constitución Política en 1991, que en sus artículos 48 y 49 obliga a definir mediante mandato legal el sistema de salud y de la seguridad social.
- La expedición de la Ley 60 en el año de 1.993, que distribuyó las competencias y los recursos entre los tres niveles de gobierno existentes en el país: Nacional, Departamental y Municipal.
- Desde el punto de vista legal, el proceso va en la expedición de una ley (la No. 100/93) que define el Sistema General de Seguridad Social y que incluye las prestaciones en salud como una parte del mismo, según el articulado.

²² REPÚBLICA DE COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. Reforma a la seguridad social en salud. Tomo 1: Antecedentes y resultados. Santafé de Bogotá, D.C., 1994. p. 5.

2.1.3.1 Antecedentes generales. El Sistema de Seguridad Social en Colombia data del año 1945, cuando se creó la Caja Nacional de Previsión, y el año 1946, con la creación del Instituto Colombiano de los Seguros Sociales (ICSS). De allí se desprende una fuerte diferenciación entre el sistema encargado de cubrir a los trabajadores privados, denominado de la SEGURIDAD SOCIAL, y el sistema encargado de cubrir a los funcionarios públicos, denominado de la PREVISIÓN SOCIAL. De esta manera, el ICSS se convirtió en la única institución que, en forma monopólica, cubrió a los afiliados empleados del sector privado, creando un sistema de amplia solidaridad entre distintas regiones y ramas de la producción industrial y a la vez ha conseguido importantes economías de escala en la atención de sus beneficiarios. La cobertura llegaba sólo al 21 por ciento de la población económicamente activa y el 46% de la población asalariada.

Entre tanto, el sistema de previsión social se desarrolló en forma desarticulada en múltiples instituciones, ya que muchas unidades funcionales del orden nacional o territorial crearon su propia Caja de Previsión Social, hasta llegar a la cifra de 1.200 en el año 1991. A las instituciones de Seguridad y Previsión Social se han sumado también las Cajas de Compensación Familiar que, pese a que tuvieron otro origen y buscaban otro objetivo, terminaron asumiendo funciones complementarias de seguridad social en salud.

Debe anotarse que antes de la reforma la seguridad y la previsión sociales cubrían sólo el 20% de la población, por su parte, las empresas de medicina prepagada y otros seguros privados cubrían sólo el 10%, el resto de la población quedaba en manos de la "Asistencia Pública" que en el mejor de los casos cubría el 40% de la población objeto; queda pues un 30% de potenciales usuarios marginados respecto de los cuales no se sabe si recibían o no servicios de salud, de quién y bajo qué modalidades los recibían.

Los años noventa comenzaron con cambios importantes en el sector de la salud en Colombia. Estos buscaban transformar las dinámicas y las estructuras de un desarticulado sistema de salud que no lograba satisfacer las necesidades ni las expectativas de la población. En particular, los cambios iniciales intentaron solucionar problemas como la ineficiencia del sector, la baja calidad de los servicios, la debilidad de la planeación y gestión y la desorganización del manejo financiero.

Uno de los cambios fundamentales se dio en el ámbito normativo con la expedición de la Ley 10 de 1990, por medio de la cual se buscó reorganizar el Sistema Nacional de Salud, procurando con ello inscribir al sector salud en la dinámica de descentralización que se impulsaba en el país, en un intento por darle continuidad, aunque de una forma renovada, a una estructura organizacional de la salud en Colombia que se remontaba a los años setenta del siglo pasado.

A la par con la implementación de esta ley, y dentro de un escenario político agitado por las ilusiones de un proceso de elaboración de la nueva Carta Constitucional, se inició una sutil discusión acerca de las concepciones y alcances del derecho a la salud y, más específicamente, una pugna de intereses con relación a la seguridad social.

El debate suscitado con relación a la seguridad social fue descrito, como un enfrentamiento entre el grupo de los "bismarckianos", quienes unían los conceptos de seguridad social y asistencia pública en una defensa del sistema clásico de seguridad social vigente hasta ese momento en el país, y el grupo de los "neoliberales", quienes postulaban las bondades del mercado como fundamento para la consecución de calidad en la prestación de los servicios.

Los resultados de la discusión llevaron a formular un concepto de seguridad social que fue plasmado en el artículo 48 de la nueva Constitución Política. Allí se definió la seguridad social como un servicio público dirigido y controlado por el Estado, y como un derecho irrenunciable por parte de los ciudadanos. Además, se estableció la necesidad de elaborar la ley correspondiente que le diera mayor concreción al enunciado constitucional.

En un proceso político complejo, caracterizado por la tensión entre los intereses de varios actores sociales, algunos de los cuales se concentraron en la reforma al régimen pensional, y en un intenso, aunque por momentos restringido debate, se formuló y aprobó la ley 100 de 1993, por la cual se creó el "sistema de seguridad social integral".

2.1.3.2 Propuestas específicas de la reforma. Para la iniciativa de reforma colombiana, tres cuestiones constituyeron los problemas elegidos para la prestación de los servicios de salud a la población colombiana:

Aspecto Financiero. La ley consagra la existencia de una Unidad de Pago por Capitación -UPC-, cuyo monto se define estableciendo los costos estándar de atender a una persona durante un año ofreciéndole los servicios básicos de salud; este paquete de servicios se conoce como Plan Obligatorio de Salud -POS- y debe ser ofrecido por las Empresas Promotoras de Salud (EPS).

En esencia, la UPC traduce el "precio de venta" de un POS por parte de las EPS, la cual actúa como una aseguradora. En la actualidad, la UPC está cuantificada en dólares, El Estado asume como subsidio la diferencia entre la el POS y la UPC.

Pese a que las cifras resultan rentables para las EPS, según se ha demostrado, subsisten inquietudes en torno a la calidad, oportunidad y suficiencia de los servicios ofrecidos, si se analiza teniendo en cuenta el perfil epidemiológico.

Distribución y Ubicación Geográfica de la Población. Colombia es un país de regiones, cada una con condiciones socioculturales, geográficas, económicas y de dinámicas demográficas tan específicas que la hacen diferente de las demás. Condiciones distintas y comportamientos distintos generan también patologías distintas entre regiones. Si se tiene en cuenta que la UPC y el POS son estándares, entonces puede ocurrir que en algunas regiones habrá patologías desatendidas o inadecuadamente atendidas, o por otro lado, que el costo de los subsidios se dispara.

Perfil Epidemiológico. Como consecuencia de la consideración anterior, Colombia no tiene un perfil epidemiológico, sino muchos perfiles (tantos como regiones). Como es apenas lógico, la variedad epidemiológica demanda esfuerzos mayores en todos los sentidos. A la variedad regional y epidemiológica hay que agregarle otra consideración no menos importante, cual es el conjunto de consecuencias que se desprenden de la acción del narcotráfico y de la actual situación de orden público.

2.1.4 La reforma a la salud. El Artículo 48 de la Constitución de 1991 definió la seguridad social como un servicio público dirigido y controlado por el Estado, y como un derecho irrenunciable por parte de los ciudadanos. La reglamentación de dicho precepto constitucional se dio mediante la Ley 100 de 1993 por la cual se creó el "sistema de seguridad social integral".

2.1.4.1 Principios políticos y constitucionales de la reforma de la seguridad social en salud. Dos hechos fundamentales colocaron el tema de la reforma de la seguridad social en el primer plano en el debate político a partir de la Constitución de 1991. En primer lugar, la labor desarrollada por la Asamblea Nacional Constituyente que consagró el cuidado de la salud y la seguridad social como derechos sociales fundamentales y ordenó una reorganización de los servicios públicos de salud y seguridad social a la luz de los principios de universalidad, solidaridad y eficiencia plasmados en la nueva Constitución.

En segundo lugar, la crisis de las instituciones de seguridad social, que evidentemente tocó fondo, (Y aún sigue en crisis) y se vio reflejado en el déficit de las reservas para pensiones en el ISS y la absoluta carencia de reservas en CAJANAL y similares y en la prestación deficiente o inoportuna de los servicios.

Además, los estudios de entonces demostraban que el sistema de seguridad social en Colombia es uno de los más costosos y de más baja cobertura en América Latina, pues según Antonio Yepes,²³ para entonces no llegaba al 20% de

²³ YEPES PARRA, Antonio. Médico, ex-gobernador de Antioquia, ex-ministro de Educación, Constituyente, miembro de la Comisión Constitucional de Seguridad Social. Tomado de: "Seguridad social para todos los colombianos, criterios para el desarrollo de las normas Constitucionales". Publicado en:

la población, estaban desprotegidos el 95% de la población rural, el 95% de los trabajadores del sector informal e incluso cerca del 50% de los trabajadores asalariados. Igualmente la población infantil y estudiantil se encontraba casi por completo marginada.

A la luz de esta problemática y en la perspectiva del desarrollo efectivo de los preceptos constitucionales, se propuso definir la seguridad social como la protección de toda la población contra las contingencias que menoscaban la salud y la capacidad económica y se propuso entenderla como un derecho humano y social irrenunciable de carácter universal, así como un servicio público dirigido y garantizado por el Estado mediante un modelo contributivo y solidario.

Para definir los principios del nuevo sistema de seguridad social en salud se tuvieron en cuenta las nuevas teorías de la seguridad social y los preceptos de la Constitución de 1991. Los principios son:

- **Universalidad:** se concibió la seguridad social sobre la base de una relación Estado-ciudadano y no sobre la base de la relación asalariado-patrono; se trata de sintonizar al país con el mandato constitucional y con la Declaración Universal de los Derechos Humanos.
- **Solidaridad:** se entiende como el concurso de todos a la financiación del sistema de acuerdo con su capacidad económica. La solidaridad se manifestaría entre ricos y pobres, jóvenes y viejos, sanos y enfermos, empleados y desempleados y entre comunidades y regiones de desarrollo desigual.
- **Obligatoriedad:** más que un principio general de la seguridad social es un mecanismo garante de los principios de universalidad y solidaridad. Implica pues, el deber del ciudadano de afiliarse él y su familia al sistema de seguridad social; además implica el deber de todo empleador de afiliar a sus trabajadores a dicho sistema.
- **Uniformidad:** es el derecho a la misma prestación o servicio cuando concurren los mismos requisitos. A la luz de este principio se deberá corregir la inequidad y la irracionalidad de algunos regímenes, especialmente en lo relativo a seguros económicos.
- **Integridad:** sólo si se garantiza la integridad de la seguridad social ésta será una realidad, pues la cobertura parcial de los riesgos o contingencias mencionados supone un cierto grado de incertidumbre y por tanto de inseguridad social. La integridad se debe entender como la protección cuando menos de los dos renglones básicos de la seguridad social, el cuidado de la salud y la previsión social, en todos sus niveles, en todas sus fases y en toda su extensión.

- **Eficiencia:** la eficiencia es un principio que, de acuerdo con la nueva Carta Constitucional, debe regir el Sistema de Seguridad Social, como una clara alusión a los serios problemas de ineficiencia e ineficacia del sistema de salud. En rigor, la eficiencia no es un principio ni una opción, sino que debe ser un propósito inherente a toda empresa del hombre, de la sociedad o del Estado.
- **Gradualidad:** la norma constitucional ordena, y la complejidad del problema lo aconseja, que el procedimiento para ampliación de coberturas y beneficios debe ser gradual y progresivo. Pero dicha gradualidad debe estar planeada y la meta no puede tener plazos abiertos que puedan permitir la burla del mandato constitucional.

2.1.4.2 Características generales de la reforma de la seguridad social en salud. Se presentan a continuación los aspectos más importantes de la Ley 100 de 1993, en especial los que tienen que ver con la salud.

El Sistema General de Seguridad Social en Salud. Fue creado por la Ley 100 de 1993. "Ley de Seguridad Social", está compuesto por los Sistemas Generales de Pensiones, de Riesgos Profesionales, Servicios Sociales Complementarios y de Salud.

El Sistema General de Seguridad Social en Salud es el conjunto de instituciones, normas y procedimientos de que disponen la persona y la comunidad para mejorar la calidad de vida, mediante el cumplimiento de los planes y programas que el Estado y la sociedad desarrollen para proporcionar la cobertura integral de las contingencias que menoscaban la salud.

El Sistema General de Seguridad Social en Salud se integra por:

- Organismos de Dirección, Vigilancia y Control.
- Ministerio de la Protección Social.
- Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.
- Superintendencia Nacional de Salud.
- Organismos de administración y financiación.
- Entidades Promotoras de Salud -EPS.
- Las Direccionales Seccionales, Distritales y Locales de salud.
- Fondo de Solidaridad y Garantía.
- Instituciones Prestadoras de Salud -IPS- públicas, mixtas o privadas.
- Las demás instituciones de salud que al entrar en vigencia la Ley 100 de 1993 estaban adscritas al Ministerio de la Protección Social .
- Empleadores, trabajadores y sus organizaciones, trabajadores independientes y pensionados, que cotizan al régimen contributivo.
- Los familiares de los cotizantes que por su parentesco y dependencia económica del afiliado pueden ser inscritos en el Sistema como beneficiarios.

- Comités de Participación Comunitaria y organizaciones comunales que participen de subsidios de salud.
- Empresas Sociales del Estado, entidades públicas descentralizadas cuyo objeto es la prestación de servicios de salud, como servicio público a cargo del Estado o como parte del servicio público de seguridad social.

Los regímenes componen el Sistema de Seguridad Social en Salud son:

- El Régimen Contributivo para todos los residentes en Colombia que tienen capacidad económica de cotizar y para sus familiares que - de acuerdo con la ley - estén habilitados para ser inscritos y el Régimen Subsidiado cuya población objetivo son las personas que no tienen suficiente capacidad económica y sus familias.
- Las personas que por no tener capacidad de pago están imposibilitadas para afiliarse al régimen contributivo y mientras logran ser beneficiarios del régimen subsidiado se denominan vinculados al Sistema y tienen derecho a los servicios de atención en salud que prestan las instituciones públicas y aquellas privadas que tengan contrato con el Estado para tal efecto.

Principales características del Sistema General de Seguridad Social en Salud:

- En aplicación del principio de Universalidad todos los habitantes de Colombia deberán estar afiliados.
- En cumplimiento de los principios de Equidad y Solidaridad garantiza a todos los asegurados un plan de beneficios igual, sin importar cuanto coticen.
- El recaudo de las cotizaciones es responsabilidad del Fondo de Solidaridad y Garantía, que delega - en lo pertinente - esta función a las Entidades Promotoras de Salud -EPS.
- Las Entidades Promotoras de Salud -E.P.S.- son responsables de promover y efectuar la afiliación de los trabajadores, de recaudar las cotizaciones y de garantizar la prestación de los servicios de salud contenidos en el Plan Obligatorio de Salud -POS-, bien sea a través de sus propias Instituciones Prestadoras de Servicios -I.P.S.- o mediante contratación con otras entidades.
- El Sistema garantiza a la Entidad Promotora de Salud el pago de la prestación de los servicios contenidos en el POS, reconociéndole un valor, por cada afiliado o beneficiario, denominado Unidad de Pago por Capitación -UPC.
- Los trabajadores que se van a afiliar tienen libertad para escoger la E.P.S. a la cual desean afiliarse junto con su familia.
- Así mismo, el afiliado - en uso del derecho a la libertad de escogencia - puede seleccionar la Institución Prestadora de Servicios -IPS- en la cual desea se le presten los servicios de salud tanto a él como a su grupo familiar, de entre las que la EPS ponga a su consideración.

El Régimen Contributivo. Es un conjunto de normas que rigen la vinculación de los individuos y las familias al Sistema General de Seguridad Social en Salud, cuando tal vinculación se hace a través del pago de una cotización, individual y familiar, o un aporte económico previo financiado directamente por el afiliado o en concurrencia entre éste y su empleador (Art.202 - Ley 100 de 1993). A este Régimen deben afiliarse obligatoriamente todas las personas que tienen capacidad para cotizar al Sistema. Los beneficios que ofrece el Sistema de Seguridad Social en Salud por el régimen contributivo se refieren a que los afiliados al régimen contributivo tienen derecho a recibir un plan mínimo de beneficios denominado Plan Obligatorio de Salud -POS- descrito en el numeral b del artículo 3 del Decreto 1938 de 1994, así:

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 necesitarlos, todo afiliado al régimen contributivo y el mismo conjunto de servicios al que está obligada a garantizar a sus afiliados toda Entidad Promotora de Salud autorizada para operar en el Sistema. Sus contenidos están definidos en el presente decreto y su forma de prestación normalizada y regulada por los manuales de procedimientos y guías de atención integral que expida el Ministerio de Salud".

El artículo 11 del decreto antes mencionado determina que el POS tendrá como una de sus características la integralidad, definida en los siguientes términos:

- "El Plan Obligatorio de Salud brindará atención integral a la población afiliada 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 su denominación genérica, en los diferentes niveles de complejidad establecidos en el presente decreto".
- Igualmente incluirá el reconocimiento de un subsidio económico por incapacidad temporal por enfermedad general y maternidad en la forma como lo determine el Ministerio de Salud".
- Aun cuando el POS cubre a todas las personas afiliadas e incluye la atención de todo tipo de patología, para dar cumplimiento a los principios de universalidad, solidaridad, equidad y eficiencia, el Sistema de Seguridad Social en Salud establece algunas exclusiones y limitaciones relacionadas con procedimientos, actividades e intervenciones que no tengan por objeto contribuir al diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, así como aquellos considerados como estéticos, cosméticos o suntuarios. A continuación se transcriben las exclusiones y limitaciones establecidas por el artículo 15 del Decreto 1938 de 1994 y ratificadas por la Resolución 5261 de 1994, mediante la cual el Ministerio de Salud adoptó el Manual de Actividades, Procedimientos e Intervenciones del POS:

- a) Cirugía estética o con fines de embellecimiento".
- b) Tratamientos nutricionales con fines estéticos".
- c) Tratamientos para la infertilidad".
- d) Tratamientos no reconocidos por las asociaciones médico científicas a nivel mundial o aquellos de carácter experimental".
- e) Tratamientos o curas de reposo o del sueño".
- f) Medias elásticas de soporte, corsés, fajas, sillas de ruedas, plantillas, zapatos ortopédicos y lentes para anteojos, lentes de contacto. Se autoriza el suministro de una vez cada cinco años en los adultos y una vez cada año en los niños, para corrección de defectos de refracción que disminuyan la capacidad de visión, siempre que por razones médicas sea necesario su cambio en razón de la modificación del defecto padecido".
- g) Medicamentos o sustancias que no se encuentren expresamente autorizados en el Manual de Medicamentos y Terapéutica".
- h) Tratamiento con drogas o sustancias experimentales para cualquier tipo de enfermedad".
- i) Transplante de órganos. No se excluyen el transplante renal, de médula ósea, de corazón y el de córnea. Su realización estará sujeta a las condiciones de elegibilidad y demás requisitos establecidos en las respectivas Guías de Atención Integral".
- j) Tratamiento con psicoterapia individual, psicoanálisis o psicoterapia prolongada. No se excluye la psicoterapia individual de apoyo en la fase crítica de la enfermedad, y sólo durante la fase inicial. Tampoco se excluyen las terapias grupales. Se entiende por psicoterapia prolongada aquella que sobrepasa los treinta (30) días de tratamiento una vez hecho el diagnóstico".
- k) Tratamientos de periodoncia, ortodoncia y prótesis en la atención odontológica".
- l) Tratamiento de várices con fines estéticos".
- m) Actividades, procedimientos e intervenciones de tipo curativo para las enfermedades crónicas, degenerativas, carcinomatosis, traumáticas o de cualquier índole en su fase terminal, o cuando para ellas no existan posibilidades de recuperación. Podrá brindarse soporte psicológico, terapia paliativa para el dolor, la disfuncionalidad y la incomodidad o terapia de mantenimiento. Todas las actividades, intervenciones y procedimientos deben estar contemplados en las respectivas Guías de Atención Integral".
- n) Actividades, procedimientos e intervenciones de carácter educativo, instruccional o de capacitación que se lleven a cabo durante el proceso de rehabilitación, distintos a aquellos necesarios estrictamente para el manejo médico de la enfermedad y sus secuelas".
- o) Actividades, intervenciones y procedimientos no autorizados expresamente en el respectivo manual".

La afiliación. La afiliación al Sistema es un acto jurídico por el cual se adquieren los derechos y obligaciones que del mismo se derivan y busca dar cobertura a un Plan Obligatorio de Salud para todos los usuarios; la Ley prohíbe la afiliación múltiple o simultánea.

"En el Régimen Contributivo, la afiliación se efectúa con el cumplimiento de los siguientes requisitos:

- "1) Libre escogencia por parte del cotizante de la EPS a la cual desea afiliarse".
- "2) Entrega del formulario de inscripción a la EPS debidamente diligenciado, anexando los documentos exigidos".

"La EPS al momento de la recepción lo sellará y fechará, en sus oficinas, o a través de sus promotores, lo que ocurra primero, y lo radicará en esa misma fecha, debiendo entregar al cotizante y empleador o pagador de pensión, según el caso, copia del formulario con evidencia de lo anterior. A partir de ese momento, la inscripción empieza a producir efectos, es decir, la prestación de los servicios de urgencias así como las actividades, intervenciones y procedimientos de promoción y fomento de la salud, prevención a la enfermedad que se haga en el primer nivel de atención, incluido el tratamiento integral del embarazo, parto y puerperio en las primeras cuatro (4) semanas (Parágrafo 1º. Artículo 26 Decreto 1938 de 1994)".

"Con su presentación se entiende cumplido el requisito de aceptación por parte del afiliado de las condiciones del régimen contributivo y las particulares de la EPS seleccionada".

Los afiliados. Afiliados son todas las personas cubiertas por el Sistema de Seguridad Social en Salud, a través del régimen contributivo y son de dos clases:

Afiliado Cotizante. Es el afiliado con capacidad de pago, por lo que aporta de sus ingresos el 4% y su patrono el 8% cuando es trabajador dependiente, o el 12% si es independiente o pensionado. En un mismo núcleo familiar podrán existir varios cotizantes, pero solo uno de ellos será cabeza de familia.

Afiliado beneficiario. "Es el afiliado que no es cabeza de familia ni aporta cotización, pero está cubierto por el Sistema de Seguridad Social en Salud en su condición de miembro de un núcleo familiar por su parentesco y/o dependencia económica de un afiliado cotizante".

El Régimen Subsidiado. De conformidad con el Artículo 211 de la Ley 100 de 1993, el Régimen Subsidiado es un conjunto de normas que rigen la vinculación de los individuos al Sistema General de Seguridad Social en Salud, cuando tal

vinculación se hace a través del pago de una cotización subsidiada, total o parcialmente, con recursos fiscales o de solidaridad de que trata la mencionada Ley.

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

En cuanto a los beneficiarios del Régimen subsidiado, el Artículo 213 de la Ley 100 de 1993 establece que serán beneficiarios del Régimen Subsidiado toda la población pobre y vulnerable, en los términos del artículo 157 de la mencionada Ley.

El Gobierno Nacional, previa recomendación del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, definirá los criterios generales que deben ser aplicados por las entidades territoriales para definir los beneficiarios del Sistema, según las normas del régimen subsidiado. En todo caso, el carácter del subsidio, que podrá ser una proporción variable de la Unidad de Pago por Capitación, se establecerá según la capacidad económica de las personas, medida en función de sus ingresos, nivel educativo, tamaño de la familia y la situación sanitaria y geográfica de su vivienda.

Las personas que cumplan con los criterios establecidos por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud como posibles beneficiados del régimen de subsidios se inscribirán ante la Dirección de Salud correspondiente, la cual calificara su condición de beneficiario del subsidio, de acuerdo con la reglamentación que se expida para el efecto.

El Gobierno Nacional, bajo los lineamientos del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, establecerá un régimen de focalización de los subsidios entre la población más pobre y vulnerable del país, en el cual se establezcan los criterios de cofinanciación del subsidio por parte de las entidades territoriales.

También es importante destacar que el Gobierno Nacional reglamentará la proporción del subsidio de que trata el inciso anterior para aquellos casos particulares en los cuales los artistas y deportistas merezcan un reconocimiento especial.

2.1.4.3 Resumen de la reforma. La reforma Colombiana puede resumirse esquemáticamente en siete puntos:

1. La separación entre la provisión entendida como la operativización de la prestación de los servicios de salud y la financiación de los mismos.
2. El estímulo a la cobertura universal en salud a través de la afiliación obligatoria del trabajador, la afiliación de su grupo familiar, la creación de un régimen subsidiado con recursos fiscales y la concurrencia de múltiples EPS en el mercado.
3. La creación de un plan obligatorio integral al cual accederán afiliados y beneficiarios, sin considerar preexistencias y sin hacer exclusiones.
4. La creación de mecanismos de compensación y solidaridad a través de las transferencias que las EPS superavitarias (por afiliar personas de alto nivel económico) hacen a las EPS deficitarias (por afiliar a la población de menores ingresos).
5. La creación de mecanismos que permiten controlar los costos, papel que cumplen la UPC y el POS.
6. La incorporación del capital privado permitiendo que esos inversionistas constituyan empresas promotoras o creen Centros de Atención como clínicas y hospitales.
7. La sustitución de la "Asistencia Pública" a los pobres, para permitir, mediante subsidios fiscales a la demanda, que los grupos marginados se incorporen al sistema y accedan gradualmente a los beneficios del POS.

Pese a que el modelo Colombiano admite la libre elección por parte del usuario frente a los promotores y prestadores de los servicios de salud, no puede considerarse como un sistema de libre mercado de seguros de salud, como puede ocurrir en otros países, porque el nuestro no es un sistema de precios sino un sistema contributivo de plan único, de tal suerte que todos los afiliados aportan en proporción a sus ingresos y reciben los mismos beneficios. Pero de otro lado, tampoco recorta la posibilidad del libre juego del mercado en donde se operan los precios, la diferencia de los planes y la capacidad de compra del usuario, al permitir que las EPS ofrezcan planes complementarios del POS.

Otra particularidad del modelo Colombiano es el respeto del Principio de la Integridad en el POS, impidiendo las limitaciones propias de los seguros privados en materia de preexistencias y exclusiones.

Una tercera particularidad es la conservación del Sistema de Solidaridad entre los afiliados que contribuyen, a pesar de las diferencias de costo de atención existentes entre grupos familiares grandes y pequeños, entre beneficiarios de estratos altos y bajos, o de regiones atrasadas frente a otras más avanzadas; igualmente entre jóvenes y viejos, entre hombres y mujeres.

2.1.5 Modelo para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud.

Como ya se ha visto, la reforma a la salud que se dio a partir de la Ley 100 de 1993 propende, como uno de sus objetivos principales, por el mejoramiento de la

calidad en el servicio de salud. Para un mejor entendimiento de los efectos de este documento, el término “Auditoría” se entiende como “Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud”, el cual incluye el concepto de “Auditoría Médica” previsto en el Artículo 227 de la Ley 100 de 1993, y que fue definido en el Artículo 36 del Decreto 2309 del 15 de octubre de 2002 en los siguientes términos:

“Es el mecanismo sistemático y continuo de evaluación del cumplimiento de estándares de calidad complementarios a los que se determinan como básicos en el Sistema único de Habilitación”²⁴. Al analizar los términos contenidos en esta definición, se dispone de los conceptos básicos del modelo de Auditoría que se propone para el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), así:

La Auditoría es una herramienta de Evaluación Sistemática, que la evaluación es un elemento fundamental del concepto de Garantía de Calidad, que cada vez es más evidente la necesidad de disponer de hechos y datos objetivos para la toma de decisiones por parte de quienes definen políticas y asignan recursos, de quienes dirigen una organización y de quienes prestan un servicio. La Evaluación debe ser planeada, basada en criterios explícitos predeterminados, aplicarse con un enfoque sistémico, con unidad de propósito y cohesión, y llevarse a cabo con una periodicidad establecida.

El Campo de Acción de la Auditoría es la Atención en Salud, la cual se refiere tanto a los servicios propios del aseguramiento y administración de los recursos que desarrollan las entidades promotoras de salud, como a los de prestación de servicios de salud en sus fases de promoción y fomento, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.

El Propósito Fundamental de la Auditoría es contribuir al Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud. En este sentido, la Auditoría es una función de toda la organización y debe ser congruente con la búsqueda de los mayores beneficios para el usuario y con la reducción de los riesgos, dados unos recursos.

La comparación entre la calidad observada y la calidad deseada significa que deben existir normas técnico - científicas y administrativas previamente estipuladas y conocidas por todos los participantes del SGSSS, para la atención en salud. Esto implica la necesidad de definir, en forma previa, la calidad deseada mediante manuales, guías de atención, normas técnicas, indicadores y/o estándares, entre otros instrumentos. Adicionalmente, es preciso establecer y divulgar los mecanismos y herramientas que se van a utilizar para evaluar y medir los procesos, y para informar y retroalimentar los hallazgos obtenidos.

²⁴ Artículo 36 del Decreto 2309 del 15 de octubre de 2002.

2.1.5.1 Campo de aplicación. De conformidad con las disposiciones previstas en el ya citado Decreto 2309 de 2002, a las Entidades Promotoras de Salud y las que se les asimilen, les corresponde aplicar procedimientos y técnicas de auditoría para la evaluación y el mejoramiento de la calidad de la atención en salud, sin perjuicio de las actividades de autoevaluación desarrolladas de manera autónoma por los prestadores de servicios de salud y de las acciones ejercidas por la Superintendencia Nacional de Salud y demás entidades de inspección, vigilancia y control del sistema. Precisa la misma norma que los Prestadores de Servicios de Salud realizarán procedimientos de auditoría destinados a la autoevaluación permanente de los servicios que prestan. Dado que la Auditoría hace parte del Sistema General de Calidad (SGC), es claro que de acuerdo con los parámetros establecidos en el Decreto 2309 de 2002, las Entidades Territoriales de Salud son también sujetos de esta actividad. La Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud trabaja en tres niveles:

El primer nivel es el AUTOCONTROL, en el cual cada miembro de la organización planea, ejecuta, verifica y ajusta los procesos de atención en salud en los cuales participa, para que éstos sean realizados de acuerdo con los estándares de calidad definidos por la organización.

El segundo nivel es la AUDITORÍA INTERNA, la cual es realizada en la misma organización, por una instancia externa al proceso que se audita. Su propósito es contribuir a que cada miembro de la organización adquiera la cultura de autocontrol.

El tercer nivel corresponde a la AUDITORÍA EXTERNA, ésta se lleva a cabo por un ente externo a la organización, con base en los acuerdos previamente establecidos.

En cada una de las organizaciones que hacen parte del campo de aplicación, y para cada uno de los niveles que operan en el modelo de Auditoría, se llevan a cabo tres tipos de acciones de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud:

1. Las acciones preventivas que son el conjunto de procedimientos, actividades o mecanismos de auditoría sobre los procesos prioritarios definidos por la entidad, que deben realizar las personas y la organización en forma previa a la atención de los usuarios, para garantizar la calidad técnica e interpersonal de la misma.
2. Las acciones de seguimiento que son el conjunto de procedimientos, actividades o mecanismos de auditoría que deben realizar las personas y la organización, durante la prestación de sus servicios, sobre los procesos definidos como prioritarios para garantizar la calidad técnica e interpersonal de la atención en salud.

3. Las acciones coyunturales son el conjunto de procedimientos, actividades o mecanismos de auditoría que deben realizar las personas y la organización, para alertar, informar y analizar la ocurrencia de eventos adversos en los procesos de atención en salud y facilitar la aplicación de intervenciones orientadas a la solución inmediata de los problemas detectados, y a la prevención de su recurrencia.

La Auditoría se constituye en un instrumento que permite, dados unos criterios preestablecidos y conocidos por todos, evaluar el desempeño de los mismos, con respecto al logro de las metas y objetivos de calidad propuestos en la institución.

El modelo de Auditoría ideal implica el desarrollo de procesos de Autocontrol y de Auditoría Interna. Parte importante de este trabajo es fortalecer dichos controles de primer orden (Autocontrol y Auditoría Interna), para que la institución mejore su desempeño, por convicción y compromiso con sus propias metas, antes que por el cumplimiento de un requisito. Este objetivo se logrará en la medida en que las relaciones estratégicas de dominación se reemplacen por relaciones comunicativas de reconocimiento de intereses comunes, basadas en el respeto mutuo, y cuya condición esencial es la actitud de diálogo.

El programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud, está fundamentado en dos procesos básicos:

1. La auditoría de la red de servicios, que consiste en un conjunto de acciones de autocontrol y auditoría interna diseñados y aplicados por la entidad para mejorar la calidad de los procesos de su red de prestadores y de su sistema de referencia y contrarreferencia. El prerrequisito para el funcionamiento de este proceso es la adopción, por parte de la organización, de una serie de estándares e indicadores de calidad que le permiten definir los parámetros de calidad deseada, para su red de prestadores y para su sistema de referencia y contrarreferencia. Con base en estos parámetros, la entidad debe adoptar los mecanismos e instrumentos que le permitan realizar el seguimiento permanente al cumplimiento de los estándares e indicadores establecidos para los procesos prioritarios definidos por la organización. Adicionalmente, y en forma coyuntural, la entidad debe contar con mecanismos para alertar a los directivos de la organización sobre fallas críticas en su red o en su sistema de referencia y contrarreferencia, y efectuar el seguimiento a la implantación de las soluciones, para evitar la recurrencia de dichas fallas.
2. La auditoría de la atención al usuario que consiste en un conjunto de acciones de autocontrol y auditoría interna diseñados y aplicados por la entidad para mejorar la calidad de los procesos destinados a garantizar a los afiliados el acceso a los servicios de salud y prestaciones económicas que requiera y a los cuales tenga derecho. Este continuo de atención incluye los procesos relacionados con la comprobación de derechos y la autorización de servicios que inciden de manera importante en el acceso

de los afiliados a las prestaciones económicas y de salud. El prerrequisito para el funcionamiento de este proceso es la adopción, por parte de la organización, de una serie de estándares e indicadores de calidad, que le permiten definir los parámetros de calidad deseada, para los procesos prioritarios definidos por la organización en la atención al usuario. Con base en estos parámetros la entidad debe adoptar los mecanismos e instrumentos que le permitan realizar el seguimiento permanente al cumplimiento de los estándares e indicadores establecidos. Adicionalmente, y en forma coyuntural, la entidad debe contar con mecanismos para alertar a los directivos de la organización sobre eventos adversos relacionados con la atención de los afiliados y efectuar el seguimiento a la implantación de las soluciones para evitar la recurrencia de dichos eventos adversos.

En los prestadores de servicios de salud, éstos deben establecer un Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad del proceso de prestación de servicios. En este contexto, la Auditoría de la Prestación de Servicios consiste en un conjunto de acciones de autocontrol y auditoría interna, diseñados y aplicados por la entidad para mejorar la calidad de aquellos procesos de atención al usuario definidos como prioritarios por la organización, en la medida en que se consideran fundamentales para la obtención de los resultados esperados y/o para la supervivencia de la organización.

Los estándares diseñados y/o adoptados por estas entidades deben ser superiores a los Requisitos Esenciales de estructura para la Prestación de Servicios de Salud; y pueden corresponder con los Requisitos Esenciales de Procesos, los del Sistema de Acreditación, con los criterios adoptados por los Premios de Calidad que se establezcan, o con los estándares establecidos autónomamente por la organización; en todo caso, los criterios elegidos deben consignarse en el Plan para el Mejoramiento de la Calidad, al cual se refiere el Decreto 2309 de 2002.

Con base en los parámetros que se adopten, las entidades deben establecer los mecanismos e instrumentos que les permitan realizar el seguimiento permanente al cumplimiento de los estándares y/o indicadores seleccionados. Adicionalmente, y en forma coyuntural, los Prestadores de Servicios de Salud deben contar con los mecanismos e instrumentos necesarios para evaluar y solucionar oportunamente los eventos adversos en la prestación de los servicios. En este contexto, los Comités *ad hoc* de Auditoría Clínica, constituyen una estrategia viable para el análisis de los eventos adversos, compatible con la filosofía de mejoramiento continuo de la calidad.

Los valores que orientan el proceso de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud en todos sus ámbitos y niveles, son:

- **Autocontrol.** La auditoría debe contribuir para que cada individuo adquiriera las destrezas y la disciplina necesarias para que los procesos de atención en los cuales participa, se planeen y ejecuten de conformidad con los estándares adoptados por la organización, y para dar solución oportuna y adecuada a los problemas que se puedan presentar en su ámbito de acción.
- **Prevención.** En el marco de los procesos de Garantía de Calidad, la auditoría busca prever, advertir e informar sobre los problemas actuales y potenciales que se constituyen en obstáculos para que los procesos de atención conduzcan a los resultados esperados.
- **Confianza y respeto.** La Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud debe fundamentarse en la seguridad y transparencia del compromiso serio y demostrado de las instituciones, para desarrollar, implantar y mejorar los procesos de mejoramiento institucional, y en la aceptación de los compradores de servicios de salud.
- **Sencillez.** Las acciones y mecanismos utilizados en la auditoría deben ser claramente entendibles y fácilmente aplicables, para que cada miembro de la organización pueda realizar, en forma efectiva, las actividades que le corresponden dentro de estos procesos.
- **Fiabilidad.** Los métodos, instrumentos e indicadores utilizados en los procesos de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en salud, deben garantizar la obtención de los mismos resultados, independientemente de quien ejecute la medición.
- **Validez.** Los resultados obtenidos en los procesos de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud, deben referirse exclusivamente al objeto medido.

2.1.6 factores que inciden en la calidad de los servicios de salud. Los profesionales de la salud están sometidos a diferentes factores que afectan directamente su rendimiento, su capacidad de respuesta, e incluso su actitud frente a su trabajo. En general, la estructura y organización del trabajo en el área de la salud incluye factores tales como extensos y agotadores horarios de trabajo, situaciones de drama por las enfermedades o casos de sus pacientes, escasez de recursos financieros y de equipos médicos, presiones normativas y legales, presiones por cumplimiento de volumen mínimo de pacientes atendidos, etc.

Es importante entonces analizar la incidencia de estos factores si se quiere contar con herramientas conceptuales que permitan formular estrategias para el mejoramiento de los servicios de salud. A continuación se analizan tres factores: el síndrome de *Burnout* como factor negativo y como factores positivos a la gerencia estratégica y a la gestión del talento humano. En efecto, el primero incide negativamente en el rendimiento de los profesionales y trabajadores de la salud y, en contraste, los criterios de la gerencia estratégica y de la gestión del talento humano bien pueden emplearse para mejorar las condiciones del trabajo en el área de la salud.

2.1.6.1 El síndrome de *Burnout*. El Síndrome de *Burnout* es la sensación de fracaso y una existencia agotada o gastada que resultaba de una sobrecarga por exigencias de energías, recursos personales o fuerza espiritual del trabajador. En general se presenta más en profesionales de la enseñanza y en profesionales de la salud; por ejemplo médicos, enfermeras, terapeutas, psiquiatras y psicólogos, en donde los factores personales, familiares, y organizacionales se hallan implicados en el surgimiento de este síndrome; además, La edad, aunque no parece influir en la aparición del síndrome, se considera que puede existir un periodo de sensibilización debido a que habría unos años en los que el profesional sería especialmente vulnerable a éste, siendo éstos los primeros años de carrera profesional dado que sería el periodo en el que se produce la transición de las expectativas idealistas hacia la práctica cotidiana, aprendiéndose en este tiempo que tanto las recompensas personales, profesionales y económicas, no son ni las prometidas ni esperadas. Según el genero, serían principalmente las mujeres profesionales asistenciales, el grupo más vulnerable, por razones diferentes como podrían ser la doble carga de trabajo que conlleva la práctica profesional y la tarea familiar, así como la elección de determinadas especialidades profesionales que prolongarían el rol de mujer.

El Síndrome de *Burnout* es también conocido como “estrés crónico en forma de cinismo” y fue mencionado por primera vez en 1974 por Herbert Freudenberger,²⁵ un psicólogo clínico de Nueva York, para describir el estado físico y mental en relación con el trabajo que él observó entre los jóvenes y entusiastas voluntarios que trabajaban en una clínica de desintoxicación. Después de un año, muchos de ellos se sintieron agotados, fácilmente irritables y habían desarrollado una actitud cínica hacia sus pacientes y una tendencia a evitarlos. El citado autor comenta: “Es lo que pasa cuando un miembro de la organización por las razones que sean y luego de muchos intentos se vuelve inoperante”. Este origen del concepto de Síndrome de *burnout* ha influido enormemente en la historia dinámica de la investigación del mismo. Desde el comienzo de esta historia, existían dos tendencias controvertidas. Muchos científicos destacaban que los síntomas del *burnout* pueden observarse también entre aquellos que no tienen ningún tipo de empleo, mientras que otros científicos definen que el *burnout* aparece sólo en sujetos que realizan algún tipo de trabajo con personas. El siguiente cuadro muestra los síntomas, los efectos iniciales y los estados ideales de superación del síndrome de *Burnout*.

Cuadro 3. Síntomas, efectos y superación del síndrome de *Burnout*.

²⁵ FREUNDENBERGER, H. Saff burn-out. Journal of social issues. Pág. 30, 159 – 166. Citado por: PERA, G. y SERRA-PRAT, M. Prevalencia del síndrome del quemado y estudio de los factores asociados en los trabajadores de un hospital comarcal. Gac Sanit. [online]. nov.-dic. 2002, vol.16, no.6 [citado 11 Octubre 2004], p.480-486. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112002000600005&lng=es&nrm=iso&tlng=es

Síntoma Cansancio emocional	Efecto inicial Despersonalización	Superación Logro profesional
Sensación de sentirse deshecho al final de la jornada	Tratar a los pacientes como objetos	Fácil comprensión de lo que sienten los pacientes
Fatiga al levantarse	insensibilidad	Abordaje de formas efectivas con los problemas de los pacientes
Tensión por tener que trabajar con gente	Indiferencia por lo que le pase a los pacientes	Influencia positiva para los pacientes
Sensación de quemado y frustrado en el trabajo	Dureza emocional	Consecución de cosas valiosas en el trabajo

Fuente: *Burn-out*. Estrés crónico en forma de cinismo Artículo publicado en {Internet} <http://ergokprevencion.org/burnout.htm>

Según Juan Carlos Atance Martínez²⁶, Director Provincial de Insalud de Guadalajara, el término *Burnout* hace referencia a un tipo de estrés laboral e institucional generado en profesionales que mantienen una relación constante y directa con otras personas, máxime cuando ésta es catalogada de ayuda (médicos, enfermeros, profesores), y su origen se basa en cómo estos individuos interpretan y mantienen sus propios estadios profesionales ante situaciones de crisis.

Los elementos que se revelan como más característicos serían el cansancio emocional, (C.E) caracterizado por la pérdida progresiva de energía, el desgaste, el agotamiento, la fatiga etc.; la despersonalización (DP) manifestada por un cambio negativo de actitudes y respuestas hacia los demás con irritabilidad y pérdida de motivación hacia el trabajo; y la incompetencia personal (falta de realización personal) (FRP) con respuestas negativas hacia sí mismo y el trabajo.

2.1.6.2 La gerencia estratégica. Ante los factores –entre estos el ya analizado síndrome *Burnout*- que tienen una incidencia negativa en el rendimiento y actitud de los trabajadores de la salud, bien vale la pena analizar los aportes de criterios administrativos y de organización que pueden ayudar a mejorar las condiciones de trabajo de dichos trabajadores y profesionales de la salud.

La Gerencia o Planeación Estratégica puede definirse como la formulación, ejecución y evaluación de acciones que permitirán que una organización logre sus objetivos.

²⁶ ATANCE, M. Juan C. Aspectos Epidemiológicos Del Síndrome De Burnout En Personal Sanitario. En Revista Española de Salud Pública. Base de datos EBCOhost Full Display.

En cuanto la evolución histórica de la Planeación estratégica, se destaca el que durante los últimos treinta años, en los países occidentales industrializados, la planeación estratégica ha tenido que ver con muchos hechos determinantes de cambio. En la década de los años 60 la Planeación Estratégica se concibió para un periodo de estabilidad y crecimiento. La década de los años 70 se caracterizó por una planeación para situaciones de ataque. La planeación en la década de los años 80 se caracterizó, en virtud de la crisis, por los recortes y la racionalización. La última etapa de la Planeación Estratégica ha pasado por cuatro momentos: un primer momento de planeación para el crecimiento, un segundo momento de planeación para la transformación cultural, un tercer momento de desnormatización y privatización y un cuarto momento de enfoque hacia los mercados mundiales²⁷.

En concordancia con lo anterior, la Planeación Estratégica ha sido concebida en un primer momento como Planeación a Largo Plazo, en un segundo momento fue concebida como Planeación Estratégica, en un tercer momento se concibió como plantación Corporativa y en su última etapa se le concibe como Gerencia Estratégica²⁸.

Se comenzó a usar el término; “Planeación a largo plazo” Subsecuentemente se han creado los términos: Planeación corporativa completa, Planeación directiva completa, Planeación general total, Planeación formal, Planeación integrada completa, Planeación corporativa, y Planeación Estratégica. Más reciente aun Gerencia Estratégica. Su definición más completa debe describirse desde varios puntos de vista: El porvenir de las decisiones actuales, Procesos, Filosofía y Estructura.

La Gerencia o Planeación Estratégica deriva sus postulados de la concepción que desde los griegos ha prevalecido para el término estrategia. En efecto, las raíces etimológicas del término estrategia remiten al Griego *stategos*, con el cual se entendía lo siguiente: “Un general” “ejército”, acaudillar. Verbo griego *statego* “planificar la destrucción de los enemigos en razón eficaz de los recursos”. En la Grecia antigua, Sócrates comparó las actividades de un empresario con las de un general al señalar que en toda tarea quienes la ejecutan debidamente tienen que hacer planes y mover recursos para alcanzar los objetivos. Los primeros estudiosos modernos que ligaron el concepto de estrategia a los negocios fueron Von Neuman y Morgenstern en su obra la teoría del juego; “una serie de actos que ejecuta una empresa, los cuales son seleccionados de acuerdo con una situación concreta”²⁹.

²⁷ Taylor, B. y Harrison, J. Planeación estratégica exitosa. Bogotá: Legis Editores, Serie Empresarial, 1991. p. 80.

²⁸ *Ibíd.*

²⁹ *Ibíd.*

La Planeación Estratégica es un proceso eminentemente participativo que permite a quienes toman decisiones en una organización definir su misión, visión y objetivos y plantea estrategias con miras a lograrlas, a partir de un análisis cuidadoso de las fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas con que cuenta.

La Misión es entendida como la formulación de los propósitos de una organización que la distingue de otros negocios en materia de operaciones, productos, mercados, bienes y servicios y el talento humano que soporta el logro de estos propósitos. Cada organización es única porque sus principios sus valores, su visión y la filosofía de sus dueños la distinguen de las demás. La misión responde a las preguntas: ¿Cuál es nuestro negocio?, ¿Cuáles son nuestros productos y servicios?, ¿Cuáles son nuestros clientes?, ¿Cuáles son nuestros mercados potenciales?, ¿Qué rentabilidad vamos a lograr?, ¿Cuáles son nuestros canales de distribución?

Por su parte, la Visión es un conjunto compartido de ideas que permiten a los fundadores de una organización visualizar y orientar el rumbo que se debe seguir y el camino por recorrer en el futuro. La visión debe ser inspiradora, desarrollar sentido de pertenencia y mover a la acción pero, ante todo, real y posible. Una visión sin acción es simplemente un sueño. Una visión puesta en marcha puede cambiar el mundo.

Los Objetivos se conciben como un proceso científico, formulado a partir del planteamiento de problemas, se orientan a la búsqueda de las respuestas de las situaciones problemáticas. Por ello, es de mucha ayuda responder a la pregunta: ¿para qué y qué se busca con las acciones a emprender? Dar respuesta a este interrogante permite delimitar el marco de acciones y sus alcances.

En el plano empresarial, la Planeación Estratégica es todo un proceso estructurado, en efecto, en el camino que se debe recorrer para tomar decisiones en este campo, se incluye la detección de las debilidades y fortalezas internas de la organización, de las oportunidades y amenazas externas, el establecimiento de misiones de la compañía, la fijación de objetivos y la selección de las estrategias a acometer³⁰.

Los resultados del diagnóstico inicial determinan si la organización actúa de manera proactiva o reactiva. La literatura disponible sugiere que las decisiones estratégicas se basan más en criterios y análisis objetivos que en las experiencias pasadas propias, o en juicios del pasado.

³⁰ Camacho Pico, Jaime Alberto. Planeación estratégica. Bucaramanga: UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER UIS, 1994. p. 21.

Entre los muchos beneficios que se pueden obtener de la aplicación de la Gerencia o Planeación Estratégica se tiene el que las organizaciones pueden llegar a estar en capacidad de influir en su medio, en vez de reaccionar a él, controlando su destino. El proceso permite aprovechar oportunidades clave en el medio ambiente, minimizar el impacto de las amenazas externas, utilizar fortalezas internas y vencer amenazas.

Adoptar estas prácticas implica crear una nueva cultura organizacional, por eso es indispensable ser flexibles al cambio. Algunas decisiones estratégicas importantes consisten en crear un nuevo enfoque en la educación del recurso humano, donde se rescate la innovación y el manejo de tecnología como valores capitales, así como imponer un estilo gerencial basado en las estrategias bien diseñadas y planeadas.

Lo principal debe ser reaccionar rápido frente a la competencia y ser, por lo tanto innovador, creativo y audaz. En productos y servicios, es vital brindar al mercado nuevas alternativas, productos diferenciados. Esa es una estrategia infalible: Diseñar productos novedosos, con alta calidad y accesibles para el mercado objetivo.

También deben considerarse todas las posibilidades al decidir a favor de alianzas estratégicas, las cuales se constituyen en eficientes herramientas para incrementar la competitividad. Otra de las opciones consiste en el avance tecnológico, invertir en el capital humano y en equipos es importante.

También, y de suma importancia, es revisar la gestión que se hace del Talento Humano. La adecuada gestión que en este sentido se haga ha de estar dirigida al descubrimiento y potencialización de las cualidades y valores de las personas que trabajan para la organización, ayudándolas a mejorar su ambiente de trabajo y la motivación con el que lo llevan a cabo.

La identificación de la misión actual, los objetivos y estrategias están enmarcados dentro de un contexto de tres componentes, a saber, la realización de una auditoría externa con la cual se identifican las amenazas y oportunidades; la determinación de la misión de la compañía y la realización de una auditoría interna en la que se identifican las debilidades y fortalezas internas. Realizado este diagnóstico inicial se fijan los objetivos y las estrategias. Los objetivos y las estrategias son, respectivamente, las metas y políticas que han de cumplir las diferentes secciones de la empresa, tales como la Gerencia, Mercadeo, Finanzas, Producción, etc. Las últimas dos etapas de este proceso las constituyen la asignación de recursos, tanto materiales como de Talento Humano y la medición y evaluación de resultados.

Dentro de los elementos claves en la planeación estratégica, Camacho³¹ distingue los siguientes:

- Estrategas. Personas o funcionarios, que tienen capacidad y están en el proceso de toma de decisiones relacionadas con el desempeño presente y futuro de las empresas, encargadas de llevarlas al éxito o al fracaso.
- Visión. Declaración empresarial amplia, compuesta por ideas generales que dan el marco de referencia de lo que una empresa es y quiere ser en el futuro; debe ser motivante y estimulante, de tal modo que despierte el sentido de pertenencia de los miembros de la organización.
- Misión. Definición del campo de acción de la empresa, esto es, la delimitación de las fronteras hasta donde llega el negocio, dentro de las posibilidades empresariales dadas por el sistema económico.
- Estrategias. Conjunto de acciones que toma la empresa para hacer frente a la situación del entorno que a la postre genera los resultados para la empresa; sirven de marco de referencia para adelantar acciones.
- Cultura Organizativa. Conjunto de ideas, valores, formas de lenguaje, mitos y ritos que tipifican la vida de una empresa; es el producto de la interacción de la gente internamente y del medio cultural en el que opera la empresa. Entorno de la Empresa. Medio externo en el cual se desenvuelve la empresa facilitando o dificultando su acción; es complejo, dinámico aleatorio está conformado por el sistema económico, el sistema tecnológico y el sistema socio-cultural-político.
- Formación Administrativa. Modo particular como: se maneja la empresa; implica conocer los procesos decisorios, la estructura administrativa, la manera como el nivel gerencial dirige la empresa y el control que se ejerce sobre los resultados. Los estilos administrativos deben estar en consonancia con la misión y las estrategias que se han formulado.
- Diagnóstico estratégico. Análisis acucioso de las posibles fortalezas y debilidades internas o propias de la empresa, así como el diagnóstico de las amenazas y oportunidades que brinda el entorno donde opera la empresa.
- Fortalezas internas. Actividades propias de la organización que se llevan a cabo al interior de la empresa y que por su desempeño se califican como buenas.
- Debilidades Internas. Actividades propias de la organización que se llevan a cabo al interior de la empresa y que por su desempeño se califican como limitantes o inhibidoras del éxito.
- Oportunidades Externas. Situaciones, eventos, hechos, tendencias generados por el entorno., en. el orden económico, social, tecnológico y competitivo y que pueden beneficiar a una empresa en el futuro.

³¹ *Ibíd.*

- Amenazas Externas. Situaciones, eventos, hechos, tendencias generados por el entorno en el orden económico, social tecnológico y competitivo. y que pueden ser potencialmente dañinos y afectar la posición competitiva de la empresa.
- Objetivos Globales. Resultados a largo plazo que una empresa espera lograr para, hacer realidad su visión y su misión. Metas. Objetivos a corto plazo, los cuales deben ser medibles, realistas, estimulantes y alcanzables.
- Políticas. Forma por medio de la cual las metas fijadas van a lograrse; son guías para la toma de decisiones y son establecidas para situaciones repetitivas o recurrentes en la existencia de una estrategia. Se establecen para cualquier actividad empresarial y pueden estar en cualquier nivel de la organización.

Ya vistos los puntos clave, ahora cabe resaltar la importancia de las etapas que se dan en el proceso de planeación estratégica. Se distinguen tres etapas en el proceso de planeación estratégica, a saber, la etapa de formulación, la etapa de ejecución y la etapa de evaluación.

Etapa de formulación. Proceso que conduce a la empresa a establecer la visión, la misión, y a realizar un análisis interno y externo que permita identificar las debilidades, fortalezas, oportunidades y amenazas, lo cual permite fijar objetivos y estrategias para su logro. La investigación que se lleva a cabo recibe el nombre de auditoría. En el orden interno se orienta a identificar y calificar de debilidades o fortalezas las funciones claves de la empresa. En el orden externo se realiza la auditoría del entorno, que a partir del análisis de información de carácter estratégico, dará las oportunidades y amenazas que influirán positiva o negativamente en el desempeño de la empresa. Estas comparaciones de debilidades, fortalezas; oportunidades y amenazas, generan la formulación de estrategias factibles. En esta etapa se realizan las siguientes actividades: a) Identificación de visión, misión, objetivos y estrategias actuales; b) Auditoría externa con fines de identificación de amenazas y oportunidades; c) Auditoría interna con propósitos de identificación de debilidades y fortalezas; d) Fijación de la visión y la misión de la empresa; e) Análisis que permita formular estrategias factibles y f) Formulación de objetivos.

Etapa de ejecución. También es llamada etapa de acción debido a que moviliza los recursos humanos de la empresa hacia la ejecución de las estrategias planteadas y aceptadas. Se llevan a cabo las actividades de fijación de metas para las áreas funcionales y en todos los niveles. Las metas deben ser acompañadas de declaraciones de políticas que estimulen al personal a lograrlas. Por último se procede a asignar los recursos necesarios de acuerdo a la priorización de las metas.

Etapa de evaluación. La organización va midiendo y evaluando los resultados logrados y retroalimentando el proceso de planeación. El proceso de planeación debe integrar los niveles de alta dirección, funcional y operativo, a través de las etapas de formulación, ejecución y evaluación.

2.1.6.3 La gestión del talento humano. El Área de Recursos Humanos ARH es una de las áreas más afectadas por los recientes cambios que acontecen en el mundo moderno. Las organizaciones se dieron cuenta de que las personas son el elemento central de su sistema nervioso porque introducen la inteligencia en los negocios y la racionalidad en las decisiones. Tratar a las personas como recursos organizacionales es desperdiciar el talento y la mente productiva. Por tanto, para proporcionar esta nueva visión de las personas, hoy se habla de gestión del talento humano y no de recursos humanos, y ya no se tratan como empleados remunerados en función de la disponibilidad de tiempo para la organización, sino como socios y colaboradores del negocio de la organización³².

Los múltiples cambios en el escenario mundial han transformado el esquema del trabajo, con lo cual, de ser un esquema de dominación y poder, ha pasado a ser un esquema de corporativo de colaboración mutua y coordinada.

El siglo XX introdujo grandes cambios y transformaciones que influyen mucho en las organizaciones, en su administración y en su comportamiento. Es un siglo que puede definirse como el siglo de las burocracias o el siglo de las fábricas, a pesar del cambio acelerado de las últimas décadas. Sin duda alguna, los cambios y las transformaciones que acontecieron en este siglo marcaron indeleblemente la manera de administrar a las personas. En este sentido, durante el siglo XX se puede distinguir tres eras organizacionales diferentes: la era industrial clásica, la era industrial neoclásica y la era de la información.

La era de la industrialización clásica corresponde al periodo que sigue a la Revolución Industrial y que se extendió hasta mediados de 1950, cubriendo la primera mitad del siglo XX. Su principal característica fue la intensificación del fenómeno de la industrialización en todo el mundo y el surgimiento de los países desarrollados o industrializados. En este largo periodo de crisis y prosperidad, las organizaciones adoptaron la estructura organizacional burocrática caracterizada por su forma piramidal y centralizada que hace énfasis en la departamentalización funcional, la centralización de las decisiones en la cima de la jerarquía, el establecimiento de normas y reglamentos internos para disciplinar y estandarizar el comportamiento de las personas. La teoría clásica de la administración y el modelo burocrático surgieron como medida exacta para las organizaciones de esa época. El mundo se caracterizaba por cambios poco perceptibles, progresivos y previsibles que acontecían de manera gradual, lenta e inexorable. El ambiente que envolvía las organizaciones era conservador y se orientaba al mantenimiento

³² Chiavenato, Idalberto. Gestión del talento humano. México: Mc GrawHill, 2002. p. 23.

del statu quo. El ambiente no ofrecía desafíos debido al relativo grado de certeza en relación con los cambios externos, lo cual permitía que las organizaciones se orientaran hacia adentro y se preocupasen por sus problemas internos de producción: la eficiencia era la preocupación básica, y para alcanzarla eran necesarias medidas de estandarización y simplificación, así como la especialización de la fuerza laboral para permitir escalas de producción mayores a costos menores. El modelo organizacional se basaba en un diseño mecanicista característico de la lógica del sistema cerrado³³.

La era de la industrialización Neoclásica corresponde al periodo que va de la década de 1950 a la 1990. Se inició después de la segunda Guerra Mundial cuando el mundo comenzó a cambiar con más rapidez e intensidad. La velocidad del cambio aumentó de manera progresiva. Las transacciones comerciales pasaron del ámbito local al regional y de éste al internacional, tornándose cada vez más intensas y menos previsibles y acentuando la competencia entre las organizaciones. La teoría clásica fue sustituida por la teoría neoclásica de la administración y el modelo burocrático fue replanteado por la teoría estructuralista. La teoría de las relaciones humanas fue sustituida por la teoría del comportamiento. Durante este periodo surge la teoría del sistema y, al final, la teoría de la contingencia. La visión sistémica y multidisciplinaria (holística) y el relativismo son tomados en cuenta por la teoría administrativa.

El antiguo modelo burocrático y funcional, centralizador y piramidal, utilizado para formar las estructuras organizacionales se tornó rígido y poco apto para acompañar los cambios y transformaciones del ambiente. Las organizaciones intentaron construir nuevos modelos estructurales para incentivar la innovación y la adaptación a las condiciones externas cambiantes. La estructura matricial, una especie de soporte o puntual para reconfigurar y reavivar la vieja y tradicional organización funcional, fue la respuesta de las organizaciones. El enfoque matricial trataba de conjugar departamentalización funcional con un esquema lateral de estructura por productos y servicios que proporcionara características adicionales de innovación y dinamismo y alcanzara mayor competitividad. Era como si se instalara una turbina en un motor viejo y desgastado. De hecho, la organización matricial promovió el mejoramiento de la arquitectura organizacional de las grandes organizaciones, pero no fue suficiente, ya que no logró cambiar la rigidez de la vieja estructura funcional y burocrática sobre la cual se sustentaba.

No obstante lo anterior, se aprovecharon sus ventajas en la fragmentación y descomposición posteriores de las grandes organizaciones en unidades estratégicas de negocios para que fueran más administrables, más ágiles y estuvieran más cerca del mercado del cliente. Al poco tiempo, la cultura organizacional imperante en las organizaciones dejó de privilegiar las tradiciones antiguas y obsoletas y pasó a concentrarse en el presente, permitiendo que el

³³ *Ibíd.*

conservadurismo y el mantenimiento del statu quo dieran paso a la innovación y al cambio de hábitos y de manera de pensar y actuar.

La vieja concepción de relaciones industriales fue sustituida por una nueva manera de administrar a las personas, que recibió el nombre de administración de recursos humanos. Los departamentos de recursos humanos (DRH) veían a las personas como recursos vivos e inteligentes y no como factores inertes de producción; los RH se convirtieron en el más importante recurso organizacional y factor determinante del éxito de las organizaciones. La tecnología experimentó un increíble e intenso desarrollo y comenzó a influir en el comportamiento de las organizaciones y de las personas que participaban en éstas. El mundo seguía cambiando, y los cambios eran cada vez más veloces y acelerados.

La era de la información es el periodo que comenzó en la década de 1990. Es la época en la que se vive actualmente. Su característica principal son los cambios, que se tornaron más rápidos, imprevistos, turbulentos e inesperados. La tecnología de la información, que integra la televisión, el teléfono y el computador, generó desarrollos impredecibles y transformó el mundo en una verdadera aldea global: impacto comparable al que tuvo la Revolución Industrial en su época. La información cruzó el planeta en milésimas de segundos.

La tecnología de la información suministró las condiciones básicas para el surgimiento de la globalización de la economía: la economía internacional se transformó en economía mundial y global. La competitividad se volvió intensa y compleja entre las organizaciones. El volátil mercado de capitales migró de un continente a otro en segundos, para buscar nuevas oportunidades de inversión, aunque transitorias. En una época en que todos disponen de la información en tiempo real, las organizaciones capaces de recolectar la información y transformarla con rapidez en una oportunidad para un nuevo producto o servicio, antes que otras lo hagan, son las más exitosas. El capital financiero dejó de ser el recurso más valioso y cedió el lugar al conocimiento. Más importante que el dinero es el conocimiento sobre cómo emplearlo y aplicarlo con rentabilidad. En estas circunstancias, los factores tradicionales de producción (tierra, fuerza laboral y capital) generan retornos cada vez menores. Es la época del conocimiento, del capital humano y del capital intelectual. El conocimiento se vuelve básico y el desafío primordial es la productividad del conocimiento. Convertir el conocimiento en algo útil y productivo es la mayor responsabilidad de la gerencia. En la era de la información, el empleo se desplazó del sector industrial hacia el sector de servicios, y el trabajo manual fue sustituido por el trabajo intelectual, lo cual marca el camino de la era de la posindustrialización, basada en el conocimiento y en el sector terciario.

En la era de la información, las organizaciones requieren agilidad, movilidad, innovación y cambios necesarios para enfrentar las nuevas amenazas y oportunidades en un ambiente de intensa transformación y turbulencia. Los

procesos organizacionales (aspectos dinámicos) se vuelven más importantes que los órganos (aspectos estáticos) que interrelacionan la organización. Los órganos (departamentos o divisiones) no son definitivos sino transitorios, y los otros cargos y funciones pasan a definirse y redefinirse en razón de los cambios que se producen en el ambiente y la tecnología; los productos y servicios se adaptan de manera continua a las exigencias y necesidades de los clientes.

En organizaciones muy expuestas a los cambios ambientales, la estructura organizacional abandonó los órganos fijos y estables para apoyarse en equipos multifuncionales de trabajo que realizan actividades transitorias orientadas a misiones específicas que tienen objetivos definidos. Así surge la organización virtual, que funciona sin límites espaciales ni temporales y usa de modo totalmente diferente el espacio físico. Las salas cerradas de las oficinas dan paso a sitios colectivos de trabajo, mientras las funciones de retaguardia son realizadas en casa de los empleados, en una organización virtual vinculada electrónicamente y sin papeleos, que trabaja mejor, con más inteligencia, y está más cerca del cliente³⁴.

En concordancia con estas nuevas concepciones, La actual gestión del Talento Humano tiene como una de sus tareas proporcionar las capacidades humanas requeridas por una organización y desarrollar habilidades y aptitudes del individuo para ser lo más satisfactorio a sí mismo y a la colectividad en que se desenvuelve. De este modo, el término Talento Humano, como gestión de personas o gestión del talento humano puede tener tres significados diferentes: 1) como función o departamento: Unidad operativa que funciona como órgano de accesoria (staff), es decir, como elemento prestador de servicios en las áreas de reclutamiento, selección, entretenimiento, remuneración, comunicación, higiene y seguridad laboral, beneficios, etc.; 2) como prácticas de recurso humanos: Se refiere a cómo ejecuta la organización sus operaciones de reclutamiento, selección, entrenamiento, remuneración, beneficios, comunicación, higiene y seguridad industrial y 3) como profesión: Se refiere a los profesionales que trabajan de tiempo completo en cargos directamente relacionados con recursos humanos; seleccionadores, entrenadores, administradores de salarios y beneficios. Ingenieros de seguridad, médicos, etc.

En cuanto al contexto de la gestión del talento humano, éste está conformado por las personas y las organizaciones. Las personas pasan gran parte de sus vidas trabajando en las organizaciones, las cuales dependen de las personas para operar y alcanzar el éxito.

Por una parte, el trabajo consume tiempo considerable de la vida y del esfuerzo de las personas que dependen de él para subsistir y alcanzar el éxito personal. Separar el trabajo de la existencia de las personas es muy difícil, casi imposible,

³⁴ *Ibíd.*

debido a la importancia y al efecto que tiene en ellas. En consecuencia, las personas dependen de las organizaciones en que trabajan para alcanzar sus objetivos personales e individuales.

Creer en la vida y tener éxito casi siempre significa crecer dentro de las organizaciones. Por otra parte, las organizaciones dependen directa e irremediamente de las personas, para operar, producir bienes y servicios, atender a los clientes, competir en los mercados y alcanzar los objetivos generales estratégicos.

Es seguro que las organizaciones jamás existirían sin las personas que les dan vida, dinámica, impulso, creatividad y racionalidad. Las dos partes mantienen una relación de mutua dependencia que les permite obtener beneficios recíprocos. Este es un ejemplo de simbiosis duraderas entre personas y organizaciones.

En este contexto es difícil establecer una separación entre el comportamiento de las personas y el de las organizaciones. Estas operan a través de las personas que forman parte de ellas, que deciden y actúan en su nombre. Para definir a las personas que trabajan en las organizaciones se han empleado diversos términos: funcionarios, empleados, personal, trabajadores, obreros, recursos humanos, colaboradores, asociados, talentos humanos, capital humano, capital intelectual etc.

Casi siempre esos términos se utilizan de manera vaga e imprecisa para referirse a las personas que trabajan en las organizaciones. Muchas organizaciones clasifican los funcionarios en trabajadores mensuales (empleados) y trabajadores por horas (obreros) para referirse al personal que trabaja en las oficinas y en las fábricas, respectivamente.

Por su parte, las organizaciones presentan variedad increíble de definiciones. Pueden ser industrias, comercios, bancos, entidades financieras, hospitales, universidades, tiendas, entidades prestadoras de servicios; pueden grandes, medianas o pequeñas en cuanto a su tamaño; pueden ser públicas o privadas en cuanto a su propiedad. Casi todo lo que la sociedad necesita se produce en las organizaciones. Se vive en una sociedad de organizaciones, pues se nace en ellas, se aprende en ellas, y se sirve de ellas, se trabaja en ellas y se pasa la mayor parte de la vida en ellas.

Hasta hace poco tiempo la relación entre personas y organizaciones se consideraba antagónica y conflictiva, pues se creía que los objetivos de las organizaciones (por ejemplo, lucro, productividad, eficacia, maximización de la aplicación de recursos físicos y financieros, reducción de costos) eran incompatibles con los objetivos de las personas (por ejemplo, mejores salarios y beneficios, comodidad en el trabajo, tiempo libre, seguridad en el trabajo y en el empleo, desarrollo y progreso personal).

La solución empleada era del tipo ganar-perder: Una parte toma todo, la otra queda sin nada. En una situación de recursos limitados y escasos, si una parte gana más, es a costa de la otra, lo cual es sin duda una solución limitada, estrecha y de poca visión. Se comprobó que si la organización quiere alcanzar sus objetivos de la mejor manera posible, debe saber canalizar los esfuerzos de las personas para que éstas también alcancen sus objetivos individuales y, de ese modo, se beneficien ambas partes. En la actualidad, en el juego intereses, se prefiere la solución del tipo ganar-ganar, la cual requiere negociación, participación y sinergia de esfuerzo.

En consecuencia, el contexto en que se sitúa la gestión del talento humano está representado por las organizaciones y las personas. En resumen, las organizaciones están conformadas por personas y dependen de ellas para alcanzar sus objetivos y cumplir sus misiones. Para las personas, las organizaciones constituyen en medio de alcanzar varios objetivos personales en el mínimo tiempo y con el menor esfuerzo y conflicto.

Mucho de los objetivos individuales jamás podrían conseguirse mediante el esfuerzo personal aislado. Las organizaciones nacen para aprovechar la sinergia de los esfuerzos de varias personas que trabajan juntas. Sin organizaciones ni personas no habría gestión del talento humano.

Términos como empleabilidad y fomento del espíritu empresarial al interior de la organización o intraempresariado se emplean para mostrar, por un lado, la capacidad de las personas de conquista y mantener sus empleos y, por el otro, la capacidad de las organizaciones para desarrollar y utilizar las habilidades intelectuales y competitivas de sus miembros.

Un claro ejemplo de la simbiosis generada por la interacción de intereses de una y otra parte se representa en el siguiente cuadro:

Cuadro 4. Correlación de intereses y objetivos según su origen.

OBJETIVOS ORGANIZACIONALES	OBJETIVOS INDIVIDUALES
<ul style="list-style-type: none"> • Supervivencia. • Crecimiento sostenido. • Rentabilidad. • Calidad en los productos y servicios. • Reducción de costos. • Participación en el mercado. • Nuevos Mercado. • Nuevos Clientes. • Competitividad. • Imagen en el mercado. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mejores trabajos. • Mejores beneficios. • Estabilidad en el empleo. • Seguridad en el trabajo. • Calidad de vida en el trabajo. • Satisfacción en el trabajo. • Consideración y respeto. • Oportunidad de crecimiento. • Libertad para trabajar (autonomía). • Liderazgo participativo. • Orgullo de la organización.

En este punto resulta entonces posible una mayor aproximación al concepto de gestión del talento humano. Si bien la gestión del talento humano es un área muy sensible a la mentalidad que predomina en las organizaciones, es posible proponer una concepción.

Las personas como socias de la organización es quizás la concepción más adecuada, pues en los tiempos actuales las organizaciones están ampliando su visión y actuación estratégica. Todo proceso productivo se realiza con la participación conjunta de diversos socios, cada uno de los cuales contribuye con algún recurso. Los proveedores contribuyen con materias primas, insumos

básicos, servicios y tecnología; los accionistas e inversionistas contribuyen con capital e inversiones que constituyen el aporte financiero para adquirir recursos; los empleados contribuyen con conocimientos, capacidades y habilidades para toma de decisiones y elección de alternativas que dinamicen la organización; los clientes y consumidores contribuyen adquiriendo los bienes o servicios colocados en el mercado; los socios de la organización contribuyen con algo esperando tener un retorno por su inversión. Las alianzas estratégicas constituyen medios a través de los cuales la organización obtiene nuevos socios para fortalecer y consolidar sus negocios y ampliar sus fronteras.

El proceso de Gestión del Talento Humano, es concebido por Chiavenato como seis procesos, y los define de la siguiente manera: 1) Admisión de Personas, en donde se da el reclutamiento y la selección; 2) Aplicación de Personas, en donde se diseñan los cargos y la evaluación del desempeño; 3) Compensación de Personas, donde se fijan las políticas de remuneración, beneficios y servicios; 4) Desarrollo de Personas, donde se da el entrenamiento, los programas de cambio y las comunicaciones; 5) Mantenimiento de Personas, donde se dan las condiciones de disciplina, higiene, seguridad y calidad de vida y las relaciones con los sindicatos; y, 6) Monitoreo y Evaluación de Personas, donde se generan los procesos para acompañar y controlar las actividades de las personas y verificar resultados.

Como es sabido, la selección del Recurso Humano puede definirse como la escogencia de la persona adecuada para el cargo adecuado, es así como el éxito de un buen proceso selectivo inicia con la correcta exploración de las exigencias propias de las especificaciones del cargo.

En virtud de la enorme gama de diferencias individuales, tanto físicas (estructura, sexo, complexión, física, fuerza, agudeza visual y auditiva, resistencia a la fatiga, etc.), como psicológicas (temperamento, carácter, aptitud, inteligencia, etc.), las personas se comportan en forma diferente y se desempeñan, de modo distinto con mayor o menor éxito en las ocupaciones propias de la organización. Para lograr toda esta información, al elaborar la requisición deben tenerse en cuenta los factores específicos de un análisis de cargo, como se muestra en el siguiente cuadro:

Cuadro 5. Factores específicos de análisis de un cargo.

FACTORES INTRÍNSECOS	1. Título del cargo	<ul style="list-style-type: none"> - Nivel - Supervisión - Comunicaciones colaterales
	2. Posición del cargo en la Organización	Tareas: <ul style="list-style-type: none"> - Diarias - Semanales - Mensuales
	3. Contenido del cargo	Requisitos Mentales <ul style="list-style-type: none"> - Instrucción necesaria - Experiencia - Iniciativa
FACTORES EXTRÍNSECOS	Factores Específicos	
	Requisitos mentales: <ul style="list-style-type: none"> - Esfuerzo físico necesario - Concentración necesaria - Complejión 	
	Responsabilidad por <ul style="list-style-type: none"> - Supervisión - Equipos - Dinero 	
	Condiciones de trabajo	
	Ambiente Riesgos	

El primer paso dentro de la gestión del Talento Humano es el proceso de selección, el cual es quizá el más importante, pues bien realizado, permite la selección de la persona idónea para el desempeño de las funciones específicas que la organización requiere. El siguiente esquema sintetiza de manera clara los pasos a seguir en el proceso de selección de personal.

NECESIDAD DE MANO DE OBRA	→	Solicitud de Personal
DIVULGACIÓN	→	Reclutamiento
RECEPCIÓN DE LOS CANDIDATOS	→	Evaluación de Hojas de Vida
SELECCIÓN INICIAL	→	Entrevista Psicológica
APLICACIÓN DE PRUEBAS	→	Técnicas y Psicotécnicas
SOLICITUD DOCUMENTOS QUE INFORMEN SOBRE EL CANDIDATO	→	Referencias
SELECCIÓN FINAL POR LA ORGANIZACIÓN SOLICITANTE		
EXAMEN MÉDICO		
ADMISIÓN		
SOLICITUD DE PERSONAL		

En la fase de reclutamiento se da la recolección de Hojas de Vida a través de:

- ❖ Revisión del banco de las Hojas de Vida
- ❖ Visita a instituciones de educación técnica para la obtención de Hojas de vida de personal calificado en diferentes áreas
- ❖ Anuncio en distintos medios de comunicación (prensa o radio) de acuerdo con los perfiles requeridos
- ❖ Por solicitud directa de personal

Luego viene la evaluación de las hojas de vida obtenidas durante el reclutamiento, las cuales son estudiadas y analizadas desde la perspectiva del perfil requerido; para que sean citados a entrevistas psicológicas todos aquellos candidatos que cumplan con las especificaciones del cargo. En esta evaluación se tiene en cuenta:

- ❖ La preparación que posee el concursante para poder desempeñarse eficientemente en una posición determinada.
- ❖ Las posibilidades que tienen de adaptarse al cargo y a la entidad.
- ❖ El manejo de las relaciones interpersonales dentro y fuera del sitio de trabajo.
- ❖ La proyección y expectativas que tiene sobre el cargo y la organización.

Todos estos factores deben ser observados y analizados por el entrevistador durante la entrevista, puesto que con base en ello deberá dar concepto integral que permita decidir sobre la conveniencia en la vinculación o no, al cargo que se desea proveer. Dentro de los factores a evaluar en la entrevista se tienen:

Relaciones Interpersonales. Este factor se refiere a la capacidad del individuo de establecer contacto interpersonal, adecuado, sin agresividad y sin temores. Para detectar que tipo de relaciones maneja el individuo debe explorarse básicamente:

1. Si ha tenido problemas con los antiguos compañeros de trabajo, colegio, universidad y parque.
2. Si prefiere trabajar solo o en equipo y las razones de ello.
3. Si ha pertenecido o pertenece a algún tipo de grupo social, cultural o deportivo y que papel ha jugado en estos grupos.
4. La opinión que tiene de sus anteriores jefes y compañeros de trabajo.
5. La opinión que el cree que los demás tienen de él.

Con base de las respuestas que proporcionan los individuos, se podrá determinar si en el manejo de las relaciones interpersonales muestra timidez o seguridad, dependencia o independencia con respecto a los demás, pasividad o agresividad, indiferencia o consideración hacia a las personas, tendencia a aislarse o a integrarse a los grupos, espíritu de colaboración etc. Por lo general es deseable que las personas tengan unas buenas relaciones interpersonales, sin embargo deberán analizarse para cada cargo cuales de los aspectos anteriormente mencionados tienen más importancia y son relevantes para el cabal desempeño de las funciones inherentes al cargo.

Estudios y Experiencia. Se supone que cuando un aspirante ha llegado a la etapa de entrevista es porque cumple con los requisitos mínimos de educación necesaria para el desempeño del cargo. Sin embargo, es necesario profundizar en ellos para conocer mejor a los individuos y para adquirir información sobre estudios y para adquirir información sobre estudios que no estén consignados en la hoja de vida. Ellos pueden ser importancia para el cargo y hay que informarse sobre:

- ❖ Los estudios adicionales
- ❖ Desempeño escolar o universitario

- ❖ Notas obtenidas
- ❖ Materias preferidas
- ❖ Las sociedades a las que pertenece o perteneció.
- ❖ Intereses extraprofesionales (deportivos, literarios, musicales).
- ❖ Investigaciones o trabajos realizados.

Con esta información se podrá tener una apreciación del aspirante en los siguientes aspectos:

- ❖ Intereses
- ❖ Actividades
- ❖ Constancia para lograr sus objetivos
- ❖ Espíritu de superación
- ❖ Espíritu creativo
- ❖ Espíritu investigativo
- ❖ Estabilidad académica

En cuanto a la experiencia, ésta se refiere al dominio que ha adquirido en la práctica de su profesión u oficio, a la calidad y complejidad de los cargos en los se ha desempeñado. Así mismo, al grado en que ha desarrollado sus conocimientos y habilidades en un área determinada. Es importante anotar que el concepto de experiencia explicada es diferente al de antigüedad. Se puede ser muy antiguo en un cargo sin adquirir mucha experiencia de él. Resulta entonces aconsejable obtener información sobre:

- ❖ Las funciones que ha ejercido en los cargos que ha ocupado.
- ❖ Con qué personas ha trabajado
- ❖ Qué dificultades ha tenido en los diferentes cargos.
- ❖ Qué satisfacciones le ha proporcionado el desempeño de estos.
- ❖ Cuáles han sido las razones de los cambios de puesto.
- ❖ Cuáles considera sus mejores logros.
- ❖ Qué ha sido lo que más le ha interesado y en qué área ha profundizado sus intereses.
- ❖ Qué aspectos de su experiencia le parece más aplicables en el nuevo cargo.
- ❖ La información proporcionada, por el aspirante le servirá de base para establecer sus características en los siguientes aspectos: 1) estabilidad laboral; 2) manejo de personal; 3) adaptación a los cargos; 4) aprovechamiento de la experiencia para su autodesarrollo; 5) posibilidad de éxito en el nuevo cargo.

En cuanto a las motivaciones, éstas pueden ser entendidas como motivaciones hacia el cargo y motivaciones hacia la organización. De las primeras se puede decir que este factor se refiere al interés y las expectativas que presentan los individuos hacia el cargo al cual están aspirando. Esta motivación se puede

determinar por medio de la proyección que le de al cargo y de la actividad que haya desarrollado de tendiente a esclarecer las funciones y responsabilidades inherentes a este. Para determinar si esta motivación es adecuada se exploran los siguientes aspectos:

- ❖ Porqué está concursando
- ❖ Qué es lo que le atrae del cargo.
- ❖ Cuáles cree que son las cosas que tendrá que hacer.
- ❖ Qué ideas o proyectos le gustaría poner en práctica en este cargo.

De las motivaciones del individuo para con la organización, como quiera que este factor se refiere al interés y al deseo de pertenecer a la entidad y de contribuir eficazmente al desarrollo y los planes de la misma, se debe entonces explorar la percepción que el aspirante tenga de la organización y la disponibilidad y actitud que muestre hacia ella.

En cuanto a las cualidades personales del individuo, a lo largo de la entrevista se debe adquirir la información necesaria que permita conceptuar objetivamente sobre cualidades tales como:

- ❖ Facilidad de expresión
- ❖ Seguridad en sí mismo
- ❖ Espíritu de superación.
- ❖ Iniciativa
- ❖ Dinamismo

De los aspectos familiares se debe realizar una investigación acerca de la familia de origen, sobre las ocupaciones, metas e ideales especificados en cada uno de sus miembros. Por último se llega a la conclusión de si el candidato es o no apto para el cargo en cuestión, y se hacen las observaciones finales.

Se llega ahora a la aplicación de pruebas. Las pruebas psicotécnicas proporcionan una información científica acerca de personalidad, tendencias y actitudes de los aspirantes a los diferentes cargos. Se tiene entonces que un resultado desfavorable de la aplicación de las pruebas implica el rechazo del candidato, pero de ser superada la prueba se pasa a la última etapa, la de verificación de referencias y a la autorización de la contratación del aspirante.

2.1.6.4 La productividad. Al hablar de productividad necesariamente surge la referencia a los escritos producidos por Frederick Winslow Taylor (1856-1915)³⁵,

³⁵ Frederick Winslow Taylor. Ingeniero norteamericano que ideó la organización científica del trabajo, nacido en la ciudad de Germantown (Pennsylvania) en 1856 y muerto en Filadelfia en 1915. Procedente de una familia acomodada, Frederick Taylor abandonó sus estudios universitarios de Derecho por un problema en la vista y a partir de 1875 se dedicó a trabajar como obrero en una de las empresas industriales

quien fue el primer individuo que comenzó a observar el trabajo y estudiarlo, llegando a la conclusión que lo que hace productivos a los hombres es el conocimiento.

Existen seis factores que determinan la productividad de los que trabajan con el conocimiento:

1. La productividad de este trabajador requiere que preguntemos ¿cual es la tarea?
2. Requiere que al mismo trabajador como individuo se le imponga la propia responsabilidad como productividad. Este tipo de trabajadores tienen que auto dirigirse, tienen que tener autonomía.
3. La innovación continuada ha de ser parte del trabajo, la tarea y la responsabilidad de quienes trabajan con el conocimiento.
4. El trabajo de conocimiento exige aprendizaje continuo de parte del trabajador, pero una enseñanza continua de su parte.
5. La productividad en este trabajador no es al menos cuestión de cantidad de la producción, la calidad es por lo menos igualmente importante.
6. Por ultimo la productividad de quien trabaja con el conocimiento requiere que miremos y tratemos a dicho trabajador como un “activo” y no como un costo. Requiere que estos trabajadores deseen trabajar para la organización por encima de toda otra oportunidad.

Otra concepción refiere que la productividad o efectividad organizacional permite conocer el logro de objetivos, el aprovechamiento optimo de los recursos, la satisfacción del personal y clientes; el acuerdo entre sus integrantes sobre lo que se está haciendo y la forma en que se logra los fines de la organización que en ultimas, se traduce en rentabilidad económica del negocio, el desarrollo integral de los recursos humanos y la calidad de servicios.

La mayor dificultad para esta medición es la diversidad de variables que se utilizan. En el área de servicios, como son los hospitales, no existe un modelo de medición como tal, pues la diversidad y el carácter de inmediatez en el consumo de los servicios lo hacen más difícil. Pero existe un gran número de indicadores tradicionalmente empleados para medir la actividad de las empresas productoras de servicios. Lo más importante de este análisis es el descubrimiento de posibles ahorros que se pueden hacer en los insumos y formas de producir, en el uso de los servicios públicos, en la tecnología, lo que lleva a disminuciones significativas en los costos de producción y, por ende, a la posibilidad de ofrecer precios competitivos en el mercado.

Cada hospital es una empresa que dispone de recursos, los cuales emplea en su proceso productivo y que deben ser gestionados de la manera más eficiente. El proceso productivo que se origina tiene como finalidad que los pacientes que ingresan al hospital salgan con mejor salud y para esto utiliza, dentro de la producción, factores como recursos humanos, equipo, capital y materias primas.

En cuanto a estrategias para la medición de la productividad en instituciones prestadoras de servicios de salud se puede partir del siguiente interrogante: ¿Cómo y sobre qué medir la productividad en las instituciones de salud? Es una pregunta que a diario muchas instituciones del área de la salud se hacen, más ahora cuando existe una crisis generalizada dados los excesos de capacidad instalada e inadecuada distribución de los servicios. Algunas de las formas para la medición de la productividad en instituciones de salud, son las siguientes:

Para medir la productividad en la atención médica es necesario cuantificar la relación existente entre el número de actividades producidas, sobre el número de recursos necesarios para lograrlas, en la unidad de tiempo elegida. Se entiende por “actividad de atención médica”, a la acción o conjunto de acciones que deben realizarse para obtener un objetivo de salud definible y mensurable. Ejemplo: consulta, inyecciones, vacunaciones, intervenciones quirúrgicas, exámenes de laboratorio.

De todas formas, la productividad debe ser vista como un concepto integral dentro de la institución y deberá ser obtenida en todos los niveles jerárquicos de la misma. Así mismo deberá estar acompañada de un proceso con el cual la población al servicio de la empresa sienta que su trabajo y la mediación del mismo le aportarán como persona y que dichas acciones repercuten sobre una sociedad en su conjunto. Bajo esta visión, la empresa en su totalidad podrá acercarse a estándares óptimos de calidad.

Desde la perspectiva de Brinkerhoff y Dressler³⁶ la productividad, medida por cada nivel y unidad deberá incluir:

- Establecimiento de la misión. En ella se identifican los objetivos y los consumidores por región de la unidad. Dicha misión debe ser amplia y congruente con la misión de toda la empresa. Expresa la razón de ser de la unidad que es capaz de lograr. Su redacción debe ser breve. Expresa resultados en términos y no en actividades.

³⁶ Brinkerhoff, Robert & Dressler, Dennis. *Productivity measurement. Aguide for managers and evaluators*. SAGE publications, Inc. 127 p. Citado en: ESCUELA COLOMBIANA DE MEDICINA. Productividad, factor estratégico de la competitividad global. Bogotá, D.C.: Luis Editorial Ernesto Blanco, 1996. p. 76.

- Expectativas. Las expectativas deben identificarse por productos y servicios según los consumidores. La calidad consiste en ajustarse a lo que el consumidor le gusta y desea en un momento determinado.
- Productos claves. Se debe pensar sobre todo en los que son más importantes para la misión de la unidad, que respondan a las expectativas de los usuarios y que representen la mayor dedicación de recursos. En algunos casos, un único producto puede ser el que mejor represente la unidad y su razón de ser. Una regla que generalmente se usa es que el 20 % de los productos consumen el 80 % de los recursos. Dichos productos deben reunir los siguientes tres requisitos: 1) importancia del producto para la misión de la unidad; 2) importancia del producto para satisfacer las necesidades y expectativas de los consumidores y 3) la cantidad de recursos requeridos para elaborar dicho producto. La respuesta a este punto deberá salir del trabajo conjunto entre el *staff*, la opinión de los consumidores y la revisión del componente histórico de la unidad.
- Principales funciones. Deben representar claramente el proceso productivo de la unidad y cuáles son los insumos requeridos para la producción. Se hace mediante una metodología de análisis funcional en la que el proceso de capacitación o de formación posee un gran peso.
- Selección de medidas de productos. Es la técnica para medir uno o más productos claves que posean alta calidad y productividad, de los cuales se tenga mayor información, sean fáciles de medir, que involucren a otros procesos, cuya calidad y durabilidad sea mantenida por largo tiempo, que ya haya demostrado éxito (con fines de motivación), con *inputs* conocidos y controlables. Es una decisión que involucra consideraciones técnicas y políticas sociales.
- Selección de medidas de insumos. Para los productos escogidos en el apartado anterior se seleccionan los insumos más críticos y la forma para obtenerlos oportunamente y con calidad. Las variables a tener en cuenta se relacionan con las anteriores y, en principal medida, se deben incluir aquellos que realmente influyen sobre la productividad.
- Construcción de un índice. Consiste en mezclar los dos ítems anteriores y nuevamente, lo importante es construirlos desde la necesidad y con objetividad. Su elaboración debe ser sencilla y deberá ser concreta.

La productividad ocurre dentro de un dinámico complejo organizacional lo que significa que la cultura organizacional, los valores y la experiencia de los miembros, así como el contexto político y la historia de la institución deben ser tenidas en cuenta para el éxito. Como consecuencia se hacen las siguientes recomendaciones:

- La medición de la productividad debe ser manejada como un cambio estratégico en la organización.

- El mejoramiento de la productividad y su medición repercutirán en un liderazgo fortalecido.
- Los esfuerzos iniciales se deben enfocar hacia objetivos que tengan alta probabilidad de éxito.
- Tener en cuenta lo que han hecho administraciones anteriores.
- Estar alerta y tener en cuenta qué ramificaciones políticas puede tomar el proceso de seguimiento a la productividad.
- Permitir que la productividad toque todos los niveles de la empresa.
- Establecer redes de comunicación y de procedimientos que minimicen las sorpresas
- Proveer la capacitación y el soporte necesarios para implementar y sostener los esfuerzos de mejoramiento.
- Evaluar el sistema de medición de productividad y difunda el proceso en toda la organización.

En conclusión, el análisis de la productividad debe hacerse cuidadosamente en busca de las cifras que den explicaciones a los cambios que se van presentando a lo largo de un período.

El mejoramiento de la productividad debe concebirse integralmente en los hospitales como una estrategia de supervivencia ante las condiciones actuales de competitividad que están planteadas desde la ley y ante las cuales la institución que logre marcar la diferencia, generará valor, mejorará su productividad y logrará sostenerse en el largo plazo.

Otra visión de la productividad la constituye la Organización Internacional del Trabajo (O.I.T), la cual establece que “[...] la productividad permite a la sociedad el incremento del valor agregado, optimizando la combinación de los recursos disponibles. Su crecimiento contribuye a la prosperidad de las naciones, hace que las empresas sean más competitivas en el mercado global, contribuyendo así al mejoramiento de la calidad de vida”.

El desarrollo social y económico significa brindarles a las personas un mejor futuro. La meta final del mejoramiento de la productividad es mejorar la calidad de vida de las personas. “Bajo esta óptica la productividad puede verse como un objetivo no solamente económico sino también social, que debe invitar a un gran movimiento que propicie un conjunto de acciones integradas, permanentes e incrementables dirigidas a alcanzar el progreso económico y social, a través del incremento de la productividad con el esfuerzo de los diferentes actores, los empresarios, los trabajadores, el gobierno y la academia.

Las distribuciones de cada uno de ellos son fácilmente reconocibles, de modo que al enfrentar el reto del mejoramiento continuo de la productividad, este resultado

lleve a un negocio gana-gana, donde todos sin excepción se benefician de sus aportes.

De este modo los empresarios deben aportar un mejoramiento de la posición competitiva en el mercado que les permita unas mayores utilidades, para que amplíen sus posibilidades de mayores inversiones lo cual trae obligatoriamente la creación de más empleos.

Para el país y el gobierno la mejora en productividad puede llevar a la reducción de los efectos inflacionarios, a la consecución de un mejor nivel de vida de la población, a la creación de unas nuevas oportunidades de trabajo y a la paulatina disminución de los conflictos sociales al poder proveer mas y mejores servicios sociales y llevar a cabo sus programas mas eficientemente.

La academia podrá hacer sus aportes con mayor pertinencia y oportunidad, sin negarle jamás la posibilidad de desarrollar sus propósitos académicos propiamente dichos y sus desarrollos teóricos. Por lo anterior, para la ejecución de este trabajo se definió productividad como el número de actividades realizadas por docentes, residentes e internos, en la E.S.E. Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo, durante el mes de febrero del 2004.

2.1.7 Convenio docente-asistencial. El Convenio docente-asistencial que rige para el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo y la Universidad Surcolombiana se enmarca dentro de los lineamientos del Decreto 190 de 1996, el cual reglamenta el desarrollo de las relaciones docente-asistenciales en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, y es el reglamentario del Artículo 247 de la ley 100 de 1993.

Cabe destacar que dichos convenios buscan articular en forma armónica las acciones de las instituciones educativas e instituciones que prestan servicios de salud para cumplir con su función social, a través de la atención de salud a la comunidad y la formación del recurso humano que se encuentra cursando un programa de pregrado o postgrado en el área de salud.

Con base en este Decreto, se realiza la revisión del convenio docente-asistencial vigente, celebrado entre la E.S.E. Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo y la Universidad Surcolombiana. Se observa que el convenio se rige por el decreto en mención, lo que garantiza, inicialmente el éxito de las relaciones docente asistenciales, que contribuyen al cumplimiento de las metas y propósitos organizacionales de las partes involucradas y cuyo objeto es “establecer una colaboración institucional entre las partes con el propósito de mejorar la prestación de los servicios de salud a los usuarios, regular y desarrollar de común acuerdo en las instalaciones del hospital, los programas que tiene la Facultad de Salud de la Universidad Surcolombiana, garantizando la excelencia académica en la formación de los estudiantes de pregrado y postgrado, así como la prestación

de un óptimo servicio de atención en salud a la comunidad, respetando ambas partes sus respectivos ámbitos de competencia y los mecanismos de acción que se definen a través de este convenio”.

Así mismo, para la investigación es pertinente conocer los valores asumidos por el convenio, los cuales se anuncian en la cláusula octava y que a la letra dice: “los servicios de salud acordados en el programa docente-asistencial y especificados en las guías de atención integral, no darán lugar a gastos a cargo de las partes. Los sobrecostos en la atención en salud que la actividad docente asistencial ocasione al Hospital serán asumidos por las personas que los ocasionen. El valor de los sobrecostos serán determinados por el comité docente asistencial”³⁷.

Igualmente en la cláusula cuarta “obligaciones del hospital”, también amerita un exhaustivo estudio debido a que en esta cláusula se definen todos los aportes que le corresponden al Hospital, para cumplir con el convenio según “Artículo 10, Capítulo III, tipo de convenio, recursos y participación”. Es de resaltar la obligación número catorce que a la letra dice: “los docentes de la Universidad Surcolombiana y vinculados contractualmente, no podrán tener horarios concurrentes superiores al cincuenta por ciento del tiempo contratado, con la Universidad, lo anterior salvo disposición legal contraria”. Y la obligación número quince: “los profesionales vinculados por el Hospital, realizarán funciones docente asistencial, en coordinación con la estructura administrativa del hospital, sin menoscabo del servicio asistencial, sin exigencia de remuneración adicional, y sin que esto implique vínculo laboral con la Universidad”.

El Decreto 2309 del 2002,” por el cual se define el Sistema Obligatorio de Garantía de calidad de la atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud”, no hace una diferencia entre las instituciones con convenios docente asistenciales, y otras instituciones que son netamente asistenciales, las cuales exigen formas de evaluación de su comportamiento productivo y asignación de recursos diferentes.

2.1.8 Antecedentes investigativos. Existen pocos estudios respecto al tema de la productividad en el sector salud, ya que ésta sólo es considerada por los expertos a partir de los cambios que surgieron en el año 1993, donde Colombia fue objeto de una de las más sustanciales reformas de la salud. La ley 100 de 1993, la cual desarticuló normativamente un sistema casi monopólico de servicios, imperante hasta ese momento. Al desvertebrarse el sistema anterior, el subsistema público transita de la función de proveedor y coordinador de un sistema de servicios de salud al papel de regulador de un mercado de servicios.

³⁷ El Comité Docente Asistencial se rige por el Artículo 7 del Decreto 190 de 1996.

El supuesto detrás del nuevo papel es que esta última condición permite una mayor eficiencia en el uso de recursos y cobertura de la población, al ampliar la oferta existente, integrando sector público y privado alrededor de un sistema común. En hipótesis, esto permite ampliar substancialmente la oferta para satisfacer la demanda no satisfecha en el anterior sistema.

Dentro de los estudios que se encontraron referentes al tema de la cuantificación de los beneficios generados a una empresa social del Estado, por las prácticas clínicas de los docentes, residentes e internos de una Facultad de Salud, se encontró el desarrollado por la Facultad de Ingeniería de la Universidad Industrial de Santander en el año 2001. Se trata de la investigación titulada: “Cuantificación de la participación de la Universidad Industrial de Santander en las actividades asistenciales de la E.S.E. Hospital Universitario Ramón González Valencia de Bucaramanga”.

Dicha investigación permitió conocer las ventajas que provee a la E.S.E.-HURGV, las prácticas clínicas en esa institución, las cuales influyen directamente en la calidad del servicio que reciben los usuarios del hospital. Igualmente, el talento humano de la Facultad de Salud diseña, produce y entrega un servicio teniendo en cuenta las normas, procedimientos y técnicas para la prestación de los servicios, satisfaciendo de esta forma las necesidades y expectativas de los usuarios.

De otro lado, se observó que las prácticas Docentes-Asistenciales permiten a la E.S.E. Hospital Universitario Ramón González Valencia, disminuir el tiempo promedio de espera de los usuarios para recibir la atención asistencial, por lo tanto, a su vez produce un aumento en la participación del mercado. Otro de los aportes significativos que arrojó el citado estudio es el referente al conocimiento científico en el desarrollo de las actividades diarias, fomentando una cultura de calidad.

2.2 MARCO LEGAL

La presente investigación se enmarca en el análisis de las siguientes normas:

- **Ley 10 de 1990.** “Por la cual se reorganiza el Sistema Nacional de Salud y se dictan otras disposiciones”. Con esta Ley se procuró inscribir al sector salud en la dinámica de descentralización que se impulsaba en el país, en un intento por darle continuidad, aunque de una forma renovada, a una estructura organizacional de la salud en Colombia que se remontaba a los años setenta del siglo XIX.
- **Ley 60 en el año de 1.993.** “Por la cual se dictan normas orgánicas sobre la distribución de competencias de conformidad con los Artículos 151 y 288 de la Constitución Política y se distribuyen recursos según

los Artículos 356 y 357 de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones”. En lo que atañe a la salud, en esta Ley se distribuyeron las competencias y los recursos entre los tres niveles de gobierno existentes en el país: Nacional, Departamental y Municipal.

- **Ley 100 de 1993.** “Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones”. Sin duda alguna, la Ley 100 constituye la más trascendental reforma a todo el sistema de seguridad social en el país y sus ventajas y desventajas aún hoy son motivo de enconadas discusiones.
- **Decreto 0190 de 1996.** “Por el cual se dictan normas que reglamentan la relación docente-asistencial en el sistema general de seguridad social en salud”. Este Decreto deroga lo dispuesto en el Decreto 1210 de 1978.
- **Decreto 1938 de 1994.** “Por el cual se reglamentaba el plan de beneficios en el Sistema Nacional de Seguridad Social en Salud, de acuerdo con las recomendaciones del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, contenidas en el Acuerdo número 008 de 1994”. Este Decreto fue derogado por el Decreto 806 de 1998.
- **Decreto 190 de 1996.** “Por el cual se reglamenta el desarrollo de las relaciones docente-asistenciales en el Sistema General de Seguridad Social en Salud” Este Decreto es el reglamentario del Artículo 247 de la Ley 100 de 1993.
- **Decreto 2309 de 2002.** “Por el cual se organiza el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad del SGSSS”.
- **Decreto 2309 del 2002.** “Por el cual se define el Sistema Obligatorio de Garantía de calidad de la atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud”.

2.3 MARCO CONTEXTUAL

2.3.1 Historia y origen del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo. En el departamento del Huila el primer hospital creado fue el hospital San Miguel de Neiva en 1882, respondiendo al proceso de laicización (relativo a laicos) de los hospitales iniciado en 1881, donde la organización jurídica y patrimonial de las entidades estaba bajo el cuidado de las comunidades religiosas. Posteriormente se crearon los pabellones de pensionados para usuarios con capacidad de pago.

En 1856, el párroco de Neiva, presbítero Ávila Valdez había contribuido con la fundación de la “sociedad de caridad y beneficencia de Neiva”, asignando una casa para atender enfermos como un servicio voluntario y de carácter humanitario.

En 1882 llegan a Neiva las religiosas de la comunidad de La Presentación y organizan primitivamente los servicios asistenciales separando a pensionados de los de caridad, igualmente a hombres y mujeres. En 1930 el Dr. Máx Duque Gómez crea salas de cirugía asépticas, dota el laboratorio clínico y el de patología y nombra especialistas en patología.

En 1936, por intervención del gobierno Nacional, se convierte en entidad de atención pública (Artículo 16, Acta legislativa No 1 de 1936). Bajo la dirección del Dr. Luis Felipe Cabrera se toma la iniciativa de la construcción de un nuevo hospital para mayor cobertura. El 17 de julio del mismo año, según Acuerdo del Consejo de Neiva, se aprueba la compra de un lote para la construcción de un nuevo hospital que sería de siete plantas con capacidad de 350 camas y que ocuparía el tercer lugar del país, un año después se realiza la compra donde actualmente funciona la E.S.E Hernando Moncaleano Perdomo.

En 1953 se asigna la primera partida de quinientos mil pesos (\$500.000) para su construcción y simultáneamente se inicia la modernización del hospital San Miguel, mediante la admisión de médicos internos, rotatorios y personal paramédico en formación. Además se comienza a gestionar el carácter del nuevo hospital universitario, que para 1958 era una edificación de un solo piso.

El 26 de junio de 1973 el ministerio de salud establece los estatutos del hospital general de Neiva (resolución 1807), para convertirse en la sede de la unidad regional que mediante acta 001 recibió el nombre de: "Hospital General de Neiva Hernando Moncaleano Perdomo". La nueva planta del Hospital fue puesta al servicio de la comunidad en octubre de 1975 con el Departamento de Consulta Externa y el 14 de enero de 1976 comenzaron a funcionar los servicios de urgencia y de hospitalización, este último con una capacidad de 120 camas.

En 1960, con la donación presupuestal y la creación de un pabellón especial para TBC; nace el Departamento de Medicina Interna, del cual no se encontró más información hasta cuando se trasladan al nuevo hospital en 1976 con los servicios de ginecología, cirugía y medicina interna para una ocupación de 120 camas entre los tres.

Con la fundación de la Universidad Surcolombiana en la década de los años 70 y posteriormente la creación de la carrera tecnológica de Enfermería, se inicia concomitantemente la actividad docente en el hospital por ser el sitio de práctica por excelencia del personal en formación.

En 1979 se formó el comité Docente Hospitalario mediante la resolución 381 de 8 abril de 1979 y se organiza el internado dentro de la institución. El 21 de julio de 1983, con la iniciación de labores de carrera de medicina de la Universidad Surcolombiana en un edificio anexo al hospital, se gestan los primeros pasos para la conformación, en ese entonces, de los Departamentos Médico-Quirúrgicos en el Hospital Hernando Moncaleano Perdomo y hacia 1986-1987 ya se identifican

dentro de él departamentos específicos con asignación de personal especializado y personal paramédico en cada uno de ellos; y es así como en septiembre de 1988 se establece el primer convenio docente asistencial (Facultad de Salud USCO y Hospital).

Se puede ver así, cómo la actual institución va concatenando con la actual implementación de las políticas nacionales de descentralización administrativa y en salud, el desarrollo académico de la Universidad Surcolombiana y las necesidades de sus usuarios.

El advenimiento de la semestralización de la carrera de medicina en 1996 y la creación del postgrado en cirugía General que inició labores el 1 de septiembre de 1997, ha hecho que la actividad docente asistencial vaya creciendo paulatinamente, lo cual ha generado la reorganización de actividades e incremento del recurso humano calificado, que redundan en beneficio de la atención al usuario, como también en beneficio económico, científico y tecnológico de la institución.

A partir del 1 de agosto de 1997, por medio del Decreto 730 emanado del Gobierno Departamental, el Hospital Hernando Moncaleano Perdomo fue transformado en E.S.E. (Empresa Social del Estado), con lo cual, posteriormente, consolidó su nueva estructura administrativa.

Es a partir del cambio generado por la Ley 100 de 1993 que el hospital, convertido en empresa, inicia la nueva transformación y adquisición de tecnología de punta para convertirse en el primer centro de referencia de la región Surcolombiana y desde 1997 se incorporó la Unidad de Cuidados Intensivos, la Unidad de Medicina Nuclear, la unidad Renal, la Unidad de Imágenes Diagnosticas y próximamente las unidades de Cardiología y Neumología.

En 1998, mediante la ordenanza No 054 de 24 Diciembre de 1998, la E.S.E. Hospital Hernando Moncaleano Perdomo es convertido en Hospital Universitario, afianzando aun más sus nexos con la Universidad Surcolombiana.

2.3.1.1 Programas con los que cuenta. Actualmente la E.S.E. Hospital Hernando Moncaleano Perdomo, dentro del portafolio de servicios tiene contemplados los siguientes programas: Neurología, Neurocirugía, Ginecobstetricia, Cirugía, Hospitalización, Pediatría, Neonatos, Psiquiatría, Unidad de Cuidados Intensivos, Urgencias, Medicina Física y Rehabilitación, Ayudas Diagnosticas y terapéuticas, Medicina Interna, Otorrinolaringología y Farmacia.

2.3.1.2 Tipo de Empresa. La Empresa Social del Estado Hospital Universitario “Hernando Moncaleano Perdomo” es la institución de mayor complejidad de

atención de Salud en el departamento del Huila y es de referencia de todos los Hospitales de primero y segundo nivel de atención del Departamento.

2.3.1.3 Cultura Organizacional. Dentro de lo que comprende la cultura organizacional del Hospital Universitario “Hernando Moncaleano Perdomo” se destaca lo siguiente:

Misión. Ofrecer servicios de Salud de mediana y alta complejidad a la población de la región sur colombiana apoyados con tecnología de punta, bajo parámetros de calidad, oportunidad y eficiencia, de ética, de humanidad, identidad y compromiso en la asistencia médica; satisfaciendo las expectativas de los usuarios y alcanzando una rentabilidad social y económica que garanticen la supervivencia y el desarrollo institucional.

Visión. Liderar en el escenario departamental y nacional optimizando la prestación de servicios de salud en la región surcolombiana, mediante la potenciación integral de los recursos y el fortalecimiento organizacional. Mediante el mejoramiento, bajo parámetros de oportunidad, eficiencia, eficacia, calidad en la atención y en el servicio, cumpliendo con las necesidades y expectativas de nuestros clientes.

2.3.1.4 Objeto Social. El Hospital Universitario E.S.E “Hernando Moncaleano Perdomo” es una entidad de tercer nivel de atención integral de los clientes a través de diagnóstico precoz, tratamiento médico-quirúrgico y rehabilitación física, mental y social, utilizando tecnología de última generación.

Brindamos atención personalizada en el área de salud en la región surcolombiana a afiliados a los regímenes contributivo, subsidiado y población pobre vulnerable sin capacidad de pago.

2.3.1.5 Objetivos de la Empresa. Los objetivos definidos por la organización Hospital Universitario “Hernando Moncaleano Perdomo” son:

- Producir servicios de salud eficientes y efectivos que cumplan con las normas de calidad establecidas, de acuerdo con la reglamentación que se expida para tal propósito.
- Prestar los servicios de salud que la población requiera y que la Empresa Social del Estado Hospital “Hernando Moncaleano Perdomo”, de acuerdo a su desarrollo y recursos disponibles pueda ofrecer.
- Garantizar, mediante un manejo gerencial adecuado, una rentabilidad social y financiera de la E.S.E.
- Ofrecer a las E.P.S,s y demás personas naturales o jurídicas que lo demanden, servicios y paquetes de servicios de salud a tarifas competitivas en el mercado.

- Satisfacer los requerimientos del entorno, adecuando continuamente sus servicios y funcionamiento.
- Garantizar los mecanismos de participación ciudadana y comunitaria establecidos por la ley y los reglamentos.

2.3.2 Reseña histórica del Programa de Medicina de la Universidad Surcolombiana. A partir de 1.975 ante la necesidad sentida en la región, la "Universidad Nacional de Colombia" bajo la rectoría del Dr. Luís Eduardo Meza Velásquez dio los pasos para la posible creación de una seccional de Facultad de Ciencias de la Salud en la ciudad de Neiva.

En abril de 1978 el Dr. Emilio Aljure Nacer, Rector de la Universidad Nacional y el Dr. Roque González Garzón, Rector de la Universidad Surcolombiana de Neiva, autorizados por los Consejos Superiores Universitarios suscriben un contrato de un año de duración para la realización de un estudio de factibilidad para la creación del programa de ciencias de la salud en la Universidad Surcolombiana; este estudio comprendió:

- Análisis socioeconómico de la región surcolombiana.
- Análisis de la situación de salud de la región.
- Análisis de la situación de educación de la región.
- Diagnostico de la situación surcolombiana.
- Análisis de profesionales de la salud en la región Surcolombiana.
- Definición de programas académicos en el área de la salud en Coordinación con el ICFES.

En marzo de 1979 el Dr. Ramses Hakin Murad, rector de la Universidad Nacional de Colombia y el Dr. Roque González Garzón, Rector de la Universidad Surcolombiana, contando con la previa autorización de los Consejos Superiores, firman un contrato con cláusulas pertinentes a la carrera de Medicina, las cuales son:

- Asesoría académica por parte de la Universidad Nacional de Colombia dirigida a planes de estudio.
- Formación a nivel de pregrado.
- Formación, capacitación y actualización de docentes.
- Estudios de factibilidad para la creación de carreras nuevas en la Universidad Surcolombiana.
- Creación de un programa de medicina con sede en Neiva.

Mediante el Acuerdo 03 de 1981, la Sociedad de Beneficencia y Caridad de Neiva, Hospital San Miguel (septiembre 18) destinó un lote de terreno para la Facultad de Medicina en Neiva, contigua al Hospital General de Neiva.

En 1982 el Concejo Superior de la Universidad Surcolombiana, con el Acuerdo 065 del 24 de junio, aprueba la apertura del programa de medicina y con el Acuerdo 100 del 22 de julio se concede la licencia de funcionamiento expedida por ICFES.

En los años 1986 y 1987, bajo la dirección del Dr. Jaime Ruiz Leal como Decano, se desarrolló el primer proyecto de auto evaluación y plan de estudios que fue aprobado por el Acuerdo 05 del 28 de marzo de 1984. Dicho plan de estudios integró una estructura curricular con 68 asignaturas. Posteriormente, en 1992, el ICFES genera una resolución para tomar medidas tendientes a solucionar problemas de índole administrativo y académico, e igualmente, en 1983, el programa inicia sus actividades académicas con la asesoría de la Universidad Nacional de Colombia Sede de Bogotá.

La Facultad de Salud fue creada por el Decreto 3092 de 08 de noviembre de 1983 emanado del Ministerio de Educación, iniciando su funcionamiento como tal en el mes de mayo de 1984 con el nombramiento del primer decano, para coordinar el programa de medicina.

La Decanatura de la Facultad fue asignada mediante Resolución de Rectoría. A partir de 1992 los decanos han sido elegidos por voto popular para desempeñar el cargo por un periodo de 3 años.

En el año 1997 el Decano Dr. Luís Alberto Cerquera inició la era de los postgrados en el área clínica y comunitaria, siendo anestesiología el primer postgrado clínico y posteriormente se continuó con Ginecobstetricia, Nefrología, Medicina Interna, pediatría y cirugía general, además del postgrado en áreas administrativas.

En el momento de este estudio la Facultad de Salud cuenta con programas de pregrado en el área de Enfermería con 180 estudiantes, Medicina con 433 de los cuales 57 son internos y 27 son residentes; psicología cuenta con 327 estudiantes.

2.3.2.1 Cultura Organizacional de la Facultad de Salud. Dentro de lo que comprende la cultura organizacional de la Facultad de Salud de la Universidad Surcolombiana se destaca lo siguiente:

Misión. Formar profesionales en medicina que estén en capacidad de adecuar e interpretar el conocimiento científico, humanístico y técnico disponible para ponerlo al servicio de la solución de los problemas de salud de la región, con proyección universal que permita un desarrollo integral de las comunidades, haciendo uso de un pensamiento ético que reivindique la dignidad humana y le permita la búsqueda del nuevo conocimiento.

Visión. El programa de medicina de la Facultad de Salud de la Universidad Surcolombiana en el año 2010 aspira a ser un espacio de permanente intercambio de saberes que revierta en una atención en salud de excelente calidad.

Tendrá un grupo de docentes idóneos, altamente calificados, con sólidos principios éticos, humanos y académicos, que les permitirá tomar en los alumnos una actitud crítica y una capacidad para abstraer, relacionar, integrar y analizar al ser humano como una unidad biosicosocial.

La formación integral del ser humano y la formación del profesional médico será de la más alta calidad humana y científica, con una cultura investigativa que les permita apropiarse de los avances de la ciencia e incorporar los adelantos tecnológicos en salud, para que de manera acertada puedan intervenir interdisciplinariamente en la construcción de una sociedad a partir de abordajes participativos, que les facilite detectar problemas prioritarios y proponer alternativas eficaces de solución. Así las cosas, nos mueven los siguientes propósitos y objetivos:

Propósitos:

- Impulsar el desarrollo del conocimiento científico, humanístico y la adaptación y generación de tecnologías aplicables al proceso de formación integral de los futuros profesionales.
- Gestionar oportunamente ante las instancias pertinentes los recursos, tanto humanos como materiales, que garanticen el logro de los objetivos del programa.
- Contribuir a la solución de los problemas que afecten la salud de la población mediante el desarrollo de programas continuos e interdisciplinarios de extensión, acorde con las necesidades prioritarias del entorno, los avances de la ciencia y la tecnología, en concertación con los sectores del nivel regional y nacional en pro del bienestar biosicosocial, individual y de las comunidades.
- Organizar el ejercicio integral de las funciones docentes compatibles con la investigación.
- Facilitar el intercambio científico y tecnológico en pro de la calificación de la labor docente.
- Estructurar y manejar el sistema de búsqueda, recuperación y utilización de la información científica en las ciencias de la salud.
- Promover el logro de conocimientos, actitudes y destrezas para el tratamiento y rehabilitación de la morbilidad prevalente regional y nacional.

- Crear un clima institucional, que apoyado en la identidad y sentido de pertenencia a la institución, promueva el desempeño del personal en un ambiente estimulante para la iniciativa y la creatividad, procurando un alto nivel de satisfacción personal.

Objetivos:

- Formar un profesional altamente capacitado en el aspecto científico, tecnológico, ético y humanístico.
- Fomentar la capacidad para el auto aprendizaje.
- Promover la calificación de la cultura en la salud de la comunidad en torno.
- Garantizar el conocimiento multicausal de los problemas de salud del entorno nacional.
- Implementar políticas coherentes de actualización docente.
- Propender por la conveniente dotación tecnológica del área de práctica.
- Fomentar espacios de reflexión ética.
- Garantizar los medios y recursos didácticos y bibliográficos que faciliten la labor académica.
- Estimular las acciones de liderazgo.
- Lograr destrezas para la aplicación del método científico en investigación y análisis de la realidad.
- Implementar instrucción sobre enfoque de riesgo individual, familiar y social.
- Integrar los conocimientos epidemiológicos a la práctica médica.
- Ubicar el proceso de formación en el contexto socio histórico del medio regional y nacional.
- Propender por la excelencia académica.
- Propender por que sus egresados alcancen el nivel de calificación necesario para desempeñarse en el medio.

2.3.2.2 Programas con los cuenta. Actualmente la Facultad de Salud posee tres programas de pregrado: Medicina; Psicología y Enfermería. En el área de postgrado el programa de Medicina cuenta con cuatro especializaciones clínicas como son Anestesia, Cirugía General, Ginecobstetricia y Pediatría y especialidades no clínicas como Epidemiología, Gerencia en Servicios de Salud y Seguridad Social, Calidad y Auditoria en Servicios de Salud.

2.3.2.3 Tipo de Facultad de Medicina. El programa de medicina de Universidad Surcolombiana se encuentra catalogado como el mejor del sur del país y a nivel nacional ocupa el décimo sexto lugar de acuerdo a la calificación otorgada por ASCOFAME, en el año 2004.

3. MÉTODO

3.1 DISEÑO

La presente investigación es de diseño no experimental por cuanto se observó los fenómenos tal y como ocurren naturalmente, sin intervenir en su desarrollo.

3.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN

Se trata de una investigación de tipo exploratorio descriptivo por cuanto se cuantificaron las actividades realizadas por docentes, residentes e internos del programa de medicina de la Universidad Surcolombiana en el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo, en el mes de Febrero del año 2004 y a la vez que se evaluó el desempeño del convenio en cuanto a la productividad registrada y la proyección de la misma para los siguientes meses del año.

En la presente investigación no se formularon hipótesis, por cuanto en las investigaciones de tipo descriptivo no se plantean hipótesis, pues éstas contemplan la relación entre variables y predicciones probabilísticas³⁸, lo que no se hace en la presente investigación.

3.3 VARIABLES

Dentro del conjunto de variables intervinientes se tienen:

- El talento humano.
- La vinculación laboral del docente.
- El tipo de vinculación laboral.
- Las actividades productivas.
- El costo por actividad.

3.3.1 Operacionalización de variables. El siguiente cuadro muestra la operacionalización de las variables.

Cuadro 6. Operacionalización de variables intervinientes,

³⁸ HERNÁNDEZ SAMPIERI, Roberto; FERNÁNDEZ COLLADO, Carlos; BAPTISTA LUCIO, Pilar. Metodología de la investigación. México: McGRAW-HILL, 1997. p 58.

según categoría e indicador.

Variable	Definición	Categoría	Indicador
Talento humano	Todos aquellos profesionales, practicantes de medicina, en proceso de formación en especialización y docentes universitarios.	Docente, Residente e interno	Porcentaje de profesionales según formación académica
Vinculación laboral del docente	Institución nominadora del docente.	USCO, Hospital ambas u otros.	Porcentaje según vinculación.
Tipo de vinculación laboral	Forma de contratación realizada por la Universidad.	De tiempo completo medio tiempo o catedrático	Porcentaje según tipo de vinculación .
Actividades productivas	Todas aquellas acciones que se realizan en los diferentes servicios que presta el hospital.	Cirugía general, Neurología, Neurocirugía, Ginecobstetricia, Medicina Interna, Urgencias, Pediatría, Otorrinolaringología, Consulta Externa, Urgencias, Psiquiatría, Ortopedia, Anestesiología UCI.	Numero de actividades realizadas por docente, residente e interno de la USCO en la E.S.E..
Costo por actividad	Valor económico de todas aquellas actividades y/o procedimientos realizados en los diferentes servicios que presta el hospital.	Tarifas SOAT 2004	Número de actividades realizadas por valor unitario.

3.4 ÁREA DE ESTUDIO

La E.S.E Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo, es una institución de 2° y 3° nivel de atención, que eventualmente ofrece algunas

actividades de alta complejidad y que está orientada a la producción de servicios de salud, para ofrecerle a las entidades promotoras de salud, EPSs, entidades Administradoras del Régimen Subsidiado y a la población pobre vulnerable sin subsidio, a la demanda y demás personas naturales y jurídicas, un servicio idóneo y la garantía de supervivencia y desarrollo institucional. Así las cosas, y en virtud de los objetivos de la presente investigación, el área de estudio comprende los criterios administrativos y de gestión de los servicios de salud y seguridad social que se brindan con ocasión del convenio docente-asistencial que rige para el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo y la Universidad Surcolombiana.

Las unidades de servicios en las cuales se llevó a cabo el estudio fueron: ortopedia, medicina interna, pediatría, cirugía general, cirugía plástica, oftalmología, salud mental, otorrinolaringología, dermatología, neurología, urgencias, neurocirugía y unidad de cuidados intensivos, en las cuales hubo la presencia de docentes residentes e internos.

3.4.1 Universo y población. Se habla de universo y población por cuanto la investigación se aplicó a todas las unidades de servicios y a todos los procedimientos y/o actividades realizadas por los docentes, residentes e internos de la Facultad de Salud de la Universidad Surcolombiana, que se encontraban laborando durante el mes de febrero del 2004, en cumplimiento del convenio docente-asistencial entre el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo y la Universidad Surcolombiana.

3.5 INSTRUMENTO

Para la recolección de la información, inicialmente se revisaron las agendas médicas facilitadas por la oficina de Subgerencia Técnica Científica, posteriormente, en el mes de febrero se llevó a cabo la observación directa de las actividades realizadas por los docentes, residentes e internos; igualmente se analizó el tipo de vinculación de los docentes, adscritos a la Universidad Surcolombiana y a la E.S.E Hospital Hernando Moncaleano Perdomo. Para la recolección de la información se diseñó el siguiente formato:

				Vinculación laboral		
				USCO	Hospital	Ambos
Docente		_____		_____		_____
Residente		_____		_____		_____
Interno		_____		_____		_____
Otro		_____		_____		_____
				Unidad productiva		
Urgencias			Cirugía			Consulta Externa
Salas especiales	_____		Cirugía general	_____		Pediatría _____
Cirugía general	_____		Oftalmología	_____		Cirugía general _____
neurología	_____		Urología	_____		Dermatología _____
Otorrinolaringología	_____		Cirugía plástica	_____		Medicina Interna _____
Ortopedia	_____		Ortopedia	_____		Ginecología y obstetricia _____
						Oftalmología _____
Cirugía plástica	_____		Traumatología	_____		Cirugía pediátrica _____
Urología	_____		Cirugía vascular	_____		Ortopedia _____
Suturas especiales	_____		Ginecología y obstetricia	_____		Cirugía plástica _____
Ginecología y obstetricia	_____		Neurocirugía	_____		
Oftalmología	_____		Otorrinolaringología	_____		Neurocirugía _____
Gastroenterología	_____					Neurología _____
Servicios profesionales	_____					Urología _____
						Otorrinolaringología _____
						Gastroenterología _____
						Neumología pediátrica _____
						Neumología adultos _____
						Anestesia _____
						Psiquiatría _____

Procedimiento:

3.6 CRITERIOS DE ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

3.6.1 Criterios técnicos. Desde la perspectiva técnica, para el procesamiento de la información se utilizaron en la mayoría de los casos la tabulación manual de los resultados sobre los cuales se estructuraron graficas, cuadros y análisis de las diferentes variables en forma individual y, posteriormente, se correlacionaron entre las mismas. Todo lo anterior de acuerdo a la necesidad de discernir cuantitativamente sobre la productividad.

3.6.2 Criterios éticos. El comportamiento ético exige que los autores de la investigación guarden absoluta confidencialidad sobre la información obtenida,

garantizando a la institución que los resultados encontrados serán entregados únicamente a las personas responsables de la gestión de las diferentes áreas.

El comportamiento ético de su autores significa que todos los actos estuvieron ajustados a las normas de estricta conciencia, al respeto por la dignidad de todos los seres, al reconocimiento de sus derechos, en una palabra, a la canalización de todas las acciones para el bien individual o colectivo.

Considerada la ética como la sujeción estricta a las normas de moral y a la práctica permanente de la responsabilidad en todos los actos para el bien individual o colectivo, la institución de salud debe considerarla como su característica o atributo permanente reflejados en las acciones de conjunto o individuales.

El presente estudio, por manejar información de carácter confidencial, que únicamente interesa a los Docentes, Residentes, internos y a los investigadores, no menciona los nombres de quienes suministran la información, además porque el tema de interés para los investigadores es la problemática sobre la productividad en el contexto del convenio docente-asistencial celebrado entre la E.S.E. Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo y la Universidad Surcolombiana.

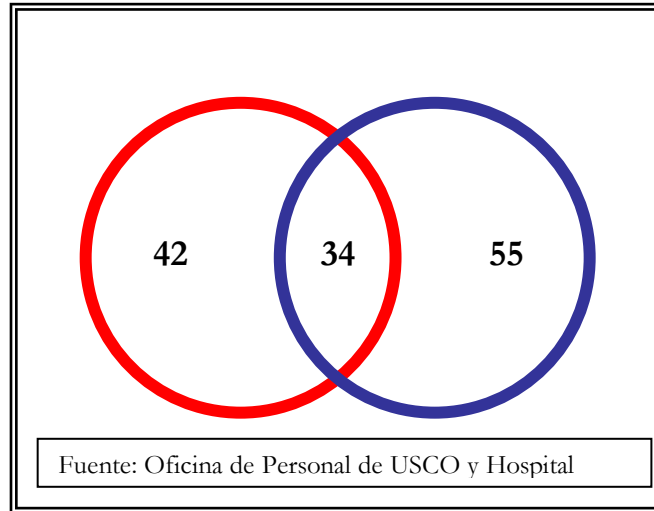
3.6.3 Plan de análisis. El análisis de la información recolectada se realizó de conformidad con los siguientes criterios:

- Según su fin. Es un estudio aplicado porque trata un problema institucional del sector salud.
- Según su alcance temporal. Es seccional porque estudia un momento específico que es el mes de febrero de 2004 que permite medir la productividad en el contexto del convenio asistencial entre las entidades analizadas.
- Según su profundidad. Es un estudio exploratorio descriptivo porque mide variables precisas en términos económicos, sociales y administrativos como consecuencia de un problema de la productividad en el sector salud.
- Según su amplitud. Es interinstitucional-Social porque el problema tiene una localización puntual en el hospital y la Universidad Surcolombiana.
- Según sus fuentes. Es directa e interna la información porque se basa en documentos y la experiencia que tienen los que desarrollan el trabajo como empleados del Hospital-Universidad y de la USCO.
- Según su conducta. Es cuantitativa porque se analizaron variables e indicadores y es cualitativa en su impacto social.
- Según su objeto. Se hace sobre un convenio asistencial sobre dos instituciones de salud, con criterios de productividad.

4. ANÁLISIS DE RESULTADOS

4.1 CARACTERIZACIÓN Y DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN

En el momento de este estudio la Facultad de Medicina de la Universidad Surcolombiana dispone de 76 docentes (con especialidades clínicas), 57 internos y 27 residentes, los cuales prestan servicios asistenciales en la E.S.E. HMP. El hospital cuenta con 89 médicos, de los cuales 34 tienen contrato laboral con ambas instituciones. En la Figura 1 se presenta el personal médico que labora con la USCO y con el Hospital, resaltando los que presentan simultáneamente contrato con ambas entidades.



Convenciones: Anillo rojo: USCO, anillo azul: Hospital

Gráfica 1. Distribución numérica del personal médico que labora con la USCO y con el Hospital, respectivamente, según la institución para la que trabajan.

De los 76 docentes vinculados con la Universidad 15 son de planta, 39 de medio tiempo, 19 de cátedra y el resto de tiempo ocasional. De los médicos vinculados con la E.S.E. H.M.P. 20 son médicos generales y la gran mayoría están en el

servicio de Urgencias, situación que lleva a que la Docencia que brindan a los internos y/o residentes es escasa.

4.2 PRODUCTIVIDAD EN ÁREA DE CONSULTA EXTERNA

La participación de la USCO en Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo se puede discriminar así: en el desarrollo del área de Consulta Externa a través de las consultas externas de cardiología adulto equivale al 94%, en las consultas de cardiología pediátrica la participación es del 50%, en las consultas de neumología adulto del 82%, en las consultas de neumología pediátrica del 58%, en las consultas de gastroenterología del 85%, en las consultas de otorrinolaringología del 86%, en las consultas de urología del 42%, en Neurología del 86%, neurocirugía del 29%, en las consultas de cirugía plástica del 47%, ortopedia del 96%, cirugía pediátrica del 48%, oftalmología del 89%, ginecología 96%, medicina interna 98%, dermatología del 88%, cirugía general del 97%, y el 93% en las consultas de pediatría; se puede decir que de 4054 consultas externas, en promedio la Facultad de Medicina de la USCO participa con el 83 %, de estas.

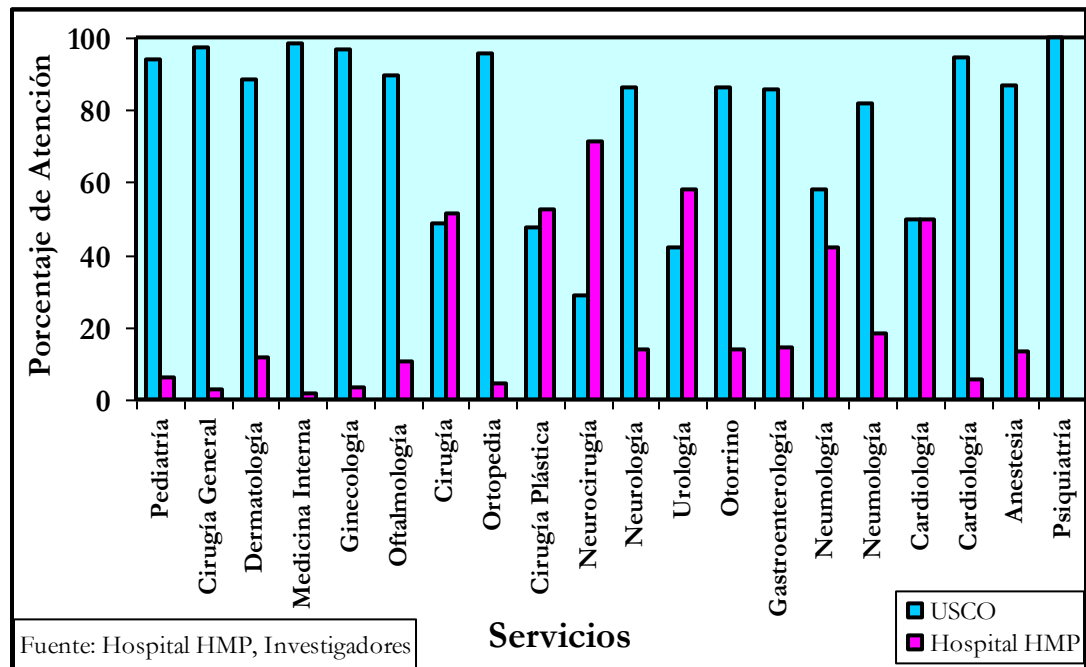
Las especialidades de cirugía plástica, cirugía pediátrica y neurocirugía, no cuentan con una notoria participación de la Universidad, debido a que los internos rotan por cortos periodos de tiempo.

En el Cuadro 7 y en las Gráficas 2 y 3 se presenta la distribución porcentual de la productividad y participación de Consulta Externa realizadas en el Hospital Hernando Moncaleano Perdomo, durante febrero de 2004.

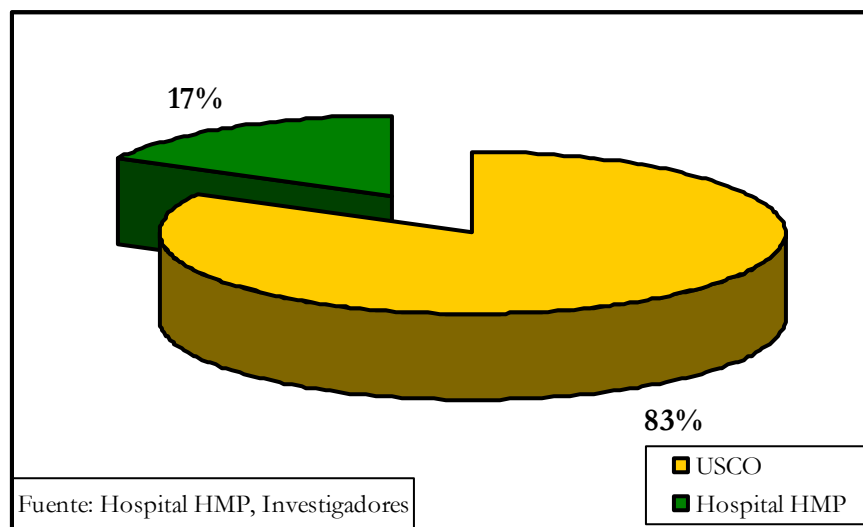
Cuadro 7. Distribución porcentual de participación de las actividades de Consulta Externa realizadas en el Hospital Hernando Moncaleano Perdomo durante el mes de febrero de 2004, según institución y área médica.

Servicio	Producción de consulta externa especializada				
	USCO		HOSPITAL		Total
	No.	%	No.	%	
Pediatría	90	93,75	6	6,25	96
Cirugía general	295	97,36	8	2,64	303
Dermatología	156	88,14	21	11,86	177
Medicina interna	400	98,28	7	1,72	407
Ginecología	502	96,91	16	3,09	518
Oftalmología	300	89,29	36	10,71	336
Cirugía pediátrica	54	48,65	57	51,35	111
Ortopedia	198	95,65	9	4,35	207
Cirugía plástica	92	47,42	102	52,58	194
Neuro cirugía	22	28,95	54	71,05	76
Neurología	202	85,96	33	14,04	235
Urología	122	42,07	168	57,93	290
Otorrino	204	86,08	33	13,92	237
Gastroenterología	83	85,57	14	14,43	97
Neumología pediátrica	32	58,18	23	41,82	55
Neumología adulto	82	82	18	18	100
Cardiología pediátrica	35	50	35	50	70
Cardiología adulto	105	94,59	6	5,41	111

Anestesia	252	86,9	38	13,1	290
Psiquiatría	144	100	0	0	144
Total	3370	83,13	684	16,87	4054



Gráfica 2: Distribución porcentual de participación de las actividades de Consulta Externa realizadas en el Hospital Hernando Moncaleano Perdomo durante el mes de febrero de 2004, según institución y área médica



Gráfica 3. Síntesis de distribución porcentual de participación de las actividades de Consulta Externa realizadas en el Hospital Hernando Moncaleano Perdomo durante el mes de febrero de 2004, según institución

Los anteriores resultados revelan la gran participación de la USCO en los servicios prestados en el Hospital Hernando Moncaleano Perdomo, en efecto, de 20 áreas médicas, en 7 de ellas la participación de la USCO supera el 90%, destacándose el área de Psiquiatría, la cual es atendida de manera exclusiva por la USCO.

Siguiendo con el análisis, en 7 áreas más la participación de la USCO supera el 80%, en 2 de ellas es igual o superior al 50%, en 3 de ellas mayor al 40% y sólo en una de ellas la participación de la USCO llega al 28.95%. En síntesis, una participación total del 83.13% refleja el positivo nivel de aporte de la USCO en los servicios ofrecidos en el Hospital Hernando Moncaleano Perdomo.

4.3 PRODUCTIVIDAD EN ÁREA DE URGENCIAS

En el periodo de estudio se realizaron 6416 actividades en la E.S.E Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo, de las cuales, la Facultad de Medicina llevó a cabo 3436 de estas actividades, lo que equivale a un 53.60% de participación. Ahora es menester analizar la información de las actividades del área de urgencias según el área médica atendida.

La colaboración de la USCO en el desarrollo del área de urgencias a través de las consultas y/o procedimientos de otorrinolaringología fue del 0.34%, en urología del 95%, en Neurología del 80%, en cirugía plástica del 29%, en ortopedia del 90%, en oftalmología del 100%, en ginecología del 68%, en cirugía general del 91%, y del 94% en Gastroenterología.

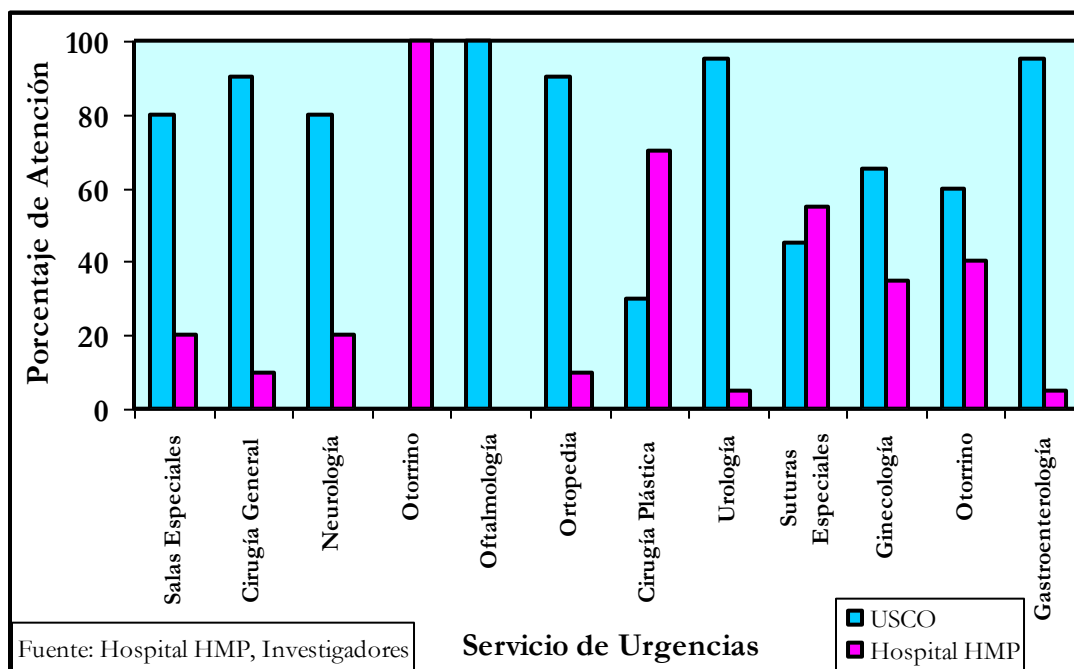
En el cuadro 8 y en las gráficas 4 y 5 se presenta la distribución porcentual de la participación de la USCO en la ejecución de actividades en el servicio de Urgencias del Hospital Hernando Moncaleano Perdomo, durante febrero de 2004. Los resultados son presentados según el procedimiento o área médica.

Cuadro 8. Distribución porcentual de la participación en la ejecución de actividades en el servicio de Urgencias del Hospital Hernando Moncaleano Perdomo durante febrero de 2004, según procedimiento y área médica del servicio de urgencias.

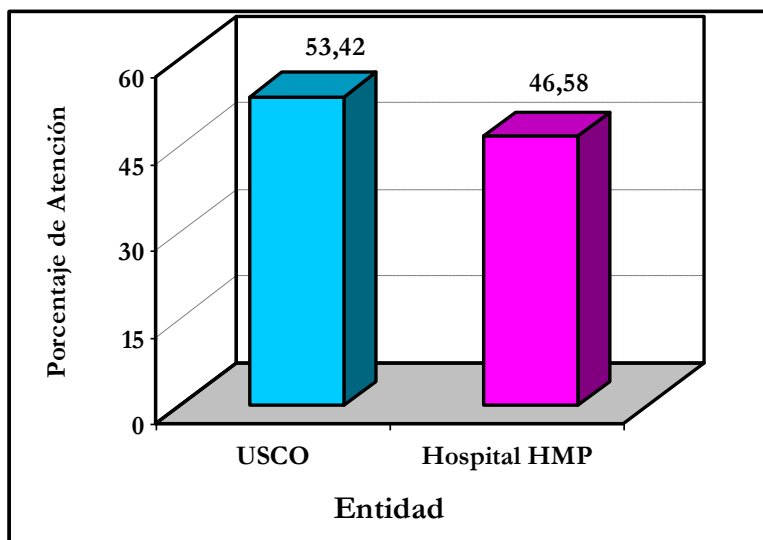
Servicio o procedimiento	Producción de urgencias				
	USCO		HOSPITAL		Total
	No.	%	No.	%	
Consulta inicial urgencias médico general	0	0	1000	100	1000
Atención inicial especializada	420	93.46	12	0.54	2240
Atención diaria especializada	2228	99.46	12	0.54	2240
Interconsulta especializada	45	88.24	6	11.76	51
Subtotal	2693	72.01	1047	27.99	3740
Servicio o procedimiento	Producción de salas especiales-Urgencias				
	USCO		HOSPITAL		Total
	No.	%	No.	%	
Curaciones	0	0	4	100	4
Yesos	5	71.43	2	28.57	7
Suturas	30	90.91	3	9.09	33
Subtotal	35	79.55	9	20.45	44
Servicio o procedimiento	Cirugía general-Urgencias				
	USCO		HOSPITAL		Total
	No.	%	No.	%	
Paracentesis abdominal	2	100	0	0	2
Disección venosa	0	0	1	100	1
Lavado gástrico	21	100	0	0	21
Venodosección	8	88.89	1	11.11	9
Patología	0	0	1	100	1
Endoscopia de vías digestivas	2	100	0	0	2
Intubación orotraqueal	20	90.91	2	9.09	22
Subtotal	53	91.38	5	8.62	58
Servicio o procedimiento	Neurología-Urgencias				
	USCO		HOSPITAL		Total
	No.	%	No.	%	

Función lumbar	15	83.33	3	16.67	18
Mielograma	5	71.43	2	28.57	7
Subtotal	20	80	5	20	25
Otorrino-Urgencias					
Servicio o procedimiento	USCO		HOSPITAL		Total
	No.	%	No.	%	
Nebulizaciones	0	0	1738	100	1738
Taponamiento nasal posterior	1	100	0	0	1
Drenaje de acceso periamigdaliano	1	100	0	0	1
Extracción de cuerpo extraño en amígdalas	0	0	1	100	1
Extracción de cuerpo extraño en nariz	1	100	0	0	1
Lavado de oído	3	100	0	0	3
Electrocoagulación de mucosa nasal	0	0	2	100	2
Subtotal	6	0.34	1741	99.66	1747
Ortopedia-Urgencias					
Servicio o procedimiento	USCO		HOSPITAL		Total
	No.	%	No.	%	
Artroscopias	0	0	1	100	1
Inmovilización parcial o total	21	100	0	0	21
Reducción cerrada de fractura de cúbito	2	100	0	0	2
Reducción cerrada de tibia y peroné	1	100	0	0	1
Reducción cerrada de fractura de falange	0	0	2	100	2
Reducción de fractura de metacarpiano	1	100	0	0	1
Reducción cerrada de fractura de hombro	1	100	0	0	1
Subtotal	26	89.66	3	10.34	29
Cirugía plástica-Urgencias					
Servicio o procedimiento	USCO		HOSPITAL		Total
	No.	%	No.	%	
Tenorráfia y extensor	0	0	10	100	10
Tenorráfia y flexores	0	0	21	100	21
Tenorráfia flexores mano	0	0	1	100	1
Curación simple con inmovilización	10	71.43	4	28.57	14
Drenaje de pie	1	100	0	0	1
Desbridamiento de lesión superficial	1	100	0	0	1
Avulsión de cuero cabelludo	4	100	0	0	100
Reducción cerrada fractura falange mano	2	66.67	1	33.33	3
Tenorráfia extensores mano	5	25	15	75	20
Remodelación muñón dedos	0	0	2	100	2
Subtotal	23	29.87	54	70.13	77
Urología-Urgencias					
Servicio o procedimiento	USCO		HOSPITAL		

	No.	%	No.	%	Total
Cateterismo vesical	60	95.24	3	4.76	63
Instalación vesical	2	100	0	0	2
Dilatación uretral	2	100	0	0	2
Subtotal	64	95.52	3	4.48	67
Suturas especiales-Urgencias					
Servicio o procedimiento	USCO		HOSPITAL		Total
	No.	%	No.	%	
Sutura pabellón auricular	1	50	1	50	2
Sutura excepto cara	0	0	14	100	14
Sutura herida mano	5	100	0	0	5
Sutura herida cara	6	85.71	1	14.29	7
Sutura heridas múltiples	3	75	1	25	4
Subtotal	15	46.88	17	53.13	32
Ginecología-Urgencias					
Servicio o procedimiento	USCO		HOSPITAL		Total
	No.	%	No.	%	
Colposcopia	7	9.59	66	90.41	73
Biopsia cerviz	70	94.59	4	5.41	74
Cauterización de cuello uterino	11	100	0	0	11
Topicación ATA	60	100	0	0	60
Subtotal	148	67.89	70	32.11	218
Oftalmología-Urgencias					
Servicio o procedimiento	USCO		HOSPITAL		Total
	No.	%	No.	%	
Extracción de cuerpo extraño en cornea	3	100	0	0	3
Subtotal	3	100	0	0	3
Gastroenterología-Urgencias					
Servicio o procedimiento	USCO		HOSPITAL		Total
	No.	%	No.	%	
E.V.D.A.	90	92.78	7	7.22	97
Gastrostomía endoscopia	0	0	1	100	1
Rectosigmoidoscopia	130	97.74	3	2.26	133
Colonoscopia total	130	94.2	8	5.8	138
C.P.R.E.	0	0	4	100	4
Subtotal	350	93.83	23	6.17	373
Gran Total	3436	53.55	2977	46.40	6416



Gráfica 4. Distribución porcentual de la participación en la ejecución de actividades en el servicio de Urgencias del Hospital Hernando Moncaleano Perdomo durante el mes de febrero de 2004, según área médica del servicio de urgencias



Gráfica 5. Síntesis de distribución porcentual de la participación en la ejecución de actividades en el servicio de Urgencias del Hospital Hernando Moncaleano Perdomo durante el mes de febrero de 2004, según institución

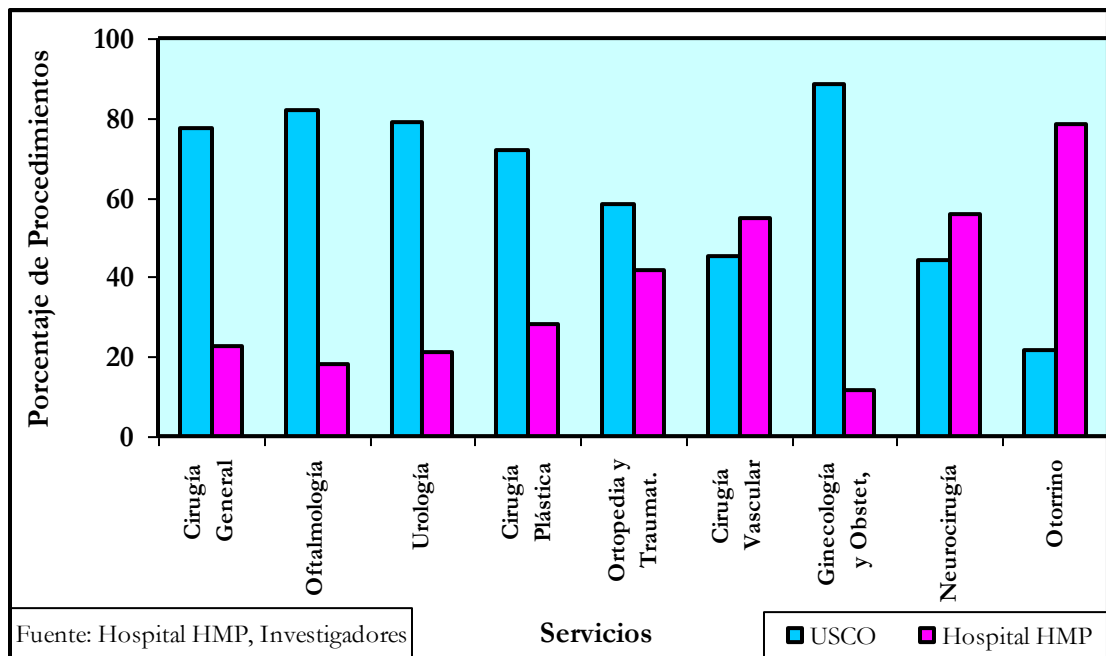
4.4 PRODUCTIVIDAD EN ÁREA QUIRÚRGICA

La participación de la USCO (docentes, residentes cirugía, anestesia y ginecología, e internos) en el desarrollo del área quirúrgica, se discrimina según sus áreas médicas así: en otorrinolaringología la participación es del 21%, en urología del 79%, en cirugía plástica del 72%, en ortopedia del 58%, en oftalmología del 82%, en ginecología del 88%, en cirugía general del 77%, y en neurocirugía del 44 %.

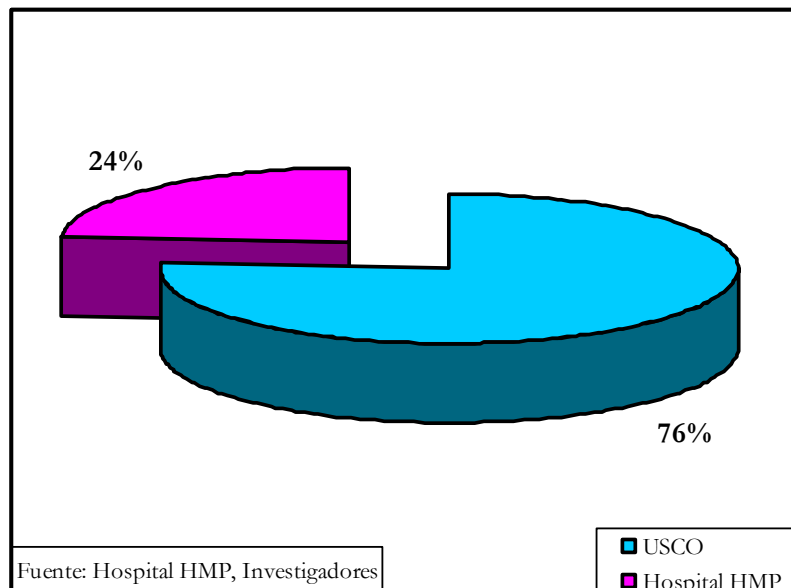
En el periodo estudiado se realizaron en el área quirúrgica del Hospital Hernando Moncaleano Perdomo, un total de 479 procedimientos, en los cuales la Universidad Surcolombiana tuvo una participación en 325 procedimientos, equivalente al 76% de los mismos, como se muestra en el siguiente cuadro 9 y las figuras 6 y 7.

Cuadro 9. Distribución porcentual de la participación en la ejecución de actividades en el Área Quirúrgica del Hospital Hernando Moncaleano Perdomo durante febrero de 2004, según área médica

Área médica	USCO		HOSPITAL		Total
	No.	%	No.	%	
Cirugía general	108	77	32	23	140
Oftalmología	36	82	8	18	44
Urología	30	79	8	21	38
Cirugía plástica	49	72	19	28	68
Ortopedia y traumatología	72	58	52	42	124
Cirugía vascular	5	45	6	55	11
Ginecología y obstetricia	15	88	2	12	17
Neurocirugía	4	44	5	56	9
Otorrino	6	21	22	79	28
Total	325	76	154	24	479



Gráfica 6. Distribución porcentual de la participación en la ejecución de actividades en el Área Quirúrgica del Hospital Hernando Moncaleano Perdomo durante febrero de 2004, según área médica



Gráfica 7. Síntesis de distribución porcentual de la participación en la ejecución de actividades en el Área Quirúrgica del Hospital Hernando Moncaleano Perdomo durante febrero de 2004, según institución

4.5 CUANTIFICACIÓN ECONÓMICA DEL APOORTE DE LA FACULTAD DE MEDICINA A LA E.S.E. HOSPITAL HERNANDO MONCALEANO PERDOMO

A través de la cuantificación de la productividad del recurso humano (docentes, residentes e internos) de la Universidad Surcolombiana en la prestación de servicios de salud de la E.S.E. Hospital Hernando Moncaleano Perdomo, específicamente en las áreas de Consulta Externa, Urgencias y Quirúrgica, durante el periodo elegido para el estudio, además de determinar el número y porcentaje de participación en ellas, se puede determinar el valor monetario representativo de las mismas.

En el servicio de Consulta Externa de la E.S.E. Hospital Hernando Moncaleano Perdomo, se estableció que sobre el total de 4054 actividades ejecutadas equivalentes a \$83.512.400, la Universidad realizó 3370 con un valor de \$69.422.000, lo que equivale al 83% de participación.

Lo anterior se traduce en que si la participación del recurso humano suministrado por la E.S.E. Hospital Hernando Moncaleano Perdomo, para el área de Consulta Externa sólo asciende al 17%, se tiene entonces que el aporte de la Universidad Surcolombiana le representa a la E.S.E del Hospital un significativo ahorro en recurso humano y por ende en los costos directos e indirectos que este proceso conllevaría.

Se trata de un ahorro que redundaría en la inversión económica y financiera de la E.S.E. para brindar la cobertura requerida en dicho servicio. El siguiente cuadro presenta la distribución del valor económico de consultas externas especializadas en la E.S.E. Hospital Hernando Moncaleano Perdomo, durante febrero de 2004.

Cuadro 10. Valor económico y titularidad de consultas externas especializadas en la E.S.E. Hospital Hernando Moncaleano Perdomo durante febrero de 2004, según áreas médicas.

	Producción de consulta externa especializada
--	--

Servicio	Valor de servicio	No. de consultas USCO	Valor consultas USCO	No. de consultas HOSPITAL	Valor consultas HOSPITAL	No. total de consultas	Valor total de consultas
Pediatría	20600	90	1854000	6	123600	96	1977600
Cirugía general	20600	295	6077000	8	164800	303	6241800
Dermatología	20600	156	3213600	21	432600	177	3646200
Medicina interna	20600	400	8240000	7	144200	407	8384200
Ginecología	20600	502	10341200	16	329600	518	10670800
Oftalmología	20600	300	6180000	36	741600	336	6921600
Cirugía pediátrica	20600	54	1112400	57	1174200	111	2286600
Ortopedia	20600	198	4078800	9	185400	207	4264200
Cirugía plástica	20600	92	1895200	102	2101200	194	3996400
Neurocirugía	20600	22	453200	54	1112400	76	1565600
Neurología	20600	202	4161200	33	679800	235	4841000
Urología	20600	122	2513200	168	3460800	290	5974000
Otorrino	20600	204	4202400	33	679800	237	4882200
Gastroenterología	20600	83	1709800	14	288400	97	1998200
Neumología pediátrica	20600	32	659200	23	473800	55	1133000
Neumología adulto	20600	82	1689200	18	370800	100	2060000
Cardiología pediátrica	20600	35	721000	35	721000	70	1442000
Cardiología adulto	20600	105	2163000	6	123600	111	2286600
Anestesia	20600	252	5191200	38	782800	290	5974000
Psiquiatría	20600	144	2966400	0	0	144	2966400
Total		3370	69422000	684	14090400	4054	83512400

En el área de urgencias de la E.S.E. Hospital Hernando Moncaleano Perdomo, durante el mes de febrero se observa que se realizaron 44 procedimientos en salas especiales equivalentes a \$924.700 pesos, la participación de la Universidad se dio en 35 actividades representadas en \$726.500, sobre 9 actividades realizadas por recurso humano del hospital, equivalentes a \$198.200 pesos.

De igual forma se realizaron 58 procedimientos de cirugía general, equivalentes a \$2.275.500 pesos, en donde la participación de la Universidad fue de 53 actividades representadas en \$2.060.000, sobre 5 actividades realizadas por recurso humano del hospital, equivalentes a \$215.500 pesos.

Sobre un total de 25 procedimientos de neurología en el servicio de urgencias, equivalentes a \$585.600, la Universidad, a través del desempeño de su talento humano realizó 20 actividades representadas en \$465.000, en comparación a 5 actividades realizadas por recurso del hospital equivalentes a \$120.600.

En cuanto a otorrinolaringología, la participación de la Universidad en la realización de 1747 procedimientos equivalentes a \$ 13.412.200 pesos fue de 6 actividades representadas en \$1.819.600, sobre 1741 actividades realizadas por recurso humano del hospital, equivalentes a \$11.592.600 pesos.

La ejecución de la Universidad en la realización de 3 procedimientos, equivalentes a \$78.000 pesos en procedimientos de oftalmología, fue de 3 actividades representadas en \$78.000, sobre 0 actividades realizadas por recurso humano del hospital.

En el área de ortopedia sobre el total de 29 procedimientos, representados en \$3.029.800 pesos, la USCO participó en la ejecución de 26 actividades con un costo de \$2.426.200 pesos, en comparación de 3 actividades realizadas por recurso del Hospital representado en \$603.600 pesos.

En el área de cirugía plástica sobre el total de 77 procedimientos, representados en \$39.896.900 pesos, la USCO participó en la ejecución de 23 actividades con un costo de \$7.612.800 pesos, en comparación de 54 actividades realizadas por recurso del Hospital representado en \$32.284.100 pesos.

En el área de urología sobre el total de 67 procedimientos, representados en \$872.600 pesos, la USCO participó en la ejecución de 64 actividades con un costo de \$835.400 pesos, en comparación de 3 actividades realizadas por recurso del Hospital representado en \$37.200 pesos.

En el área de suturas especiales sobre el total de 32 procedimientos, representados en \$8.659.900 pesos, la USCO participó en la ejecución de 15 actividades con un costo de \$3.757.200 pesos, en comparación de 17 actividades realizadas por recurso del Hospital representado en \$4.902.700 pesos.

En el área de ginecología sobre el total de 218 procedimientos, representados en \$124.303.600 pesos, la USCO participó en la ejecución de 148 actividades con un costo de \$84.389.600 pesos, en comparación de 70 actividades realizadas por recurso del Hospital representado en \$39.914.000 pesos.

En el área de gastroenterología sobre el total de 373 procedimientos, representados en \$212.684.600 pesos, la USCO participó en la ejecución de 350 actividades con un costo de \$199.570.000 pesos, en comparación de 23 actividades realizadas por recurso del Hospital representado en \$13.114.600 pesos.

Concluyendo con lo anterior, del total de actividades llevadas a cabo en el servicio de urgencias en el mes de febrero de 2004, la Universidad ejecutó 3436, representadas en \$365.672.200, con un porcentaje de participación del 53.55%, comparadas con 2977 realizadas por recurso del hospital, equivalentes a (\$127.421.200), con el 46.40% de participación. Véase la presentación detallada en el siguiente cuadro.

Cuadro 11. Valor económico y titularidad de procedimientos realizados en el servicio de Urgencias en el Hospital Hernando Moncaleano Perdomo, durante febrero de 2004, según procedimiento y área médica del servicio de urgencias.

Servicios profesionales	Servicio profesional-Urgencias						
	No. De actividades USCO	No. de actividades HOSPITAL	No. total actividades por servicio	Valor unitario actividad	Valor actividades USCO	Valor actividades HOSPITAL	Valor total actividades
Consulta inicial urgencias	0	1000	1000	23500	0	23500000	23500000
Atención inicial especializada	420	29	449	17700	7434000	513300	7947300
Atención diaria especializada	2228	12	2240	24000	53472000	288000	53760000
Interconsulta especializada	45	6	51	22800	1026000	136800	1162800
Subtotal	2693	1047	3740	88000	61932000	24438100	86370100
Procedimientos	Producción de salas especiales-Urgencias						
	No. De actividades USCO	No. de actividades HOSPITAL	No. total actividades por servicio	Valor unitario actividad	Valor actividades USCO	Valor actividades HOSPITAL	Valor total actividades
Curaciones	0	4	4	21000	0	84000	84000
Yesos	5	2	7	27700	138500	55400	193900
Suturas	30	3	33	19600	588000	58800	646800
Subtotal	35	9	44	68300	726500	198200	924700
Procedimientos	Cirugía general-Urgencias						
	No. De actividades USCO	No. de actividades HOSPITAL	No. total actividades por servicio	Valor unitario actividad	Valor actividades USCO	Valor actividades HOSPITAL	Valor total actividades
Paracentesis bdominal	2	0	2	27600	55200	0	55200
Disección venosa	0	1	1	22800	0	22800	22800
Lavado gástrico	21	0	21	12200	256200	0	256200
Venodosección	8	1	9	50100	400800	50100	450900
Patología	0	1	1	42400	0	42400	42400
Endoscopia de vías digestivas	2	0	2	172900	245800	0	345800
Intubación orotraqueal	20	2	22	50100	1002000	100200	1102200
Subtotal	53	5	58	378100	2060000	215500	2275500
Procedimientos	Neurología-Urgencias						
	No. De actividades USCO	No. de actividades HOSPITAL	No. total actividades por servicio	Valor unitario actividad	Valor actividades USCO	Valor actividades HOSPITAL	Valor total actividades
Función lumbar	15	3	18	21800	327000	65400	392400
Mielograma	5	2	7	27600	138000	55200	193200
Subtotal	20	5	25	49400	465000	120600	585600
Procedimientos	Otorrino-Urgencias						
	No. De actividades USCO	No. de actividades HOSPITAL	No. total actividades por servicio	Valor unitario actividad	Valor actividades USCO	Valor actividades HOSPITAL	Valor total actividades
Nebulizaciones	0	1738	1738	6000	0	10428000	10428000
Taponamiento nasal posterior	1	0	1	60600	60600	0	60600
Drenaje de accesoperiamigdaliano	1	0	1	24200	24200	0	24200
Extracción de cuerpo extraño en amígdalas	0	1	1	24200	0	24200	24200
Extracción de cuerpo extraño en nariz	1	0	1	24200	24200	0	24200
Lavado de oído	3	0	3	570200	1710600	0	1710600

Electrocoagulación de mucosa nasal	0	2	2	570200	0	1140400	1140400
Subtotal	6	1741	1747	139200	1819600	11592600	13412200
Ortopedia-Urgencias							
Procedimientos	No. De actividades USCO	No. de actividades HOSPITAL	No. total actividades por servicio	Valor unitario actividad	Valor actividades USCO	Valor actividades HOSPITAL	Valor total actividades
Artroscopias	0	1	1	21000	0	21000	21000
Inmovilización parcial o total	21	0	21	22400	470400	0	470400
Reducción cerrada de fractura de cúbito	2	0	2	401500	803000	0	803000
Reducción cerrada de tibia y peroné	1	0	1	570200	570200	0	570200
Reducción cerrada de fractura de falange	0	2	2	291300	0	582600	582600
Reducción de fractura de metacarpiano	1	0	1	291300	291300	0	291300
Reducción cerrada de fractura de hombro	1	0	1	291300	291300	0	291300
Subtotal	26	3	29	1889000	2426200	603600	3029800
Cirugía plástica-Urgencias							
Procedimientos	No. De actividades USCO	No. de actividades HOSPITAL	No. total actividades por servicio	Valor unitario actividad	Valor actividades USCO	Valor actividades HOSPITAL	Valor total actividades
Tenorrafia y extensor	0	10	10	651200	0	6512000	6512000
Tenorrafia y flexores	0	21	21	651200	0	13675200	13675200
Tenorrafia flexores mano	0	1	1	651200	0	651200	651200
Curación simple con inmovilización	10	4	14	21000	210000	84000	294000
Drenaje de pie	1	0	1	26000	26000	0	26000
Desbridamiento de lesión superficial	1	0	1	62600	62600	0	62600
Avulsión de cuero cabelludo	4	0	4	868900	3475600	0	3475600
Reducción cerrada fractura falange mano	2	1	3	291300	582600	291300	873900
Tenorrafia extensores mano	5	15	20	651200	3256000	9768000	13024000
Remodelación muñón dedos	0	2	2	651200	0	1302400	1302400
Subtotal	23	54	77	4525800	7612800	32284100	39896900
Urología-Urgencias							
Procedimientos	No. De actividades USCO	No. de actividades HOSPITAL	No. total actividades por servicio	Valor unitario actividad	Valor actividades USCO	Valor actividades HOSPITAL	Valor total actividades
Cateterismo vesical	60	3	63	12400	744000	37200	781200
Instalación vesical	2	0	2	23900	47800	0	47800
Dilatación uretral	2	0	2	21800	43600	0	43600
Subtotal	64	3	67	58100	835400	37200	872600
Suturas especiales-Urgencias							
Procedimientos	No. De actividades USCO	No. de actividades HOSPITAL	No. total actividades por servicio	Valor unitario actividad	Valor actividades USCO	Valor actividades HOSPITAL	Valor total actividades
Sutura pabellón auricular	1	1	2	49800	49800	49800	99600
Sutura excepto cara	0	14	14	285100	0	3991400	3991400
Sutura herida mano	5	0	5	49800	249000	0	249000
Sutura herida cara	6	1	7	291300	1747800	291300	2039100

Sutura heridas múltiples	3	1	4	570200	1710600	570200	2280800
Subtotal	15	17	32	1246200	3757200	4902700	8659900
Ginecología							
Procedimientos	No. De actividades USCO	No. de actividades HOSPITAL	No. total actividades por servicio	Valor unitario actividad	Valor actividades USCO	Valor actividades HOSPITAL	Valor total actividades
Coloscopia	7	66	73	570200	3991400	37633200	41624600
Biopsia cerviz	70	4	74	570200	39914000	2280800	42194800
Cauterización de cuello uterino	11	0	11	570200	6272200	0	6272200
Topicación ATA	60	0	60	570200	34212000	0	34212000
Subtotal	148	70	218	2280800	84389600	39914000	124303600
Oftalmología-Urgencias							
Procedimientos	No. De actividades USCO	No. de actividades HOSPITAL	No. total actividades por servicio	Valor unitario actividad	Valor actividades USCO	Valor actividades HOSPITAL	Valor total actividades
Extracción de cuerpo extraño en cornea	3	0	3	26000	78000	0	78000
Subtotal	3	0	3	2600	78000	0	78000
Gastroenterología							
Procedimientos	No. De actividades USCO	No. de actividades HOSPITAL	No. total actividades por servicio	Valor unitario actividad	Valor actividades USCO	Valor actividades HOSPITAL	Valor total actividades
E.V.D.A.	90	7	97	570200	51318000	3991400	55309400
Gastrostmia endoscopia	0	1	1	570200	0	570200	570200
Rectosigmoidoscopia	130	3	133	570200	74126000	1710600	75836600
Colonoscopia total	130	8	138	570200	74126000	4561600	78687600
C.P.R.E.	0	4	4	570200	0	2280800	2280800
Subtotal	350	23	373	2851000	199570000	13114600	212684600
Gran Total	3436	2977	6413	13576500	365672300	127421200	493093500

Igualmente, en el área de Quirúrgica de la E.S.E. Hospital Hernando Moncaleano Perdomo, se estableció que la participación de la Universidad fue de igual modo significativa, observando que del total de 140 actividades de cirugía general, el recurso humano de la USCO tuvo una participación de 108 actividades equivalentes a \$30.983.300), con un 77% de participación, en contraste, las actividades realizadas por el recurso humano del Hospital fueron 32, equivalentes a \$9.421.900, con el 23% de participación.

En las intervenciones de oftalmología, se observó que de 44 actividades, el recurso humano de la USCO, tuvo una participación en 36 actividades equivalentes a \$12.190.200 con un 82% de participación, sobre 8 actividades realizadas por el Hospital, equivalentes a \$2.709.300 con un 18% de participación.

En las intervenciones de urología se observó que de 38 actividades, el recurso humano de la USCO, participó en 30 actividades equivalentes a \$5.404.000, con un 79% de la participación, en contraste, fueron 8 las actividades realizadas por el Hospital, equivalentes a \$1.661.000 un 21% de participación.

En las intervenciones de cirugía plástica se observó que de 68 actividades, el recurso humano de la USCO tuvo una participación de 49 actividades equivalentes a \$8.134.400 con un 72%, sobre 19 actividades realizadas por el Hospital, equivalentes a \$4.172.900 con un 28% de participación.

En las intervenciones de ortopedia fueron en total 124 actividades de las cuales el recurso humano de la USCO, tuvo una participación de 72 de ellas, lo que equivale a \$18.323.400 con un 58%. El hospital realizó 52 actividades equivalentes a \$13.357.800 un 42% de participación.

En las intervenciones de cirugía vascular se observó que de 11 actividades, el recurso humano de la USCO, tuvo una participación de 5 actividades equivalentes a \$1.026.500 con un 45%, sobre 6 actividades realizadas por el Hospital, equivalentes a \$2.315.900 un 55%.

En las intervenciones de ginecología, se observó que de 17 actividades, el recurso humano de la USCO, tuvo una participación de 15 actividades equivalentes a \$3.209.400 con un 88%, sobre 2 actividades realizadas por el Hospital, equivalentes a \$461.800 un 11%.

En las intervenciones de neurocirugía, se observó que de 9 actividades, el recurso humano de la USCO, tuvo una participación de 4 actividades equivalentes a \$2.937.000 con un 44%, sobre 5 actividades realizadas por el Hospital, equivalentes a \$1.216.200 un 56%.

En las intervenciones de otorrino, se observó que de 28 actividades, el recurso humano de la USCO, tuvo una participación de 6 actividades equivalentes a \$1.089.200 con un 21%, sobre 22 actividades realizadas por el Hospital, equivalentes a \$4.554.900 con un 79%.

Se concluye que sobre el total de 479 actividades ejecutadas, equivalentes a \$119.844.200, la Universidad realizó 325 procedimientos quirúrgicos con un porcentaje del 76% de participación, equivalentes a \$80.088.000. Se establece así que la participación del recurso humano suministrado por la E.S.E. Hospital Hernando Moncaleano Perdomo para el área de quirúrgica sólo asciende al 24% de participación, equivalente a \$39.756.200. Véanse los detalles en el siguiente cuadro.

Cuadro 12. Presentación general del valor económico y titularidad de procedimientos realizados en el Hospital Hernando Moncaleano Perdomo, durante febrero de 2004, según procedimiento.

Procedimiento	Grupo QX	Honorarios cirujano \$	Honorarios anestesiólogo \$	Honorarios ayudantía \$	Valor unitario honorarios por procedimiento \$	No. De procedimientos USCO	No. De procedimientos HOSPITAL	Valor total honorarios por procedimientos por USCO \$
Enterotomía; incluye extracción de cuerpo extraño	9	152.300	87.100	41.600	281.000	1	0	281.000
Colecistectomía	10	187.500	107.600	51.100	346.200	8	1	2.769.600
Apendicectomía	7	107.400	63.200	28.300	198.900	10	5	1.989.000
Colesistectomía y exploración de vías biliares; incluye colangiografía operatoria	11	210.300	120.300	57.600	383.200	2	0	776.400
Laparotomía exploradora	8	124.600	73.600	32.700	230.900	10	2	2.309.000
Eventrorrafía (incluye malla de marles)	9	152.300	87.100	41.600	281.000	7	2	1.967.000
Recección lesión del epiplon o mesentero; incluye benigna y maligna	8	124.600	73.600	32.700	230.900	1	0	230.900
Colostomía o ileostomía, incluye: cecostomía, colostomía-transversostomía, sigmoidostomía	9	152.300	87.100	41.600	281.000	3	2	843.000
Reexploración de vías biliares, incluye colangiografía	20	303.500	177.200	82.800	563.500	1	0	563.500
Herniorrafía umbilical (incluye recidiva)	6	91.600	54.400	24.000	170.000	4	1	680.000
Herniorrafía inguinal (excepto recidiva)	7	107.400	63.200	28.300	198.900	3	2	596.700
Cierre evocercación	8	124.600	73.600	32.700	230.900	2	0	461.800
Herniorrafía inguinal por recidiva	8	124.600	73.600	32.700	230.900	3	0	692.700
Herniorrafía epigástrica (excepto recidiva); incluye herniorrafía de Spiegel	4	51.400	37.000	0	88.400	0	1	0
Reconstrucción de vías biliares	22	461.400	320.000	125.900	907.300	1	1	907.300
Esplenorrafía	9	152.300	87.100	41.600	281.000	1	1	281.000
Anastomosis intestino delgado	9	152.300	87.100	41.600	281.000	1	0	281.000
Anastomosis intestino grueso	9	152.300	87.100	41.600	281.000	1	0	281.000
Anastomosis del estómago; incluye gastroduodenostomía, gastroyeyunostomía	10	187.500	107.600	51.100	346.200	2	0	692.400
Enterorrafía	8	124.600	73.600	32.700	230.900	2	1	461.800
Hepatorrafía múltiple (incluye debridamiento y hemóstasis)	10	187.500	107.600	51.100	346.200	1	0	346.200
Gastrostomía; incluye extracción cuerpo extraño	8	124.600	73.600	32.700	230.900	1	1	230.900

Cierre comunicación intestinal a piel; incluye cierre de: cecostomía, colostomía, duodenostomía, enterocostomía, fistula: fecal o yeyunal, ileostomía, signoidostomía, yeyunostomía	8	124.600	73.600	32.700	230.900	3	1	692.700
Gastrectomía subtotal radical	20	303.500	177.200	82.800	563.500	1	0	563.500
Corrección onfalocele	12	234.200	136.500	64.000	434.700	10	2	4.347.000
Drenaje absceso intraperitoneal; incluye epiploico (omental), de fosa iliaca, periesplénico, perigástrico	7	107.400	63.200	28.300	198.900	1	0	198.900
Colectomía subtotal; incluye hemicolectomía ó ileocelectomía, signoidectomía, cecostomía	12	234.200	136.500	64.000	434.700	1	1	434.700
Desinvaginación intestinal	7	107.400	63.200	28.300	198.900	2	0	397.800
Drenaje absceso retroperitoneal	7	107.400	63.200	28.300	198.900	2	0	397.800
Drenaje peritonitis generalizada	9	152.300	87.100	41.600	281.000	1	0	281.000
Extirpación lesión local intestino	9	152.300	87.100	41.600	281.000	1	0	281.000
Hemiorrafía isquiática	7	107.400	63.200	28.300	198.900	1	0	198.900
Operación anti-reflujo	12	234.200	136.500	64.000	434.700	1	0	434.700
Descompresión de órbita (excepto vía techo órbita)	10	187.500	107.600	51.100	346.200	0	1	0
Recección glándula lagrimal, incluye saco lagrimal	3	42.600	30.200	0	72.800	2	1	145.600
Drenaje glándula lagrimal, incluye saco lagrimal	3	42.600	30.200	0	72.800	2	1	72.800
Evacuación de hifema	8	124.600	73.600	32.700	230.900	1	0	230.900
Recección pterigión reproducido	7	107.400	63.200	28.300	198.900	1	0	198.900
Tarcectomía	4	51.400	37.000	0	88.400	1	0	88.400
Extracción cuerpo extraño córnea profundo	4	51.400	37.000	0	88.400	2	0	176.800
Reparación herida corneoesclera con hernia uveal ó faquectomía	12	234.200	136.500	64.000	434.700	8	0	3.477.600
Trabeculectomía (esclerectomía subescleral)	10	187.500	107.600	51.100	346.200	1	0	346.200
Queratoplastias penetrantes	20	303.500	177.200	82.800	563.500	8	2	4.508.000
Corrección estrabismo horizontal o vertical	8	124.600	73.600	32.700	230.900	4	0	923.600
Injerto de la conjuntiva; incluye transplante iplastia	6	91.600	54.400	24.000	170.000	0	1	0

Tarsorrafia	3	42.600	30.200	0	72.800	1	0	72.800
Sutura córnea perforante	8	124.600	73.600	32.700	230.900	1	1	230.900
Escleroqueratoplastia	20	303.500	177.200	82.800	563.500	1	0	563.500
Corrección ectropión	7	107.400	63.200	28.300	198.900	0	1	0
Extracción extracapsular cristalino	8	124.600	73.600	32.700	230.900	1	0	230.900
Retinopexias, incluye bucle escleral total o parcial	10	187.500	107.600	51.100	346.200	1	0	346.200
Sutura corneoesclera	8	124.600	73.600	32.700	230.900	1	0	230.900
Extracción cuerpo extraño de órbita	10	187.500	107.600	51.100	346.200	1	0	346.200
Vitreotomía con o sin inserción de silicón o gases	20	303.500	177.200	82.800	563.500	0	1	0
Citoscopia y calibración uretral	4	51.400	37.000	0	88.400	3	1	265.200
Citoscopia y cateterismo uretral	5	69.900	45.700	0	115.600	1	0	115.600
Fibrobroncoscopia para extracción de cuerpo extraño	8	124.600	73.600	32.700	230.900	2	0	461.800
Drenaje profundo partes blandas, incluye absceso profundo, flegmón	3	42.600	30.200	0	72.800	8	1	582.400
Hidrocelectomía	8	124.600	73.600	32.700	230.900	3	0	692.700
Circuncisión	4	51.400	37.000	0	88.400	1	0	88.400
Prepuciotomía, incluye reducción quirúrgica de parafimosis	5	69.900	45.700	0	115.600	1	0	115.600
Orquidopexia	9	152.300	87.100	41.600	281.000	1	0	181.000
Varicocelectomía	6	91.600	54.400	24.000	170.000	2	1	340.000
Protastectomía abierta	11	210.300	120.300	57.600	388.200	3	1	1.164.600
Cistolitotomía	8	124.600	73.600	32.700	230.900	0	1	0
Uretrocistopexia retropúbica	11	210.300	120.300	57.600	388.200	1	0	388.200
Prostactectomía transuretral	9	152.300	87.100	41.600	281.000	2	1	562.000
Uretrotomía externa o interna	8	124.600	73.600	32.700	230.900	1	1	230.900
Cistotomía suprapúbica (talla vesical)	5	69.900	45.700	0	115.600	1	0	115.600
Orquidectomía	7	107.400	63.200	28.300	198.900	0	1	0
Subtotal urología	-	1.777.700	1.068.100	381.500	3.227.300	30	8	5.404.000
Recección tumor benigno de piel y/o tejido celular subcutáneo, excepto cara	3	42.600	30.200	0	72.800	6	1	436.800
Desbridamiento por lesión de tejidos profundos más del 5% área corporal	5	69.900	45.700	0	115.600	7	1	809.200
Recección tumor maligno de piel y/o tejido celular subcutáneo, excepto cara	4	51.400	37.000	0	88.400	1	1	88.400
Fistulectomía de piel y tejido celular subcutáneo	3	42.600	30.200	0	72.800	0	1	0

Desbridamiento por lesión de tejidos profundos más del 5% área corporal	4	51.400	37.000	0	88.400	1	1	88.400
Sutura heridas múltiples, excepto cara (más de tres a una extensa de más de 10 Cm.)	3	42.600	30.200	0	72.800	2	0	145.600
Rinoqueiloplastia	10	187.500	107.600	51.100	346.200	1	0	346.200
Tratamiento de quemaduras en área general de 26% en adelante (tratamiento total)	20	303.500	177.200	82.800	563.500	1	1	563.500
Tratamiento de quemaduras en área general de 16% a 25% (tratamiento total)	11	210.300	210.300	57.600	388.200	1	1	388.200
Desmoabráción cara (parcial)	4	51.400	37.000	0	88.400	2	0	176.800
Injerto de piel en área general hasta 5%	5	69.900	45.700	0	115.600	4	1	462.400
Onicectomía una a dos uñas	2	35.000	24.900	0	59.900	1	0	59.900
Tratamiento quirúrgico quemaduras cara	8	124.600	73.600	32.700	230.900	1	0	230.900
Sutura heridas múltiples cara (más de tres o una extensa de más de 10 Cm.)	6	91.600	54.400	24.000	170.000	2	0	340.000
Demoabráción área general	2	35.000	24.900	0	59.900	1	0	59.900
Injerto de piel en área especial; incluye cara, cuello, genitales, planta de pie, zonas de flexión (no incluye dedos)	6	91.600	54.400	24.000	170.000	2	0	340.000
Recección tumor maligno de piel y/o tejido celular subcutáneo en cara	6	91.600	54.400	24.000	170.000	1	1	170.000
Tratamiento de quemaduras en áreas generales de 6% a 15% (tratamiento total)	8	124.600	73.600	32.700	230.900	1	0	230.900
Sutura herida cara; incluye sutura labios	3	42.600	30.200	0	72.800	1	0	72.800
Injerto de piel en área general entre 6% a 15%	7	107.400	63.200	28.300	198.900	2	1	397.800
Colgajo muscular, miocutáneo y fasciocutáneo	12	234.200	136.500	64.000	434.700	1	0	434.700
Extracción cuerpo extraño en piel o tejido celular subcutáneo	3	42.600	30.200	0	72.800	1	0	72.800
Reparación oreja, incluye en pantalla, prominente	8	124.600	73.600	32.700	230.900	0	1	0
Reconstrucción de oreja, incluye ausencia de lóbulo, oreja	12	234.200	136.500	64.000	434.700	1	0	434.700

Tratamiento quirúrgico quemaduras pie	5	69.900	45.700	0	115.600	1	0	115.600
Colgajo pediculado en varios tiempos	12	234.200	136.500	64.000	434.700	0	1	0
Rinoplastia (no estética)	9	152.300	87.100	41.600	281.000	1	1	281.000
Injerto de piel dedos (tres o más)	5	69.900	45.700	0	115.600	1	0	115.600
Recepción tumor benigno de piel y/o tejido celular subcutáneo, en cara	4	51.400	37.000	0	88.400	1	0	88.400
Recepción tumor maligno de piel que requiera reparación con colgajo y/o injerto	6	91.600	54.400	24.000	170.000	0	1	0
Simpatectomía o ganglioectomía simpática, incluye: cervical, torácica, lumbar	20	303.500	177.200	82.800	563.500	0	1	0
Cierre de fístula traqueoesofágica	12	234.200	136.500	64.000	434.700	1	0	434.700
Artrotomía en rodilla	7	107.400	63.200	28.300	198.900	1	1	198.900
Bursectomía	6	91.600	54.400	24.000	170.000	1	0	170.000
Extracción quirúrgica de material de osteosíntesis en muslo o rodilla	5	69.900	45.700	0	115.600	2	0	231.200
Reducción cerrada fractura cúbito o radio	6	91.600	54.400	24.000	170.000	3	1	510.000
Reducción cerrada fractura codo	6	91.600	54.400	24.000	170.000	0	1	0
Drenaje, curataje, secuestrectomía de fémur	9	152.300	87.100	41.600	281.000	4	1	1.124.000
Reducción abierta de luxación escápula humeral, incluye antigua o recidivante	9	152.300	87.100	41.600	281.000	1	0	281.000
Reducción cerrada fractura húmero	6	91.600	54.400	24.000	170.000	1	1	170.000
Drenaje, uretaje, secuestrectomía de cúbito o radio	8	124.600	73.600	32.700	230.900	2	1	461.800
Drenaje, uretaje, secuestrectomía de huesos, piel (excepto falanges)	5	69.900	45.700	0	115.600	1	1	115.600
Reducción cerrada fractura tibia y peroné	8	124.600	73.600	32.700	230.900	3	0	692.700
Osteosíntesis en tibia o peroné	9	152.300	87.100	41.600	281.000	0	0	562.000
Drenaje, uretaje, secuestrectomía de tibia o peroné	9	152.300	87.100	41.600	281.000	3	1	843.000
Amputación de muslo	9	152.300	87.100	41.600	281.000	0	2	0
Drenaje, uretaje, secuestrectomía de rótula	4	51.400	37.000	0	88.400	0	2	0

Revisión y/o reconstrucción de muñón de amputación muslo	8	124.600	73.600	32.700	230.900	2	0	461.800
Osteosíntesis en fémur (cuello, intertrocanterica, supracondilea)	12	234.200	136.500	64.000	434.700	1	2	434.700
Extracción quirúrgica de material de osteosíntesis en hombro o brazo	5	69.900	45.700	0	115.600	1	0	115.600
Extracción de cuerpo extraño pie	8	124.600	73.600	32.700	230.900	1	0	230.900
Extracción de cuerpo extraño fémur	7	107.400	63.200	28.300	198.900	1	0	198.900
Osteosíntesis en clavícula	8	124.600	73.600	32.700	230.900	1	0	230.900
Injerto óseo en clavícula	8	124.600	73.600	32.700	230.900	0	1	0
Osteosíntesis en cúbito y radio	10	187.500	107.600	51.100	346.200	1	0	346.200
Osteosíntesis en rótula	6	91.600	54.400	24.000	170.000	1	0	170.000
Osteosíntesis de luxofractura de cuello pie	9	152.300	87.100	41.600	281.000	1	0	281.000
Reducción cerrada fractura de cuello	6	91.600	54.400	24.000	170.000	2	0	340.000
Osteosíntesis en codo	9	152.300	87.100	41.600	281.000	1	1	281.000
Revisión y/o reconstrucción de muñón de amputación de pierna	8	124.600	73.600	32.700	230.900	0	1	0
Amputación de pie	8	124.600	73.600	32.700	230.900	0	1	0
Drenaje, curetaje, secuestrectomía de húmero	8	124.600	73.600	32.700	230.900	0	1	0
Extracción no quirúrgica de material de osteosíntesis en pierna, tobillo o pie	3	42.600	30.200	0	72.800	1	0	72.800
Reducción cerrada de luxación congénita de cadera	12	234.200	136.500	64.000	434.700	1	0	434.700
Osteosíntesis en húmero	9	152.300	87.100	41.600	281.000	0	1	0
Extracción cuerpo extraño de escápula o clavícula	5	69.600	45.700	0	115.600	1	0	115.600
Artroplastia parcial de la cadera	11	210.300	120.300	57.600	388.200	1	0	388.200
Osteosíntesis hueso de pie	8	124.600	73.600	32.700	230.900	1	0	230.900
Recección de ganglión	6	91.600	54.400	24.000	170.000	1	0	170.000
Descompresión nervio pie, incluye túnel tarsiano	6	91.600	54.400	24.000	170.000	1	0	170.000
Injerto óseo en columna vertebral	11	210.300	120.300	57.600	388.200	1	0	388.200
Artrodesis posterior de columna con instrumentación	20	303.500	177.200	82.800	563.500	2	0	1.127.000

Extracción quirúrgica de material de osteosíntesis columna vertebral	7	107.400	63.200	28.300	198.900	1	0	198.900
Un interespacio cervical o lumbar, unilateral	20	303.500	177.200	82.800	563.500	1	0	563.500
Tenorrafia extensores dedos	10	187.500	107.600	51.100	346.200	0	2	0
Miorrafia flexores mano	8	124.600	73.600	32.700	230.900	0	2	0
Extracción cuerpo extraño en mano	7	107.400	63.200	28.300	198.900	1	0	198.900
Tenorrafia extensores mano (tres o más)	9	152.300	87.100	41.600	281.000	3	0	843.000
Recección ganglión puño	7	107.400	63.200	28.300	198.900	4	1	795.600
Tenorrafia flexores dedos	20	303.500	177.200	82.800	563.500	1	1	563.500
Amputación de la mano	8	124.600	73.600	32.700	230.900	0	1	0
Revisión y/o reconstrucción muñón amputación dedos de mano (uno a dos)	4	51.400	37.000	0	88.400	0	1	0
Tenorrafia extensores mano	8	124.600	73.600	32.700	230.900	2	1	461.800
Reducción abierta fractura metacarpianos (uno a dos)	8	124.600	73.600	32.700	230.900	1	1	230.900
Reducción abierta falanges mano (uno a dos)	8	124.600	73.600	32.700	230.900	0	1	0
Tenólisis extensores mano (tres o más)	8	124.600	73.600	32.700	230.900	0	1	0
Injerto de tendón flexor mano (uno a dos)	11	210.300	120.300	57.600	388.200	0	2	0
Fleboextracción y/o ligaduras múltiples	8	124.600	73.600	32.700	230.900	0	1	0
Angiorrafia de vasos periféricos	10	187.500	107.600	51.100	346.200	0	1	0
Exploración quirúrgica vasos sanguíneos de cabeza y cuello	12	234.200	136.500	64.000	434.700	0	1	0
Venectomía periférica (de grueso calibre)	8	124.600	73.600	32.700	230.900	1	0	230.900
Aneurismectomía periférica	12	234.200	136.500	64.000	434.700	0	1	0
Reconstrucción de vaso periférico	12	234.200	136.500	64.000	434.700	0	1	0
Extirpación de higroma quístico de cuello	12	234.200	136.500	64.000	434.700	0	1	0
Implantación de cateter subclavio, femoral o yugular	7	107.400	63.200	28.300	198.900	4	0	795.600
Subtotal cirugía vascular		1.480.900	864.000	400.800	2.745.700	5	6	1.026.500
Recección embarazo ectópico	8	124.600	73.600	32.700	230.900	2	0	461.800
Cesárea	8	124.600	73.600	32.700	230.900	6	1	1.385.400

Parto normal, incluye episiorrafia y/o perineorrafia	6	91.600	54.400	24.000	170.000	1	0	170.000
Lumbotomía exploradora	6	91.600	54.400	24.000	170.000	0	1	0
Colangiografía operatoria	7	107.400	63.200	28.300	198.900	1	0	198.900
Salpingooforectomía	7	107.400	63.200	28.300	198.900	1	0	198.900
Sección y/o ligadura de trompas de Falopio (pomeroy)	7	107.400	63.200	28.300	198.900	1	0	198.900
Recección cuneiforme de ovario	7	107.400	63.200	28.300	198.900	1	0	198.900
Histerectomía abdominal (total o subtotal)	9	152.300	87.100	41.600	281.000	1	0	281.000
Incisión de septum vaginal	5	69.900	45.700	0	115.600	1	0	115.600
Subtotal ginecología y obstetricia		1.117.200	660.800	276.900	2.054.900	15	2	3.209.400
Craneotomía para drenaje de hematoma epidural, subdural o intracerebral	12	234.200	136.500	64.000	434.700	1	2	434.700
Tratamiento de malformaciones arteriovenosas intracraniales	23	724.700	452.900	197.700	1.375.300	1	0	1.375.300
Traqueostomía simple	5	69.900	45.700	0	115.600	0	3	0
Un interespacio cervical o lumbar, bilateral	20	303.500	177.200	82.800	563.500	1	0	563.500
Reparación fístula líquida cefaloraquídea	20	303.500	177.200	82.800	563.500	1	0	563.500
Subtotal neurocirugía		1.635.800	989.500	427.300	3.052.600	4	5	2.937.000
Extracción cuerpo extraño enclavado en faringe (por vía externa)	9	152.300	87.100	41.600	281.000	1	0	281.000
Recección lesión laringe	10	187.500	107.600	51.100	346.200	0	1	0
Recección fístula preauricular	7	107.400	63.200	28.300	198.900	0	1	0
Cirugía para tratamiento de epistaxis, incluye ligadura carótida externa, ligadura edmoideas, ligadura maxilar interna	9	152.300	87.100	41.600	281.000	0	1	0
Septorinoplastia (para función respiratoria no estética)	11	210.300	120.300	57.600	388.200	1	1	388.200
Extracción cuerpo extraño conducto auditivo externo con incisión	3	42.600	30.200	0	72.800	1	0	72.800
Septoplastia, incluye extirpación, reposición cartilago y hueso del septum	9	152.300	87.100	41.600	281.000	0	2	0
Adenoamigdalectomía	6	91.600	54.400	24.000	170.000	0	2	0
Operación de cadwell-Luc (sinusotomía maxilar)	7	107.400	63.200	28.300	198.900	0	1	0
Miringoplastia	12	234.200	136.500	64.000	434.700	0	1	0

Extracción cuerpo extraño amígdalas	3	42.600	30.200	0	72.800	0	1	0
Venodisección y catéter subclavio	4	51.400	37.000	0	88.400	0	1	0
Glándula mamaria	4	51.400	37.000	0	88.400	1	1	88.400
Ganglio o vaso linfático profundo	7	107.400	63.200	28.300	198.900	0	1	0
Músculo	3	42.600	30.200	0	72.800	0	1	0
Pared de senos paranasales	7	107.400	63.200	28.300	198.900	1	1	198.900
Higado por laparotomía	8	124.600	73.600	32.700	230.900	0	2	0
Biopsia de huesos maxilares	4	51.400	37.000	0	88.400	0	1	0
Pared de cavidad bucal	3	42.600	30.200	0	72.800	0	1	0
Piel y tejido celular subcutáneo, en otros sitios no clasificados	2	35.000	24.900	0	59.900	1	0	59.900
GRAN TOTAL								80.088.000

5. CONCLUSIONES

Sin duda alguna, la salud cobra sentido desde una perspectiva pública, en efecto, la concepción de la salud con la que se comenzó el siglo XX fue la de una salud particular, privada, era una concepción de salud de la que el Estado no se daba por aludido.

Cabe recordar que el forjamiento de la Salud Pública como disciplina científica se consolidó en la primera mitad del siglo XIX en los países mas industrializados y urbanizados, e incorporó como uno de sus más importantes fundamentos conceptuales la idea de que la acción del Estado debe orientarse al logro de la

mayor felicidad posible para los ciudadanos y que en razón de ello debe intervenir para redistribuir equitativamente los beneficios logrados por la acción colaborativa de los miembros de la sociedad.

Atendiendo a esta evolución, puede formularse que no puede concebirse la Salud sin su visión de lo público ni negando su función social o desvinculándola de los conceptos de intervención estatal, búsqueda de la justicia social y redistribución solidaria de la riqueza social.

Lo anterior devela la enorme importancia y la función social que cumple el convenio docente-asistencial vigente entre la Facultad de Salud de la Universidad Surcolombiana y el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva, por cuanto que dicho convenio permite la formación de nuevas generaciones de profesionales de la salud, que al formarse y realizar sus prácticas bajo dicho esquema de relación, ello les permite vivenciar y dimensionar la función social de sus profesión.

En cuanto a la clasificación de la población objeto de estudio, como se mostró en la gráfica 1., en el momento de este estudio la Facultad de Medicina de la Universidad Surcolombiana dispone de 76 docentes (con especialidades clínicas), 57 internos y 27 residentes, los cuales prestan servicios asistenciales en la E.S.E. HMP. El hospital cuenta con 89 médicos, de los cuales 34 tienen contrato laboral con ambas instituciones. Lo que cabe destacar es el hecho de que, si bien son 76 los docentes de la USCO, la mayoría de procedimientos son realizados por ellos. En efecto, como se muestra en el cuadro 7., son los miembros de la USCO quienes realizan el 83.13% de los procedimientos de las 20 especialidades médicas ofrecidas.

La cuantificación de la productividad de las actividades asistenciales realizadas durante el mes de Febrero de 2004 por los docentes, residentes e internos del programa de medicina de la Facultad de Salud de la Universidad Surcolombiana en la E.S.E. Hospital Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva, deja claro el gran aporte de la Facultad de Salud al mejoramiento de los procesos de producción y venta de servicios de salud en la E.S.E Hernando Moncaleano Perdomo.

Pero dicho aporte es recíproco, en efecto, la Facultad de Salud aporta con su gran participación en los servicios y procedimientos clínicos ofrecidos en el Hospital, al mismo tiempo que las nuevas generaciones de profesionales de la salud encuentran el espacio idóneo para el desarrollo de sus prácticas profesionales.

La realización de valoraciones, formulaciones y procedimientos menores son llevadas a cabo casi en su totalidad por docentes residentes e internos del programa de medicina de la Facultad de Salud de la USCO, estas acciones buscan asegurar que cada paciente reciba la atención diagnóstica y terapéutica

necesaria que le permita alcanzar un resultado óptimo con el menor riesgo posible de lesiones iatrogénicas y con la máxima satisfacción.

La participación del programa de medicina de la Facultad de Salud de la USCO en las actividades de consulta externa, fue del 83.13% que corresponde a 3370 procedimientos. En urgencias fue de 53.55% equivalentes a 3436 procedimientos. Y en cirugía fue de 76% que corresponde a 325 procedimientos. Estos resultados evidencian una participación continua de Docentes residentes e internos en casi todas las actividades del hospital.

La cuantificación económica de la productividad del programa de medicina de la Facultad de Salud de la USCO en la E.S.E. Hernando Moncaleano Perdomo en el mes del estudio fue \$69.422.000 en Consulta Externa, de \$365.672.200 en urgencias y de \$80.088.000 en área quirúrgica, para un total de \$515. 182. 200. Como quiera que el total de facturación del Hospital asciende a \$2.592.533.780, se tiene entonces que el aporte económico de la USCO equivale al 19.87% del total facturado por el Hospital, con lo que se despejan los dos primeros interrogantes de la presente investigación, pues en primer lugar se establece el porcentaje de actividades de la USCO en el periodo de estudio, y en segundo lugar se pone en evidencia el gran aporte laboral, profesional y económico de la USCO, constituyéndose en una fortaleza económica para el Hospital Hernando Moncaleano.

En cuanto al tercer interrogante de investigación, cabe destacar que el hecho de que los docentes fomenten en los estudiantes el crecimiento científico y la investigación, mejora la calidad de la atención y satisface las necesidades y expectativas de los usuarios. Las labores llevadas a cabo por los internos en la parte asistencial y administrativa facilitan los procesos agilizan trámites y mejora la calidad en la atención y la oportunidad de asistencia.

Los docentes del programa de medicina, aportan su conocimiento científico en el desarrollo de las actividades diarias fomentando la “Cultura de la Calidad” en los estudiantes, exigiendo su establecimiento en forma adecuada, dirigida hacia la ejecución de las actividades asistenciales que ayuden al bienestar de los usuarios.

Los usuarios reciben un cuidado médico oportuno, integral y continuo por parte del talento humano del programa de medicina de la Facultad de Salud de la USCO, debido a que están en capacidad de realizar las valoraciones a los pacientes hospitalizados cuantas veces sea necesario y atender sus necesidades en el momento que lo requieran.

La colaboración mutua existente entre la Facultad de Salud y la E.S.E. HMP se ha convertido en un gran aporte al sector salud, contribuyendo al mejoramiento de la

calidad de vida de la región sur colombiana y formando profesionales de alta calidad ética y profesional.

El presente estudio pretende ser el referente conceptual que permita la implementación de criterios de mejoramiento de la calidad de los servicios de salud ofrecidos por el convenio docente-asistencial. En efecto, en un principio se pretendía solamente una acreditación de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, con lo cual solo se buscaba la autorización para la prestación de un determinado servicio y en consecuencia, una vez acreditado, no se realizaba esfuerzo alguno para avanzar en el mejoramiento de la calidad de la prestación del servicio y todas las actividades Institucionales inclusive hoy, se encuentran dirigidas a la auditoría y control del gasto en la atención en salud, la mal interpretada racionalidad técnico científica, razón por la cual en poco o nada contribuían los resultados de los seguimientos a la evaluación real de la calidad en la atención a los pacientes.

Se debe constituir en el objetivo principal de la calidad de atención, el aseguramiento de las condiciones organizacionales óptimas que permitan otorgar el máximo beneficio con el menor riesgo en la atención en salud en la prestación de un servicio de salud en torno a la protección del paciente con un beneficio que se irradia a todas aquellas personas naturales o jurídicas que de manera activa o pasiva participan de dicha prestación.

De esta manera continúan los procesos de acreditación de acuerdo a estándares, los cuales serán actualizados permanentemente con los monitoreos al desempeño, función de los sistemas y procesos internos, Así entonces, si bien se siguen los desempeños de los profesionales de la salud, estos se evalúan dentro de un sistema que también es objeto de análisis.

Los Servicios de Salud actualmente ya no son ofrecidos por un médico particular sino por un sistema que involucra la acción coordinada de muchos individuos, en forma compleja y tecnificada. Se reconoce que más del 80% de los errores que se cometen en la atención médica no se originan en un acto médico particular, sino en un defecto del Sistema de Salud. Sin embargo, es el profesional quien habitualmente debe responder ante el paciente. En consecuencia si se acude al criterios para el logro de la calidad, será esta la herramienta para definir el responsable frente a cada una de los elementos que constituyen la prestación del servicio de salud, consecuencia obligatoria del sistema.

Pero dicha búsqueda de la calidad ha de estar dirigida al paciente. En realidad el sistema de calidad está dirigido hacia el paciente, quien es en esencia la razón de ser de la medicina (el producto de la atención médica). El recibir una atención con calidad, ofrece al paciente una visión de confianza, seguridad y trato digno, que conlleva a sentirse siempre satisfecho con los servicios recibidos. Situación esta que contribuye indefectiblemente a garantizar una mejoría en su estado de salud.

Para el profesional de la salud, utilizar técnicas de calidad, hace más segura su labor profesional, enmarcando su actividad dentro de los parámetros de la ética y la *lex artis*, pues permite tener la tranquilidad y satisfacción de la labor bien realizada, asegurando su prestigio y protegiéndose de los riesgos inherentes a los procesos médico legales que en su contra se iniciaren. "La búsqueda de la calidad constituye la dimensión ética de la vida profesional". Si el paciente es quien finamente juzga la calidad del servicio médico, generalmente cuando lo ha considerado como bueno, no obstante la materialización de algún riesgo, es más tolerante.

Por último, para las Prestadoras de Servicios de Salud, por ser el actor que debe garantizar las condiciones de la atención, la aplicación de un sistema de calidad, es fundamental para desarrollar sus actividades. Es así que cuando aplica adecuadamente los procesos de calidad, obtiene resultados efectivos de acreditación, disminución de costos, sentido de pertenencia frente a la institución de su personal y en consecuencia menor incidencia de demandas por defectuosa prestación del servicio.

6. PROPUESTA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA PRODUCTIVIDAD

En atención al análisis de las cifras resultado de la investigación, se identifican dos ejes principales en los que la Facultad de Salud de la Universidad Surcolombiana hace un significativo aporte al funcionamiento del Hospital

Hernando Moncaleano Perdomo y a la comunidad en general. En efecto, el total del aporte de los procedimientos realizados por la USCO en EL ÁREA DE Urgencias Ascende a \$365.672.300; en el área de Consulta Externa asciende a \$69.422.000 y en el Área de Cirugía asciende a \$80.088.000 para un gran total de \$515.182.300.

Si se tiene en cuenta que esta cifra total corresponde al periodo de investigación, es decir, un mes (febrero de 2004), resulta entonces fácil advertir que dicho aporte por año podría acercarse a una cifra aproximada a los \$6.182.000.000, cifra nada despreciable que bien administrada podría emplearse para optimizar, entre otros, los siguientes aspectos:

- La infraestructura misma del Hospital (equipos nuevos o actualización de los existentes).
- Ampliación del nivel de atención del Hospital para que logre ofrecer servicios de salud de mayor complejidad.
- Creación de planes o brigadas de salud dirigidas a la población vulnerable de la región, tanto del área urbana como rural.
- Contratación de profesionales de la salud para aumentar la cobertura del servicio prestado.

En fin, las posibilidades de inversión son muchas, sin embargo, en cualquiera de ellas que se emprenda se ha de tener en cuenta la función social que ha de guiar la administración de los servicios de salud ofrecidos, pues además de garantizar la viabilidad financiera de todo proyecto, se ha de maximizar los esfuerzos en procura del beneficio social para la comunidad.

Así las cosas, las dos primeras propuestas de inversión, a saber, la mejora y ampliación de la infraestructura física del Hospital y su concomitante ampliación del nivel de complejidad de los servicios de salud ofrecidos, sólo pueden ser resueltas por una investigación específica en la que se analicen las necesidades reales de infraestructura y la demanda de servicios de esa nueva infraestructura.

Una aproximación que sí puede ser abordada en la presente investigación es la de la posibilidad de que los recursos aportados por la USCO puedan ser empleados para la creación de planes o brigadas de salud dirigidas a la población vulnerable de la región, tanto del área urbana como rural, lo que implica la contratación de profesionales de la salud para aumentar la cobertura del servicio prestado.

Así las cosas, si se tiene en cuenta que un especialista devenga h/d \$24.000 para un total mensual de \$4.128.000 y un médico general devenga h/d \$18.000 para un total mensual de \$3.096.000, bien puede crearse una brigada médica compuesta no sólo de de médicos, sino también de odontólogos y auxiliares con

los que se emplee al menos un 40% de los recursos por mes (aproximadamente unos \$2.472.000.000). Brigada encargada de prestar servicios de salud a la población vulnerable y carente de posibilidades de pago, tanto del área urbana, como del área rural.

Otro frente de inversión podría ser la implementación de servicios psicológicos. Cabe destacar que en la presente investigación se registró un número considerable de procedimientos de amputaciones y de tratamiento de enfermedades catastróficas, lo cual genera en los pacientes un gran impacto psicológico y unos costos por padecimiento de la enfermedad, costos que no siempre pueden ser cuantificados idóneamente.

Cabe destacar que la enfermedad, definida en términos eminentemente biológicos, es explicada “[...] a partir de las desviaciones de la norma de las variables biológicas (somáticas) medibles. De allí que sus indicadores estén constituidos por aquellos datos derivados del examen de la estructura o función corporal detectados y, en general, a través de procedimientos altamente especializados, ya sea de tipo bioquímico, microscópico, radiológico, inmunológico, etc. [...]”³⁹.

Esta consideración exclusivamente biológica de la enfermedad, al ser asociada con una valoración científica de la misma, pone en duda cualquier otra interpretación o práctica de la enfermedad –como la del sujeto enfermo- al considerarlas no científicas o inválidas para explicar la enfermedad.

Pero al igual que con Descartes, quien después de poner en duda todo no obstante no pudo dudar de que él dudaba, de igual manera, ante la certeza de la enfermedad, se puede afirmar –incluso con certeza científica- que si hay enfermedad es porque hay un enfermo, es decir, que si hay enfermedad es porque hay alguien que la padece.

Esta nueva visión en la concepción de la enfermedad permite incluir las dimensiones sociales, psicológicas o culturales de los individuos enfermos, e incluir la causalidad, conceptualización y acciones ligadas a la atención de la misma, así como recuperar los aspectos histórico-sociales para su análisis. Cabe entonces empezar por concebir y analizar al enfermo como ser que padece, de ahí la necesidad de una concepción de servicio social a la hora de organizar y estructurar servicios de salud.

De otra parte, de conformidad con los criterios desarrollados en el marco teórico sobre la gerencia estratégica, se pueden sugerir algunas acciones, las cuales podrían ayudar a optimizar la gestión y los resultados del convenio docente-

³⁹ MERCADO MARTÍNEZ, francisco Javier. Entre el infierno y la gloria. La experiencia de la enfermedad crónica en un barrio urbano. Primera re impresión. México: Universidad de Guadalajara, 2002. p. 15.

asistencial vigente entre la Facultad de Salud de la Universidad Surcolombiana y el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva. Algunas de estas estrategias son:

Partiendo de la base de que la planeación o gerencia estratégica es un proceso eminentemente participativo, se propone la creación de mecanismos participativos de decisión en los que todos los trabajadores del Hospital Universitario vinculados al convenio docente-asistencial definan la misión, visión y objetivos que deseen acoger y que estén dispuestos a cumplir a partir del reconocimiento de las fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas con que se cuenta.

Sobre esta misma base de participación se pueden formular proyectos en los que se tenga claridad sobre sus tres etapas, a saber, la etapa de formulación, la etapa de ejecución y la etapa de evaluación, lo que les permitiría el control del proceso.

En cuanto a la gestión del talento humano, es de vital importancia un estudio acerca de las necesidades, prioridades y ambiente de trabajo de los trabajadores involucrados. Es de público conocimiento el tradicional esquema laboral de los trabajadores de la salud, donde, a manera de ejemplo, se presentan extensos y extenuantes jornadas de trabajo que inciden directamente en la capacidad de respuesta y en la actitud del trabajador y profesional de la salud frente a sus pacientes. El ya analizado síndrome de *Burnout* es un claro ejemplo de lo que se debe evitar a toda costa.

En concordancia con lo anterior, resulta importante reconceptualizar el significado de productividad en el contexto de un convenio entre instituciones de salud en el siglo XXI. La necesidad de elevar la productividad del trabajo, del conocimiento y de quien trabaja con él se basó hasta hace poco en un criterio cuantitativo que desconocía al ser humano, en contraste, hoy se basa en el reconocimiento del talento humano como fuente de dicha productividad.

Reconocer que la Universidad Surcolombiana le provee a la E.S.E. Hospital Hernando Moncaleano Perdomo una serie de ventajas al realizar su práctica clínica en esta Institución, las cuales influyen directamente la calidad del servicio que reciben los usuarios del Hospital; es decir gracias al convenio asistencial vigente el Hospital se convierte en un Hospital Universitario.

Implementar una atención cualificada y de alto nivel, al mismo tiempo que impulsar el avance al conocimiento para la toma de decisiones y la investigación. Situación que es posible ya que se cuenta con un grupo de profesionales con excelente formación académica.

La presencia de la Universidad Surcolombiana le permite a la E.S.E. Hernando Moncaleano Perdomo, ser productiva a través de la prestación de un servicio integral, mediante acciones de promoción, prevención, curación rehabilitación al

usuario; por tal razón la oficina de mercadeo podría promover la medición de la satisfacción del usuario en las diferentes Unidades Productivas, para tomar las decisiones más convenientes de fortalecimiento institucional en el marco del convenio asistencial y en el de un sistema obligatorio de la garantía de la calidad.

Es importante, rediseñar un sistema de seguimiento a los compromisos establecidos en el convenio asistencial, de tal manera que garantice mejorar la prestación de los servicios de salud a los usuarios, regular y desarrollar de común acuerdo en las instalaciones del Hospital los programas que tiene la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Surcolombiana.

Fortalecer los esquemas de estrategias competitivas para hacer los procesos adaptables a las necesidades cambiantes de los usuarios del Hospital evitando los costos innecesarios mediante la operacionalización de la auditoría médica.

Tener en cuenta los resultados obtenidos en esta clase de estudios, en cuanto al talento humano de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Surcolombiana la cual disminuye la inversión económica que la E.S.E. debería realizar en mano de obra calificada para prestar un servicio con la calidad que actualmente se ofrece a los usuarios, al igual que la agilidad en las actividades administrativas y asistenciales necesarias para la prestación de un servicio eficaz, debido en gran parte a la colaboración de los médicos internos, quienes se encargan de diligenciar la historia clínica para la admisión, remisión y salida de los usuarios.

Promover la imagen Institucional del Hospital por medio del contacto científico, académico, las investigaciones, el alto conocimiento médico y de salud de sus profesionales y estudiantes.

Aplicar indicadores de productividad con metas y resultados esperados que permitan determinar valores institucionales, dignidad humana y cumplimiento de los fundamentos del sistema; balance social permanente, control de reducir la morbimortalidad mejorando la cobertura, desarrollo tecnológico del área, capacitación clínica permanente y gestión eficiente de los recursos humanos, físicos, financieros y de información.

Establecer por cada unidad productiva un sistema de registro que permita determinar las falencias de la productividad, con el fin de poder establecer los correctivos necesarios oportunamente. Estas falencias podrían ser: la vinculación laboral del docente, el tipo de vinculación, su desempeño en una unidad productiva, el tipo de procedimiento la duración del procedimiento, insuficiencia de insumos, retraso en las programaciones, ausencia de uno o más profesionales, remuneración deficiente, tiempo dedicado a las actividades de docencia, administración, asistencia e investigación en cada una de las unidades productivas.

Rediseñar las agendas medicas de tal manera que se pueda establecer qué actividad del profesional es realizada dentro del tiempo contratado por la Universidad o por el Hospital.

Lo anterior se sustenta en que las prácticas docente-asistenciales, le permiten a la E.S.E. aumentar las actividades realizadas a los usuarios asistencial, satisfaciendo de esta forma una de las necesidades del paciente, y produciendo un aumento en la participación del mercado.

BIBLIOGRAFÍA

ABEL, Christopher. Ensayos de historia de la salud en Colombia: 1.920– 1.990. Bogotá: Instituto de Estudios Políticos y Relaciones Internacionales de la Universidad Nacional CEREC, 1.996. 143 p.

AGUDELO C. La reforma del sistema de salud. Santafé de Bogotá: Cuadernos de Salud y Desarrollo, 1993.

AGUDELO C. El reto social de la salud. En: Desarrollo del Sistema de Salud en Colombia. Serie Debate No. 2. Santafé de Bogotá: Ministerio de Salud, OPS/OMS, 1992. p. 45-52.

AHUMADA C. Política social y reforma de salud en Colombia. Bogotá: Papel Político, 1998. (7): 9-35.

BARRETO, Saul. Familia y Comunidad. Universidad Santo Tomas, Bogotá 1998.

BRUBAKER, Sterling. Para Vivir en la Tierra, Equilibrio Demográfico. Recursos para el Futuro. Edit Pax, México 1993.

CÁRDENAS, Miguel Eduardo y OLANO, Guillermo. Reforma de la seguridad social en salud. Bogotá: FESCOL; FES; F.R.B. y Fundación Corona, 1.992. 258 p.

CARDONA A. La reforma de la seguridad social en salud: ¿problemas de coyuntura o de diseño?. En: Cartilla de Seguridad Social No. 1. Medellín: Centro de Estudios de Seguridad Social. Facultad Nacional de Salud Pública, ISS, 1996. p. 21-41.

CARDONA A. El nuevo escenario de la seguridad social en Colombia. En: Universalidad de la Salud. Otro reto de fin de siglo. Santafé de Bogotá: Corporación Salud y Desarrollo, 1994. p. 59-83.

CERDA, Hugo. Los Elementos de la Investigación. Editorial El Búho, Santa Fe de Bogotá 1991.

Constitución Política de Colombia. Santa Fe de Bogotá 1991.

CORELLA, José Maria. La Gestión de los Servicios de Salud. Bogotá: Editorial Díaz de Santos, 2001.

DÍAZ E. Lineamientos para la reestructuración del Sistema Nacional de Salud. En: Reorganización del Sistema Nacional de Salud. Una respuesta al cambio social. Vol. 1. Santafé de Bogotá: Ministerio de Salud, Asociación Colombiana de Salud Pública, 1990. p. 367-387.

ERRASTI, Francisco. Principios de Gestión Sanitaria. Bogotá: Editorial Díaz de Santos, 1998.

ESCUELA COLOMBIANA DE MEDICINA. Productividad, factor estratégico de la competitividad global. Bogotá, D.C.: Editorial Luís Ernesto Blanco, 1996.

FALS BORDA, Orlando. La Investigación Acción Participativa. Universidad Javeriana 1998

FORO REGIONAL DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD. Santafé de Bogotá, 1999. (material en fotocopia).

FUNDACIÓN SOCIAL 7. Aprendizajes Básicos para la Educación en la Convivencia Social. Editorial Gaceta, Santa Fe de Bogotá 1992.

GALLARDO H, Camacho M. La evasión en el sistema de salud de Colombia. Bogotá: Vía Salud, 1998. (4): 5-12.

HAYMAN, Jhon L. Investigación y Educación. Editorial Piados, Buenos Aires, Argentina 1974.

HERNANDEZ M. El derecho a la salud y la nueva constitución política colombiana. En: Cardona A. (Coord.). Santafé de Bogotá: Sociedad y Salud. Zeus Asesores, 1992. p. 129-154.

HERNÁNDEZ SAMPIERI, Roberto; FERNÁNDEZ COLLADO, Carlos; BAPTISTA LUCIO, Pilar. Metodología de la investigación. México: McGRAW-HILL, 1997.

HOLAHAN, Charles J. Psicología Ambiental. Editorial LIMUSA S.A. Grupo Noriega Editores, tercera edición, versión autorizada en Español. México 1995.

INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TECNICAS Y CERTIFICACION. Tesis y otros trabajos de grado. Bogotá: ICONTEC. , 2002. 132 p. NTC. 1486 (quinta actualización), 1075, 1487, 1160, 1308, 1307.

JARAMILLO I. Institucionalización de la descentralización administrativa y la participación comunitaria. En: Reorganización del Sistema Nacional de Salud. Una respuesta al cambio social. Vol. 1. Santafé de Bogotá: Ministerio de Salud, Asociación Colombiana de Salud Pública, 1990. p. 281-300.

JARAMILLO I. El futuro de la salud en Colombia. La puesta en marcha de la ley 100. 3ª edición. Santafé de Bogotá: Tercer Mundo Editores, 1997.

LONDOÑO, J.L. y FRENK, J. Pluralismo estructurado: hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina. Bogotá: Salud y Gerencia, 1997.

LÓPEZ C. El Instituto de Seguros Sociales y la reforma a la seguridad social en Colombia. Santafé de Bogotá: Revista Facultad Nacional de Salud Pública;1992. 12 (1): 21-31.

LÓPEZ H. Sobre la propuesta gubernamental de reforma al sistema pensional en Colombia. Santafé de Bogotá: Revista Facultad Nacional de Salud Pública; 1992. 12 (1): 32-48.

MESA DE TRABAJO DE LA SOCIEDAD CIVIL SOBRE REFORMA PENSIONAL. La reforma pensional que Colombia necesita. Bogotá: FESCOL, Marzo de 2002.

MINISTERIO DE SALUD. Programa de Apoyo a la Reforma de Salud-BID/910/OC-CO. Bases de Precalificación. Bogotá: Concurso 03-97, 1997.

MINISTERIO DE SALUD. OPS. Colombia Sana. Santafé de Bogotá: Serie Memorias No. 1, 1991.

MINISTERIO DE SALUD. Apertura a la Salud 1991-1994. Santafé de Bogotá: Serie Memorias No. 2, 1991.

MOVIMIENTO NACIONAL POR LA SALUD PÚBLICA. Elementos generales para la construcción de una política nacional de Salud Pública. En: Equidad y política social en Colombia (II). Santafé de Bogotá: Cumbre Social contra la pobreza, por la equidad y por la paz, 1999. p. 173-182.

OCHOA D. La participación social en la reforma de la seguridad social en salud. En: Universalidad de la Salud. Otro reto de fin de siglo. Santafé de Bogotá: Corporación Salud y Desarrollo, 1994. p. 111-118.

OSMAN, Pedro Pablo y PRADO, César. "La democratización de la propiedad en las privatizaciones de las empresas del Estado". Tesis de grado. Santafé de Bogotá: COLEGIO MAYOR DE NUESTRA SEÑORA DEL ROSARIO. Facultad de Jurisprudencia. , 1997. 231 p.

RESTREPO M. Perspectivas para la implantación de la reforma a la seguridad social en Colombia. En: Universalidad de la Salud. Otro reto de fin de siglo. Santafé de Bogotá: Corporación Salud y Desarrollo, 1994. p. 33-55.

SENDALES, Lola. Investigación Acción Participativa. Editorial Dimensión Educativa, séptima edición. Santa Fe de Bogotá, D.C., Marzo de 1998.

TORO, José Bernardo. "El ciudadano y su papel en la construcción de lo social". En: Unidad uno del Diplomado en gestión comunitaria y gerencia social de la ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTA Y PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA. Bogotá. 2000.

TORRES, Alfonso. "Enfoques Cualitativos y Participativos en Investigación Social". UNAD. Bogotá 1997.

ZIMMERMAN, Marcel Psicología Ambiental y Calidad de Vida. Autoedición Computextos Laser, primera edición. Santa Fe de Bogotá septiembre 1995.

Otras fuentes:

{Internet} [http// www.agustinianos.udea.edu.co/economia/ges/pseriadas.html](http://www.agustinianos.udea.edu.co/economia/ges/pseriadas.html). 2002.

{Internet} [http//www.mintrabajo.gov.co](http://www.mintrabajo.gov.co). 2002.