

### TERCER SEMESTRE MODULO ADMINISTRACION EN SALUD

#### 1. LEY 100

La Ley 100 de 1993 se encarga de reclutar y reorganizar entidades relacionadas con la salud, asimismo establece normas y procedimientos para que las personas y la comunidad tengan acceso a los servicios de salud, con el objetivo de mejorar su calidad de vida.

La función de la Ley 100 de 1993, en el sistema general de seguridad social, es regular el servicio público esencial en salud. Desde su expedición, la Ley 100 de 1993, se encargará de garantizar a la población el amparo en la vejez, la invalidez, entre otras.

Es de vital importancia que en las compañías, los administradores de SGSST, contemplen esta ley en las matrices de requisitos legales, además, es de obligatorio cumplimiento que los empleados estén informados, capacitados y entrenados en la Ley 100 de 1993.



#### Sistema de seguridad social integral

La Ley 100 de 1993 interactúa con el sistema de seguridad social integral para la protección de la sociedad y los individuos, lo cual contribuye a que las personas tengan un acceso de calidad a la asistencia médica. Dicho sistema permite que el trabajador desempleado o enfermo y los que hayan sufrido accidentes de trabajo con invalidez, queden amparados por esta ley.

## Principios del sistema de seguridad social integral

Por otra parte, es deber del estado brindar las garantías al trabajador en los diferentes campos de dicha ley. Igualmente, la Ley 100 de 1993 posee unas variables que se deben tener en cuenta para que sea efectiva su aplicación.

**Eficiencia:** Busca la mejor forma de utilizar los recursos físicos técnicos y financieros, para que los beneficios sean prestados de la mejor manera.

**Integralidad:** Orientada a la cobertura de la población en general.

**Participación:** En este principio interviene la comunidad en busca de beneficios en pro de la seguridad en la organización.

## Afiliación al sistema general de seguridad social en salud

Existen dos sistemas de afiliación al sistema general de seguridad social en salud; afiliación al régimen contributivo y afiliación al régimen subsidiado, a saber:

### Régimen subsidiado

Es el mecanismo con el cual la población más pobre tiene acceso a los servicios de salud financiada mediante subsidios que les permite acceder a los servicios médicos.

### Requisitos de afiliación al régimen subsidiado

El régimen subsidiado exige unos requisitos que son necesarios para ser afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), por ejemplo, que las personas se encuentren identificadas en los niveles 1 y 2 del SISBEN.

En el Artículo 2.1.5.1 del Decreto 780 de 2016 se especifican las condiciones para que la población pobre y vulnerable del país, que no cuenta con ningún ingreso, que no se encuentren afiliadas a ninguna empresa ni EPS, adolescentes amparados por el ICBF, habitantes de calle, entre otros, puedan recibir acceso al derecho fundamental de la salud.

Una persona que nunca haya tenido una vinculación laboral, pero que posteriormente sea afiliada al régimen contributivo no perderá su afiliación al régimen subsidiado, la Ley 100 de 1993 indica que en caso de que el trabajador sea retirado de la empresa seguirá en el régimen subsidiado con la misma EPS, es decir, la afiliación tendrá continuidad.

### Régimen contributivo

Comprende diferentes normas que rigen para la vinculación de los empleados y el núcleo familiar, esta vinculación se realiza por medio de una cotización individual y familiar entre el empleado y el empleador.

Las personas que se deseen afiliar a este sistema deben ser empleados, asociados a sindicatos, empleadas domésticas, empresas de contratos temporales, entre otras. Esta norma no aplica por ejemplo, para los taxistas, porque los taxistas se consideran personas o trabajadores independientes.

### Porcentajes de cotización del régimen contributivo

El trabajador dependiente se debe afiliar a salud, pensión y riesgos profesionales, existe un ingreso base de cotización de 1 salario mínimo legal vigente y el máximo es de 25. El porcentaje de cotización es del 12,5% del cual el empleador asume el 8.5% y el 4.0% restante lo asume el empleado o trabajador.

### Cálculo del ingreso base de cotización

Para realizar el cálculo del ingreso base de cotización, la Ley 100 de 1993 nos orienta acerca de cómo realizar esta operación teniendo en cuenta el ingreso base de la cotización en Colombia y cómo deben realizarlo las empresas.

Este cálculo lo realizan las empresas para el sector privado y las entidades del sector público. Este campo es amparado por la Ley 1393 de 2010, que en su artículo 30 indica el tope máximo no constitutivo de salario para la cotización en seguridad social.

"Sin perjuicio de lo previsto para otros fines, para los efectos relacionados con los artículos 18 y 204 de la Ley 100 de 1993, los pagos laborales no constitutivos de salario de los trabajadores particulares no podrán ser superiores al 40% del total de la remuneración".

### Secretaría del senado

Esto se explica en esta fórmula:

- Constitutivo de salud + No constitutivo
- + Aplicar el 40%
- Comparar el 40% con la No constitutiva
- El 60% del resultado del paso 1 es igual al IBC (ingreso base de cotización).

### Sistema general de pensiones

La Ley 100 de 1993 se encarga de coordinar este sistema, el cual está compuesto por el régimen de prima media en el que los afiliados obtienen unos beneficios como es la pensión por vejez, pensión de invalidez o de sobreviviente.

En Colombia existen varias entidades públicas y privadas donde se afilian las personas y empiezan a cotizar su pensión, la entidad que administra las pensiones en el sector público es Colpensiones y las privadas son Porvenir, Protección, entre otras.

Cuando eres empleado, la empresa te afilia al fondo de pensiones y cesantías, cabe resaltar que la Ley 100 de 1993 obliga a las empresas a contar con un fondo de pensiones.

## La Ley 100 de 1993 y la pensión

La Ley 100 de 1993 define que la pensión es vitalicia siempre y cuando se cumplan con las condiciones estipuladas. El valor de la pensión depende del tiempo acumulado y el salario base de cotización. El afiliado en los fondos de pensiones no tiene una cuenta individual sino un número de semanas cotizadas.

## 2. DEONTOLOGÍA DE ENFERMERÍA

La deontología es parte de lo que se conoce como ética normativa y comparte un conjunto de reglas y principios que deben cumplirse de manera obligatoria. La Deontología o teoría deontológica se puede considerar como una teoría ética que se ocupa de regular los deberes, traduciéndolos en preceptos, normas morales y reglas de conducta, dejando fuera de su ámbito específico de interés otros aspectos de la moral.

El término deontología fue acuñado por primera vez por Jeremy Bentham, que la define como la rama del arte y de la ciencia cuyo objeto consiste en hacer en cada ocasión lo que es recto y apropiado. Cuando esta teoría se aplica al estricto campo profesional hablamos de Deontología Profesional y es ella, en consecuencia, la que determina los deberes que son mínimamente exigibles a los profesionales en el desempeño de su actividad. Estos deberes, es habitual que se codifiquen sistemáticamente para regir la actuación de los representantes de la profesión con el fin de que a través del buen hacer se obtengan resultados deseables y se prestigie su labor.

Cuando se habla de Deontología Profesional se entiende por tal los criterios compartidos por el colectivo profesional convertidos en un texto normativo, un código deontológico. La deontología profesional es por tanto una ética aplicada, aprobada y aceptada por el colectivo profesional, lo que entraña un código de conducta, una tipificación de infracciones, un sistema de recepción y análisis de consultas, propuestas o quejas, un procedimiento de enjuiciamiento, y finalmente, si procede aplicarlo, un sistema de sanciones.

| DEONTOLOGÍA PROFESIONAL                                           |
|-------------------------------------------------------------------|
| Orientada al deber (el deber debe estar en contacto con lo bueno) |
| Normas y códigos                                                  |
| Exigible a los profesionales                                      |
| Exige actuaciones                                                 |
| Aprobada por un colectivo de profesionales                        |
| Mínimos obligatorios establecidos                                 |
| Se ubica entre la moral y el Derecho                              |

La Deontología, además, tiene consecuencias de carácter sancionador.

### **OBLIGACIONES QUE IMPONE LA DEONTOLOGÍA**

La Deontología impone obligaciones a los Profesionales de la actividad que fuere pero entendiéndose como tal a la persona que se ha formado académicamente, es decir que está cualificado, para desempeñar una ocupación específica. La misma sociedad se encarga de ubicar al profesional en un nivel acorde con su cualificación y desde allí este se suma al bien común que ella necesita. Todas las profesiones, por distintas que puedan ser, hacen su aporte a la sociedad, brindando conocimientos científicos, tecnológicos, sociales, biológicos, etc.

Ayudando, en este caso en el ámbito de la salud, con investigaciones, estudios y toda otra actividad para la mejor atención del paciente. La Deontología, a través de las obligaciones que impone, reclama del profesional de la salud alcanzar las siguientes condiciones:

|                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|--------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Ser competente  | <ul style="list-style-type: none"><li>• La competencia requiere una preparación inicial que facilite la adquisición de los conocimientos teóricos y prácticos necesarios para la actividad profesional.</li><li>• Asimismo, exige una formación permanente para mantenerse al día, actualizar los conocimientos y renovar los procedimientos de trabajo.</li></ul> |
| 2. Ser eficiente   | <ul style="list-style-type: none"><li>• La eficiencia se refiere a la realización del trabajo bien hecho sin desperdiciar recursos humanos y materiales.</li></ul>                                                                                                                                                                                                 |
| 3. Ser diligente   | <ul style="list-style-type: none"><li>• La diligencia consiste en el cuidado, atención, agilidad y exactitud que hay que poner el trabajo.</li></ul>                                                                                                                                                                                                               |
| 4. Ser responsable | <ul style="list-style-type: none"><li>• La responsabilidad exige capacidad para responder ante sí mismo, ante el resto de compañeros y directivos, y ante los clientes de las consecuencias de lo que se hace o se dice en el desempeño profesional.</li></ul>                                                                                                     |

## LOS PRINCIPIOS DEONTOLÓGICOS

### Fundamentos

El curar a una a una persona enferma no es una tarea fácil. Es un deber de humanidad y una expresión de responsabilidad, pero, a la vez, una fuente de aprendizajes y de crecimiento en muchos sentidos. Exige una serie de condiciones y de habilidades técnicas que se pueden aprender, pero también, y de manera especial, una actitud de respeto activo hacia los derechos del otro y el desarrollo de unas determinadas virtudes.

La Deontología de las ciencias de la salud forma parte de una ética orientada especialmente a los profesionales del arte del curar para guiar su actividad hacia la excelencia del cuidado del paciente. Cada profesional destinatario tiene su manera concreta de actuar, tiene su estilo propio pero resulta imprescindible expresar las líneas comunes, los caracteres que hacen excelente esta práctica. La persona humana tiene unas dimensiones y una serie de características que requieren un cuidado distinto al de cualquier otro ser. Con todo, cada ser humano, en virtud de su grado de desarrollo y de vulnerabilidad, exige un cuidado personalizado.

En definitiva, para que los profesionales puedan desarrollar bien su cometido es necesario que no pierdan los valores que dan sentido a su actividad por lo que resulta fundamental identificar, claramente, los principios que hay que tener en cuenta en el proceso asistencial y sus derechos y responsabilidades como agentes de salud.

## PRINCIPIOS FUNDANTES GENERALES

**La vulnerabilidad:** La vulnerabilidad significa fragilidad. Un ser vulnerable es un ser débil, cuya integridad está amenazada constantemente por razones externas e internas. Un ser vulnerable no es autosuficiente, sino dependiente y limitado, radicalmente determinado por su finitud. El ser humano es una unidad, goza de integridad, pero esta unidad no es absoluta ni inalterable, sino que está constantemente amenazada por elementos propios y ajenos: enfermedad, sufrimiento, vejez y muerte. El ser humano es más vulnerable que otros seres vivos, pero más hábil para defenderse de la vulnerabilidad de su ser. No tan solo es vulnerable; tiene consciencia de su vulnerabilidad, se da cuenta de que es frágil, que está sujeto al dolor y al sufrimiento. El enfermo vive especialmente el carácter vulnerable de la persona y la enfermedad es una manifestación de su extrema vulnerabilidad. La tesis de que el ser humano es vulnerable constituye una realidad indudable, no de carácter intelectual, sino existencial.

**La dignidad:** La dignidad pertenece a toda persona por el mero hecho de serlo y se encuentra incondicionalmente ligada a su naturaleza racional y libre y al ser imagen y semejanza de su Creador. Desde este punto de vista, la persona es digna de un amor y respeto fundamentales, con independencia de sus condiciones singulares y de su particular actuación. Hay seres que por su forma de obrar y de participar en el seno de la comunidad se hacen dignos de una dignidad moral, mientras que los hay que, por su forma de vivir, son indignos desde un punto de vista moral. No obstante, tienen estricto derecho a ser tratados como personas. El respeto y la dignidad son conceptos mutuamente relacionados. La dignidad comporta el respeto y el respeto es el sentimiento adecuado frente a una realidad digna.

**La autonomía:** La autonomía es la capacidad de regularse por uno mismo, de programar la propia existencia y de actuar a partir de los propios criterios y principios. Una persona actúa de modo autónomo cuando se rige por la ley que emerge de su yo reflexivo, mientras que una persona es heterónoma cuando obedece a normas y consignas que otro dicta desde fuera de su consciencia. Entendemos que la autonomía es un signo de madurez y la condición de la plena libertad de la persona. En sentido estricto, se deberían distinguir distintos tipos y grados de autonomía. Más allá de las simples distinciones entre seres autónomos y seres no autónomos, parece más adecuado distinguir grados de autonomía. La finalidad última del cuidar es desarrollar la máxima autonomía de la persona, pero ello solo será posible con su contribución, con su voluntad y esfuerzo. La autonomía funcional es la capacidad de desarrollar las funciones básicas de la vida por uno mismo, sin necesidad de una ayuda exterior. La autonomía moral, en cambio, se refiere a la capacidad de tomar decisiones libres y responsables por uno mismo, lo cual comprende la capacidad de deliberar y de anticipar posibles riesgos y beneficios de tales decisiones.

**La integridad:** La integridad es uno de los principios básicos que caracterizan la ética del profesional de la salud. Por integridad de la persona entendemos la correcta ordenación de las partes del todo: el equilibrio y la armonía entre las diversas dimensiones de la existencia humana necesarios para el buen funcionamiento de todo el organismo humano. La integridad de una persona se expresa en una relación equilibrada entre los elementos corporales, psicológicos, sociales e intelectuales de su vida. Para reparar la desintegración producida por la enfermedad, hay que vulnerar, hasta cierto punto, la integridad de la persona. El profesional de la salud explora al paciente y evalúa sus capacidades. Esta es una invasión lícita de la integridad a la que el paciente consiente.

### 3. DERECHOS HUMANOS

Los Derechos Humanos son el conjunto de principios aceptados universalmente, reconocidos constitucionalmente y garantizados jurídicamente, orientados a asegurar al ser humano su dignidad como persona, en sus dimensiones individual, social, material y espiritual. Constituyen el conjunto de derechos que se han podido reconocer y validar internacionalmente para su respeto y promoción en el orden político, económico, cultural y social vigente.

#### PRINCIPIOS DE LOS DDHH

Los Derechos Humanos son inalienables, universales, indivisibles, interrelacionados y no discriminatorios. Los Derechos Humanos existen en el ámbito civil, político, económico, social y cultural. Algunos ejemplos de los Derechos Humanos son el derecho a la vida, el derecho a la autodeterminación, el derecho a la libertad y el derecho a la educación. Se basan en los principios fundamentales de la dignidad y el respeto humano. La no-discriminación se promueve a través de la adhesión a estos principios.



**Por Universalidad** , entendemos que los Derechos Humanos les pertenecen a todos, en cualquier parte, y que son iguales para todas las personas. Se basan en los principios de igualdad y de la no-discriminación. Los derechos existen, sin consideración, por ejemplo, de nacionalidad, raza, sexo, religión, clase, origen étnico, idioma o edad. Todas las personas tienen las mismas necesidades y derechos básicos, que tienen que ser defendidos y protegidos en todo momento.

**Por Inalienabilidad** , entendemos que todos los derechos les pertenecen a todas las personas desde el momento en que nacen. Nacemos con derechos, y ningún Gobierno tiene el derecho de negarle a persona alguna sus Derechos Humanos básicos.

**Por Indivisibilidad** , entendemos que todos los Derechos Humanos están relacionados entre sí; por lo tanto, los derechos se encuentran interrelacionados y son interdependientes. Los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales no se pueden considerar como si no estuviesen conectados entre sí. Se complementan los unos con los otros. Ningún derecho es más importante que otro y los derechos de una persona no son más importantes que los derechos de otra persona. El derecho a expresarse, o el derecho a elegir el número de hijos y el espacio de tiempo entre uno y otro es interdependiente con otros derechos, por ejemplo, el derecho a obtener información, y los derechos de igualdad dentro de la familia.

## CLASIFICACIÓN DE LOS DDHH

En el estudio de los derechos humanos se han elaborado distintas clasificaciones, con el fin de determinar las características que corresponden a cada grupo. Los criterios que se han dado para las clasificaciones han sido de diferente índole, políticos, históricos. Es de destacar que esta clasificación no está elaborada a partir del orden de importancia de los derechos humanos. Según esta clasificación existen:

- **Derechos Civiles y Políticos, de la Primera Generación:** Constituyen los primeros derechos que fueron consagrados en los ordenamientos internacionales. Están destinados a la protección del ser humano individualmente considerado, contra cualquier agresión de algún órgano público. Los derechos civiles y políticos pueden ser reclamados en todo momento y en cualquier lugar, salvo en aquellas circunstancias de emergencia que permiten el establecimiento de ciertas limitaciones de sólo algunas garantías. Entre los derechos civiles y políticos podemos destacar:

- Derecho a la vida
- Derecho al honor
- Derecho a la libertad seguridad e integridad personal
- Derecho a la libertad de expresión - Derecho a elegir y ser elegido
- Derecho a petición
- Derecho al libre tránsito

El Derechos Económicos, Sociales y Culturales, forman la Segunda Generación:

Tienen como objetivo fundamental garantizar el bienestar económico, el acceso al trabajo, a la educación y a la cultura, de tal forma que asegure el desarrollo de los seres humanos. Tal y como dice el Manual de Educación Popular en Derechos Humanos " no existen las condiciones económicas, sociales y culturales que garanticen el desarrollo de esos hombres y esos pueblos." Su



reconocimiento en la historia de los derechos humanos fue posterior a la de los derechos civiles y políticos, de allí que también sean denominados derechos de la segunda generación.

Se caracterizan porque requieren de la actuación del Estado para que los seres humanos puedan tener acceso a estos. Son derechos colectivos, porque los derechos económicos, sociales y culturales benefician a grupos de seres humanos, no a uno en particular. Como hemos afirmado, los derechos económicos, sociales y culturales, pueden exigirse al Estado en la medida de los recursos que efectivamente él tenga, pero esto no significa en modo alguno que el Estado puede utilizar como excusa para el cumplimiento de sus obligaciones, el no poseer recursos cuando en realidad dispone de ellos. Entre los derechos económicos, sociales y culturales, podemos señalar:

- Derecho al trabajo
- Derecho a la educación
- Derecho a la salud
- Derecho a la protección y asistencia a los menores y a la familia
- Derecho a la vivienda

Derechos de los Pueblos, Tercera Generación:

El contenido de estos derechos no está totalmente determinado, ellos al igual que los anteriormente nombrados han sido producto de cambios en la historia, se encuentran en proceso de definición. Este grupo de derechos se encuentra constituido entre otros por:

- Derecho al desarrollo
- Derecho a la libre determinación de los pueblos
- Derecho al medio ambiente

#### **ORGANISMOS QUE PROTEGEN LOS DERECHOS HUMANOS EN COLOMBIA**

- Corte constitucional
- Defensoría del pueblo
- Personería municipal
- Procuraduría general de la nación
- Contraloría general de la nación
- Consejo nacional electoral
- Registraduría nacional del Estado civil
- Banco de la república

#### **4. DERECHOS LABORALES**

El derecho laboral es una rama del derecho formada por un conjunto de normas jurídicas que se establecen en la relación entre los trabajadores y los empleadores. Lo constituyen preceptos de orden público y legal, que se basan en la premisa de asegurarle a quien trabaja un pleno desarrollo como persona y una integración real a la sociedad.

#### **FUENTES DEL DERECHO LABORAL**

Las fuentes del derecho son todas aquellas normativas y resoluciones que contribuyeron a crear el conjunto de normas que forman el derecho laboral. Entre las más significativas están:

- Constitución. Formada por derechos civiles entre los que está el derecho al trabajo.
- Tratados Internacionales. Convenios entre países y organizaciones para regular de manera conjunta la normativa laboral.
- Leyes. Disposiciones legales que regulan las condiciones y relaciones de trabajo.
- Decretos. Contenidos normativos que deben ser cumplidos por todos los ciudadanos.

#### Características del derecho laboral

- Dinámico. Está en constante evolución de acuerdo a los procesos socioeconómicos que vive cada país.
- Social. Apunta a representar el interés general, pero también es un derecho profesional, porque se ocupa de las personas que ejercen alguna profesión o trabajo.
- Expansivo. Nació con competencias muy bajas que se fueron actualizando y continúan haciéndolo.
- Autónomo. Forma parte del derecho positivo, pero tiene una normativa propia.
- Específico. Trata sobre deberes y derechos, pero se restringe a las relaciones de trabajo. Una de las grandes limitaciones del derecho laboral es que alcanza únicamente al empleo formal. Es deber de cada estado aplicar sanciones frente al trabajo no registrado y alentar el trabajo formal mediante incentivos.

#### Principios del derecho laboral

Los principios del derecho laboral son las pautas e ideas esenciales sobre las que se basa y sustenta la norma, fundamentales para garantizar el orden jurídico y sirven como guía para todo aquel que quiera o necesite interpretarla.

- **Principio protector.** Es el principio fundamental del derecho laboral que implica la defensa de la parte más vulnerable en una relación laboral (el trabajador). Está regido por tres normas principales: regla de la norma más favorable (en el caso de concurrencia de dos o más normas se debe aplicar aquella que más favorezca al trabajador), regla de la condición más beneficiosa (una nueva norma no puede empeorar las condiciones de un trabajador), regla in dubio pro operario (ante una norma que posea dos o más interpretaciones se debe aplicar la que más beneficie al trabajador).
- **Principio de irrenunciabilidad de derechos.** Implica que ningún trabajador puede renunciar a los derechos básicos laborales como: descanso y vacaciones pagas, organización sindical libre, acceso a condiciones de trabajo dignas, entre otros.
- **Principio de continuidad de relación laboral.** Implica que el contrato que se firma entre empleador y empleado es de duración prolongada, ya que supone que el trabajo es la principal fuente de ingreso del trabajador.
- **Principio de la primacía de realidad.** Implica que ante la discrepancia entre los hechos que ocurren en la realidad y lo que está asentado en documentos, prevalece aquello que se basa en los hechos.

- **Principio de razonabilidad.** Implica la utilización de la razón y el sentido común a la hora de aplicar las normas en el ámbito laboral.
- **Principio de buena fe.** Implica actuar de manera recta y honrada en toda relación laboral. Este principio está presente en todas las ramas del derecho.

#### Derechos

- A ser respetado y protegido.
- A no ser atacado.
- A acceder y prestar la atención sanitaria.
- A tener los medios necesarios para la atención del paciente.
- A no ser sancionado o castigado por ejercer una actividad médica.
- A no ser obligado a actuar contrariamente a los principios de la ética médica.
- A que se respete la reserva del secreto profesional.
- A identificarse.

### 5. SISTEMAS DE CONTRATACIÓN

Para analizar a profundidad las formas y los tipos de contratación, se dividen de la siguiente manera:

**Sector privado,** integrado por empresas, clínicas, IPS, EPS. En estas, la vinculación del talento humano en salud se puede dar mediante contrato individual de trabajo, contrato colectivo de trabajo, contrato de prestación de servicios y tercerización laboral a través de corporaciones, asociaciones, fundaciones, asociaciones mutualistas, sociedades, consorcios o uniones temporales.

**Sector público,** integrado por las empresas sociales del Estado, es decir, los hospitales públicos, en los cuales la contratación del personal se puede dar a través de vinculación legal y reglamentaria, contrato de prestación de servicios y tercerización laboral.

Comenzando por el contrato individual de trabajo, el cual es un tipo de vinculación exclusiva del sector privado. Entendido como el instrumento por el cual una persona natural, es decir, un profesional de la salud, se obliga a prestar sus servicios a una persona natural o jurídica, como es una clínica o IPS, bajo su continua dependencia o subordinación; lo anterior quiere decir que el trabajador debe cumplir horario y debe acatar las órdenes impartidas por su superior. Dentro de este contrato existen varias modalidades: a término fijo, por obra o labor y a término indefinido.

Para este tipo de contrato es importante tener en cuenta que se aplica el Código Sustantivo del Trabajo, asimismo el trabajador tiene derecho al pago de su salario de manera oportuna y de una flexibilización salarial, además se debe efectuar el pago de recargos y horas extras, excepto para los casos en los cuales el trabajador devengue el salario integral.

En el momento de firmar su contrato el empleador debe estipular el tipo de contrato, es decir, si es a término fijo, por obra o labor o a término indefinido. En caso de que sea fijo, cerciórese de que en

el contrato se estipule fecha de inicio y fecha de fin. Por ningún motivo deben existir cláusulas de preaviso y el periodo de prueba debe estar por escrito y no puede ser mayor a dos meses.

En segundo lugar, se encuentra el contrato colectivo de trabajo, el cual puede ser celebrado a través de un sindicato que presta un proceso o subproceso donde se realiza una actividad especializada para prestar un servicio en algún hospital y clínica del sector, ya sea público o privado. Se debe tener en cuenta que los sindicatos existen para intervenir en los asuntos laborales y su razón de ser es la defensa del trabajador.

Entre los requisitos para constituir un contrato colectivo laboral están:

1. El sindicato debe tener, por lo menos, 6 meses de haberse constituido antes de la firma del contrato laboral.
2. Se debe efectuar la afiliación de los trabajadores vinculados a la empresa con la cual se celebra el contrato sindical.
3. Se debe contar con la aprobación en asamblea de afiliados de la suscripción del contrato laboral.
4. El sindicato debe contar con estructura y capacidad administrativa y financiera para prestar los servicios, ejecutar las obras contratadas y cumplir las obligaciones legales.

Así las cosas, constitucionalmente hablando, este contrato busca promover el derecho a la negociación colectiva, a la promoción del derecho de asociación sindical y a generar múltiples empleos más dignos para sus afiliados; para mitigar con ello el fenómeno de la tercerización y evitar la des laboralización.

#### **¿Cómo identificar si un contrato colectivo de trabajo está siendo infringido?**

- El sindicato no es autónomo.
- No realiza asambleas.
- No realiza juntas directivas.
- No representa a sus afiliados partícipes de manera conjunta, sino que busca el lucro de una parte del sindicato.
- No cumple el pago de las garantías del trabajo digno.

En tercer lugar, se encuentra la vinculación legal y reglamentaria, por medio de la cual se reglamenta el empleo público, es decir, el talento humano en salud que es vinculado en las empresas sociales del Estado.

Las características de esta vinculación son: el personal en salud es vinculado por nombramiento y posesión, por ende, pasa a ser un funcionario público; tiene derecho al pago de sus prestaciones sociales; se le deben pagar horas extras, recargos nocturnos, y debe estar afiliado a salud, pensión y riesgos laborales. En cuanto a la vinculación, es de especial importancia que en el acta de posesión se mencione si es por carrera administrativa, provisionalidad, encargo o libre nombramiento y remoción.

En un cuarto lugar, la contratación por prestación de servicios o por órdenes de servicio, la cual consiste en la celebración de un contrato de naturaleza civil o comercial, razón por la cual existe una amplia libertad contractual. En este tipo de contrato, las partes son el contratante —las empresas, clínicas, IPS o EPS— y los contratistas, entendidos como el personal de la salud vinculado a través de esta modalidad.

Entre las características de este tipo de vinculación se encuentran: este contrato se regula por las normas civiles, los aportes de seguridad social se efectúan sobre el 40 % del valor del contrato y las incapacidades y licencias se pagan sobre el Ingreso Base de Cotización (IBC).



Entre las ventajas de este tipo de vinculación están: no hay cláusulas de exclusividad, manejo de horario personal, no existe subordinación y hay autonomía en la prestación del servicio. Por su parte, las desventajas son: no tiene derecho a fuero sindical ni a pago de prestaciones sociales; debe pagar la seguridad social por su cuenta; no tiene vacaciones ni pago de horas extras, y no hay derecho a pago de indemnizaciones por terminación.

Finalmente, está la tercerización laboral, figura que se presenta tanto en el sector público como privado; no obstante, en lo referido al sector salud se ha identificado que a través de estas modalidades no se garantizan las condiciones de trabajo digno y decente.

## 6. DERECHOS BÁSICOS DE LA SALUD

El derecho a la salud es un derecho inclusivo y comprende un amplio conjunto de factores que pueden contribuir a una vida sana, entre otros, el agua potable salubre, el saneamiento adecuado, la alimentación segura y unas condiciones laborales saludables. Los otros aspectos fundamentales del derecho a la salud se enuncian a continuación:

**Accesibilidad**, que requiere que los establecimientos, bienes y servicios sanitarios sean asequibles y físicamente accesibles a todos, sin discriminación.

**Disponibilidad**, que requiere que haya un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos sanitarios y centros de atención de la salud en funcionamiento.

**Aceptabilidad**, que requiere que los establecimientos, bienes y servicios sanitarios sean respetuosos de la ética médica, sensibles a las cuestiones de género y apropiados desde el punto de vista cultural.

**Buena calidad**, que requiere que los establecimientos, bienes y servicios sanitarios sean apropiados desde el punto de vista científico y médico, y estén en buenas condiciones.

**Participación**, que requiere que los beneficiarios del sistema de salud tengan voz respecto del diseño y la aplicación de las políticas de salud que les afectan.

**Rendición de cuentas**, que requiere que las autoridades sanitarias y los Estados rindan cuentas de su cumplimiento de las obligaciones de derechos humanos en la esfera de la salud pública. Las personas deben poder solicitar una reparación efectiva cuando se vulnere su derecho a la salud, como en los casos de denegación de servicios sanitarios.

**Libertades**, que requieren que las personas deben ser libres de no someterse a tratamientos médicos no consentidos, como experimentos médicos o la esterilización forzada, así como a tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes.

**Derechos**, que requieren que las personas tengan la oportunidad de disfrutar del más alto nivel posible de salud; el derecho a la prevención y el tratamiento de enfermedades, y la lucha contra ellas; el acceso a medicamentos esenciales; y la salud materna, infantil y reproductiva, entre otros derechos.

## IDEAS ERRÓNEAS COMUNES ACERCA DEL DERECHO A LA SALUD

Idea errónea N.º 1: el Estado debe garantizarnos buena salud.

El derecho a la salud no es lo mismo que el derecho a estar sano. La salud depende de diversos factores que quedan fuera del control de los Estados, como la estructura biológica de las personas. Por ello, describirlo como “el derecho al nivel más alto posible de salud física y mental” es más exacto que como un derecho incondicional a estar sano.

Idea errónea N.º 2: el derecho a la salud puede ser solo un objetivo a largo plazo.

El derecho a la salud está sujeto a una realización progresiva. Sin embargo, los Estados deben demostrar que adoptan medidas concretas, deliberadas y específicas para utilizar todos los recursos de que disponen a fin de respetar, proteger y hacer efectivo el derecho a la salud.

Idea errónea N.º 3: la difícil situación financiera de un país le exime de su obligación de adoptar medidas y hacerlo sin demora.

Los Estados siguen teniendo la obligación de garantizar, con efecto inmediato, el disfrute de unos niveles mínimos esenciales de derecho a la salud. El derecho que entrañan estas obligaciones esenciales mínimas es inalienable, incluso en circunstancias adversas. Debe haber partidas presupuestarias reservadas para asegurar el acceso universal a los bienes y servicios esenciales.

Idea errónea N.º 4. El derecho a la salud se refiere solo a la prestación de servicios de salud.

Si bien el derecho a la salud carece de sentido sin un sistema de prestación de servicios de salud, solo puede realizarse plenamente una vez se tienen en cuenta los demás factores que influyen en nuestra salud, como el acceso a instalaciones adecuadas de agua y saneamiento, a una vivienda adecuada y una alimentación y nutrición adecuadas. La discriminación, la pobreza, la estigmatización y otros factores socioeconómicos determinantes de la salud deben abordarse también en la medida en que pueden determinar, y determinan, lo siguiente:

- sí a determinadas personas se les presta o se les niega cuidados sanitarios;
- la calidad de los servicios recibidos; y
- si las personas optarán por no solicitar cuidados sanitarios.

## 7. CRITERIOS POLÍTICOS EN SALUD DEL AÑO ACTUAL

| PROPUESTA                                                               | RIESGOS / PREOCUPACIONES                                                                                                                                                                                              |
|-------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Atención en salud en poblaciones rurales y marginadas                   | Disponibilidad de recurso humano capacitado para atención primaria. Riesgos de orden público, barreras de acceso. Tiempo prolongado para construir / adecuar centros de atención primaria y redes de atención.        |
| Incremento en los recursos y fortalecimiento de infraestructura pública | Problemas de financiamiento, asignación y flujo de recursos entre los actores. Focalización selectiva de recursos en atención primaria reduciendo la disponibilidad para condiciones crónicas, raras y de alto costo. |



|                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Pago directo y subsidios a la oferta, sin contratos ni controles previos     | Cambios en los mecanismos de pago sin controles ex – ante / ex – post o ajustes por riesgo. El dinero puede agotarse antes de finalizar cada vigencia anual. Capacidad de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES para asumir el alto número de transacciones en el sistema. |
| Enfoque de atención preventiva y coordinada por centros de atención primaria | Construcción de capacidades en gestión de riesgo, modelo de atención, creación de redes integradas de servicios, etc.                                                                                                                                                                                                           |
| Usuarios asignados por territorio                                            | Limita la libre elección, disminuye incentivos por calidad y competencia.                                                                                                                                                                                                                                                       |
| Creación de nuevas instancias de toma de decisiones y operación del sistema  | Claridad en los roles y responsabilidades de los diferentes agentes. Capacidad de coordinación de la prestación de servicios, la gestión de los procesos de atención y la toma de decisiones a nivel territorial / nacional.                                                                                                    |

## 8. MEDICAMENTOS POS Y NO POS MAPIPOS

### ¿QUÉ ES EL PLAN DE BENEFICIOS - POS?

Plan de Beneficios, es el conjunto de servicios para la atención en salud que todo afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud tiene derecho.

### ¿CUÁL ES LA FINALIDAD DEL PLAN DE BENEFICIOS - POS?

El plan de Beneficios busca la protección integral de las familias a la maternidad y enfermedad general, en las fases de promoción y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para todas las patologías.

### ¿QUIÉNES RECIBEN LOS BENEFICIOS DEL POS?

Todos los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud- SGSSS; ya sean estos cotizantes o beneficiarios.

### ¿QUIÉNES SON COTIZANTES Y QUIENES BENEFICIARIOS?

Cotizantes son los trabajadores con contrato laboral, contratistas e Independientes obligados a cotizar así como aquellos que cotizan en forma voluntaria. Beneficiarios de conformidad a lo establecido en el Decreto 806 de 1998 y el Decreto 1164 de 2014, son:

- **En el Régimen Contributivo:** Además del cotizante pueden estar inscritos como beneficiarios del POS los familiares en primer grado de consanguinidad: el cónyuge y los hijos menores de 18 años o menores de 25 años estudiantes con dedicación exclusiva a esta actividad (con excepción de los que tengan una relación laboral o contrato formal de prestación de servicios). En algunos casos especiales (dependientes económicamente del cotizante) se puede incluir hijos, padres y hasta familiares en tercer grado de consanguinidad.
- **En el Régimen Subsidiado:** Son beneficiarios del POS todos los afiliados con su grupo familiar.

### **¿CÓMO ES LA AFILIACIÓN A LA EPS PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO?**

Cada cotizante escoge la Entidad Promotora de Salud - EPS de manera libre y voluntaria. En el caso de los empleados, la empresa no debe influir en esta decisión. Los servicios de salud del POS se prestan a través de las EPS.

### **¿QUÉ DEBERES TIENE EL COTIZANTE EMPLEADO O INDEPENDIENTE?**

El uso adecuado de la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud conlleva un conjunto de obligaciones para el cotizante, como las siguientes:

**De afiliación:** para utilizar los servicios de la EPS es necesaria la afiliación personal y del grupo familiar.

**De información:** presentar los documentos necesarios, informar las novedades.

**Económicos:** hacer los pagos correspondientes y en forma oportuna.

**De respeto y cuidado:** al personal encargado de la atención y a los recursos físicos que se utilizan.

### **¿QUÉ ES EL RÉGIMEN SUBSIDIADO?**

El Régimen Subsidiado es el mecanismo mediante el cual la población más vulnerable, sin capacidad de pago, tiene acceso a los servicios de salud cubiertos por el POS a través de una EPS mediante un subsidio que ofrece el Estado.

### **¿QUÉ DEBO HACER PARA AFILIARME AL RÉGIMEN SUBSIDIADO?**

Debe dirigirse a la Secretaría de Salud del ente territorial en su sitio de residencia, donde le informarán los trámites a seguir.

### **¿EN QUÉ CASOS HAY DESAFILIACIÓN A LA EPS?**

La desafiliación a la EPS se presenta, en general, como sanción por faltas disciplinarias del cotizante: por conductas abusivas o de mala fe (como afiliación de beneficiarios falsos), suspensión en el pago por un periodo mayor a seis meses y en caso de muerte del cotizante cuando los beneficiarios no reportan de manera oportuna. ¿En qué casos hay suspensión del servicio? La suspensión de los servicios es temporal y se presenta cuando no se entrega la información completa o no se paga la cotización de manera oportuna (después de un mes de no pago).

### **¿EN QUÉ CASOS HAY SUSPENSIÓN DEL SERVICIO?**

La suspensión de los servicios es temporal y se presenta cuando no se entrega la información completa o no se paga la cotización de manera oportuna (después de un mes de no pago).

**¿CON QUÉ MÉDICO SE REALIZA LA PRIMERA CONSULTA O PUERTA DE ENTRADA AL SISTEMA EN EL POS? Y ¿EN QUÉ CASOS PUEDO CONSULTAR DIRECTAMENTE CON EL ESPECIALISTA?**

La puerta de entrada del afiliado a los servicios del POS se hará en forma directa a través de urgencias o la consulta médica y odontológica no especializada. Los menores de 18 años o mujeres en estado de embarazo podrán acceder en forma directa a la consulta especializada pediátrica, obstétrica o por medicina familiar sin requerir remisión por parte del médico general y cuando la oferta disponible así lo permita.

**¿CÓMO PUEDO ACCEDER A SERVICIOS ESPECIALIZADOS DE SALUD EN EL POS?**

Para acceder a los servicios especializados de salud es indispensable la remisión por medicina general, odontología general o por cualquiera de las especialidades definidas como puerta de entrada al sistema señaladas en la pregunta anterior, sin que ello se constituya en pretexto para limitar el acceso a la atención por médico general, cuando el recurso especializado no sea accesible por condiciones geográficas o de ausencia de oferta en el municipio de residencia.

**¿A CUÁNTAS CONSULTAS EN EL AÑO TENGO DERECHO?**

El usuario no tiene límites sobre el número de consultas al año, aunque, la Resolución 5261 de 1994, establece que de acuerdo con las frecuencias nacionales, un usuario consulta normalmente al médico general en promedio dos (2) veces por año, ninguna EPS puede usar esta referencia para limitar el número de consultas de un afiliado en el año.

**¿QUÉ TIEMPO DEBE DEDICAR EL MÉDICO A UN PACIENTE EN CONSULTA EXTERNA?, ¿CUÁL ES LA DURACIÓN MÍNIMA DE LA CONSULTA MÉDICA?**

El artículo 97 de la Resolución 5261 de 1994 que se encuentra vigente, establece que la consulta no debe ser menor de veinte (20) minutos.

**¿QUÉ PROCEDIMIENTOS ME CUBRE EL POS?**

El Plan de Beneficios cubre los procedimientos descritos en la normatividad vigente del Plan de Beneficios.

**¿LA ANESTESIA ESTÁ INCLUIDA EN EL POS?**

El Plan de Beneficios cubre los procedimientos de analgesia, anestesia y sedación, cuando se requiera para la realización de los procedimientos descritos en el POS, por lo que está también incluida en la atención del parto.

**¿QUÉ ES UN TRASPLANTE?**

El trasplante es un tratamiento médico quirúrgico en el que las células, órganos o tejidos de un donante vivo o fallecido, pueden reemplazar células, órganos o tejidos enfermos.

**¿QUÉ TRASPLANTES CUBRE EL POS?**

El POS cubre los trasplantes de riñón, corazón, hígado, médula ósea y córnea.

**¿EL POS QUÉ ME CUBRE CUANDO SE NECESITAN TRASPLANTES?**

Para la realización de los trasplantes cubiertos en el POS la cobertura incluye las tecnologías complementarias necesarias descritas de la siguiente manera:

1. Estudios previos y obtención del órgano, tejido o células del donante identificado como efectivo.
2. Atención del donante vivo hasta su recuperación, cuya atención integral estará a cargo de la Entidad Promotora de Salud del receptor.
3. Procesamiento, transporte y conservación adecuados del órgano, tejido o células a trasplantar, según tecnología disponible en el país.
4. El trasplante propiamente dicho en el paciente.
5. Preparación del paciente y atención o control post trasplante.
6. Tecnologías en salud necesarias durante el trasplante.
7. Los medicamentos incluidos en el anexo 1 del Plan de Beneficios de Salud, además las Entidades Promotoras de Salud no están obligadas a asumir el valor de los estudios realizados en donantes no efectivos.

#### **¿EL POS INCLUYE LOS INJERTOS?**

El Plan de Beneficios cubre los injertos necesarios para los procedimientos descritos en el POS, bien sean autoinjertos, aloinjertos o injertos heterólogos. Se cubren también los procedimientos de toma de tejido del mismo paciente o de un donante.

#### **¿ESTÁ INCLUIDA LA CIRUGÍA BARIÁTRICA EN EL POS DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO Y DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO?**

La cirugía bariátrica no está cubierta en el POS. La cirugía bariátrica comprende múltiples procedimientos laparoscópicos como la banda gástrica, la manga gástrica, el balón intragástrico, entre otras, de los cuales ninguno está cubierto por el Plan de Beneficios POS.

#### **¿LAS PRÓTESIS TOTALES DENTALES ESTÁN DENTRO DEL POS?**

El Plan de Beneficios cubre las prótesis dentales mucoso portadas totales (cajas de dientes completas), éstas deben incluir la inserción, adaptación y control de la prótesis mucoso portadas total superior e inferior, de acuerdo con la indicación clínica del odontólogo tratante. Para obtener la cobertura de esta prótesis, los afiliados cotizantes al Régimen Contributivo deben tener un ingreso base de cotización igual o inferior a dos (2) salarios mínimos legales mensuales vigentes. Esta cobertura se extiende a los beneficiarios debidamente registrados de estos cotizantes. En el Régimen Subsidiado están cubiertas para todos los afiliados.

#### **¿QUÉ SERVICIOS ODONTOLÓGICOS SE ENCUENTRAN INCLUIDOS EN EL POS?**

El Plan de Beneficios cubre los procedimientos como: las obturaciones dentales (calzas), endodoncia (tratamientos de conductos), cirugía oral y maxilofacial (extracciones de dientes y otros procedimientos) que realice el odontólogo, así como las prótesis mucosoportadas totales (caja de dientes) tal como se encuentra descrita en el Plan de Beneficios - POS.

#### **¿LA EXODONCIA DE LOS TERCEROS MOLARES (EXTRACCIÓN DE CORDALES), ESTÁ INCLUIDA EN EL POS?**

El Plan de Beneficios, cubre la exodoncia de los últimos molares permanentes, independiente en la posición en que se encuentren, siempre y cuando no tengan fines estéticos.

## NO POS

El Ministerio de Salud y Protección Social mediante proyecto de Resolución establece los procedimientos para el cobro y pago de servicios y tecnologías en salud sin cobertura del POS suministrados a los afiliados del Régimen Subsidiado.

El Proyecto de resolución tiene como objetivo fijar los procedimientos para el pago directo por parte de las entidades territoriales, departamentales y distritales a los prestadores del servicio de salud públicos, privados o mixtos, para los servicios y tecnologías en salud que no están en el POS.

De conformidad con lo estipulado en la Resolución 1479 de 2015 expedida por el Ministerio de Salud, la Secretaría Distrital de Salud emitió la Resolución Distrital 1016 del primero de julio de 2015 modificada por la Resolución 1632 del 29 de septiembre de 2015. Mediante estos actos administrativos se establece el procedimiento para la prestación, el cobro, la verificación y el pago de servicios y tecnologías en salud sin cobertura en el Plan Obligatorio de Salud (NO POS), provistas a los afiliados al Régimen Subsidiado en el Distrito Capital.

Esta Dirección Territorial de Salud ha elegido el modelo descrito en el Capítulo 2 de la Resolución 1479 de 2015, según el cual la prestación de los servicios de salud NO POS aprobados por el Comité Técnico Científico de la EPS u ordenados por fallo de tutela, se realizará a través de la red de prestadores de la EPS.

Cuando la IPS/ESE haga parte de la red de la EPS y de la red contratada por la Secretaría Distrital de Salud para la atención en salud de la población participante no asegurada, podrá cobrar los servicios NO POS prestados con cargo al contrato suscrito con esta Secretaría.

En el caso de prestadores de la EPS que no tengan contrato con esta Dirección Territorial de Salud, el cobro será intermediado por la EPS. Los soportes para la radicación de cuentas así como el procedimiento de auditoría, verificación y control se describen en los Anexos 1 y 2 de la Resolución Distrital 1016 de 2015.

El recobro seguirá vigente si: (1) existe fallo de tutela que ordena tratamiento integral o servicios NO POS, (2) el juez faculta a la EPS a recobrar al Fondo Financiero Distrital de Salud, (3) el servicio NO POS es un medicamento vital no disponible, (4) la atención brindada no permite la fragmentación de la factura en servicios POS y NO POS para los respectivos pagadores, y (5) la EPS ya ha hecho anticipo para la prestación de servicios a alguna IPS/ESE.

## 9. SISTEMAS DE SALUD OMS – OPS

La OPS es la organización internacional especializada en salud pública de las Américas. Trabaja cada día con los países de la región para mejorar y proteger la salud de su población. Brinda cooperación técnica en salud a sus países miembros, combate las enfermedades transmisibles y ataca los padecimientos crónicos y sus causas, fortalece los sistemas de salud y da respuesta ante situaciones de emergencia y desastres.

La OPS está comprometida a lograr que cada persona tenga acceso a la atención de salud que necesita, de calidad, y sin caer en la pobreza. Por medio de su labor, promueve y apoya el derecho de todos a la salud.

Con el fin de lograr estas metas, fomenta la cooperación entre países y trabaja en forma colaborativa con los ministerios de Salud y otras agencias de gobierno, organizaciones de la sociedad civil, agencias internacionales, universidades, organismos de la seguridad social, grupos comunitarios y otros socios. La OPS vela porque la salud sea incluida en todas las políticas y porque todos los sectores hagan su parte para asegurar que las personas vivan más y mejores años de vida, porque la salud es nuestro recurso más valioso.

La OPS tiene 35 Estados Miembros y cuatro Miembros Asociados en la región. Bajo su liderazgo, se establecen las prioridades sanitarias de la región para enfrentar juntos problemas comunes que no respetan fronteras y que, en muchos casos, pueden poner en riesgo la sostenibilidad de los sistemas de salud.

La OPS viste dos sombreros institucionales: es la agencia especializada en salud del Sistema Interamericano y sirve como la oficina regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

# OPS



**Organización  
Panamericana  
de la Salud**



**Organización  
Mundial de la Salud**  
OFICINA REGIONAL PARA LAS **Américas**

### OMS: ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

La OMS es la autoridad directiva y coordinadora de la acción sanitaria en el sistema de las Naciones Unidas. Es la organización responsable de desempeñar una función de liderazgo en los asuntos sanitarios mundiales, configurar la agenda de las investigaciones en salud, establecer normas,

articular opciones de política basadas en la evidencia, prestar apoyo técnico a los países y vigilar las tendencias sanitarias mundiales.

En el siglo XXI, la salud es una responsabilidad compartida, que exige el acceso equitativo a la atención sanitaria y la defensa colectiva frente a amenazas transnacionales.

## La agenda de la OMS

La OMS opera en un entorno cada vez más complejo y en rápida transformación. Los límites de la acción de salud pública se han difuminado, extendiéndose ahora a otros sectores que también influyen en las oportunidades de acción sanitaria y en sus resultados. La OMS responde a esos retos con una agenda de seis puntos, que abordan dos objetivos de salud, dos necesidades estratégicas y dos enfoques operacionales. El desempeño global de la OMS se medirá por el impacto de su labor en la salud de las mujeres y en la salud de la población africana.

### 1. PROMOVER EL DESARROLLO

Durante el último decenio la salud ha adquirido un protagonismo sin precedentes como impulsor clave del progreso socioeconómico, de tal manera que nunca se había invertido en ella tal cantidad de recursos. No obstante, la pobreza sigue contribuyendo a la mala salud, y ésta hunde a grandes poblaciones en la pobreza. El desarrollo sanitario se rige por el principio ético de equidad: el acceso a intervenciones que salvan vidas o fomentan la salud no es algo que pueda negarse por razones injustas, en particular por razones económicas o sociales. El respeto de ese principio asegura que las actividades de la OMS orientadas al desarrollo sanitario otorguen prioridad a los resultados de salud entre los grupos pobres, desfavorecidos o vulnerables. El logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud, la prevención y el tratamiento de las enfermedades crónicas y la lucha contra las enfermedades tropicales desatendidas son las piedras angulares de la agenda de salud y desarrollo.

### 2. FOMENTAR LA SEGURIDAD SANITARIA

La vulnerabilidad común a las amenazas que acechan a la seguridad sanitaria exige medidas colectivas. Una de las mayores amenazas para la seguridad sanitaria internacional son las que provocan los brotes de enfermedades emergentes y epidemiológicas. Esos brotes son cada vez más frecuentes, como consecuencia de la rápida urbanización, el deterioro del medio ambiente, la manera de producir y comercializar los alimentos, y la manera de usar los antibióticos. La capacidad del mundo para defenderse colectivamente de los brotes epidémicos se verá reforzada en junio de 2007, fecha de entrada en vigor del Reglamento Sanitario Internacional revisado.

### 3. FORTALECER LOS SISTEMAS DE SALUD



Para que las mejoras de la salud operen como estrategia de reducción de la pobreza, es necesario que los servicios de salud lleguen a las poblaciones pobres y subatendidas. En muchas partes del mundo los sistemas de salud no pueden cumplir ese objetivo, lo que hace

del fortalecimiento de esos sistemas una alta prioridad de la OMS. Entre los diversos aspectos abordados cabe mencionar la disponibilidad de un número adecuado de trabajadores debidamente cualificados, una financiación suficiente, sistemas idóneos para reunir estadísticas vitales, y acceso a las tecnologías apropiadas, incluidos medicamentos esenciales.

#### **4. APROVECHAR LAS INVESTIGACIONES, LA INFORMACIÓN Y LOS DATOS PROBATORIOS**

Los datos probatorios son la base para establecer las prioridades, definir las estrategias y medir los resultados. La OMS genera información sanitaria fidedigna, en consulta con destacados expertos, para fijar normas, formular opciones de política basadas en la evidencia y vigilar la evolución de la situación sanitaria mundial.

#### **5. POTENCIAR LAS ALIANZAS**

La OMS lleva a cabo su trabajo con el apoyo y colaboración de numerosos asociados, incluidos organismos de las Naciones Unidas y otras organizaciones internacionales, donantes, entidades de la sociedad civil y el sector privado. La OMS utiliza el poder estratégico de la evidencia para alentar a los asociados que aplican los programas en los países a alinear sus actividades con las mejores directrices y prácticas técnicas, así como con las prioridades establecidas por los países.

#### **6. MEJORAR EL DESEMPEÑO**

La OMS participa en las reformas en curso encaminadas a mejorar su eficiencia y eficacia, tanto a nivel internacional como en los países. La OMS procura que su capital más importante, esto es, su personal, trabaje en un entorno motivador y gratificante. La OMS planifica su presupuesto y sus actividades mediante la gestión basada en los resultados, en la que se definen claramente los resultados previstos para poder medir el desempeño a nivel de país, regional e internacional.

### **10. EUTANASIA**

En la actualidad se aplica de forma legal en cinco países, aunque hay otros en los que se contempla con algunas limitaciones o características diferentes.

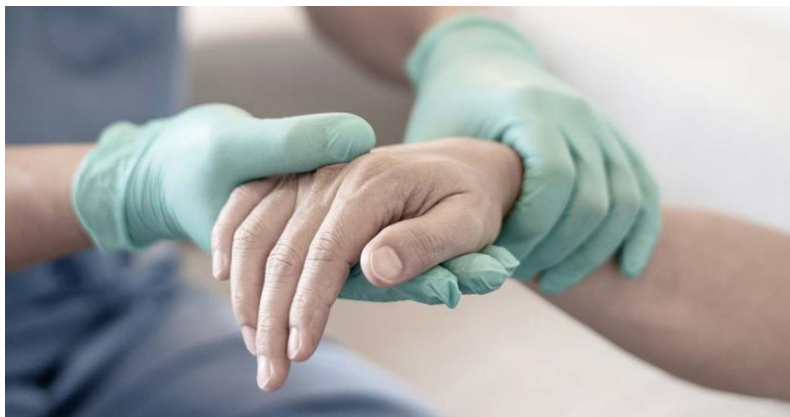
El término de la eutanasia proviene del griego, compuesto por dos palabras. Por un lado, el morfema «eu» que significa «bueno», y por otro la palabra «thanatos», que se traduce por «muerte». Por lo tanto, se podría hablar de la buena muerte, aunque lo más correcto sería hablar de muerte sin sufrimiento sin sufrimiento físico o apacible.

Sin embargo, desde el punto de vista científico o médico viene a ser la ayuda del médico a morir al paciente. Claro está, que este tiene que sufrir una enfermedad incurable, numerosos dolores

permanentes y un sufrimiento insoportable para vivir. En la eutanasia siempre tiene que estar un equipo de médicos para administrar los fármacos al paciente que no quiere seguir con su vida.

#### ¿EN QUÉ PAÍSES SE LLEVA A CABO LA EUTANASIA?

En la actualidad, la eutanasia es legal en cinco países, tres europeos: Países Bajos, Bélgica y Luxemburgo, Colombia y Canadá. Hay otros, donde la muerte del paciente se concibe, pero no a través de la eutanasia, sino con suicidios asistidos u otras fórmulas, como por ejemplo como pasa en Suiza.



#### 11. LEY ANTITRAMITES EN SALUD

A través de la Resolución 1604 de 2013, el Ministerio de Salud y Protección Social, estableció algunos lineamientos para garantizar el cumplimiento en la entrega de medicamentos en un lapso no mayor a 48 horas, dando cumplimiento al Decreto Ley 019 de 2012 conocido como Ley Antitrámites.

La resolución da cumplimiento al mecanismo excepcional de entrega de medicamentos en el lugar de residencia o trabajo del afiliado, esto como consecuencia de la entrega incompleta de los mismos al momento de la reclamación por parte del afiliado.

Se entiende que el plazo establecido de 48 horas comprende el tiempo transcurrido después que el afiliado reclama los medicamentos.

Para efectos de realizar la inspección, vigilancia y control sobre lo reglamentado, la resolución establece la creación del Sistema de Monitoreo, Seguimiento y Control de la entrega de medicamentos, que tendrá como finalidad servir de herramienta de información a las autoridades de control frente al citado mecanismo.

Este sistema, permitirá, además, la toma de decisiones, la formulación de políticas y el monitoreo regulatorio que requiere el Sistema en cada uno de sus componentes.

Las disposiciones de la resolución serán de obligatorio cumplimiento por parte de las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios - EAPB, su red de prestación de servicios y todas las instituciones del Sistema General de Seguridad Social en Salud, pertenecientes a regímenes exceptuados

- El trámite de autorización para la prestación de servicios de salud lo efectuará la IPS ante la EPS mediante un formato único que reducirá y estandarizará los documentos para dichas autorizaciones.
- Las EPS tendrán que contar con sistemas no presenciales para autorizar los servicios de salud y las autorizaciones no podrán exceder 5 días hábiles contados a partir de la solicitud.
- Se reduce el tiempo de asignación de citas para medicina y odontología generales a tres días hábiles contados a partir de la solicitud. Dicha solicitud podrá hacerse a través de medios electrónicos como teléfono e internet. Este fue el trámite más votado en la campaña antitrámites de Urna de Cristal.
- El Ministerio reglamentará en los próximos tres meses los tiempos de autorizaciones de citas con especialistas según la oferta de especialistas en cada región del país.
- Se reduce el tiempo de entrega de medicamentos a 48 horas.
- Ahora el empleador y no el afiliado, solicitará de manera directa a la EPS las certificaciones de incapacidades por enfermedad general y licencias de maternidad o paternidad a cargo del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Para efectos laborales, será obligación de los afiliados informar al empleador sobre la expedición de una incapacidad o licencia.
- Para definir los conflictos por glosas la CRES definirá si se encuentran incluidos en el POS o no para definir su pago.
- Para garantizar que los tratamientos, medicamentos y procedimientos que no están incluidos en POS sean los más adecuados para una persona, ahora una única instancia: el Comité Técnico científico o la Junta Técnico – Científica de Pares de la Superintendencia Nacional de Salud, serán quienes aprueben las prescripciones de los médicos tratantes en no más de 7 días calendario, desde que se hace la prescripción.
- Las entidades del Sistema General de Seguridad Social en Salud que se liquiden deberán entregar al usuario su historia clínica. Si el usuario no reclama su historia clínica, el liquidador deberá remitir la Historia Clínica a la última EPS en la cual se encuentre afiliado el usuario.
- Se amplía a un año el tiempo para tramitar por vía administrativa reclamaciones o cobros ante el FOSYGA, que hasta ahora era de 6 meses. Además, por una única vez, el Fosyga reconocerá y pagará todos aquellos recobros y/o reclamaciones que habían sido aceptados pero que estaban por fuera de los tiempos de reclamación.
- Para que ninguna EPS se pueda negar a atender a una víctima de accidente de tránsito debido a lo engorroso que era cobrar una parte al SOAT y otra al Fosyga, ahora el Gobierno definirá unas coberturas más amplias para la prima del SOAT.
- El Fosyga sólo tramitará las prestaciones en casos de accidentes con vehículos no asegurados o no identificados. Además, para cobrar a los infractores sin SOAT los siniestros, el Fosyga ya no tendrá

que recurrir a los juzgados civiles, y podrá acceder a la jurisdicción coactiva, lo que ayudará a descongestionar los despachos judiciales.

- Muchas personas no están reclamando las indemnizaciones por incapacidad, muerte o auxilio funerario que se tramitan ante el FOSYGA, por lo cual, de ahora en adelante, si el beneficiario lo autoriza, la indemnización será consignada por transferencia electrónica en su cuenta bancaria, y si no, la información básica del beneficiario deberá ser publicada en medios masivos de comunicación para que reclame su pago en los siguientes seis meses.
- Se elimina la Huella en los trámites del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- A partir del 2013, la EPS y no los estudiantes entre 18 y 25 años serán quienes verificarán en las bases de datos disponibles la condición de estudiantes.
- Las nuevas IPS del país deberán cumplir con condiciones de habilitación expedida por la autoridad competente y que serán verificados en los seis meses siguientes desde la presentación de la solicitud.
- Las EPS e IPS deben tener revisor fiscal que envíe la información a la Superintendencia de Salud.
- La Superintendencia Financiera de Colombia se encargará de hacer inspección y vigilancia de al Operador de Información de PILA. Este trámite entrará en vigencia en junio de 2012, pues es necesario dotar a la Superintendencia de la capacidad presupuestal y técnica necesaria para cumplir con esta nueva función.

## 12. EXCEL, CONTABILIDAD BASICAS

### VENTAJAS

#### 1. Cuenta con fórmulas

Con las fórmulas de Excel, podrás realizar operaciones aritméticas de una gran cantidad de datos fácilmente. Al modificar cualquier dato en tu hoja de cálculo, las operaciones se vuelven a calcular sin que tengas que modificar las relaciones una por una.

#### 2. Tiene funciones gráficas

La posibilidad de transformar cualquier tabla con datos en un gráfico es una de las características más funcionales del programa. Te permite analizar de manera más dinámica las finanzas de tu empresa y su evolución. Además, puedes crear todo tipo de gráficos en la herramienta.

#### 3. Permite el análisis y visualización

Gracias al uso de gráficos y el sinfín de datos que puedes ingresar en las tablas, es más sencillo analizar las tendencias de tu negocio. Esto puede ser a lo largo de diferentes periodos (día, semana, meses, años). Con la recolección de estos datos, tienes la oportunidad de examinar si tu empresa está funcionando correctamente y predecir el rumbo que tomará. Estos aspectos son realmente

importantes a la hora de hacer nuevas inversiones o de enfrentar (o prevenir) crisis económicas o adversidades.

#### **4. Mantiene un formato flexible**

El formato de Excel es muy flexible y funcional. Te permite destacar aspectos fundamentales para organizar mejor tus datos. Por ejemplo: resaltar con negritas y cursivas, utilizar diferentes colores en las casillas, etc.

De esta manera, puedes poner énfasis en aquellos datos relevantes de tu organización. De igual modo, el formato condicional te ayuda a filtrar la información de acuerdo con las características que le otorgaste. Con esto, crearás una mejor logística de tus proyectos en Excel y ahorrarás tiempo y esfuerzo para encontrar datos puntuales.

#### **5. Da espacio para una gran base de datos**

En Excel, se pueden registrar grandes cantidades de datos. Estos pueden ser separados y filtrados por tablas, columnas y filas, que son capaces de aplicar cálculos por sí solos. También tiene la capacidad de brindar un almacenamiento prácticamente infinito. Por ello, puedes utilizarlo como un programa contable que gestione los números de tu negocio de manera eficaz y cómoda.

### **DESVENTAJAS**

#### **1. Requiere planificación**

Utilizar Excel requiere tiempo, planificación y organización para crear y configurar una hoja de cálculo que se adapte a tus necesidades. Si bien el programa te otorga gran autonomía, esto significa invertir mucho tiempo en la creación de tus registros.

#### **2. Puede sobrecargarse**

Puede sufrir una sobrecarga de información al trabajar con cantidades descomunales de datos y, además, combinar tus hojas de cálculo con el formato o los scripts adicionales. Esto puede traer como consecuencia que el programa simplemente se cierre o requiera de unos minutos para restablecerse.

#### **3. No incorpora información fiscal y contable**

Una de las debilidades de Excel, en comparación con programas especializados en contabilidad, es que no contiene ningún tipo de información relacionada con la legislación contable y fiscal. Por lo tanto, esta área de tus proyectos no estará actualizada ni cubierta de manera automática.

#### **4. No se transfiere fácilmente**

Otra de las desventajas de Excel es que tiene dificultades para ser compartido. Normalmente, si una hoja de cálculo es pesada, no cargará tan fácilmente en una aplicación, en caso de que quieras

compartirla o abrirla en un dispositivo móvil. Además, puede tardar algunos minutos en descargarse.

## 5. Puede ser un obstáculo para la colaboración

Tener un programa de Excel en cada dispositivo que utilicen tú y tus colaboradores genera que los actores en tu negocio hagan sus propias interpretaciones de los datos. Esto puede provocar que no se lleve a cabo un buen trabajo en equipo o haya errores a la hora de realizar reportes, estudios o en el momento de intercambiar información.

Ya estás al tanto de las ventajas y desventajas de utilizar este programa. Ahora es tiempo de que conozcas algunos consejos funcionales para optimizar al máximo tu experiencia y gestionar de manera adecuada tu contabilidad en Excel.

