

OPORTUNIDADES Y RETOS DE LA LEGISLACION EN SALUD¹

Alix Solángel García Ruiz

Terapeuta Ocupacional. UN

Magister en Desarrollo Social y Educativo. UPN

Jefe de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación

Hospital Vista Hermosa - Secretaría Distrital de Salud

La Seguridad Social es un tema que se ha convertido en cotidiano para todas las personas y especialmente para los profesionales de la salud. Este documento pretende crear una discusión en torno a la seguridad social, con especial énfasis en las oportunidades y retos para el Terapeuta Ocupacional.

Para hablar de legislación en salud es necesario contextualizar el momento con los sucesos históricos que desde la economía y política se dan. Por lo tanto, se dará un paseo por la historia de la salud, para luego definir cada uno de los componentes del Sistema de Seguridad Social en Salud y sus implicaciones en el quehacer del Terapeuta Ocupacional.

UN POCO DE HISTORIA²

Como herencia de la Colonia y del desarrollo en el siglo XIX, tenemos a principios del presente siglo un sector de salud con tres subsistemas: El Hospitalario dado por la atención de tipo caritativo brindado por las comunidades religiosas a los pobres. La medicina familiar dada por la atención domiciliaria particular y en tercer lugar la automedicación donde prima para este momento la salud popular.

En 1887, fue creada la Junta Central de Higiene como parte del desarrollo legislativo de la Constitución de 1886, se inicia el desarrollo del modelo higienista de la salud practicado e impulsado por los países industrializados. Dicho modelo conservará vigencia en el país hasta mediados del siglo XX.

En el año de 1936 de la llamada «Revolución en Marcha» y como parte de todas las estrategias destinadas a favorecer la modernización del país y la consolidación del estado, se crea el Instituto Colombiano de Seguros Sociales (ICSS); apareciendo el cuarto subsistema de salud en el país.

En la década de los 40, la Junta Central de Higiene, hasta el momento dependiente del Ministerio de Educación, es convertida en el Ministerio de Higiene, quedando consolidados los subsistemas así:

¹. Apartes de este documento fueron presentados en el X Congreso Nacional de Terapia Ocupacional. Villa de Leyva. Septiembre de 1996.

². Esta parte del documento ha sido retomada del documento La seguridad social preparado por Helga Inés Díaz, Alix Solángel García R. y Néstor Mendieta. Maestría en Desarrollo Social y Educativo. CINDE - UPN. Santa Fe de Bogotá 1994.

1. El de la salud pública, debido a que el estado asume la mayoría de los hospitales bajo su tutela.
2. La seguridad social con la creación del Instituto de Seguros Sociales (ISS) y las cajas municipales, departamentales, distritales y nacionales, con la creación del ISS y las cajas municipales y departamentales.
3. La salud privada, para la década de los 20 aparecen las primeras clínicas y lentamente, después de los 60 van haciendo su aparición los primeros servicios de medicina prepagada.
4. El sector de la automedicación el cual amortigua o atenúa la problemática de salud de la población que no alcanza a ser cubierta por ninguno de los subsistemas anteriores.

La salud en el modelo keynesiano: El Estado Pseudobenefactor:

Los postulados económicos de Keynes encontraron lugar en América Latina y en Colombia en comienzos de la década de los 60, constituyéndose en un eco de los ajustes y alternativas generadas por los países desarrollados, durante la segunda post guerra.

Característicamente, el modelo suponía una intervención del estado en la economía, a través de la inversión en infraestructura y de la llamada sustitución de importaciones.

El modelo de estado que se instituyó fue estado benefactor, con las condiciones particulares en nuestro país, hace que muchos consideren que nunca se tuvo un estado benefactor, ya que los beneficios que este pudo haber producido fueron muy selectivos y no lograron reducir la inequidad y las desigualdades.

No obstante, nuestra sociedad si sufrió una serie de transformaciones que alcanzaron también al sector salud. Entre otras cosas, los servicios hospitalarios de caridad pasaron a ser asumidos por el estado, se produce un importante desarrollo del subsector de la seguridad social y el ministerio de salud se consolida como una institución más dedicada al cuidado de las personas que del ambiente.

El Sistema Nacional de Salud:

Dos de las características fundamentales del modelo Keynesiano, son el centralismo y la intervención del estado. En el sector salud estas características se concretan en la creación del Sistema Nacional de Salud (SNS).

Para la década de los 60, bajo los lineamientos de la Alianza para el Progreso, el sector salud se propuso alcanzar una cobertura total de la población existente. Dicho objetivo podía ser alcanzado a través del Sistema Nacional de Salud.

Este pretendía coordinar y articular las actividades de los diversos subsistemas de salud mencionados atrás (públicos, privados y seguridad social). El Instituto de Seguros Sociales y las Cajas de Previsión atendían al 20% de la población, empleados privados y públicos. La salud pública atendía el 60%, y el 20% restante atendido por la salud privada.

Para tal efecto se emitieron una serie de decretos que amparados en la teoría general de sistemas hacían énfasis en la función directiva, coordinadora del ministerio de salud pública, de manera que respondiera al modelo keynesiano.

La Salud en el Modelo Neoliberal:

La famosa crisis que se presenta en los 80, unida a la clientelización y corrupción de los estados latinoamericanos, hizo que diversos sectores de la sociedad colombiana y que la banca multilateral presionaran para producir una reforma del estado y de la sociedad en general, acorde a los postulados neoliberales.

Primeras medidas en el sector salud: Desde muy pronto el sector salud se vio intervenido por el modelo neoliberal. Hacia 1978, durante el gobierno de López Michelsen se realizaron algunas reformas al ISS bajo la óptica de la doctrina neoliberal. Desde entonces el ISS frenó su expansión en términos de infraestructura y empezó a estructurar los servicios de las clínicas y centros particulares; así mismo la planta de personal fue congelada. Estas medidas se apoyaron en las desigualdades especialmente de acceso, beneficios y calidad, ineficiencia y falta de dirección y control.

De otro lado, el 10 de enero de 1990 se promulga la ley 10, por la cual se reforma el SNS. Uno de los decretos reglamentarios de esta ley es el decreto 1335, por el cual se establece el manual general de funciones para todos los trabajadores de la salud. Dentro del marco de esta ley cabe resaltar el impulso a la descentralización y a la participación comunitaria, elementos que constituyen el ABC del neoliberalismo.

Durante los últimos 15 años el crecimiento y el aumento de las empresas de medicina prepagada, ha dado un gran impulso a la salud privada, manejando los servicios de salud desde las leyes del mercado. Desde la aparición de «Seguros médicos voluntarios», hace ya varias décadas, hasta la consolidación de empresas transnacionales, con una enorme capacidad financiera y competitiva.

Puesto que la integración de los subsistemas no fue posible a través del SNS, la ley 10 de 1990 siénta las bases para el nuevo modelo neoliberal, se fortalece el concepto de subsidio en la demanda dejando atrás el subsidio a la oferta y crea nuevas formas de prestación de servicios.

SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL (SGSS):

La salud y la seguridad social se convierten en un servicio público esencial (constitución política 1991)³⁻⁴. La seguridad social se refiere al «conjunto de instituciones y normas disponibles por personas y la comunidad en busca de una buena calidad de vida, mediante planes y programas con el fin de dar una cobertura total» Ley 100 de 1993.

³. En Organización de los Sistemas Territoriales en Seguridad Social en Colombia. Ministerio de Salud. 1996.

⁴. Es decir, son de carácter obligatorio y la dirección, coordinación y control están a cargo del Estado.

El sistema general de seguridad social en salud, es uno de los componentes del sistema de seguridad social integral, que crea la ley 100 de 1993; con el fin de mejorar las condiciones de vida, contribuir a la reforma social, asegurar acceso universal, individual y colectivo, garantizar el derecho a la protección solidaria de su salud en todos los niveles de atención, en los aspectos de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.

El Sistema General de Seguridad Social, contiene tres libros: El libro primero: Pensiones, el libro dos: Salud y el libro tres: Riesgos Profesionales.

Este documento hace referencia al libro dos: Salud.

El SGSS lo conforman (artículo 155 de la ley 100 de 1993): Los organismos de dirección, vigilancia y control; organismos de administración de recursos; organismos de atención, afiliados, organismos de financiación, plan de beneficios.

Organismos de dirección, vigilancia y control:

- Dentro de estos organismos se encuentran los **Ministerios de Salud** y de Trabajo, encargados de la dirección del sistema.
- La **Superintendencia Nacional de Salud**, es el organismo de control, a través de él, se crean los mecanismos necesarios para velar por el desempeño óptimo de los profesionales y de las instituciones.

Entre estos mecanismos tenemos:

- **El control de gestión**, cuyo interés principal es medir la eficiencia, eficacia y productividad de las instituciones y servicios a través de indicadores. En este punto es donde el Terapeuta Ocupacional debe encontrar el consenso en los estándares de su servicio. Es decir, de cuánto tiempo es una sesión?, a cuántos usuarios debemos y podemos atender por sesión? cuál es el costo real de una sesión?, cuáles son los indicadores (rendimiento, cobertura, concentración, oportunidad, etc.) que miden realmente el quehacer profesional?.. Los tratamientos deben tener un comienzo y un fin.
- **La auditoría clínica**, en términos de revisión sistemática y crítica de la calidad de los servicios, verificando diagnósticos, planes de tratamiento, evoluciones, entre otras. En este sentido es donde los Terapeutas Ocupacionales deben tomar nota en la habilidad de plantear diagnósticos ocupacionales claros y concretos, desde el modelo conceptual que se maneje, donde el diagnóstico sea coherente con la situación actual del usuario, con el plan y las modalidades de tratamiento. Así como habilidad para aplicar instrumentos y pruebas, que contengan la validez y confiabilidad necesarias para su aplicación. Consignando juiciosamente en la Historia Clínica de Terapia Ocupacional, la cual es el único documento legal de su quehacer y debe cumplir con ciertas normas mínimas (datos personales completos, letra clara y legible, firma y número de registro, objetivos, planes de tratamiento, evoluciones, etc) a las que se debe llegar en consenso. Es un deber tener en cuenta los beneficios de la auditoría clínica, formarse en ella y aprovechar sus beneficios.
- **Los mecanismos de atención al usuario**, allí se plantean las oficinas de atención al usuario, los buzones, las líneas directas, entre otras. El usuario está

en su derecho y deber de opinar, ofrecer las sugerencias a los servicios y manifestar sus inquietudes y desacuerdos. El profesional debe, por lo tanto informar al usuario de su estado, de sus requerimientos y del plan de tratamiento que se le va a ofrecer.

- Al igual que las oficinas de Atención al Usuario, el decreto 1757 de agosto 3 de 1994, crea los **Comités de Etica Hospitalaria** conformados por personal de las áreas de medicina y enfermería y representantes de los usuarios. Dentro de las funciones principales está velar porque se cumplan los deberes y derechos de los usuarios.
- **El Consejo de Seguridad Social en Salud**, quien da la participación a todos los sectores incluyendo a un representante de la asociación mayoritaria de profesionales de la salud. Dándose con ello un momento especial para que las agremiaciones⁵ de profesionales tomen fuerza y de esa manera hagan valer los derechos de sus afiliados.

De ahí la importancia en fortalecerse en agremiaciones de profesionales puesto que es la voz de ellos, la que está en el ente encargado de emitir políticas en salud en el país. Es hacer uso de uno de los espacios de participación que ofrece la ley. Contrario a ello se observa con inquietud la poca participación y compromiso de los profesionales de Terapia Ocupacional ante la asociación.

Para atender a esta situación especial, luego de varios encuentros y reuniones se conformó la Confederación de Organizaciones de Profesionales de la Salud, cuyo objetivo principal es el de «... lograr la justicia en las relaciones que surgen entre la sociedad, el estado, el sector privado con las organizaciones integrantes de esta confederación dentro de un espíritu de coordinación económica, equilibrio social, bajo el marco de la constitución nacional y de la ética de las profesiones».⁶

Organismos de Financiación

La Financiación del Sistema se realiza por medio del Fondo de Solidaridad y Garantía, ente encargado en convertir las cotizaciones de los afiliados en Unidades de Pago por Capitación (UPC)⁷, con estas UPC se financia el sistema tanto para el régimen subsidiado como para el contributivo.

Los afiliados además contribuyen directamente en el pago a través de los copagos o cuotas moderadoras.

Beneficiarios:

Para ser beneficiado del sistema puede ser afiliado o vinculado.

⁵. Agremiación en el sentido de asociación voluntaria que garantice el ejercicio profesional y el reconocimiento público.

⁶. Confederación de Organizaciones de Profesionales de la salud. Estatutos. Santa Fe de Bogotá, 1996.

⁷. La Unidad de Pago por Capitación, se refiere al costo de atención de un usuario en un año.

Existen dos tipos de afiliados al Sistema:

- Mediante el **régimen contributivo**, son personas y/o grupos familiares con capacidad de pago.
- Mediante el **régimen subsidiado**, son personas que no tienen capacidad de pago y han sido identificadas a través del SISBEN (Sistema de Identificación de Beneficiarios de Subsidios). Los beneficiarios de este régimen recibirán el 80% del Plan Obligatorio de Salud.

Para acceder al Sistema se hace a través del régimen contributivo o subsidiado, los cuales son excluyentes. Estos regímenes poseen cobertura familiar.

El **Vinculado** es aquél que no se encuentra en los dos regímenes anteriores, pero igual tiene derecho a los servicios de salud, esta figura permanecerá mientras el período de transición hasta el 2002. Fecha en la cual todo colombiano deberá estar afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Organismos de administración de recursos

Dentro de los organismos administradores de recursos tenemos:

- **Las Empresas Promotoras de Salud (EPS)**, quienes son las encargadas de realizar las afiliaciones, recibir las cotizaciones de los afiliados, organizar y garantizar, directa o indirectamente la prestación de los servicios. Pueden por lo tanto, contratar con instituciones o profesionales, de manera que se racionalice la demanda de los servicios. Esta contratación la pueden hacer por capitación⁸; presupuestos globales, por servicios o por actividades de manera que se incentiven las actividades de promoción y prevención y el control de gastos.
- **Las Administradoras de Riesgos Profesionales (ARP)**: Son los organismos encargados de administrar los recursos en beneficio de la Salud Ocupacional y riesgos profesionales del trabajador.
- **Las Administradoras del Régimen Subsidiado**, quienes son las encargadas de realizar las afiliaciones, recibir los aportes del estado para las personas identificadas como beneficiarias del subsidio, organizar y garantizar, directa o indirectamente la prestación de los servicios. Pueden contratar con instituciones o profesionales, de la misma manera que las Empresas Promotoras de Salud.

Las instituciones y los profesionales están en posibilidad de contratar con estos organismos la prestación de los servicios en cualquiera de las modalidades antes mencionadas, lo importante es asesorarse legal y jurídicamente de manera que se garantice la equidad y la ética en el desempeño profesional.

Organismos de atención

- **Las Empresas Sociales del Estado (ESE)**: Se refiere a las instituciones del estado, hospitales, centros de salud, etc., que en adelante actuarán como entes descentralizados y entrarán en el mercado de la libre competencia.

⁸. La Capitación es un pago prospectivo, los beneficios se distribuyen en el tiempo.

- **Las instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS):** Se refiere a las clínicas, agrupaciones de profesionales y consultorios particulares. Ellas hacen contratos con las Empresas Promotoras de Salud para la atención de los afiliados. Del listado que ofrecen las EPS, el afiliado podrá escoger la que más le convenga en función de la calidad y la oportunidad de los servicios que ofrezcan.

Este sistema dificulta la práctica privada ya que plantea que toda entidad prestadora de servicios de salud debe estar adscrita al sistema general de seguridad social y son las EPS las que establecen el reconocimiento económico al profesional, quien se ve compensado por el número de consultas. El consultorio particular en este contexto tiende a desaparecer, esto plantea la necesidad de agruparse con el fin de prestar servicios integrales, de alta calidad y tecnología.

Esto implica la libre competencia, que al traducirla a la práctica profesional se puede interpretar en términos de que los servicios, el consultorio, el taller, el lugar de trabajo sean sitios encantadores, agradable tanto para el terapeuta como para el afiliado, donde la calidad y la tecnología sean adecuadas para cada momento.

Dentro de este marco la relación terapéutica juega un papel importante, la relación es horizontal terapeuta-afiliado. Quien está en todo su derecho de saber y conocer acerca de todo procedimiento, actividad que se vaya a realizar.

Por ello se hace necesario la organización de los terapeutas como proveedores de servicios, con visión empresarial de gerencia, atendiendo a las leyes del mercado, con monitoreos de los costos reales de atención (valor del tiempo del profesional, del espacio físico, de la tecnología, etc.), con conocimiento en planeación, administración, en nuevos modelos en salud, donde se amplíe el horizonte desde las ciencias políticas y económicas.

Plan de Beneficios

Se refiere al paquete de servicios que deben ofrecer las IPS: El Plan Obligatorio de Salud (POS), el Plan de Atención Básica (PAB), el Plan Complementario (PC), los riesgos profesionales y accidentes de trabajo.

Este paquete de servicios se ofrece a grupos familiares, con enfoques integrales, de manera interdisciplinaria e intersectorial y en portafolio de servicios. Estos portafolios de servicios generalmente retoman los planteamientos de la plataforma estratégica y deben llevar la misión, visión, los objetivos, las actividades y la tecnología que se utiliza en la prestación de los servicios.

El Plan de Atención Básica (PAB), recoge los programas de fomento y prevención que han sido reglamentados por el ministerio de salud, estos programas tienen su propia asignación presupuestal y son responsabilidad de los municipios.

Estos programas se dan en tres esferas: Consulta individual (planes de autocuidado e identificación de riesgos), asesoría grupal (encuentros, conferencias, talleres grupos de apoyo y ambiente laboral); asesoría familiar (cuidado directo, grupo de apoyo familiar y apoyo domiciliario). Todas estas acciones apoyadas en un proceso pedagógico en salud. Cuyo énfasis está en la información oportuna, la promoción, la prevención.

Los Terapeutas Ocupacionales deben incursionar con mayor fuerza en estos programas especialmente en las poblaciones más vulnerables y poniendo su grano de arena en estudios epidemiológicos. La presentación de proyectos ante los municipios, localidades sobre programas en el desarrollo integral al menor, al escolar y adolescente, sobre salud sexual y reproductiva, valoración social del trabajo informal, medio ambiente y calidad de vida, entre otros. Programas que desde los enfoques comunitarios se han venido realizando.

El Plan Obligatorio de Salud (POS) y el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado (POSS) para el régimen subsidiado: recogen el total de actividades de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que han sido reglamentadas a través de los mapipos (manuales de actividades y procedimientos). Bajo este plan se realizan las contrataciones, teniendo en cuenta para nuestro caso a que tiene derecho un usuario al solicitar el servicio.

Según la norma todas las actividades realizadas por los profesionales deben estar sustentadas en los protocolos de atención, que deben ser avalados por estancias científicas y adoptados por las instituciones mediante actos administrativos.

En este sentido, sabemos que en las diferentes instituciones donde existen servicios de Terapia Ocupacional se han venido realizando protocolos de manejo en las diferentes áreas de atención. Es necesario poner en común estos trabajos e identificar en cada uno desde qué modelos o marcos teóricos se está realizando la atención de los usuarios. Así como la utilización de instrumentos en la valoración y en las evoluciones de los tratamientos. Finalmente, son ellos los que contribuyen a dar la identidad profesional al trabajo.

El Plan Complementario se refiere especialmente a hotelería y tecnología especializada y tendrá un costo adicional. Por ejemplo, para el caso del Terapeuta Ocupacional esta tecnología está dada por el tipo de materiales que se utilicen en procedimientos especiales como en la elaboración de férulas y aditamentos.

Los Riesgos Profesionales, como una opción más del desempeño del Terapeuta Ocupacional, al que se realizará especial énfasis en otro documento.

CONCLUSIONES:

A manera de conclusiones podemos inferir:

La estructura del Sistema de Seguridad Social en Salud, se puede resumir así:

Teóricamente la responsabilidad de la salud y la seguridad social es de los municipios y los departamentos, con la participación social y política, donde se fortalece la sociedad civil como escenario de convivencia de diferentes concepciones y prácticas en las que se respeta el consenso, donde se realizan estudios epidemiológicos y se atiende intersectorial e interdisciplinariamente la problemática de salud, vigilando la gestión de las instituciones y la calidad de los servicios.

La Seguridad Social, además es un nuevo lenguaje el que se debe manejar y sobre todo comprender, por lo tanto es responsabilidad del profesional:

PARTICIPAR en la construcción de políticas en salud, en la elaboración de planes municipales y territoriales, en la construcción de indicadores de evaluación del

Estructura del Sistema de Seguridad Social en Salud



desempeño ocupacional, en la construcción del protocolo de la Historia Clínica de Terapia Ocupacional, en claridad de elaboración de diagnósticos ocupacionales y evolución de tratamientos, en la construcción de protocolos de atención y la puesta en común de ellos, y con todo ello fortalecer la Terapia Ocupacional como una profesión reconocida y admirada dentro de la salud.

Estar atento a los cambios, dados desde los mismos enfoques: se habla de la salud y no de la enfermedad, de atender pacientes se atenderán afiliados, del subsidio a la oferta se pasa al subsidio a la demanda, del abordaje individual y por especialidad se pasa al abordaje integral, interdisciplinario, intersectorial y de atención familiar, y las formas de contratación pasan de ser de nómina a ser por contratación por servicios, por actividades o por capitación.

El perfil del profesional en Terapia Ocupacional tiene como retos: ser profesionales críticos, con capacidad de liderazgo, capaces de gerenciar sus propios servicios, fortalecer sus áreas de conocimientos con política y economía, incursionar en cargos directivos de los organismos administradores de recursos, como de atención.

En este sentido es necesario fortalecer los servicios asistenciales, dar mayor fuerza a los programas de fomento y prevención, promover la investigación en las diferentes áreas.

En general, las leyes y las normas se deben aprovechar, pero sobre todo se deben criticar y ayudar a construir. Tener cuidado que por estar atentos a las leyes del mercado, esto se nos pueda convertir en un problema ético: «ofrezco lo que se vende o lo que se necesita» y por ello en nuestro inconsciente colectivo no aceptemos los cambios en la salud o el proceso de privatización.

Referencias

- Díaz, Helga. García, Solángel. Mendieta, Néstor. *Modernización del Sector Salud*. Maestría en desarrollo social y educativo. CINDE - Universidad Pedagógica Nacional. Santa Fe de Bogotá. 1993.
- *La Seguridad Social en Colombia*. Ley 100 de 1993. Ministerio de Salud. Santa Fe de Bogotá. 1993.
- *La Salud en Colombia*. Diez años de información. Ministerio de Salud. Santa Fe de Bogotá. 1994.
- *Organización de los Sistemas Territoriales de Seguridad Social en Colombia*. Ministerio de Salud. Santa Fe de Bogotá. 1995.
- *Régimen Jurídico del Sector Salud*. Legis. Santa Fe de Bogotá 1994-1995-1996.
- Vargas G. Jorge Enrique. *El Sistema de Seguridad Social en Salud*. Tercer Congreso Nacional y Primeros Internacionales de Malcrian y Salud Familiar Ministerio de Salud. Santa Fe de Bogotá. Marzo de 1996.