

IMPACTO DE LA APLICACION DE LA LEY 100 DE 1993 EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD:
ESTUDIO DE CASO HABITANTES DE ESTRATO 1 Y 2 DE LA COMUNA 5 DE LA CIUDAD DE MANIZALES EN EL
PERIODO 2015-2016.

ANGELA FERNANDA LIBREROS ROTAVISTA

UNIVERSIDAD DE MANIZALES

FACULTAD DE DERECHO

MANIZALES

2019

IMPACTO DE LA APLICACION DE LA LEY 100 DE 1993 EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD:
ESTUDIO DE CASO HABITANTES DE ESTRATO 1 Y 2 DE LA COMUNA 5 DE LA CIUDAD DE MANIZALES EN EL
PERIODO 2015-2016.

ANGELA FERNANDA LIBREROS ROTAVISTA

PRESENTADO A: DR. DIEGO HERNANDEZ.

UNIVERSIDAD DE MANIZALES

FACULTAD DE DERECHO

MANIZALES

2017

3TABLA DE CONTENIDO

1. DESCRIPCION DEL PROBLEMA	5
1.1 SINTOMAS:	5
1.2 CAUSAS:	6
1.3 CONSECUENCIAS:	7
1.4 CONTROL PRONÓSTICO:	8
1.5 DESCRIPCION COMUNA CINCO (5):	8
2. OBJETIVOS:	9
2.1 GENERAL:	9
2.2 ESPECIFICOS:	9
3. PREGUNTA DE INVESTIGACION:	10
3.1 JUSTIFICACION	10
3.2 APORTES:	12

3.3 CATEGORIAS DE ANALISIS:	12
3.4 ESTADO DEL ARTE:	13
4. HIPOTESIS:	24
5. MARCO TEORICO:	25
6. METODOLOGIA:	25
6.1 UNIDAD DE ANALISIS:	26
6.2 POBLACION:	26
6.3 UNIDAD DE TRABAJO:	26
6.4 MUESTRA:	26
6.5 DISEÑO METODOLOGICO:	27
6.6 TECNICAS E INSTRUMENTOS:	28

1. DESCRIPCION DEL PROBLEMA

1.1 SINTOMAS:

Hace más de dos décadas se adoptó e implementó el Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia, tiempo en el cual se han evidenciado diversas manifestaciones de los diferentes autores del sistema. Es así como, a través de éstas expresiones, se conocen las limitaciones estructurales y de implementación de la Ley 100 de 1993, la falta de cobertura universal, el fraccionamiento de la población y de los planes de beneficio, el aumento del gasto en salud sin mejoramiento en la calidad, la intermediación inapropiada y costosa, la persistencia de inequidades en el acceso y utilización de los servicios y por si fuera poco el colapso del sistema judicial del país a consecuencia de la presentación de tutelas; éstas, como único recurso para proteger el derecho a la vida y a la salud.

Son innumerables los casos que a diario se conocen a través de los medios de comunicación, denuncias a la defensoría del pueblo, tutelas presentadas ante el aparato judicial y el voz a voz en los que se exponen las problemáticas y dificultades en cuanto al acceso al sistema de salud, así como en la atención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y recuperación de las patologías que aquejan a los colombianos.

El sistema de salud en Colombia agoniza, cada día aumentan las quejas y reclamos de los pacientes ante el sistema por inconformidades en el acceso a la atención en salud, por la falta de autorización de las EPS para la realización de exámenes diagnósticos y entrega de medicamentos. Una vez se logra establecer por parte del personal de salud un diagnóstico, se inicia la batalla

nuevamente con el intermediario por el acceso al tratamiento de forma oportuna, algunos dependiendo de su EPS o de la activación del aparato judicial tienen éxito y empiezan rápidamente a ser beneficiarios de un tratamiento oportuno; otros por el contrario han llegado a perder la batalla, es decir, en dicho intento han perdido la vida. Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPS, se ven en serias dificultades de mantener abiertos sus servicios. Primero, ante la falta de pago de las EPS; lo que ocasiona incumplimientos en las obligaciones laborales como en las obligaciones con proveedores y en segundo lugar ante las exigencias de los entes de inspección, vigilancia y control por alcanzar los más altos estándares de calidad. Como se acaba de mencionar los trabajadores de la salud, se ven de igual forma afectados por la problemática descrita; la forma de contratación, el exceso de trabajo, el cumplimiento de sus actividades laborales sin los insumos y elementos necesarios tanto para su seguridad como para una adecuada y correcta atención suman a esta crisis.

1.2 CAUSAS:

El Gobierno Central se ha tornado impasible ante la problemática en mención, su actuación ha sido deficiente; así como la del Congreso de la República. Por mandato constitucional corresponde al Estado la prestación de servicios públicos como la salud y a los representantes del pueblo el desarrollo constitucional que vele por la garantía de los derechos que allí reposan; por el contrario, es de manifiesto conocimiento que las medidas tomadas como solución a los innumerables inconvenientes estructurales y funcionales del

sistema de salud no han sido suficientes. Se observa una actuación estatal empobrecida y sin ánimo de hacerle frente al problema y de igual forma una legislación que no propende por la solución sino por una eficacia simbólica.

Al permitir que el Sistema General de Seguridad Social en Salud fuera absorbido por la doctrina del libre mercado de Milton Friedman, es decir, la introducción del sector privado en la prestación y provisión de servicios públicos como la salud, se propició la competencia por una alta productividad y rentabilidad financiera, rezagando calidad, eficiencia y efectividad en la prestación de los servicios de salud. Se entiende entonces que este fenómeno favorece al sector privado representado por los intermediarios (EPS) que al principal autor y sujeto de derechos del sistema, el paciente.

1.3 CONSECUENCIAS:

Se ha observado entonces que las limitaciones en la implementación de la Ley 100 de 1993 en Colombia se reflejan en la presencia de inequidades, desigualdades y negación de servicios de salud a los pacientes. No es igual entonces, para los intermediarios e intereses políticos y privados, debido al favorecimiento que reciben desde la parte legislativa y desde el poder central. Las consecuencias de esta problemática se perciben a diario, la población con escasos recursos económicos, con enfermedades de alto costo o huérfanas, con necesidad de acudir a una cita médica especializada, así como a un tratamiento farmacológico y/o quirúrgico, intenta hacerle frente al sistema por recuperar su salud, obtener una mejor calidad vida, recuperarse y rehabilitarse; pero no siempre se logra, los

obstáculos que deben atravesar son poderosos y en la lucha por alcanzar el bienestar físico, mental y emocional pueden sufrir graves secuelas o perder la vida.

1.4 CONTROL PRONÓSTICO:

El aporte generado por esta investigación consistirá en determinar el impacto de la aplicación de la ley 100 de 1993 en el sistema general de seguridad social en salud en los habitantes de estrato 1 y 2 de la comuna 5 de la ciudad de Manizales en el periodo 2015-2016.

1.5 DESCRIPCION COMUNA CINCO (5):

El siguiente estudio se realizará en la comuna cinco (5) llamada también Ciudadela del Norte de la ciudad de Manizales, a través del Acuerdo 589 de agosto 31 de 2004 "Por medio del cual se establece la división del municipio de Manizales en comunas y corregimientos" y conforme el decreto extraordinario 0042 del 28 de febrero de 2005, "Por medio del cual se asigna el nombre a las comunas y corregimientos del municipio de Manizales"

Manizales se encuentra dividida en 11 comunas y en 113 barrios. Los barrios correspondientes a la comuna cinco (5) o Ciudadela del Norte son: Altos de Capri, Bosques del Norte, Comuneros, El Caribe, El Porvenir, Fanny Gonzales, La Carola, Peralonso, Palonegro,

Puerta del Sol(Corinto), San Cayetano, San Sebastián, Sierra Morena (Parte Urbana), Sinaí, Solferino, Villahermosa (La Playa), Villa Julia.

2. OBJETIVOS:

2.1 GENERAL:

Determinar el impacto de la aplicación de la ley 100 de 1993 en el Sistema General de Seguridad Social en Salud en los habitantes de los estratos 1 y 2 de la comuna 5 de la ciudad de Manizales en el periodo 2015 - 2016.

2.2 ESPECIFICOS:

- Conocer el perfil epidemiológico de los habitantes de los estratos 1 y 2 de la comuna 5 de la ciudad de Manizales a 1993.
- Conocer el perfil epidemiológico de los habitantes de los estratos 1 y 2 de la comuna 5 de la ciudad de Manizales a 2015.
- Identificar la red asistencial de atención en salud para los habitantes de los estratos 1 y 2 del sector de la comuna 5 de la ciudad de Manizales en el periodo 2015-2016.
- Establecer si la normatividad relacionada con estándares de calidad en salud, contribuyó al mejoramiento del estado de salud de los habitantes de los estratos 1 y 2 del sector de la comuna 5 de la ciudad de Manizales en el periodo 2015-2016.

3. PREGUNTA DE INVESTIGACION:

¿Qué impacto ha tenido la aplicación de la ley 100 de 1993 en el sistema de seguridad social en salud en los habitantes de los estratos 1 y 2 de la comuna 5 de la ciudad de Manizales en el periodo 2015 - 2016?

3.1 JUSTIFICACION

“Aspectos básicos como la salud, la seguridad social y la vida, han sido y serán conceptos íntimamente relacionados y que se encuentran bajo la responsabilidad del Estado como representación del interés colectivo. En Colombia la primera ley de Seguridad Social se dio en 1946 con la Ley 90; esta permitió la creación del Instituto Colombiano de Seguros Sociales, la Caja Nacional de Previsión Social y algunas otras”¹. Siendo un gran avance para el país incorporar las bases conceptuales e ideológicas.

Llegando a fines de los años ochenta e inicios de los noventa, bajo la influencia del Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional numerosos países empezaron reformas a los sistemas de salud basadas en modelos de mercados, a las que Colombia no escapó. Debido a esto se crea e implementa en 1993 el Sistema General de Seguridad Social en Salud, este sistema fue creado con el

¹ (<http://revistasum.umanizales.edu.co/ojs/index.php/Asuntosecoyadmon/article/view/2023/2139>)

propósito de lograr la satisfacción eficiente y efectiva de las necesidades de salud de la población colombiana, es así como, estableció dos regímenes de aseguramiento: el contributivo, para quienes se encuentran formalmente empleados y para trabajadores independiente; y el subsidiado, para quienes no disponen de las anteriores condiciones.

Las falencias del sistema son evidentes, de tal forma que se ha debido producir numerosas leyes, reglamentaciones, regulaciones y normas para para hacer efectivo el articulado que contiene la Ley 100/93. Sumado a esto y a la descentralización del servicio de salud, se hace presente la corrupción en los gobiernos, es decir, estas entidades según informes de la Contraloría General de la Nación y la Defensoría del Pueblo (Málaga et al., 2000), se han adueñado de los dineros destinados al gasto social afectando proporcionalmente la prestación de los servicios de salud.

Sin lugar a dudas ha sido la finalidad de los intermediarios, la que ha puesto a tambalear el proyecto del sistema consistente en brindar “atención en salud con eficiencia, calidad, equidad y solidaridad”². Esta finalidad enfocada en la productividad y en rendimientos financieros, presenta una de las causas a la problemática en acceso y atención en salud a los colombianos y sumado a ello la falta de supervisión y control del Estado hacia estas administradoras en el cumplimiento de los fines de la Constitución y la Ley, así como la aplicación de sanciones por el incumplimiento de los mandatos legales y judiciales. Debido a la denuncia y al conocimiento de las afectaciones a la salud en que se ven involucrados los colombianos “la Corte Constitucional fundamentó la doctrina de la salud como

² <http://revistasum.umanizales.edu.co/ojs/index.php/Asuntosecoyadmon/article/view/2023/2139>

un derecho fundamental que debe ser garantizado por el Estado sin ninguna discriminación”³ a lo que aún no se ha visto aplicación imperativa.

3.2 APORTES:

Con el presente estudio se busca reconocer el perfil epidemiológico como una herramienta especial y de alta relevancia para los sistemas de salud, debido a la identificación de las características de la enfermedad que aqueja o de la cual padece la población, proporcionando de esta forma una valiosa información que permite orientar la actuación del sistema de salud. De igual forma se intentará identificar para la población objeto de estudio, el acceso a la red asistencial de salud, la satisfacción a las necesidades de atención y la calidad de los servicios prestados.

3.3 CATEGORIAS DE ANALISIS:

³ Jaramillo Pérez Iván. El futuro de la salud en Colombia: Ley 100 de 1993: política social, mercado y descentralización. Santafé de Bogotá, Colombia: FESCOL : FRB : FES : Fundación Corona, 1994; p.184-185.

OBJETIVOS ESPECIFICOS	CATEGORIA	FUENTE PRIMARIA	FUENTE SECUNDARIA	TECNICA	INSTUMENTO	FORMA DE VALIDACION
<i>Conocer el perfil epidemiológico de los habitantes de los estratos 1 y 2 de la comuna 5 de la ciudad de Manizales a 1993.</i>	Perfil epidemiológico	-	Secretaria de Salud de Manizales.	Revisión documental	Ficha bibliográfica documental	Triangulación
<i>Conocer el perfil epidemiológico de los habitantes de los estratos 1 y 2 de la comuna 5 de la ciudad de Manizales a 2015.</i>	Perfil epidemiológico	-	Secretaria de Salud de Manizales.	Revisión documental	Ficha bibliográfica documental	Triangulación
<i>Identificar la red asistencial de atención en salud para los habitantes de los estratos 1 y 2 del sector de la comuna 5 de la ciudad de Manizales en el periodo 2015-2016.</i>	Red asistencial	Usuario	Alcaldía de Manizale, Secretaria de Salud de Manizales, ASSBASALUD	Encuesta - Entrevista	Formato de encuesta y formato de entrevista	Triangulación
<i>Establecer si la normatividad relacionada con estándares de calidad en salud, contribuyó al mejoramiento del estado de salud de los habitantes de los estratos 1 y 2 del sector de la comuna 5 de la ciudad de Manizales en los años 2010 a 2015.</i>	Estándares de calidad	Usuario	Dirección Territorial de Salud, Secretaría de Salud de Manizales	Encuesta - Entrevista	Formato de encuesta y formato de entrevista	Triangulación

3.4 ESTADO DEL ARTE:

Ver Tabla 1.

Actualmente los estudios sobre el sistema de salud, redes asistenciales, financiación, universalidad en la afiliación y satisfacción de los usuarios durante la atención en salud han pretendido mostrar los resultados de las políticas y reformas aplicadas al complejo sistema de salud, así como el esfuerzo de los gobiernos por mejorar la calidad de vida de sus ciudadanos con el desarrollo de políticas y estrategias que permitan desarrollar exitosamente las reformas en mención. A nivel global en Chile por ejemplo Artaza-Barrios, Osvaldo; Toro-Devia, Olga; Fuentes-García, Alejandra; Alarcón-Hein, Alex; Arteaga-Herrera, Oscar (2013)⁴ desarrollan un estudio en el que se pretende evaluar la contribución de los Consejos Integradores de la Red Asistencial (CIRA) en mejorar la gobernanza en salud en Chile, a través de la revisión de los documentos oficiales asociados con el proceso de constitución y desarrollo de los CIRA; aplicando un cuestionario ad hoc a los 29 CIRA del país y 35 entrevistas semiestructuradas en profundidad a participantes de una muestra de seis CIRA. Usando una combinación metodológica cuali-cuantitativa para alcanzar los objetivos. El componente cuantitativo corresponde a un estudio transversal orientado a caracterizar a los CIRA de todo el país mediante un cuestionario ad hoc respondido por la dirección de los servicios de salud. El componente cualitativo descansa en la realización de entrevistas semiestructuradas a integrantes de una muestra intencionada de CIRA y en una revisión de los documentos oficiales que se vinculan con estos consejos. Los resultados indican que los CIRA se han constituido en una herramienta de integración funcional y un espacio valorado de diálogo, cooperación y aprendizaje por parte de los actores de las redes asistenciales públicas chilenas.

⁴ Artaza-Barrios, Osvaldo; Toro-Devia, Olga; Fuentes-García, Alejandra; Alarcón-Hein, Alex; Arteaga-Herrera, Oscar (2013), "Gobierno de redes asistenciales: evaluación de los Consejos Integradores de la Red Asistencial (CIRA) en el contexto de la reforma del sector salud en Chile", *Salud Pública de México*, vol. 55, núm. 6, noviembre-diciembre, 2013, pp. 650-658.

Así mismo, se ha querido conocer la percepción de los profesionales de la salud como uno de los autores principales del sistema de salud, dando paso entonces a la región de Los Ríos en Chile, Ferrada, Octavio A.; Méndez, Claudio A. (2013)⁵ describen la percepción de los profesionales de la salud respecto de la implementación de la red asistencial de salud de la provincia del Ranco, región de Los Ríos, Chile, por medio de un estudio cualitativo de tipo descriptivo y exploratorio con base en entrevistas semiestructuradas en profundidad a dieciséis profesionales. La información se analiza a través de la técnica de análisis de contenido y se obtiene que como resultado de la implementación de la red asistencial mejoró la coordinación de la provisión de servicios de salud. Sin embargo, existen diferencias de acuerdo con el nivel de responsabilidad administrativa respecto de las fortalezas y debilidades de la implementación.

Continuando con los estudios de las autores del sistema de salud, se hace referencia en las siguientes dos investigaciones al autor principal y por el cual se realizan todos los esfuerzos posibles para su bienestar. Para el primer estudio, Roque-Roque, Joel Sack, Hinojosa-Florez, Liesbeth, Huaman-Zurita, Nancy Luisa, Huaraca-Hilario, Carlos, Huamanquispe-Quintana, John, Velazco-Del Alamo, Jorge Fernando (2015)⁶, a nivel local de Cusco, Perú; procuran identificar la proporción de usuarios satisfechos atendidos en el servicio de consulta externa del primer nivel de atención, en la Red Asistencial EsSalud - Cusco. Usando un estudio de tipo descriptivo transversal, realizado en el año 2014 en la Consulta Externa del Primer Nivel de Atención, así mismo se utiliza la metodología SERVQUAL para determinar la satisfacción de 605 usuarios externos. En los resultados del estudio se consideraron 575

⁵ Ferrada, Octavio A.; Méndez, Claudio A. (2013), "Implementación de las redes asistenciales de salud en Chile: percepciones de los profesionales de la salud", Revista Gerencia y Políticas de Salud, vol. 12, núm. 24, enero-junio, 2013, pp. 100-113.

⁶ Roque-Roque, Joel Sack, Hinojosa-Florez, Liesbeth, Huaman-Zurita, Nancy Luisa, Huaraca-Hilario, Carlos, Huamanquispe-Quintana, John, Velazco-Del Alamo, Jorge Fernando (2015), "Satisfacción del usuario en la consulta externa del primer nivel de atención - Red asistencial EsSalud Cusco 2014", Revista del Cuerpo Médico del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo. 2015, Vol. 8 Issue 2, p85-89. 5p.

encuestas, el 70% (402) de los encuestados fueron usuarios directos de la prestación asistencial, el 75% (436) son personas con educación superior, la población femenina abarcó el 75% del total de encuestados y el asegurado titular hizo un mayor uso de los servicios de salud 54,8% (315). La satisfacción global se presentó en el 35% (201) de usuarios, siendo las dimensiones con mayor porcentaje de satisfechos: Seguridad 38%, Empatía 36%, y Aspectos Tangibles 37% y las dimensiones con menor satisfacción: Fiabilidad 33% y Capacidad de Respuesta 30%.

En el segundo estudio, L., AcostaA, M.S., Burrone, M.J., Lopez de Neira, M., Lucchese, C., Cometto, B., Ciuffolini, M., Didoni, H., Jure, G., Acevedo, J.C., Estario, A.R., Fernández (2011)⁷, de igual forma que el anterior, es decir, a nivel local; buscan identificar el nivel de satisfacción de los destinatarios de los centros de salud de la provincia de Córdoba. Implementan encuestas a los destinatarios de los centros de salud de la provincia de Córdoba indagando acerca de aspectos sociodemográficos, tipo de asistencia sanitaria, motivo de consulta, accesibilidad y opinión general de la atención recibida. La información recabada fue procesada y analizada de acuerdo a la naturaleza de la variable y las comparaciones se efectuaron por ANOVA y para datos categorizados se utiliza coeficiente de contingencia (nivel de significación 0,05). En cuanto a los resultados se obtiene que el acceso geográfico fue considerado aceptable por los encuestados al igual que el tiempo de espera y las condiciones edilicias. El desempeño profesional durante la atención, el vínculo establecido entre el profesional y el destinatario y el servicio brindado por el centro de salud fueron factores valorizados por los encuestados.

⁷ L., AcostaA, M.S., Burrone, M.J., Lopez de Neira, M., Lucchese, C., Cometto, B., Ciuffolini, M., Didoni, H., Jure, G., Acevedo, J.C., Estario, A.R., Fernández (2011), "Análisis de la satisfacción del usuario en centros de salud del primer nivel de atención en la provincia de Córdoba, Argentina", *Enfermería Global*. Jan 2011 10(21):0-0.

El perfil epidemiológico tiene una especial relevancia para los sistemas de salud, pues además de contribuir con las características de la enfermedad que aqueja o de la cual padece la población, proporciona valiosa información que permite orientar la actuación del sistema de salud. En los estudios que a continuación se presentan se muestra la contribución del perfil epidemiológico como herramienta para la adopción de medidas y estrategias que permiten a nivel local en el estado de Querétaro, Romero-Márquez, Rubén Salvador; Romero-Zepeda, Hilda (2010)⁸ pretenden mostrar el perfil epidemiológico de la influenza y las acciones de control en Querétaro, entre marzo de 2009 y mayo de 2010, desarrollando un estudio prospectivo, descriptivo en pacientes con cuadro sugestivo de influenza. La muestra fue tipo censo. Se realizó prueba diagnóstica rápida y confirmatoria con PCR. Se calculó tasa de letalidad y de mortalidad por sexo, edad y localidad de domicilio, como resultado se registraron 7678 casos, 2220 confirmados: 75.4% de los enfermos tenía entre 10 y 59 años de edad. Los Servicios Estatales de Salud de Querétaro informó 45.7% de los enfermos y 67.5% de las defunciones; el IMSS, 41.6 y 28.5%, respectivamente. La sensibilidad de la prueba rápida fue de 79%, con 21% de falsos negativos; para signos clínicos: fiebre 98%, cefalea 86.5%, tos seca 84.8% y ataque al estado general 84.3%. La estrategia incluyó instalación de módulos de atención, equipos de respuesta inmediata, detección y tratamiento oportunos, áreas específicas en urgencias, hospitalización y terapia intensiva, e inmunización de 40% de la población. A través del siguiente estudio se evidencia la importancia del perfil epidemiológico en la solución de problemas de salud. Martínez Calvo, Silvia; Ramis Andalia, Rina

⁸ Romero-Márquez, Rubén Salvador; Romero-Zepeda, Hilda (2010), "Perfil epidemiológico de la influenza A H1N1 en Querétaro" Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, vol. 48, núm. 4, 2010, pp. 377- 382.

Milagros (2012)⁹, Revisan críticamente la relación entre los métodos clínico y epidemiológico, su conjugación en la denominada Epidemiología Clínica y la posibilidad que brindan para la solución de los problemas de salud correspondientes, a través, de revisión documental obteniendo las siguientes conclusiones, la vigencia de ambos métodos para la investigación en salud y la aplicación de los procedimientos de la Epidemiología Clínica como disciplina de escaso desarrollo, especialmente cuando se refiere al ámbito nacional. Los métodos clínicos y epidemiológicos, no son divergentes, sino que se complementan para desarrollar un enfoque transdisciplinar, imprescindible para la investigación y la solución de los problemas de salud. Es así como, a medida que el mundo evoluciona su población también lo hace y con ella surgen nuevos desafíos en salud por la incursión de nuevas patologías o mutación de las ya existentes. A nivel global en México Borja, Victor Hugo (1999)¹⁰ refleja la importancia de la investigación de enfermedades emergentes y de los métodos para combatir problemas nutricionales aún no resueltos, con la utilización de métodos alternativos de aproximación a las comunidades con rezagos nutricionales, encuentra que la emergencia de un complejo perfil epidemiológico muy vinculado al ritmo y tipo de desarrollo de las sociedades. A las necesidades locales se les añade el problema de las influencias globales. Las experiencias que se describen contribuyen a descifrar los abordajes y las respuestas orientadas a resolver los problemas de salud que hoy afectan a la población mundial y que ya figuran como las prioridades de atención y prevención del mañana. Siguiendo una línea similar, pero a nivel local en Santa Marta, María Belén Jaimes Sanabria (2013)¹¹, consigue medir el perfil

⁹ Revista Cubana de Salud Pública, vol. 38, núm. 4, octubre-diciembre, 2012, pp. 615-621

¹⁰ Salud Pública de México, vol. 41, núm. 3, mayo-junio, 1999, pp. 151-152.

¹¹ Universidad del Magdalena, 2013.

epidemiológico de las familias del 8 de Diciembre para identificar aspectos relacionados con sus variables sociodemográficas, de estilo de vida, medio ambientales, biológicos y de servicios de salud, investigación que se realizada aplicando una encuesta por familia, y con sus resultados focalizar la Proyección Social a ofrecer, encontrándose 96 familias y 495 personas con edad media de 21,3 años, y 51,9% de sexo femenino. En las viviendas se encontró factores como hacinamiento, presencia de humo tenencia de animales, la mayoría sin vacunar, roedores, reservorios de aguas, puertas y ventanas sin protección contra zancudos, ventilación, iluminación y servicio sanitario inadecuados, baja cobertura de acueducto y agua de consumo suministrada por acarreo. El analfabetismo, la dependencia económica, la situación de miseria y la baja cobertura de afiliación al SGSSS es lo más relevante, así como la desnutrición global, maltrato infantil, baja cobertura de inscripción en un programa de crecimiento y desarrollo, poco suministro de lactancia materna exclusiva y pésima salud e higiene oral en la población menor de 11 años. Estos hallazgos permitieron orientar las acciones de Educación en Salud dirigida a las familias y una campaña de protección específica dirigida a mujeres y niños.

El termino seguridad social empieza a ser utilizado y de especial relevancia luego de la segunda guerra mundial, con ello se quiso proteger a las viudas de la guerra. En Colombia a partir de 1945 se crea la Caja Nacional de Previsión (CAJANAL) y El Instituto Colombiano de Seguros Sociales (ICSS), pero es importante tener en cuenta que antes de la creación de estas instituciones en Colombia ya se reconocían las prestaciones de los trabajadores, las cuales eran llamadas prestaciones patronales. Yolanda Lucía, López, Claudia, González, Berta Natalia, Gallego, Ana Lida, Moreno (2009)¹², busca comprender la manera como los departamentos y

¹² Bogotá: Instituto Nacional de Salud.

municipios han estructurado y desarrollado la vigilancia en salud pública en el marco del sistema general de seguridad en salud en Colombia, posterior a la reforma de 1993 por lo que se llevó a cabo un estudio cualitativo según el método de estudios de casos múltiples e institucionales en 5 departamentos y 11 municipios, en el año 2004, 10 años después de la reforma en salud, encontrando que las autoridades sanitarias han reducido los recursos para asesoría, asistencia técnica, supervisión y control del proceso de la vigilancia en salud pública. Existen deficiencias en aspectos administrativos, la cantidad y calidad del recurso humano, la dotación y los recursos financieros para cumplir las responsabilidades que les han sido asignadas a los departamentos y a los municipios. La vigilancia en salud pública ha priorizado la notificación y el registro de los casos, y su desarrollo ha estado sujeto al interés de algunos funcionarios, principalmente de los hospitales públicos. Existe poco compromiso de los alcaldes, empresas aseguradoras, instituciones prestadoras de servicios de salud y del personal asistencial, para participar en la vigilancia. Falta acción intersectorial para el desarrollo de la vigilancia en salud. Sin embargo luego de la implementación de la Ley 100/93 y la creación del Sistema General Seguridad Social en Salud se han desarrollado diversos estudios que buscan determinar los resultados de su aplicación; Céspedes-Londoño, Juan Eduardo, Jaramillo-Pérez, Iván, Castaño-Yepes, Ramón Abel (2002)¹³, consiguen evaluar el impacto sobre la equidad en el acceso y en la utilización de servicios de salud del nuevo Sistema General de Seguridad Social en Salud Colombiano (SGSSS) donde se compararon dos cortes transversales de la población, antes (1993) y después (1997) de promulgada la Ley 100, de 1993, que lo creó, con respecto a dos indicadores de equidad: las curvas (CC) e índices de concentración (IC) correspondientes a la distribución

¹³ Scola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz.

del aseguramiento y a la utilización de servicios, los resultados de esta investigación muestran que entre 1993 y 1997, el IC en el aseguramiento se redujo a la mitad, del 0,34 al 0,17; simultáneamente, la cobertura del SGSSS se incrementó del 23% al 57%, sobretodo entre los segmentos más pobres de la población, donde pasó del 3,1% al 43,7%, como resultado de los subsidios otorgados por los gobiernos locales. Los IC en la utilización de servicios variaron muy poco. Adicionalmente, se detectó una mayor prevalencia de enfermedad y utilización de servicios entre los asegurados, debido a selección sesgada de riesgos y riesgo moral. Estos resultados sugieren un impacto positivo del SGSSS sobre las inequidades en el acceso al aseguramiento; sin embargo, no se evidenció un impacto claro sobre la equidad en la utilización final de servicios. Así mismo, Efraín, Riveros-PérezA, Laura Natalia, Amado-González (2012)¹⁴ logra exponer la influencia de organismos económicos internacionales sobre la estructuración y funcionamiento del sistema de salud colombiano, así como los puntos de colisión con lo consagrado en la Constitución Política con la presentación documental de una visión general de la organización actual del sistema, así como sus fallas en financiamiento y administración, entregando en su publicación recomendaciones para reformar el financiamiento, pasando de un modelo de seguridad social a uno basado en impuestos generales, y se exponen las ventajas de un Estado recaudador y administrador del sistema. Para Matías Salvador, Ballesteros (2016)¹⁵ en Argentina, analizar los efectos que tuvieron sobre la afiliación a las distintas modalidades de cobertura de salud, los cambios que se produjeron, entre el 2003 y el 2010, en el mercado de trabajo, en el sistema previsional y en el marco

¹⁴ Revista Gerencia y Políticas de Salud. Dec 2012 11(23):111-120.

¹⁵ Universidad Nacional de Santiago del Estero. Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales. Instituto de Estudios para el desarrollo Social (INDES).

regulatorio de los monotributistas con la aplicación de una encuesta Permanente de Hogares (EPH) del cuarto trimestre de los años 2003 y 2010 y la Encuesta de Utilización y Gastos en Servicios de Salud (EUGSS) de los años 2005 y 2010, presenta que los resultados del análisis muestran que estas transformaciones tuvieron un importante impacto en el incremento de los niveles de población afiliada, así como en los cambios del tipo de afiliación (se incrementó particularmente la población afiliada a la seguridad social). Sin embargo, también se destacan las limitaciones que ha tenido el proceso para permitir que amplios sectores de la sociedad puedan contar con otra cobertura de salud además de la que ofrece de forma universal el sector público. Específicamente vemos que gran parte de los nuevos contribuyentes al sistema de seguridad social ya se encontraban afiliados gracias a la transferencia de la cobertura de otro miembro de su hogar.

Ahora bien, con el cambio revolucionario a nivel de derechos humanos y su exigibilidad por parte de los sujetos de derechos, la atención en salud se enfrenta a grandes desafíos y uno de ellos es la calidad de la atención, es por eso que Cuba-Fuentes, Maria, Jurado, Arturo, Estrella, Eva (2011)¹⁶ al evaluar el cumplimiento de la estrategia de atención primaria y el grado de satisfacción de los usuarios en un establecimiento de salud de primer nivel; realizó un estudio descriptivo transversal en un establecimiento de salud de primer nivel. Se aplicaron 2 encuestas a 240 usuarios escogidos al azar. Se midió el grado de satisfacción con respecto a la estructura, los procesos y los resultados del establecimiento, y el cumplimiento de tres atributos de la atención primaria: primer contacto, integralidad y continuidad obteniendo como resultado que el 61,7% de los usuarios mostró satisfacción media y 23,3% satisfacción

¹⁶ Revista Medica Herediana. ene-mar2011, Vol. 22 Issue 1, p4-9. 6p. 2 Charts, 1 Graph.

alta. Los usuarios estaban satisfechos o muy satisfechos en 5 parámetros: accesibilidad geográfica (99,8%), infraestructura (66,6%), horarios de atención (61%), resolución de problemas (52,5%) y exámenes auxiliares (51,3%). El 47% mostró satisfacción media con la atención recibida. El grado más bajo de satisfacción se encontró con los tiempos de espera para atenciones programadas (29,1%) y de emergencia (7,5%). En cuanto a los atributos de la Atención Primaria, los atributos de continuidad (55%) y de primer contacto (55,8%) mostraron un cumplimiento medio y el de integralidad fue percibido de bajo cumplimiento (51,7%). De igual forma, en Hidalgo Rosa María, Ortiz Espinosa, Sergio, Muñoz Juárez, Diana Lechuga, Martín del Campo, Erick, Torres Carreño (2003)¹⁷ intentan identificar y evaluar los factores asociados con la calidad de la atención en las consultas externas de los hospitales del sector público en el estado de Hidalgo, México, mediante la opinión que manifiestan los usuarios, para ello se aplicó un diseño transversal, comparativo y analítico en 15 hospitales públicos del estado de Hidalgo, México. La muestra, compuesta por 9 936 encuestados (con un poder de 85% y un nivel de significación de 95%), fue seleccionada mediante muestreo aleatorio simple entre las personas atendidas en las consultas externas de julio de 1999 a diciembre de 2000. Se analizó la calidad de la atención según la escala de Likert. Para el análisis estadístico se empleó la regresión logística no condicional. Sus resultado exponen que la calidad de la atención fue percibida como buena por 71,37% de los encuestados y como mala por 28,63%. La mala calidad se percibió mayormente en las instituciones de la seguridad social (39,41% frente a. 19,42%). Se observó satisfacción en 84,94% de los encuestados, de los cuales 49,2% esperaban una mejor atención. El 16% refirió que regresaría al mismo hospital por no tener otra opción para su atención y 2%

¹⁷ Revista Panamericana de Salud Pública. Apr 2003 13(4):229-238.

manifestó que no regresaría. La mayor escolaridad y los ingresos económicos superiores se asociaron con la percepción de mala calidad y la desaprobación del tiempo de espera (razón de posibilidades [RP]: 2,3; IC95%: 2,02 a 2,82), del tiempo que duró la consulta (RP: 2,3; IC95%: 2,02 a 2,82) y del mal trato por parte del médico (RP: 4,22; IC95%: 3,6 a 4,8). Finalizando con Molina Linde, Juan Maximo; Lemos Ramirez, Nancy Viviana; Uribe Rodriguez, Ana Fernanda (2012)¹⁸ en Granada, se propone analizar la relación entre calidad de vida y salud general percibida de las personas hospitalizadas en una institución de Granada, España; se llevó a cabo un estudio de tipo transversal descriptivo. Las personas fueron seleccionadas mediante un muestreo aleatorio estratificado. Se administró el Perfil de Salud de Nottingham (PSN), que evalúa las dimensiones de energía, dolor, reacciones emocionales, sueño, aislamiento social y movilidad física. Luego de esto, se procedió a calcular un índice de salud general con la suma ponderada de las áreas antes mencionadas y se encontró que en el PSN se obtuvo una puntuación media de salud general de 46,44 (DE: 21,10; IC del 95%, 43,92-48,96). A nivel global hay un deterioro en las áreas que mide el PSN a medida que la salud de las personas hospitalizadas se compromete. Igualmente, existe un empeoramiento de la salud general, conforme se incrementa la edad. Asimismo, las mujeres presentaron un mayor deterioro en la salud general que los hombres ($p = 0.000$).

4. HIPOTESIS:

Propuesta de solución a los actores del sistema a nivel municipal a los problemas identificados en el estudio de investigación, en

¹⁸ Archivos de Medicina (Manizales); Vol. 12, Núm. 1; 9-17

cuanto al acceso a la atención en salud, diagnóstico y tratamiento oportuno, así como en la recuperación y rehabilitación; adaptando de forma adecuada los preceptos establecidos en la Ley 100 de 1993.

5. MARCO TEORICO:

- Constitución Política de Colombia.
- Ley 100 de 1993: Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones.
- Decreto 1011 de 2006: Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Perfil Epidemiológico.
- Decreto 2591 de 1991: Por el cual se reglamenta la acción de tutela consagrada en el artículo 86 de la Constitución Política.
- Resolución 2003 de 2014.

6. METODOLOGIA:

La pregunta de investigación se trabajará desde un enfoque cuantitativo y cualitativo, su objetivo general es determinar el impacto de la aplicación de la ley 100 de 1993 en el Sistema General de Seguridad Social en Salud en los habitantes de los estratos 1 y 2 de la comuna 5 de la ciudad de Manizales en el periodo 2015 - 2016.

6.1 UNIDAD DE ANALISIS:

La unidad de análisis para la presente investigación contemplará todas aquellas instituciones u organismos que proporcionen información con relación al objeto de estudio planteado para la misma.

6.2 POBLACION:

La población a tenerse en cuenta será los habitantes de los estratos 1 y 2 de la comuna 5 de la ciudad de Manizales.

6.3 UNIDAD DE TRABAJO:

La unidad de trabajo estará considerada sobre los diferentes actores que intervienen o que son pertinentes para esta investigación: Directores de EPS, Directores de IPS, usuarios de los servicios de salud, Secretaria de Salud Municipal y Dirección Territorial de Salud.

6.4 MUESTRA:

La muestra estará en el mismo sentido de la unidad de trabajo.

6.5 DISEÑO METODOLOGICO:

El diseño metodológico contemplará los siguientes momentos:

MOMENTO UNO (1):

Acercamiento al objeto de conocimiento a través de fuentes primarias y secundarias de información.

MOMENTO DOS (2):

Selección de técnicas e instrumentos de recolección de información como: revisión documental, encuesta y entrevista.

MOMENTO TRES (3):

Aplicación de técnicas e instrumentos con los diferentes actores seleccionados para la recolección de información primaria y secundaria.

MOMENTO CUATRO (4):

Selección de información y sistematización de la misma. A la información recabada se le hará tamizaje, considerando la de mayor relevancia o información oportuna que permita responder a los intereses planteados en los objetivos específicos.

MOMENTO CINCO (5):

Socialización de resultados. En la socialización de resultados una vez el proyecto sea sustentado y aprobado, se darán a conocer los resultados a las organizaciones, organismos y personas que participaron en el proceso de investigación.

6.6 TECNICAS E INSTRUMENTOS:

- **ENTREVISTA:** Se realizará a través de un formato de preguntas cerradas con los siguientes actores: Directores de EPS, Directores de IPS, usuarios de los servicios de salud, Secretaria de Salud Municipal, Dirección Territorial de Salud de Caldas.
- **ENCUESTA:** La encuesta se construirá con preguntas abiertas y cerradas que permitirá establecer diagramas o análisis de gráficos sobre todo utilizadas para el momento cuantitativo.

7. RESULTADOS

El artículo subyace como producto de un proceso de investigación formativa en la facultad de ciencias jurídicas de la Universidad de Manizales, donde el interés de indagación académica fue: Conocer el perfil epidemiológico de los habitantes de los estratos 1 y 2 de la comuna 5 de la ciudad de Manizales a 2015.

El artículo, desde la revisión de la Ley 100 de 1993 permite establecer los cambios que se han presentado en las principales causas de mortalidad y morbilidad para el municipio de Manizales, así como el resultado del principio de universalidad en cuanto a la afiliación al Sistema de Salud; se resalta, las falencias en la atención e intervención primaria, en el entendido de la problemática que presentan las enfermedades crónicas en un adecuado y constante manejo. En ese contexto, surge la dificultad de los afiliados para acceder de manera oportuna, eficiente y eficaz a los servicios de salud que demandan, dado que se presentan dificultades con las Empresas

Promotora de Salud (EPS) en lo respectivo a la autorización de servicios en relación con la contratación previamente establecida para conformar la red asistencial.

Así las cosas y pese al aumento en la utilización de la herramienta de la acción de tutela como mecanismo para invocar la protección judicial de derechos fundamentales; se resalta en este grupo de estudio, la falta de conocimiento en la utilización del instrumento para acceder a la protección constitucional del derecho a la salud.

“La Seguridad Social Integral es el conjunto de instituciones, normas y procedimientos, de que disponen la persona y la comunidad para gozar de una calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el Estado y la sociedad desarrollen para proporcionar la cobertura integral de las contingencias, especialmente las que menoscaban la salud (...), de los habitantes del territorio nacional, con el fin de lograr el bienestar individual (...)”¹⁹

Manizales, muestra cambios en los indicadores de morbimortalidad, en general, hacia una tendencia positiva en un mejor estado de salud. Sin embargo, en el presente estudio se encontró incremento de enfermedades crónicas, las cuales son más prevalentes en mujeres mayores de 45 años, así como la dificultad para acceder a tratamientos oportunos y falta de adherencia a los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

El 100% de las personas entrevistadas se encuentran afiliadas al sistema general de seguridad social en salud, de donde, el 80% pertenece al régimen subsidiado y el 20% al régimen contributivo, es decir, que para el caso en estudio el impacto de la ley 100 de

¹⁹ Ley 100 de 1993, Diario Oficial No. 41.148 de 23, Bogotá, Colombia, 23 de diciembre de 1993.

1993 en lo referente al principio general de universalidad ha sido positivo; en el entendido que para este grupo poblacional se garantiza la afiliación al sistema y por lo tanto el acceso a los servicios de salud. Un antecedente jurídico importante para aumentar la cobertura de afiliación es la sentencia T-025 de 2004, en la cual se ordenó aumentar el acceso de la población rural y en condiciones de desplazamiento a los

servicios de salud, ello no significa, que la calidad de vida y la situación de salud sea mejor; pero sí que la mortalidad es inferior.

Las fuentes de consulta para el estudio fueron datos estadísticos del DANE, Perfil Epidemiológico para Manizales y Caldas e indicadores de morbimortalidad para Manizales y Caldas. Antes de 1993, de acuerdo a información obtenida con base en todas las causas de defunción de la Lista Colombia 105 para la tabulación de mortalidad en la cabecera municipal del departamento de Caldas las primeras causas de mortalidad eran²⁰:

- a. Enfermedades isquémicas del corazón.
- b. Insuficiencia cardíaca.
- c. Enfermedades cerebrovasculares.
- d. Enfermedades crónicas de las vías respiratorias.
- e. Neumonía.

²⁰ DANE 1990

Para el año 2015, la información obtenida de la misma fuente es²¹:

- a. Enfermedades isquémicas del corazón.
- b. Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores.
- c. Enfermedades cerebrovasculares
- d. Otros tumores malignos
- e. Enfermedades del sistema urinario.

En la actualidad, se evidencia entonces el desaparecimiento de la enfermedad cardiaca de las primeras causas de mortalidad para la cabecera de la ciudad del departamento de Caldas, se reubica en segundo lugar las enfermedades crónicas de vías respiratorias inferiores y como novedad se observa la aparición de neoplasias malignas como el cáncer de estómago y de pulmón en la cuarta posición y finalmente en el quinto lugar las enfermedades del sistema urinario.

Las estadísticas de morbilidad, a priori al año 1993 no se obtuvieron, no se encuentra registro alguno; de donde se concluye que la implementación de la Ley 100 de 1993 permitió el registro y la sistematización gradual de estos datos estadísticos. En el año 2015, con base en la información suministrada por la Secretaria de Salud Pública de Manizales, se obtiene la siguiente información en cuanto a las primeras causas de morbilidad²²:

²¹ DANE 2015

²² Secretaria de Salud Pública de Manizales 2016

- a. Hipertensión esencial.
- b. Rinofaringitis aguda (resfriado común).
- c. Infección de vías urinarias.
- d. Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso.
- e. Dolor en articulación.

Es interesante observar que esta información concuerda con la realidad del grupo de estudio, en vista que, las personas entrevistadas en un 40% han sido diagnosticadas con HTA, seguido de las enfermedades respiratorias con 30%, el 20% corresponde a mujeres que han tenido cirugía de vejiga como consecuencia de prolapsos que causan retención de orina y llevan a infecciones urinarias recurrentes.

El aumento de los casos de éstas patologías hacen presumir que los esfuerzos para combatirlas no han sido eficaces; la intervención primaria, el manejo farmacológico y la falta de un adecuado control y diagnóstico, son factores que contribuyen a incrementar los casos. En el municipio de Manizales, el régimen subsidiado es administrado por las EPS Asmet Salud y Saludvida, siendo esta última la que cuenta con mayor número de afiliados. Se encontró, al momento de realizar el estudio que debido a cambios en los contratistas de las EPS-S, los afiliados desconocen las redes asistenciales, es decir, que los tratamientos farmacológicos han sido interrumpidos y los controles de las enfermedades crónicas no se están realizando en tiempo. La consecuencia radica en que el estado de salud de los entrevistados se ha visto peligro debiendo acudir a los servicios de urgencias para la estabilización, manejo inmediato y control de las

patologías de base. Se encuentra uno de los problemas neurálgicos del actual sistema de salud, es decir, que la atención primaria no es eficiente ni eficaz y el producto de esta problemática se refleja en el exceso de consultas a los servicios de urgencias por los afiliados que buscan mantenerse controlados en su enfermedad. Aquello que puede ser manejado en el nivel primario, es atendido en los servicios de urgencias; colapsando la red y disminuyendo la oportunidad de atención a casos de urgencia o emergencia. Esta situación conlleva a los siguientes problemas, aumento en el tiempo de espera para la atención en el servicio de urgencias, para la asignación de cama en el servicio de hospitalización, para la asignación de citas de consulta prioritaria e incluso para la asignación de camas en la unidad de cuidados intensivos.

A continuación se evidencia otra problemática relacionada con el tema de procedimientos quirúrgicos encontrado en el grupo de estudio. Los resultados arrojados en la entrevista muestran que el 90% de las personas entrevistadas en algún momento de sus vidas han requerido de intervención quirúrgica ambulatoria, sin embargo se encontraron con la demora para la realización de la cirugía por parte de la EPS, argumentan que en diferentes ocasiones han debido esperar hasta 1 año para que el procedimiento requerido sea autorizado por la entidad. Sucede lo contrario con las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud IPS, en el entendido que una vez el afiliado tiene autorización de la EPS, aproximadamente en un máximo de 10 días es realizado el procedimiento quirúrgico. La conclusión a esta problemática es la siguiente, las IPS se encuentran en plena capacidad técnico-científica y de recurso humano para realizar las intervenciones quirúrgicas demandadas por la población, la dificultad y la tardanza se genera en la autorización que expiden las EPS, en el tipo de contratación, en los procedimientos contratados y en la red asistencial contratada.

Otra gran dificultad encontrada en el estudio, es referente al tratamiento farmacológico o quirúrgico ordenado por el médico especialista, consiste en el tratamiento que no se encuentra incluido en el Plan Obligatorio de Salud; anteriormente llamado NO POS y actualmente denominado MiPres. La orden médica, se encuentra sujeta a la autorización de la EPS, sostienen las personas entrevistadas que han debido esperar hasta 3 meses para recibir los medicamentos y hasta 1 año para la realización de la cirugía, aunque en algunas ocasiones no reciben respuesta alguna. En este caso, si tienen los medios económicos compran los medicamentos, de lo contrario no es posible iniciar el tratamiento farmacológico y menos aún realizar el procedimiento quirúrgico.

La Ley 100 de 1993, reglamenta la calidad en la prestación de los servicios de salud, para ello se han expedido diferentes resoluciones que desarrollan este objetivo; la norma actual es la resolución 2003 de 2014 por medio de la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud. La implementación de esta norma ha permitido que las condiciones durante el proceso de atención sea segura, humanizada y de calidad. La población de estudio confirmó que la experiencia durante el proceso de atención en salud actualmente es mejor con respecto a décadas anteriores.

Coinciden en que la planta física, el recurso humano, la tecnología y las prácticas de atención segura son novedosas, modernas y positivas. Pese a las manifestaciones obtenidas, se evidencia que no se tiene claridad en el programa de seguridad del paciente, así como, en la distinción de incidente y evento adverso. De lo anterior se concluye que se debe continuar trabajando en la cultura del reconocimiento de la atención segura en los afiliados consultantes y sus familiares, así como en la explicación clara y expresa en cada una de las etapas del proceso de atención por parte del personal de la salud y finalmente en el reporte oportuno de los incidentes y

eventos adversos. Con el propósito del mejoramiento continuo por alcanzar la excelencia en la atención, se hace pertinente mencionar en este estudio la necesidad de alcanzar los estándares del Sistema Único de Acreditación con el propósito de crear barreras sólidas a los accidentes ocurridos con ocasión al proceso de atención en salud.

Finalmente, se considera apropiado concluir que la proporción de personas de tercera edad con relación a las personas en edad productiva es cada vez mayor y la consecuencia es que en poco tiempo, el sistema de salud colombiano no tendrá la capacidad de atender la creciente demanda a los servicios de atención en salud por la población de la tercera edad. Es por esto, que se hace necesario fortalecer el modelo de atención primaria organizados en redes, de manera que se logre acercar la atención a la población, responsabilizar a cada equipo multidisciplinario de atención primaria de una población bien definida, así como de la coordinación de la prestación de servicios de salud.

Materiales y métodos

En este estudio se partió de un análisis descriptivo respecto a la implementación de la Ley 100 de 1993 y las demás normas desarrolladas para dar cumplimiento a sus preceptos, en lo referente a la sistematización de la información estadística y epidemiológica de las diferentes zonas del país, en especial para el departamento de Caldas y el municipio de Manizales. Para ello se trabajó con información obtenida del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), Dirección Territorial de Salud de

Caldas (DTSC), Secretaría de Salud Pública de Manizales (SSP), así como de los habitantes de los estados 1 y 2 de la comuna 5 de la ciudad de Manizales.

A modo de conclusión

La implementación de la Ley 100 de 1993 permitió el registro y la sistematización gradual de datos estadísticos epidemiológicos, de igual forma, el aumento de los casos de enfermedades crónicas hace presumir que los esfuerzos para controlarlas no han sido eficaces; la intervención primaria, el manejo farmacológico y la falta de un adecuado control y diagnóstico, son factores que contribuyen a incrementar los casos. Del estudio anterior se advierte, que la atención primaria no es eficiente ni eficaz y el producto de esta problemática se refleja en el exceso de consultas a los servicios de urgencias por los afiliados que buscan mantenerse controlados en su enfermedad. Al contrario sucede con la implementación normas relacionadas con la calidad en la prestación de los servicios, puesto que han permitido que las condiciones durante el proceso de atención sea segura, humanizada y de calidad. En vista que la proporción de personas de tercera edad con relación a las personas en edad productiva es cada vez mayor, la consecuencia de ello es que en poco tiempo, el sistema de salud colombiano no tendrá la capacidad de atender la creciente demanda a los servicios de atención en salud por la población de la tercera edad. Finalmente, es importante educar a la población en los mecanismos disponibles para acceder a la justicia, para con ello garantizar derechos fundamentales.

Bibliografía

1. Ley 100 de 1993, Diario Oficial No. 41.148 de 23, Bogotá, Colombia, 23 de diciembre de 1993.
2. Resolución 2003 de 2014, Diario Oficial No. 49167, Bogotá, Colombia, 30 de mayo de 2014.
3. Jorquera, A, Osorio M. y Sepúlveda A. (30 de diciembre de 2013). Redes Asistenciales de Salud Pública. *Diagnóstico Salud MN*, (15), p 21.
4. Carmona Fonseca, Jaime. (2005), Cambios demográficos y epidemiológicos en Colombia durante el siglo XX. *Biomédica*, (25: 4); p. 464-480.
5. Palomino B. Y López, G. (1999), Reflexiones sobre la calidad de vida y el desarrollo. *Región y Sociedad*,; 1 (17), 171-185.
6. Esguerra Gutiérrez, Roberto. (1996), Aún no es hora de reformar la ley 100. *Colombia Médica*; (27) , p 77-85.