



CARACTERIZACIÓN DE LA OTORRINOLARINGOLOGÍA EN COLOMBIA TOMO I

**PROCESO METODOLÓGICO
NORMALIZACIÓN Y ANÁLISIS
FUNCIONAL DE LA
OTORRINOLARINGOLOGÍA EN
COLOMBIA**

**FUNDACION VIVE
BOGOTÁ, D. C. 2008**



Mesa Sectorial Salud
Bogotá D.C.

*PROCESO METODOLÓGICO DE LA NORMALIZACIÓN Y ANÁLISIS
FUNCIONAL DE LA OTORRINOLARINGOLOGÍA EN COLOMBIA*

CARACTERIZACIÓN DE LA OTORRINOLARINGOLOGÍA EN COLOMBIA

TOMO I

FUNDACIÓN VIVE

INVESTIGADORAS

Mery Barragán A.
Elba Josefina Córdoba N.
Diana Marcela Salazar B.

BOGOTÁ, D.C. 2008

JUNTA DIRECTIVA ACORL

Presidente

Gilberto Marrugo Pardo – Bogotá

Vicepresidente

Carlos Simón Duque Fisher -Medellín

Secretario

Luís Jorge Mejía Perdigón - Bogotá

Fiscal

Carlos Ubaldo Balcerero - Bogotá

Director De La Revista

José Eduardo Guzmán Durán - Bogotá

Tesorero

María Claudia Rodríguez Duplat - Bogotá

Vocales Principales

Francisco Javier Cruz Farfud - Cartagena

Jorge Alirio Holguín Ruiz - Cali

Félix Valois Parales Zapatero - Arauca

Vocales Suplentes

Luz Nelly Tobar Bonilla - Bogotá

Juan Camilo Ospina García - Bogotá

Margarita Guillen Nakamura – Bogotá

COMITÉ ACADÉMICO

Jefes de programa de postgrado y especialidades de la ORL –
Socios de la ACORL

José Alberto Prieto - Universidad Militar Nueva Granada – Lider

Gilberto Marrugo Pardo - Universidad Nacional de Colombia

Luís Jorge Mejía - Universidad del Rosario

Juan Camilo Ospina - Pontificia Universidad Javeriana

René Pedraza Alarcón - Universidad San Martín

Jorge Luís Herrera - Fundación Universitaria Ciencias de la Salud

Fernando Pedroza - Universidad CES

Juan Manuel García - Fundación Universitaria Ciencias de la Salud

Pedro Blanco Sarmiento - Universidad del Valle

Jorge Ignacio Puerta - Universidad de Antioquia

Rosa Milanés Pérez – Universidad de Cartagena

ENTREVISTADOS

Doctor José Eduardo Guzmán

Otorrinolaringólogo y especialista en Otología
Profesor del Hospital Militar

Doctor Fernando Pedroza Campo

Otorrinolaringólogo
Jefe de servicio de la Universidad CES

Doctor Carlos Eduardo Avellaneda Pinzón

Otorrinolaringólogo
Director Médico Clínica Avellaneda

Doctor Rene Pedraza Alarcón

Otorrinolaringólogo
Jefe de servicio de la universidad San Martín

Doctor Luis Eduardo Fandiño Franky

Otorrinolaringólogo - Odontólogo
Posgrado en Maxilofacial

Doctor Juan Carlos Fonseca

Otorrinolaringólogo
Especialista de Cirugía de Cabeza y Cuello

Doctor Gilberto Marrugo Pardo

Otorrinolaringólogo

Jefe de servicio de la Universidad Nacional

Presidente de la Asociación Colombiana de Otorrinolaringología –
ACORL

AGRADECIMIENTOS.

Junta Directiva ACORL

Comité Académico ACORL

José Eduardo Guzmán

Fernando Pedroza Campo

Carlos Eduardo Avellaneda Pinzón

Rene Pedraza Alarcón

Luis Eduardo Fandiño Franky

Juan Carlos Fonseca

Gilberto Marrugo Pardo

Roxana Cobo Sefair

Gilberto Marrugo Pardo

Luz Angela Pardo Gomez

Yovana Perilla

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	11
OBJETIVOS	12
METODOLOGÍA.....	13
1. REVISIÓN DE INFORMACIÓN SECUNDARIA	13
2. OBTENCIÓN DE LA INFORMACIÓN PRIMARIA	13
3. SISTEMATIZACIÓN Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.....	14
PARTE I. MARCO CONCEPTUAL.....	16
1. OTORRINOLARINGOLOGÍA	16
2. NORMALIZACIÓN DE COMPETENCIAS	17
2.1. CONCEPTOS BÁSICOS	18
2.2. PROCESO METODOLÓGICO PARA LA ELABORACIÓN DE COMPETENCIAS	19
2.3. NORMALIZACIÓN DE COMPETENCIAS EN COLOMBIA.....	19
PARTE II. CARACTERIZACIÓN OCUPACIONAL DE LA OTORRINOLARINGOLOGÍA -ORL	21
CAPÍTULO I. ENTORNO ORGANIZACIONAL.....	22
1. SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL.....	22
2. ENTIDADES RELACIONADAS CON EL SECTOR SALUD Y LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD.....	26
3. ENTIDADES REGULADORAS	32
4. ORGANIZACIONES Y GREMIOS EMPRESARIALES.....	36
4.1. ORGANIZACIONES EMPRESARIALES	36
4.2. ORGANIZACIONES DE TRABAJADORES Y PROFESIONALES	37
4.3. OTROS ENTES GREMIALES	39
5. NORMAS LEGALES Y TÉCNICAS	41
5.1. LEYES	41
5.2. SENTENCIAS.....	44
5.3. DECRETOS.....	45
5.4. ACUERDOS CONCEJO NACIONAL SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD CNSSS	46

5.5. RESOLUCIONES MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL.....	47
6. CONCLUSIONES DEL ENTORNO ORGANIZACIONAL	48
CAPÍTULO II. ENTORNO ECONÓMICO	51
1. COMPOSICIÓN ECONÓMICA DEL SECTOR SALUD	52
2. SERVICIOS Y PROGRAMAS.....	53
2.1. INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS Y PROFESIONALES INDEPENDIENTES EN ORL.....	53
2.2. SERVICIOS QUE SE PRESTAN.....	54
2.2.2. RINOSINULOGÍA	57
2.2.3. CIRUGÍA PLÁSTICA FACIAL	60
2.2.4. LARINGE Y VÍA AÉREA SUPERIOR	63
2.2.5. MAXILOFACIAL.....	66
2.2.6. CABEZA Y CUELLO.....	68
2.2.7. PROCEDIMIENTOS CRÍTICOS	71
3. ACCESO DE LA POBLACIÓN A LOS SERVICIOS DE ORL.....	71
4. TARIFAS DEL ÁREA DE LA OTORRINOLARINGOLOGÍA	74
5. CALIDAD EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ORL.....	75
6. TENDENCIAS ENTORNO ECONÓMICO DE LOS SERVICIOS DE SALUD DE LA ORL.....	76
7. CONCLUSIONES DEL ENTORNO ECONÓMICO	79
CAPÍTULO III. ENTORNO TECNOLÓGICO	81
1. CARACTERÍSTICAS DE LA TECNOLOGÍA RELACIONADA CON LA ORL .	81
2. TENDENCIAS DEL ENTORNO TECNOLÓGICO	83
3. CONCLUSIONES DEL ENTORNO TECNOLÓGICO	85
CAPÍTULO IV ENTORNO OCUPACIONAL	87
1. CARACTERÍSTICAS Y EVOLUCIÓN DEL MAPA OCUPACIONAL EN EL ÁREA DE LA ORL.....	87
2. TIPO DE COMPETENCIAS LABORALES O PERFIL OCUPACIONAL DEL ORL.....	89
3. POLÍTICAS DE ADMINISTRACIÓN DEL PERSONAL EN LOS SERVICIOS DE ORL.....	90
3.1. SELECCIÓN DE PERSONAL EN LOS SERVICIOS DE ORL	90
3.2. VINCUALCIÓN LABORAL	90

3.3. COMPORTAMIENTO DEL INGRESOS DE LOS OTORRINOLARINGÓLOS	98
4. TENDENCIAS DEL ENTORNO OCUPACIONAL	101
5. CONCLUSIONES DEL ENTORNO OCUPACIONAL	104
CAPÍTULO V. ENTORNO EDUCATIVO	106
1. EVOLUCIÓN DE LA OFERTA EDUCATIVA DE LA MEDICINA Y SUS ESPECIALIDADES	106
2. PROGRAMAS DE OTORRINOLARINGOLOGÍA	109
2.1. DENOMINACIÓN, DURACIÓN, NÚMERO, UBICACIÓN Y EGRESADOS DE LOS PROGRAMAS DE ORL	109
2.2. CURRÍCULO PROFESIONAL	112
2.2.1. ORIENTACIONES BÁSICAS PARA LA DEFINICIÓN DE CRÉDITOS ACADÉMICOS EN LAS ESPECIALIDADES MÉDICO QUIRÚRGICAS	112
2.2.2. PROGRAMA MÍNIMO PARA LA FORMACION DE ORL	114
3. RECUPERACIÓN DE LOS COSTOS EDUCATIVOS DE LAS ESPECIALIDADES MÉDICAS	119
4. CALIDAD EN LA FORMACIÓN DEL POST-GRADO DE ORL.....	120
5. NECESIDADES DE CAPACITACIÓN	122
6. TENDENCIAS FUTURAS DEL ENTORNO EDUCATIVO	123
7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES DEL ENTORNO EDUCATIVO	125
BIBLIOGRAFIA	128
LISTA DE GRÁFICOS.....	130
LISTA DE TABLAS.....	134
ANEXO 1 Encuesta Para El Diagnostico De La Situacion Actual De La Otorrinolaringologia En Colombia	135
ANEXO 2. Encuesta Semiestructurada	150
Anexo 3. Proceso Metodológico Para La Elaboracion	153
De Competencias.....	153
ANEXO 4. servicios de otorrinolaringologia registrados en el sistema de habilitación del Ministerio de protección social. Octubre 2008.	160

INTRODUCCIÓN

El responder a los retos de la normatividad vigente del sector salud y a las necesidades de la atención en otorrinolaringología en Colombia, obliga a buscar mecanismos que generen ventajas competitivas, mejoramiento continuo y calidad en el desempeño laboral. Con el fin de lograr estos objetivos, se hace necesario definir los roles y competencias que el talento humano debe asumir, y así generar un proceso de desarrollo en el personal para que pueda tener un desempeño óptimo e influir directamente en la calidad y productividad de sus servicios.

Desde esta perspectiva, la presente investigación reconoce los cambios que en diferentes ámbitos se registran a través de la adopción del enfoque de *competencias*, entendidas éstas como los conocimientos, habilidades y destrezas reunidas en un conjunto estructural, complejo e integrado de atributos necesarios para el desempeño óptimo de una ocupación o trabajo específico.

Partiendo de esta premisa, los otorrinolaringólogos deben tener claridad en cuanto a los roles que como talento humano debe asumir en las condiciones actuales del sector de la protección social. De ahí que esta investigación pretenda identificar, describir y analizar los límites, naturaleza y características de la situación actual y las tendencias del servicio de otorrinolaringología en el entorno organizacional, tecnológico, económico, ocupacional y educativo. Desde este contexto, el estudio permitirá aportar los lineamientos para la definición de las normas de competencia laboral, los perfiles ocupacionales y los procesos de formación y actualización que se requieren para responder a los retos de la normatividad vigente y las necesidades de la población colombiana.

OBJETIVOS

Realizar un estudio sobre la situación actual de la Otorrinolaringología en Colombia, determinando los referentes con los cuales se pueda adelantar procesos de formación y actualización, en conformidad a las necesidades de la población.

- Realizar una revisión documental de la información existente sobre la situación actual de la Otorrinolaringología en Colombia.
- Elaborar instrumentos de medición que permitan obtener información sobre el sector en términos de su realidad actual.
- Establecer y realizar un análisis prospectivo de la situación del sector de la Otorrinolaringología en Colombia, desde su entorno organizacional, económico, tecnológico, ocupacional y educativo; como instrumento de referencia para la formulación de normas y planteamientos sobre las políticas de mejoramiento de esta especialidad médica.
- Presentar las conclusiones y recomendaciones según los hallazgos encontrados.

METODOLOGÍA

Para llevar a cabo el análisis de la situación actual de la otorrinolaringología en Colombia, en relación con el entorno organizacional, socio-económico, educativo, ocupacional y tecnológico, se diseñaron mecanismos para obtener información secundaria y primaria de manera que los resultados permitieran servir de base para la construcción de la caracterización de esta especialidad médica.

1. REVISIÓN DE INFORMACIÓN SECUNDARIA

La información secundaria se obtuvo mediante búsqueda, revisión y recolección de las principales investigaciones y trabajos existentes sobre la situación actual de la otorrinolaringología ORL, comprendiendo el análisis, clasificación y sistematización de la información obtenida en los entornos estudiados.

2. OBTENCIÓN DE LA INFORMACIÓN PRIMARIA

Para la obtención de la información primaria, se diseñó una encuesta para ser aplicada a un grupo de otorrinolaringólogos y una entrevista semi-estructurada con líderes relacionados con la ORL. Para la aplicación de la *encuesta*, se realizaron las siguientes actividades:

- i. Diseño de la encuesta para la recolección de la información
- ii. Prueba piloto de la encuesta
- iii. Ajuste y aplicación de la encuesta
- iv. Reporte de la consolidación de la información recolectada por los diferentes entornos. Ver Anexo No. 1

La *entrevista semi-estructurada* se diseñó y permitió indagar sobre los aspectos específicos relacionados con los entornos definidos para el estudio.

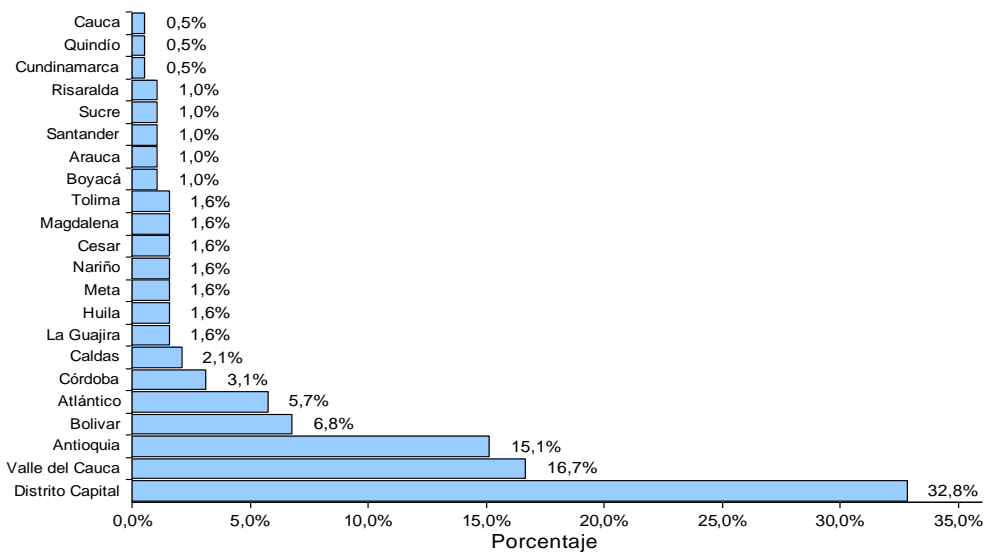
Ver anexo No. 2. Para efectos del trabajo, se seleccionaron líderes con un amplio conocimiento del tema, representantes de las diferentes áreas del conocimiento de la ORL, quienes proporcionaron información suficiente y necesaria, desde sus propias vivencias y conocimiento de las problemáticas, aportando igualmente valiosas percepciones y evidencias de las tendencias de la ORL. La metodología implementada en las entrevistas estuvo focalizada en la utilización de dos tipos de técnicas saber:

- i. *Metodología proyectiva*, aquella que busca brindar información sobre la trayectoria de un evento, ofreciendo una serie de alternativas a considerar, sean éstas deseables o no deseables.
- ii. *Técnicas cualitativas*, aquella que da prioridad al uso de información subjetiva con base en la experiencia y la intuición del experto, involucrado directa o indirectamente en el estudio.

3. SISTEMATIZACIÓN Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

- i. ***Consolidación de las fuentes primarias y secundarias.***
- ii. El total de encuestas realizadas fu de un total de 230, de las cuales 61,5% fueron respondidas por hombres y 31,8% por mujeres, buscando obtener una representación de las diversas regiones del país como lo muestra la grafica No. 1. En este sentido, el 75% de las encuestas fueron respondidas en las grandes ciudades, así: Un 38,8% en Bogotá, 15,1% por Cali, un 14,6% Medellín, 6,8% Cartagena y 5,7% Barranquilla y un 67% de los encuestados corresponde a personas egresadas de las dos últimas décadas. A continuación se presenta el gráfico que da cuenta de la distribución de la Encuesta realizada en el país.

**GRÁFICO NO 1. DISTRIBUCIÓN DE LOS OTORRINOLARINGÓLOGOS
ENCUESTADOS
AÑO 2008**



- iii. Se realizó un documento preliminar para socializar con los otorrinolaringólogos la información obtenida y se compartió su construcción durante el proceso. discutido durante su construcción.
- iv. A partir de la retroalimentación recibida, se hizo los ajustes pertinentes al documento.
- v. Se presentó el documento de *Caracterización de la Otorrinolaringología en Colombia* a la Mesa Sectorial para su aprobación.
- vi. Se hizo entrega del documento final *Caracterización de la Otorrinolaringología en Colombia* para publicación.

PARTE I. MARCO CONCEPTUAL

1. OTORRINOLARINGOLOGÍA

La otorrinolaringología (ORL) es la especialidad médica que se encarga de la prevención, diagnóstico y tratamiento, tanto médico como quirúrgico, de las enfermedades de: i) El Oído., ii) Las vías aéreo-digestivas superiores: boca, nariz y senos paranasales, faringe y laringe y iii) Las estructuras próximas de la cara y el cuello.

Cabe señalar que la cirugía dental y alveolar, periodontológica y preprotésica, y la implantología, así como la cirugía traumática, oncológica, plástica, estética y reparadora de la cavidad oral y articulación temporomandibular, corresponden sin embargo al médico especialista en Cirugía Oral y Maxilofacial, rama de la odontología. Así mismo, la cirugía traumática, oncológica, plástica, estética y reparadora de la cara y el cuello también pueden ser tratadas por el médico otorrinolaringólogo y especialista en cirugía de cabeza y cuello.

La patología de los dientes y encías corresponde al odontólogo pudiendo este también encargarse de la cirugía de estas estructuras

Algunas disciplinas propias de la Otorrinolaringología son:

- La rinología que estudia las afecciones nasales, especialmente procesos alérgicos además de la realización de cirugías endonasales con ayuda de endoscopios.
- La laringología, especializada en el estudio de las afecciones y alteraciones de la laringe que afectan la calidad de la voz.

- La otoneurología encargada del estudio de las patologías asociadas a procesos vertiginosos, tales como el síndrome de Meniere, la otoesclerosis y otras, relacionadas con el equilibrio, así como alteraciones secundarias de la audición, además de problemas secundarios en conexión con infecciones crónicas del oído.
- La cirugía facial es la rama de la otorrinolaringología que se dedica a la realización de cirugías estéticas y funcionales de nariz, orejas, mentón y cara, teniendo como principio el alcanzar una estética y funcionamiento adecuado de estas partes.
- La logopedia y foniatría, tratan las alteraciones en la articulación del habla.
- Finalmente, la audiología encargada del estudio de las alteraciones relacionadas con la audición, especialmente la sordera e hipoacusias (perceptiva y receptiva).

2. NORMALIZACIÓN DE COMPETENCIAS

En la dinámica de las empresas, varios factores confluyen para que sean competitivas pero, sin lugar a dudas, la cualificación de los trabajadores, la gestión gerencial moderna, la innovación y el desarrollo tecnológico son fundamentales para ese propósito.

Desde esta mirada, se hace necesario que el sistema educativo deba i) tener un catálogo de acciones de formación, pertinentes y de calidad, integrado por estructuras modulares que den flexibilidad para el acceso ii) fortalecer la equidad y el reconocimiento de aprendizajes previos y iii) desarrollar modelos de formación por competencias.

Los modelos de formación, certificación y gestión basados en competencia han de contribuir a la elevación del nivel de idoneidad de la fuerza laboral de un país y avanzar así hacia la elaboración de una Estandarización de Competencias y Titulaciones Laborales a nivel regional e internacional para

facilitar los procesos de migración laboral y apoyar la integración entre países.

La estandarización de normas de competencias o normalización, se considera útil para los trabajadores, las empresas, las entidades de formación y el Estado.

Para el *trabajador* la titulación o definición de una profesión u ocupación muestra un itinerario de desarrollo personal en el trabajo.

Para las *empresas*, la titulación se constituye en un referente para procesos de gestión empresarial, evaluación del desempeño y desarrollo de las personas. Para los *formadores*, la titulación es un insumo fundamental de actualización de los currículos académicos, formación de docentes, así como el reconocimiento de aprendizajes previos. Para el *Estado*, la normalización hace posible la generación de mecanismos de articulación entre niveles educativos y aprendizajes en la escuela y el trabajo y la formulación de políticas, planes y programas en el campo de la educación, el trabajo y el desarrollo.

2.1. CONCEPTOS BÁSICOS

2.1.1. NORMALIZACIÓN DE COMPETENCIAS LABORALES

Su finalidad es organizar, estructurar y operar procesos para establecer, en concertación con los sectores productivo y educativo y el Gobierno, normas de competencia laboral que faciliten la operación de procesos de evaluación, certificación, formación y gestión del talento humano.

2.1.2. NORMAS DE COMPETENCIA LABORAL

Son estándares reconocidos por el sector productivo, que describen los resultados que un trabajador debe lograr en su desempeño; los contextos en que éste ocurre, los conocimientos a ser aplicados y las evidencias a realizar para demostrar su competencia. Las normas son la base fundamental para la

modernización de la oferta educativa y para el desarrollo de los correspondientes programas de certificación.

2.1.3. COMPETENCIAS LABORALES

La competencia laboral es la capacidad real que tiene una persona para aplicar conocimientos, habilidades y destrezas, así como los valores y comportamientos propios en el desempeño laboral en diferentes contextos. Las Competencias laborales se describen en términos de empleadores y trabajadores.

2.2. PROCESO METODOLÓGICO PARA LA ELABORACIÓN DE COMPETENCIAS

El proceso para elaborar normas de competencia laboral contempla las siguientes fases: 1) Concertación, 2) Caracterización Ocupacional, 3) Análisis Funcional, 4) Elaboración de Titulaciones. Durante este proceso, se realizan acciones de verificación para comprobar que cada producto obtenido satisface los criterios y procedimientos metodológicos establecidos en esta guía y se describen las realidades laborales expresadas por empresarios y trabajadores de la sub-área de desempeño.

Dado que el trabajo realizado se efectuó bajo esta metodología, se consideró necesario incluirla como un anexo con el fin de hacerla un referente para que los lectores comprendan su estructura y finalidad en el estudio.

2.3. NORMALIZACIÓN DE COMPETENCIAS EN COLOMBIA

La normalización de competencias en Colombia se estipula en el CONPES 81, que presenta la propuesta para avanzar en la consolidación del Sistema Nacional de Formación para el Trabajo. (SNFT). El sistema se basa en principios de calidad, pertinencia y flexibilidad de la oferta de formación,

competitividad del recurso humano y transparencia y eficiencia en la administración de los recursos.

Para implementar estos principios, se propicia la articulación de los diferentes actores del SNFT en torno a la política de formación del recurso humano que requiere el país, el incremento y la diversificación de la oferta de formación para el trabajo, vía sinergias y alianzas institucionales y de acuerdo con los requerimientos del sector productivo y la transparencia del sistema.

Se pretende con el SNFT, avanzar en la definición de estándares o normas de competencia laboral requeridos para el mejoramiento de la calidad y productividad del desempeño de los trabajadores; la puesta en marcha del servicio de certificación de las competencias de los trabajadores; el diseño e inversión en programas para el fortalecimiento institucional de los actores del sistema; el mejoramiento de la pertinencia y calidad de la oferta de formación para el trabajo, la flexibilidad en la administración de programas mediante el enfoque de la formación por competencias y la ampliación de la cobertura a un mayor número de colombianos con el fin de apropiarse de las competencias requeridas en el mercado laboral que se hace cada día más exigente y globalizado.

PARTE II. CARACTERIZACIÓN OCUPACIONAL DE LA OTORRINOLARINGOLOGÍA -ORL

La caracterización de la ORL, que se pretende desarrollar en el presente documento, busca identificar y analizar la naturaleza, características y tendencias de la ORL con el fin de constituirse en pilar y fuente fundamental para la elaboración de las normas de competencia de la disciplina y en una guía que permita velar por el desarrollo disciplinar y profesional de la especialidad.

A continuación se describen los análisis realizados sobre la información recopilada en el ámbito organizacional, económico, tecnológico, ocupacional y educativo de la Otorrinolaringología, y que a través de la metodología implementada en la investigación permitió aportar independientemente, en cada uno de estos campos elementos importantes, que se expresan e incluyen en las conclusiones y recomendaciones que aporta la presente investigación.

CAPÍTULO I. ENTORNO ORGANIZACIONAL

Para entender los retos a los cuales se enfrentan los prestadores de servicios de otorrinolaringología, se hace necesario comprender la organización del sistema de salud en la cual se encuentra inmersa. Se presenta a continuación una breve descripción del Sistema de Salud de Colombia, las entidades relacionadas con el sector, así como las entidades encargadas de su regulación, las organizaciones gremiales y el marco normativo que lo rige.

1. SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL

El Sistema General de Seguridad Social en Salud creado por la Ley 100 generó un cambio fundamental sobre el financiamiento de los servicios de salud al pasar de un subsidio a la oferta, hacia un subsidio a la demanda, creando un modelo de agencia basado en la operación de Entidades Promotoras de Salud EPS, así como la inclusión de mecanismos de mercado en salud desarrolladas en la década de 1990.

El objetivo de la reforma era aumentar la eficiencia del sistema de salud teniendo como base el pluralismo estructurado¹ cuyos objetivos fue separar las funciones de financiamiento, articulación o agencia, prestación y modulación en medio de un mercado regulado de los servicios de salud. Adicionalmente, incluyó la separación de las actividades de intervención colectivas de las intervenciones individuales con el fin de definir las responsabilidades de la Nación y las Entidades Territoriales en contraste con las acciones colectivas y la responsabilidad de las EPS en las acciones individuales.

¹ LONDOÑO Juan L., FRENK Julio. Pluralismo Estructurado: Hacia un Modelo Innovador para la Reforma de los Sistemas de Salud en América Latina.

La reforma hace obligatoria la vinculación al régimen contributivo de la población con capacidad de pago y mediante la focalización asigna los subsidios en salud a la población pobre y vulnerable, pretendiendo así, disminuir el gasto del bolsillo de las familias y garantizar a un mayor número de ciudadanos el acceso a un paquete integral de servicios.

El financiamiento del Plan de Beneficios, se realiza mediante la estimación actuarial de un paquete de beneficios específico para cada régimen, el cual debería actualizarse cada año. El SGSSS tiene dos aspectos fundamentales: primero los mecanismos de atención del sector salud y en segundo lugar los regímenes del SGSSS.

TABLA No 1. MECANISMOS DE ATENCIÓN

Nivel	Complejidad	% de Atenciones	Características
I	Baja	80%	Atención básica o primaria en salud, no se cuenta con especialistas ni se realizan procedimientos complejos.
II y III	Mediana y alta complejidad	15%	Los niveles II y III cuentan con la mayoría de especialidades (cirugías leves a moderadas en complejidad).
IV	Denominado Alto costo	5%	En este nivel esta el cáncer, el VIH-SIDA, quemaduras graves, enfermedades congénitas que requieran tratamiento, traumas severos procedimientos como diálisis, cirugías cardíacas y neurológicas, algunos trasplantes, entre otros.

**TABLA NO 2. TIPOS DE RÉGIMENES Y COBERTURA DE LA POBLACIÓN
COLOMBIANA AÑO 2008**

Nombre	Descripción	% cobertura
Contributivo	Vinculación de individuos y familias a través del pago de una cotización individual y familiar obligatoria, a las diferentes entidades prestadoras de servicios.	38,7%
Subsidiado	Vinculación a través del pago total o parcial de una Unidad de Pago por Capitación (UPC) subsidiada con recursos fiscales o de solidaridad, e incluye personas no asalariadas que no pueden pagar al menos el 12% sobre dos salarios mínimos y que han sido previamente identificados por medio del SISBEN, tal vinculación se realiza con las aseguradoras sociales (Entidades Prestadoras de Salud del Régimen Subsidiado o EPS-S).	49,2%
No asegurados	Se encuentran las personas con escasos o nulos recursos que no han sido identificadas por el SISBEN, y la responsabilidad para con ellos recae sobre el Estado específicamente sobre el FOSYGA.	12,1%

Fuente: Informe al Congreso de la República. 2007-2008, Pág. 42

Una dificultad del SGSSS; la constituyen los no asegurados, ya que al no encontrarse privilegiado con algún tipo de POS, no cuenta con garantía alguna para acceder a los diferentes niveles de atención. Vemos entonces, que el cubrimiento para este grupo de personas resulta de recursos financieros, en un principio de la Administración Municipal, luego de la Administración Departamental y por último del FOSYGA.

En cuanto a la existencia dentro del sistema, los regímenes especiales y de los planes ampliados de salud cabe señalar que estos últimos son complementos de los Planes Obligatorios de Salud y abarcan desde mejoras en la calidad de los planes básicos hasta seguros de vida o incapacidad. En cambio, los regímenes especiales incluyen a funcionarios de entidades como TELECOM, ECOPEPETROL, militares, y funcionarios del Magisterio, todos ellos inscritos en sistemas diferentes.

Este modelo expuesto, sólo tuvo aplicación real a finales de 1995, con la

creación de las Empresas Solidarias de Salud y posteriormente con la conformación de las Entidades Promotoras de Salud de carácter privado, que a su vez se adaptan a las antiguas entidades que aseguraban a los colombianos como el Seguro Social, Cajanal y CAPRECOM. En síntesis, se puede decir que las nuevas entidades de aseguramiento inician gradualmente la afiliación y poco a poco transforman el mercado de un monopolio público hacia un oligopolio de carácter privado.

El proceso anterior deviene en un marchitamiento del sector público del aseguramiento iniciado por la liquidación de las Cajas departamentales, siguiendo con entidades como Cajanal, Caprecom y Seguro Social, obteniéndose de esta forma el proceso de privatización del aseguramiento en salud en el país. Adicionalmente, los hospitales públicos han sido objeto de radicales procesos de reestructuración, alianzas estratégicas, fusiones y hasta liquidaciones. En la actualidad muchos de estos hospitales son operados por trabajadores del sector vinculados mediante la modalidad de cooperativas de trabajo asociado.

Simultáneo al proceso de transformación del sistema de salud en Colombia, se dio la descentralización administrativa, que llevó al país hacia un modelo de municipalización de los servicios de salud, desvertebrando en corto tiempo los programas verticales de salud pública, llevando a los municipios a contratar servicios con empresas aseguradoras y los particulares, sin el acompañamiento y asesoría necesarios por parte de la entidad rectora.

Los múltiples problemas que han generado la implantación de estos dos procesos llevaron a expedir la Ley 1122 de 2007 que tuvo como objetivo realizar ajustes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, teniendo como prioridad el mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios. Con este fin, se hizo reformas en los aspectos de dirección, universalización, financiación, equilibrio entre los actores del sistema, racionalización, y mejoramiento en la prestación de servicios de salud, fortalecimiento en los programas de salud pública, especificaciones en torno a las funciones de

inspección, vigilancia, control, así como la organización y funcionamiento de redes para la prestación de servicios de salud.

Uno de los desarrollos de la Ley 1122 de 2007, es la adopción del Plan Nacional de Salud Pública, definido en el Decreto 3039 de 2007, de obligatorio cumplimiento para el ámbito de sus competencias y obligaciones por parte de la Nación, las entidades departamentales, distritales y municipales de salud, las entidades promotoras de salud de los regímenes contributivo y subsidiado, las entidades obligadas a compensar, las entidades responsables de los regímenes especiales y de excepción y los prestadores de servicios de salud.

2. ENTIDADES RELACIONADAS CON EL SECTOR SALUD Y LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

Con el fin de entender el contexto de la ORL en Colombia, se hace necesario describir las entidades relacionadas con el sector salud y la prestación de servicios de salud.

Presidencia de la República: Entre las dependencias que se relacionan con la política de salud se encuentran:

- *Departamento Administrativo de la Presidencia, que entre sus funciones establece: i) Asistir al Presidente de la República en la distribución de los negocios, coordinación y presentación de los asuntos pertinentes a los ministerios, departamentos administrativos, establecimientos públicos y demás organismos y entidades administrativas.*
- *Agencia Presidencial para la Acción Social y la Cooperación Internacional – ACCIÓN SOCIAL, resulta de la fusión de la Red de Solidaridad Social y Agencia Colombiana de Cooperación Internacional – ACCI., que tiene entre sus funciones: i) Coordinar el desarrollo de la política social fijada por el Gobierno Nacional; coordinar el desarrollo de la política internacional, en*

materia de cooperación establecida por el Ministerio de Relaciones Exteriores; administrar y promover la cooperación internacional técnica y financiera no reembolsable bajo la dirección y coordinación del Ministerio de Relaciones Exteriores ii) Ejecutar los programas políticos de inversión social focalizada que defina el Presidente de la República, contemplados en la Ley del Plan Nacional de Desarrollo, dirigidos a los sectores más pobres y vulnerables de la población colombiana y iii) Realizar la coordinación interinstitucional de la Acción Social para que ésta llegue de manera ordenada y oportuna al territorio nacional

Congreso de la República

La Comisión Séptima de ambas cámaras, tiene entre sus funciones, el cumplimiento de actividades legislativas y el control político al área de la salud.

Ministerios de la Protección Social

Encargada de la formulación, adopción, dirección, coordinación, ejecución, control y seguimiento del Sistema de la Protección Social, y tiene entre sus funciones: i) Formular, dirigir y coordinar la política social del Gobierno Nacional en las áreas de empleo, trabajo, nutrición, protección y desarrollo de la familia, previsión y Seguridad Social Integral. ii) Definir las políticas que permitan aplicar los principios de solidaridad, universalidad, eficiencia, unidad e Integralidad de los Sistemas de Seguridad Social Integral y Protección Social, iii) Definir las políticas y estrategias para enfrentar los riesgos promoviendo la articulación de las acciones del Estado, la sociedad, la familia, el individuo.

Adicionalmente, corresponde al Ministerio de la Protección Social en ejercicio de sus funciones:

- ❑ Coordinar la gestión de la Política Nacional de Salud Pública.
- ❑ Orientar, asesorar, monitorear y evaluar a las entidades territoriales y demás instituciones involucradas en la implantación y gestión de la Política Nacional de salud pública.
- ❑ Monitorear y evaluar los resultados de la Política.

Ministerio de Hacienda y Crédito Público

Al Ministerio de Hacienda y Crédito Público, le corresponde garantizar los recursos para la financiación de las políticas públicas de salud y orientar los recursos en el cumplimiento de las metas propuestas.

Departamento Nacional de Planeación (DNP)

- Aprobar las metodologías para el diseño, el seguimiento y la evaluación de las políticas, los programas y los proyectos contenidos en el Plan Nacional de Desarrollo.
- Diseñar y organizar las políticas de los sistemas de evaluación de gestión y resultados de la administración pública, en relación tanto de las políticas como de los proyectos de inversión. En todo caso, el DNP, de manera selectiva, podrá ejercer dicha evaluación sobre cualquier entidad territorial.
- Presentar ante el CONPES los documentos de Política pública para su aprobación.
- Priorizar de acuerdo con los objetivos y metas del Plan Nacional de Desarrollo los programas y proyectos del Plan Operativo Anual de Inversiones (POAI) para su inclusión en la Ley Anual del Presupuesto, asegurando su relación con los resultados de la evaluación.
- Difundir los resultados de las evaluaciones anuales de las entidades del Plan Nacional de Desarrollo y de las evaluaciones de impacto de las políticas públicas.
- Distribuir los recursos del Sistema General de Participaciones a las entidades territoriales para garantizar las acciones de prestación de servicios a la población pobre no asegurada en términos de Salud Pública y afiliación al SGSSS.

El Consejo Nacional de Política Económica y Social (CONPES)

Máxima autoridad Nacional de planeación. Coordina y orienta a los organismos encargados de la dirección económica y social en el Gobierno.

El CONPES actúa bajo la dirección del Presidente de la República y lo

componen los ministros de Relaciones Exteriores, Hacienda, Agricultura, Desarrollo, Protección Social, Transporte, Comercio Exterior, Medio Ambiente y Cultura, el Director del DNP, los gerentes del Banco de la República, la Federación Nacional de Cafeteros, Asuntos para las Comunidades Negras del Ministerio del Interior y el Director para la Equidad de la Mujer.

El CONPES Social

Órgano de discusión en el cual se decide en gran medida el presupuesto que se lleva por parte del gobierno para aprobación del Congreso de la República al igual que la distribución de recursos de libre destinación del Gobierno Nacional.

Consejo Nacional de Planeación

Organismo de carácter consultivo, representativo de la sociedad civil, que se encarga de servir de foro de discusión del Plan Nacional de Desarrollo.

Constituyen este Consejo: Los pueblos indígenas, las negritudes, las mujeres, los jóvenes, los trabajadores, las cooperativas, los consumidores, los gremios económicos, las universidades, el sector ambiental, las entidades territoriales, el sector educativo y cultural, los pueblos raizales y, los campesinos. Entre 24 sectores sociales previstos por la Ley, conforman el Consejo Nacional de Planeación y pueden contar con representación en estas instancias a nivel municipal, distrital y departamental.

Consejo de Política Social

Son equipos de trabajo que se denominan Comités o Consejos de Política Social, lo integran Representantes de todos los sectores sociales: vivienda, educación, salud, ICBF, agua potable y saneamiento básico, finanzas públicas, territoriales, organizaciones de la comunidad, no gubernamentales, privadas y entidades de control, como la Defensoría del Pueblo, Procuraduría y Redes.

Entidad encargada de la integración, la planeación y el sistema de responsabilidades de las instancias territoriales frente a lo social; El consejo de política social es una institución encaminada a fortalecer la participación social con una mayor representación del sector privado y del tercer sector, así como, convocar la solidaridad y la corresponsabilidad de los distintos sectores de la sociedad, incluyendo la población vulnerable; entre sus funciones están: i) Acompañar a los gobernadores y alcaldes en el proceso de conformación y gestión de los Consejos de Política Social a nivel Territorial ii) Adoptar coherente e integralmente la política social en armonía con lo nacional y con las prioridades municipales iii) Apoyar los procesos de planeación participativa y promover las iniciativas de la sociedad iv) Promover la integración de los sectores y agentes de la política social v) Concertar políticas y programas sociales.

Departamento Nacional de Estadística (DANE)

El DANE es la entidad responsable del Sistema de Estadísticas de orden demográfico, financiero, laboral, de servicios públicos, vivienda, sociales, entre otros., para ser utilizada como fuente de decisión en el país de investigadores y del público en general. En el marco de la Política Nacional de Envejecimiento y Vejez es responsable de suministrar la información pertinente sobre las personas mayores en Colombia para la formulación, seguimiento y evaluación de políticas diferenciales a este grupo de población. En este sentido, estipula el crecimiento poblacional y prevalencia de personas mayores de 65 años, así como la clasificación de la conglomeración de población mayor.

Entidades Territoriales

Corresponde a las Entidades territoriales: Departamentos, distritos y municipios con sus respectivas estructuras: secretarías de salud, de educación, de desarrollo comunitario, de solidaridad, de bienestar social, institutos descentralizados entre otros:

- Diseñar e implementar políticas locales

- Gestionar (implantar, monitorear y evaluar), la Política de Salud Pública
- Articular a nivel territorial a todas las entidades del gobierno local y a las instituciones públicas y privadas para garantizar el logro de los resultados propuestos en la Política de Salud pública de manera que conduzca al mejoramiento de las condiciones de vida de la población.

Empresas Promotoras de Salud

Son las entidades responsables de la afiliación y el registro de los afiliados y del recaudo de sus cotizaciones, por delegación del Fondo de Solidaridad y Garantía. Su función básica es organizar y garantizar, directa o indirectamente, la prestación del Plan de Salud Obligatorio a los afiliados y girar los dineros recaudados a las entidades correspondientes. Se halla conformada por las EPS del régimen Contributivo, Subsidiado y las entidades adaptadas.

Adicionalmente, corresponde a estas entidades garantizar una atención integral a la población de acuerdo a las normas expedidas por el SGSSS y participar, junto con las entidades territoriales, en las estrategias y planes articulados en la implantación de la Política de Salud Pública.

Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud

Son todas las instituciones prestadoras de servicios de salud, grupos de profesionales o profesionales independientes que atienden las necesidades en salud de la población bajo la modalidad hospitalaria o ambulatoria, intra o extramural. Estas instituciones han de garantizar la calidad, la integralidad y la oportunidad de la atención a la población adulta mayor, desarrollando todas las acciones relacionadas con las normas y guías de obligatorio cumplimiento.

Sociedad Civil Organizada

Corresponde a los espacios ordinarios de participación directa del ciudadano común en los debates públicos y en el diseño de programas sociales y políticos a todo tipo de población.

3. ENTIDADES REGULADORAS

A continuación se describen las entidades reguladoras relacionadas con el sector salud.

Superintendencia Nacional de Salud

Tiene como función, formular, dirigir y coordinar la política de inspección, vigilancia y control del Sector Salud y del Sistema General de Seguridad Social en Salud, ejercer la facultad jurisdiccional y de conciliación en los términos establecidos en la ley, definir políticas y estrategias de inspección, vigilancia y control para proteger los derechos de los ciudadanos en materia de salud.

Define políticas de coordinación con los demás organismos del Estado que tengan funciones de inspección, vigilancia y control. Armoniza con los sistemas de información disponibles en el Gobierno Nacional, el sistema de información para el ejercicio de la inspección, vigilancia y control del Sistema General de Seguridad Social y establecer los mecanismos para la recolección, tratamiento, análisis y utilización.

Autoriza la constitución y/o habilitación de las Entidades Promotoras de Salud del régimen contributivo y subsidiado y efectúa la inspección, vigilancia y control del cumplimiento de las normas que regulan la solidez financiera de las mismas. Habilita y/o revoca el funcionamiento de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud (EAPB) cualquiera que sea su naturaleza y cualquiera sea el régimen que administre la regulación de la salud está en cabeza del Ministerio de la Protección Social, las funciones de inspección, vigilancia y control son desarrolladas por la Superintendencia Nacional de Salud quien delega algunas funciones en las entidades territoriales.

Cabe anotar que el conocimiento de los procesos disciplinarios ético profesionales es responsabilidad del Tribunal Seccional de Ética Odontológica y la segunda instancia, es responsabilidad del Tribunal Nacional.

Ministerio de Protección Social

Tiene además de la función de formular, adoptar, direccionar, coordinar y ejecutar, cumplir con la función de control y seguimiento del Sistema de la Protección Social.

Direcciones territoriales de Salud

En los municipios, distritos y departamentos, las Secretarías Municipales, Departamentales o Distritales de Salud, tienen bajo su responsabilidad el registro de los profesionales y trabajadores de la salud, el proceso de habilitación de prestadores y verificación de estándares. Adicionalmente tienen conocimiento de las quejas, expiden licencias de salud ocupacional, equipos de radiología, se hacen investigaciones administrativas, dan seguimiento a las novedades de los prestadores.

Es la entidad responsable de la Rectoría del Sistema de Salud en la entidad territorial y deberá realizar la plan de salud, formular metas, desarrollar la gestión, elaborar el componente salud del Plan de Gobierno, desarrollar sistemas de vigilancia epidemiológica, contratar con las EPSS la prestación de servicios para la población beneficiaria de subsidio y financiar los servicios No POS.

Instituto Nacional de Salud

Es un organismo asesor del Gobierno Nacional y las Entidades Territoriales para determinar políticas, planes y proyectos, coordina de los sistemas de información en salud y vigilancia epidemiológica, en enlace con el Ministerio de

la Protección Social, las entidades territoriales y demás órganos del sistema de salud.

Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos INVIMA

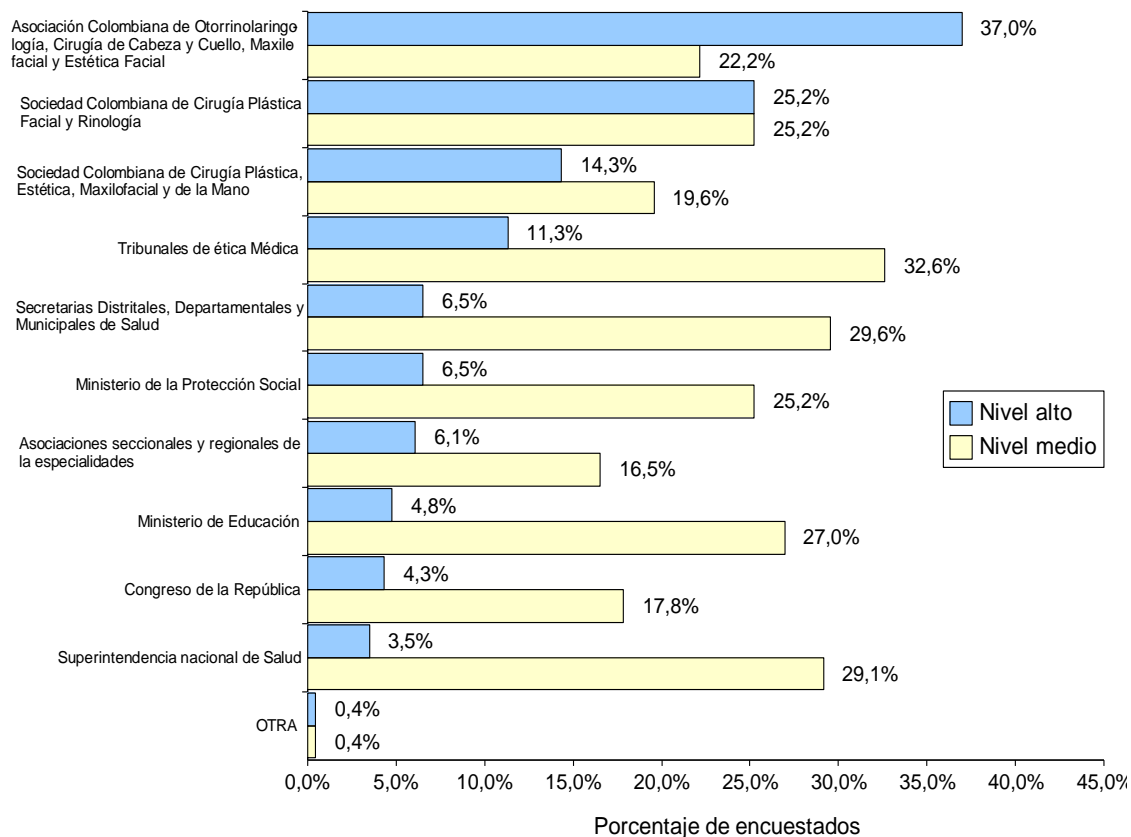
Es el responsable de la vigilancia sanitaria y de control de calidad de medicamentos, productos biológicos, alimentos, bebidas, cosméticos, dispositivos y elementos médicos – quirúrgicos, productos naturales, homeopáticos y los generados por biotecnología, reactivos de diagnóstico y otros que puedan tener impacto en la salud individual y colectiva.

Con el ánimo de conocer la percepción de los otorrinolaringólogos sobre las entidades que regulan la especialización, se relacionó en la encuesta un listado de entidades que tienen competencia a nivel de regulación, para que valoraran el grado de regulación que cada una de estas instituciones ejercía.

Desde este contexto, se observó que la entidad que consideran que regula más la profesión es la Asociación Colombiana de otorrinolaringología, cirugía de cabeza y cuello, maxilofacial y estética facial con un 59.2% de los encuestados de los cuales el 37% consideran que esta entidad tiene un alto nivel de regulación y un 22,2% lo consideran de un medio de regulación. La segunda entidad que los ORL consideran que regula la profesión es la Sociedad Colombiana de cirugía plástica facial y rinología con un 50.4% de los cuales, en igual proporción, los especialistas opinaron que ejercía una alta y mediana regulación. La tercera entidad que consideran que regula la profesión es la Sociedad Colombiana de Cirugía Plástica, Estética, Maxilofacial y de la Mano con un 35%.

Es de anotar que la Superintendencia Nacional de Salud, máxima entidad de regulación, no es considerada como el organismo de mayor regulación y control por los ORL. A continuación el gráfico da cuenta de la percepción atribuida por los profesionales.

GRÁFICO NO 2. PERCEPCIÓN DE LOS ORL SOBRE LAS ENTIDADES QUE MÁS REGULAN LA PROFESIÓN .AÑO 2008



En relación al tema de la regulación los expertos entrevistados consideran que:

- Se ha avanzado en cuanto a la adopción de normas de habilitación, acreditación, protocolos de atención, sistemas de información, tarifas entre otros, lo que ha llevado a que los prestadores converjan hacia la necesidad de la auto-regulación y las desregulación del sistema.
- Igualmente consideran que la regulación debe ser mixta, por un lado regular la academia y por el otro, los profesionales. La primera debe saber lo que se está enseñado y la segunda, debe dejar su egoísmo y miopía para asociarse.
- Cualquier instrumento o exigencia en pro de la garantía de calidad o como elemento esencial de regulación en la prestación de servicios, como lo es la

- recertificación, debe contar con medios de financiación no vinculantes, que faciliten y garanticen el logro de este objetivo; actualmente la industria farmacéutica es el mayor patrocinador en los procesos de innovación, capacitación y mejora de la calidad, situación que establece una relación directa entre estas actividades y el uso de los productos que estas empresas tienen en el mercado.
- Para que se puedan ejercer actividades de control de calidad y de regulación, se hace necesario que los profesionales cuenten con los medios necesarios y suficientes para su desempeño, de acuerdo con su criterio técnico y ético, y no bajo criterio de minimización de costos, como la restricción de uso de medios diagnósticos y terapéuticos, insumos de baja calidad, y baja remuneración salarial.
- En un sistema de mercado, la eficiencia se da en el punto donde los usuarios, los aseguradores y los prestadores, logren maximizar sus expectativas y satisfacer sus necesidades; en el caso de que los mecanismos de regulación legal no se establezcan o no funcionen, se requiere que cada uno de los actores desarrolle las estrategias que le permitan permanecer en el mercado sin asumir las ineficiencias del mismo. En este sentido, ACORL como organización que agrupa a la mayoría de los prestadores del mercado de servicios de ORL, puede desarrollar estrategias de regulación del mismo.

4. ORGANIZACIONES Y GREMIOS EMPRESARIALES

4.1. ORGANIZACIONES EMPRESARIALES

ACEMI

La Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral -ACEMI- es una persona jurídica, de carácter gremial, sin ánimo de lucro, que tiene como domicilio principal la ciudad de Bogotá, creada en 1992, con el propósito de representar a las empresas privadas afiliadas que administran servicios de salud bajo las modalidades de: Empresas de Medicina Prepagada, Entidades

Promotoras de Salud, Administradoras de Régimen Subsidiado.

En la actualidad ACEMI agremia a 10 Empresas de Medicina Prepagada, 2 Empresas de Servicio de Ambulancia Prepagado, 15 EPS (de las cuales 4 también administran régimen subsidiado) y una EPS del régimen subsidiado, todas de carácter privado y con operación nacional en la administración de servicios de salud.

Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas ACHC

La Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas es una entidad sin ánimo de lucro de carácter gremial, con Personería Jurídica reconocida por el Ministerio de Justicia mediante resolución No. 1258 del 29 de Mayo de 1956. Entre sus objetivos está el de liderar los procesos de concertación con otros actores del sistema y posicionar a los prestadores como el principal actor del sistema.

4.2. ORGANIZACIONES DE TRABAJADORES Y PROFESIONALES

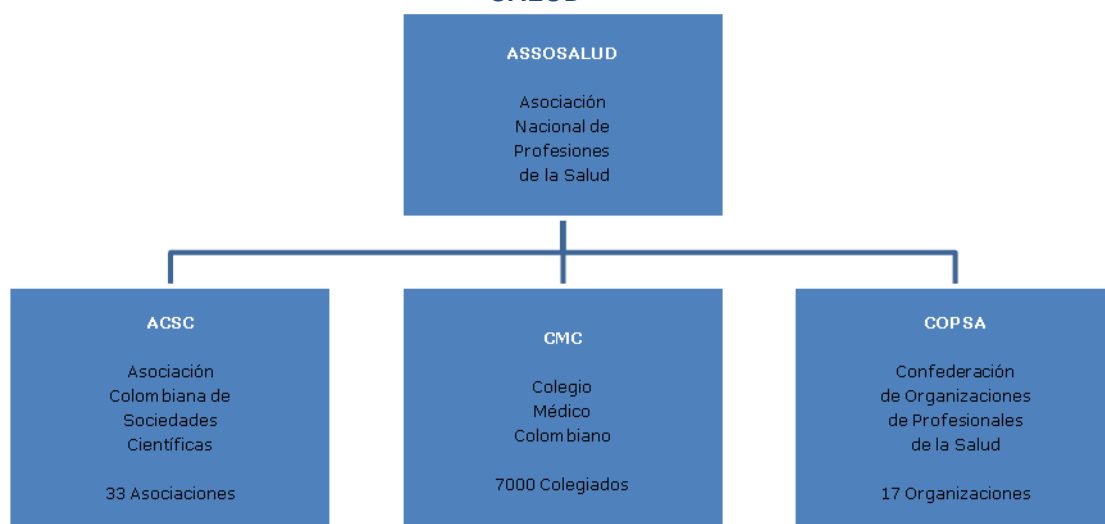
Son escasas las organizaciones de trabajadores y profesionales de la salud, los ORL no han sido cercanos a los procesos de sindicalización o agremiación en organizaciones para la búsqueda de reivindicaciones salariales, ya que su formación y práctica liberal de la profesión les permitía la negociación con los pacientes; sin embargo, la reforma de la seguridad social ha venido interviniendo el mercado y haciendo cada vez más frecuente el uso de manuales tarifarios, así como la labor de agencia que realizan las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios, quienes intermedian las necesidades de los pacientes, la prestación de servicios de los profesionales y las tarifas.

A continuación se describen las principales organizaciones de trabajadores y profesionales relacionadas con la ORL.

Asociación de Profesionales de la Salud –Assosalud

La Asociación de Profesionales de la Salud-Assosalud es una entidad que actúa como vocera y representante de los profesionales del área de la salud para el desarrollo integral de las profesiones y los profesionales de la salud y en la defensa del derecho fundamental de la salud de los colombianos. Esta asociación está conformada por tres entidades: el Colegio Médico Colombiano-CMC, la Confederación de Organizaciones de la Salud-COPSA, y la Asociación Colombiana de Sociedades Científicas- ACSC. La organización de estas instituciones aparece reflejada en el siguiente gráfico.

GRÁFICO NO 3. ESTRUCTURA DE LA ASOCIACIÓN DE PROFESIONALES DE LA SALUD



Dentro de la Asociación Colombiana de Sociedades Científicas, existen dos organizaciones relacionadas con la ORL, éstas son:

Asociación Colombiana de Otorrinolaringología, Cirugía de Cabeza y Cuello, Maxilofacial y Estética Facial (ACORL)², establecida en 1961, cuyos objetivos básicos, son:

- i. Asociar a profesionales especializados en Otorrinolaringología y otros médicos con nexos o que hayan contribuido a la especialidad.

² <http://www.acorl.org.co/publica/acerca/definicion.htm>

- ii. Propender por el desarrollo científico de la Otorrinolaringología y sus sub-especialidades.
- iii. Regular y controlar la práctica de la especialidad.
- iv. Actuar como máxima autoridad académica cuando así se requiera.
- v. Apoyar, estimular y colaborar en la formación de agrupaciones, seccionales, asociaciones de carácter científico conformadas por otorrinolaringólogos pertenecientes a la ACORL.
- vi. Velar por el bienestar de sus asociados.

Sociedad Colombiana de Cirugía Plástica Facial y Rinología- SCCPFR³ entidad creada en 1983, con el objetivo de fortalecer a los Otorrinolaringólogos en los campos de la Cirugía Plástica Facial, Rinología y Alergias, esta entidad se caracteriza por realizar eventos científicos, y por fomentar la organización de cursos y talleres teórico-prácticos buscando capacitar a sus miembros en las diferentes técnicas quirúrgicas que han ido surgiendo en estos campos. Actualmente la SCCPFR es parte de la Federación Internacional de Sociedades de Cirugía Plástica Facial- IFFPSS

No obstante, existen diversas asociaciones científicas y gremiales que aún no están incluidas que pueden aparecer en siguiente aparte, sin embargo es claro que existe la tendencia de las organizaciones científicas de incluirse en asociaciones de segundo piso, o de fusionarse para ser aún más representativas y satisfacer así de forma más amplia las necesidades de sus asociados.

4.3. OTROS ENTES GREMIALES

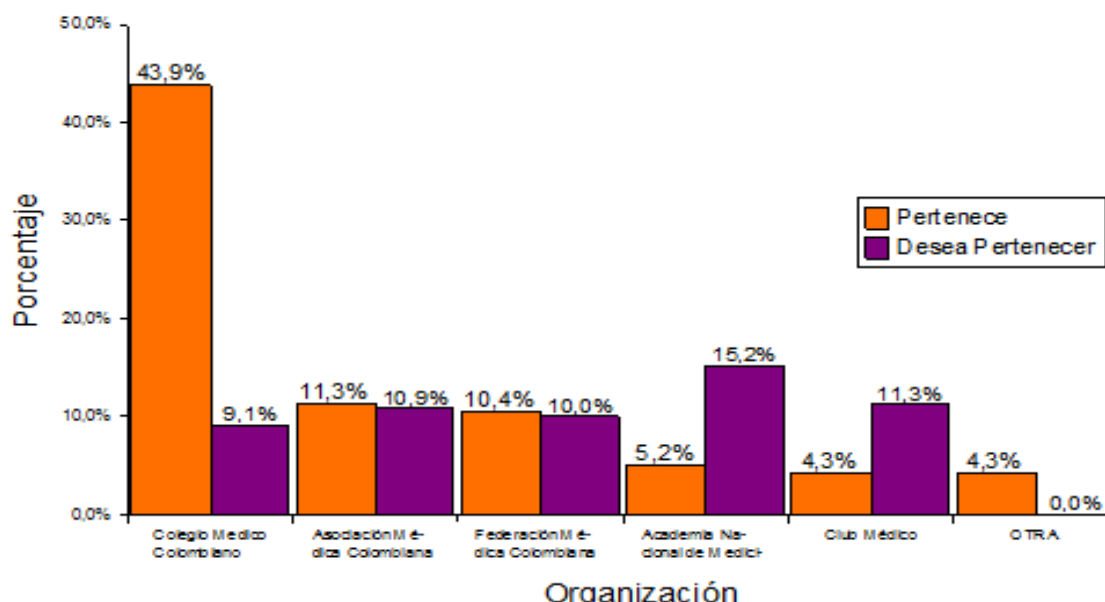
En algunos lugares del país, algunas organizaciones de profesionales están asociadas en cooperativas como ocurre con Antioquia que presta sus servicios a las principales IPS de la región. Otras formas comunes de agremiación, son

³ <http://www.cirugiaplasticafacial.org/quienes.htm>

las unidades, o grupos de profesionales, o IPS especializadas en la prestación de servicios

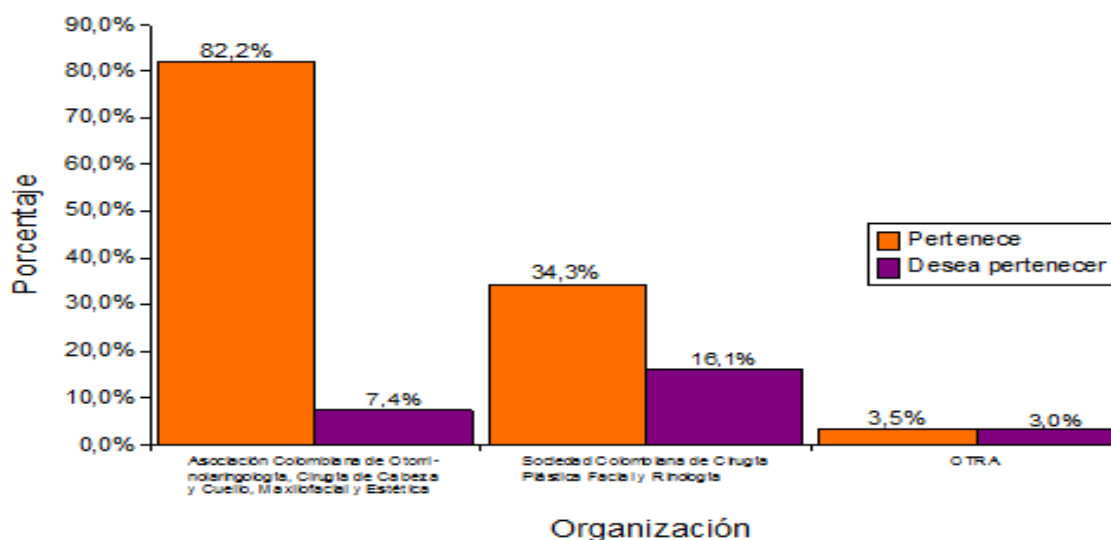
En la encuesta realizada durante la investigación, se indagó sobre el deseo de pertenencia o no a algún tipo de organización. Al respecto los profesionales en un 43,1%, respondió que pertenece al Colegio Médico Colombiano, y un 9,1% de los encuestados desearían pertenecer a esta organización, asimismo el 15,2% de los encuestados desearían pertenecer a la Academia Nacional de Medicina. Los siguientes gráficos muestran estos resultados. Gráfico 4 y 5.

GRÁFICO NO 4. ORGANIZACIONES DE SALUD A LAS CUALES PERTENECEN O DESEARÍAN PERTENECER LOS ORL. AÑO 2008



En relación a organizaciones específicas con la ORL, se observó que la mayoría de los encuestados pertenece a más de una asociación. El 82% de los encuestados pertenece a la Asociación Colombiana de Otorrinolaringología, Cirugía de cabeza y Cuello, Maxilofacial y Estética Facial, y un 7,4% más desearían pertenecer a ella; un 34% a la Asociación Colombiana de cirugía plástica facial y rinología y un 16% adicional desearía hacer parte de ella, en menor proporción aparecen las demás asociaciones representando un 3,5 %.

GRÁFICO NO 5. ORGANIZACIONES DE ORL A LAS CUALES PERTENECEN O DESEARÍAN PERTENECER LOS ORL. AÑO 2008



Entre los beneficios que encuentran los ORL al asociarse se destaca: Impulsar la ORL (39.1 %), informarse (38.7%), protegerse (37%), actualizarse (33.9%) e investigar (13.9%).

5. NORMAS LEGALES Y TÉCNICAS

5.1. LEYES

Ley 9 de 1979. Código Sanitario Nacional. Define las normas generales para preservar, restaurar y mejorar las condiciones necesarias en lo que se relaciona a la salud humana; regula y controla los descargos de residuos y materiales que afectan o pueden afectar las condiciones sanitarias del ambiente; define los criterios para el manejo de radiaciones, el vertimiento de residuos que por su mala disposición generen riesgos al ambiente y salud humana.

Ley 10 de 1990. Reglamenta el proceso de descentralización en salud y define la salud como un servicio público a cargo de la nación, gratuito en los servicios básicos para todos los habitantes del territorio nacional y administrado en asocio de las entidades territoriales, de sus entes descentralizados. También define los niveles de atención y complejidad, el sistema de referencia y contra

referencia. Es anotar que desde la promulgación de la ley, son numerosos los municipios de Colombia responsables directos de la salud de sus pobladores.

Ley 100 de 1993. Por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral, que dicta las disposiciones sobre el sistema de pensiones, salud y riesgos profesionales. En salud, crea el régimen subsidiado y contributivo, el Consejo Nacional de Seguridad Social y define el concepto de unidad de pago por capitación, el cual mediante análisis actuarial estima el costo y la frecuencia de uso que contendrá cada plan de beneficios. Esta ley también establece los estímulos para los profesionales de la salud y la posibilidad de crear grupos de práctica profesional; amparado bajo esta norma, se desarrolla el Sistema de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud.

Ley 715 de 2001. Define las competencias de la Nación y la de las entidades territoriales en la salud y en agua potable. El Sistema General de Participaciones está constituido por los recursos que la Nación transfiere por mandato de la Constitución Política a las entidades territoriales, para la financiación de los servicios bajo su responsabilidad.

Ley 1122 de 2007. Realiza ajustes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, teniendo como prioridad el mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios. Con este fin, se hacen reformas en los aspectos

De dirección, universalización, financiación, equilibrio entre los actores del sistema, racionalización, y mejoramiento en la prestación de servicios de salud, fortalecimiento en los programas de salud pública y de las funciones de inspección, vigilancia, control y la organización y funcionamiento de redes para la prestación de servicios de salud. Asimismo, crea la Comisión de Regulación en Salud-CRES y los indicadores de resultados de los diferentes actores que intervienen en el sistema.

Uno de los aspectos resaltables de esta ley, corresponde a lo relacionado con las Empresas Sociales del Estado-ESE, donde se señala que se debe realizar la “aplicación de estándares internacionales sobre contratación de

profesionales en las áreas de la salud para la atención de pacientes, niveles de especialización, estabilidad laboral de sus servidores y acatamiento a las normas de trabajo”.

Ley 1164 de 2007. Por la cual se dictan disposiciones en materia del Talento Humano en Salud, tiene profundas implicaciones para los profesionales de la salud ya que permite, entre otras acciones, la creación de los Colegios Profesionales, definir los criterios del hospital universitario y los campos de práctica.. Adicionalmente, consolida un Registro Único Nacional del Talento Humano en salud. Algunos desarrollos generados por esta ley han permitido un movimiento de agrupación de los profesionales de la salud.

Ley 1233 de 2008. Precisa los elementos estructurales de las contribuciones a la seguridad social, precisando las contribuciones especiales a cargo de las Cooperativas y Precooperativas de Trabajo Asociado, con destino al Servicio Nacional de Aprendizaje-SENA, al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar-ICBF, y a las Cajas de Compensación Familiar; estas formas de contratación laboral están basadas en la Ley 79 de 1998 y el Decreto 468 de 1990.

Ley 0050 de 1981. Crea el Servicio Social Obligatorio y determina que debe ser prestado por todos los tecnólogos y profesionales del país por el término de un año.

Ley 0023 de 1981. Contiene los principios básicos para el desarrollo de las normas sobre ética médica, el juramento, la práctica profesional en lo referente a la relación médico-paciente, la relación médico-colegas, la prescripción médica, la historia clínica, el secreto profesional y algunas conductas específicas como las relaciones del médico con las instituciones, las relaciones del médico con la sociedad y el Estado. Asimismo, hace referencia a los órganos de control de la Federación Médica y los tribunales ético-profesionales y de régimen disciplinario.

Ley 0014 de 1962. Esta norma contiene los lineamientos relativos al ejercicio de la Medicina y Cirugía en lo relacionado a la aplicación de medios y

conocimientos para el examen, diagnóstico, prevención, tratamiento y curación de las enfermedades, así como para la rehabilitación de las deficiencias o defectos ya sean físicos, mentales o de otro orden, que afecten a las personas o que se relacionen con su desarrollo y bienestar, estableciendo los requisitos de quienes pueden ejercer esta disciplina.

5.2. SENTENCIAS

En los últimos años los ciudadanos han interpuesto tutelas con el fin de obtener servicios que complementen el POS, en ORL entre los servicios más solicitados por tutela se encuentra el implante coclear.

Sentencia T-760 de 2008. De reciente expedición ordena la nivelación de los planes de beneficios, universalización del aseguramiento, actualización anual del POS y mayor autonomía del Comité Técnico Científico de las EPS para autorizar procedimientos y medicamentos que el paciente requiera para el tratamiento integral. El cumplimiento de esta sentencia favorece al sistema, ya que existirá un mayor número de personas que tendrán acceso a los servicios de salud y así los aseguradores y los prestadores tendrán una mayor demanda de servicios.

Sentencia c-756 de 2008, declara “la inexecutable de la totalidad del artículo 25; del literal d) del artículo 10 y de la expresión “e implementar el proceso de recertificación dentro de los seis (6) meses siguientes a la expedición de la presente ley”, contenida en el párrafo 1º del artículo 10 de la ley 1164 de 2007 y de la expresión “y será actualizada con base en el cumplimiento del proceso de recertificación estipulado en la presente ley” del artículo 24 de la misma ley.

En su pronunciamiento la Corte Constitucional manifiesta que por referirse al núcleo esencial del “derecho al trabajo” y a que “toda persona es libre de

escoger profesión u oficio.” este procedimiento debió realizarse por medio de una ley estatutaria, que proteja estos dos derechos

5.3. DECRETOS

Decreto 2676 de 2000. Reglamenta ambiental y sanitariamente, la gestión integral de los residuos hospitalarios y similares, generados por personas naturales o jurídicas. En el artículo 114 del Decreto 4126 de 2005 se incluye a las entidades que presten servicios de salud a humanos y/o animales e igualmente a las que generen, identifiquen, separen, desactiven, empaquen, recolecten, transporten, almacenen, manejen, aprovechen, recuperen, transformen, traten y dispongan finalmente de los residuos hospitalarios y similares, en desarrollo de las actividades, manejo e instalaciones relacionadas con: La prestación de servicios de salud, incluidas las acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. De esta forma los profesionales independientes y las IPS deberán garantizar la recolección de los residuos mediante la ruta sanitaria.

Decreto 1011 de 2006. Establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. El Decreto señala que el sistema es integral y debe ser cumplido por todos los actores EPS, IPS Entidades Administradoras de Planes de Beneficios, profesionales independientes.

Decreto 3039 de 2000. Adopta el Plan Nacional de Salud Pública para el cuatrienio 2007-2010, el Plan Nacional de Salud Pública será de obligatorio cumplimiento por parte de la nación, las entidades departamentales, distritales y municipales de salud, las entidades promotoras de salud de los regímenes contributivo y subsidiado, las entidades obligadas a compensar, las entidades responsables de los regímenes especiales y de excepción y los prestadores de servicios de salud.

Decreto 1945 de 1996: por el cual se reglamentan parcialmente la Ley 212 de 1995, y se dictan otras disposiciones.

Decreto 3380 de 1981: Reglamentario Ley 23 de 1981.

Decreto 1465 de 1992: Por el cual se reglamenta la ley 23 de 1981 en cuanto a la expedición de la tarjeta profesional del médico y se dictan otras disposiciones.

Decreto 1352 de 2000. Por el cual se modifica parcialmente el Decreto 1875 de 1994

Decreto 1875 de 1994: Por la cual se reglamenta el Registro de títulos en salud expedidos por instituciones de educación superior.

5.4. ACUERDOS CONCEJO NACIONAL SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD CNSSS

Acuerdo 8 de 1994 CNSSS. Aprobar el Plan Obligatorio de Salud para los afiliados al régimen contributivo como un conjunto de servicios de atención en salud al que tienen derecho, en caso de necesitarlo, cuya prestación debe ser garantizada por las entidades promotoras de salud a todos sus afiliados. También define el monto de cuotas moderadoras y copagos que se debe pagar por acceder a los servicios.

Acuerdo 72 de 1997 CNSSS. Define el Plan de Beneficios del Régimen Subsidiado y en el que se incluyen los servicios del primer nivel atención, en los cuales están ubicadas las actividades de intervención individuales y colectivas.

Acuerdo 117 de 1998. Establece el obligatorio cumplimiento de actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y atención de

enfermedades en salud pública en las acciones de protección específica.

Acuerdo 289 de 2005. Aclara la cobertura de servicios del POS para régimen contributivo y subsidiado, estableciendo la inclusión de actividades de cirugía plástica, maxilo-facial y otras especialidades que tengan fines reconstructivos

5.5. RESOLUCIONES MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL

Resolución 08211 de 1988. Por la cual se delegan funciones a la Secretaría de Salud de Inscripción y Registro.

Resolución 5261 de 1994. Establece el Manual de Intervenciones y Actividades del Plan Obligatorio de Salud,

Resolución 1995 de 1999. Por el cual se establecen normas para el manejo de la historia clínica, la cual se considera un documento privado, de obligatorio registro por los profesionales y técnicos, debe ser, clara, legible, numerada y deberá archivarse de tal manera que garantice su disponibilidad en caso de ser requerida.

Resolución 001715 de 2005. Modifica la resolución 1995/95, define la retención de historias clínicas y el proceso de entrega en caso de liquidación de entidades o de cierre de consultorios odontológicos, el proceso deberá seguir recomendaciones como, en primera instancia, la entrega de los pacientes, a las EPS donde estén afiliados y en último caso ser entregadas a las Secretarías de Salud.

Resolución 412 de 2000. Establece las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento, adopta las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana.

Resolución 3384 de 2000. Modifica parcialmente la resolución 412 y 1745, definiendo las metas de cumplimiento para las acciones contenidas en las normas técnicas para los regímenes subsidiado y contributivo.

Resolución 1164 de 2002. Manual de Procedimientos para la gestión Integral de los residuos hospitalarios y similares, es de obligatorio cumplimiento por los generadores de residuos hospitalarios y similares, prestadores de los servicios de desactivación y especial de aseo.

Resolución 1043 de 2006. Define las condiciones que deben cumplir los prestadores de servicios de salud para habilitarse. La Resolución 2680 de 2007, modifica la anterior e incluye los prestadores de servicios de salud y todos aquellos establecimientos que presten servicios de salud, sea éste o no, su objeto social. El decreto exige el cumplimiento para su entrada y permanencia en el Sistema único de Habilitación con lo siguiente: Estándares de capacidad tecnológica y científica, suficiencia patrimonial y financiera capacidad técnico-administrativa.

Como parte de este proceso, todos los consultorios de ORL habilitados deberán contar con su respectivo emblema; para lograr este objetivo, el Ministerio de Protección Social ha lanzado una campaña agresiva publicitaria para que los ciudadanos le exijan a los profesionales y prestadores contar con dichos emblemas.

6. CONCLUSIONES DEL ENTORNO ORGANIZACIONAL

- Desde el punto de vista de las entidades del Estado que participan directa o de manera tangencial en el direccionamiento de las política de salud, sin una agenda común, conllevan a la duplicidad de acciones, irracionalidad en el gasto y coberturas de actividades que no ocasiona impacto en la población general y específicamente en los problemas relacionados con la ORL.

- Es predecible que si se siguen definiendo funciones y actividades por actor, que si bien plantean metas específicas en cada una de ellas, éstas responden a la cobertura de servicios y no necesariamente a los impactos
- en la salud de la población colombiana, conduciendo a una continuada presencia de la atomización en la prestación de servicios y la ineficiencia de los mismos.
- Por lo tanto, es preciso replantear escenarios comunes donde estén presentes los diferentes actores involucrados, que evidencien una articulación de los programas y servicios en función del cumplimiento del derecho a la salud, de manera que se pueda prevenir que exista una duplicidad de acciones y una no racionalización de recursos por falta de la articulación funcional.
- Parte del problema se presenta por la carencia del personal especializado en salud dentro de las estructuras organizacionales de las instancias del gobierno que plasme la necesidad de tener una mirada integral para la atención en salud y específicamente para la atención en ORL.
- Los profesionales de la ORL y sus organizaciones gremiales, requieren mejorar el conocimiento sobre el funcionamiento del Estado, del Sistema de Seguridad Social en salud, de la formulación de las políticas públicas para estimular a las nuevas generaciones de otorrinolaringólogos, la afiliación a sus entes gremiales y fortalecer mediante la construcción democrática de las políticas, mejores escenarios de la práctica profesional.
- Esto evidencia la necesidad de implementar en el Plan de Estudios unas competencias pertinentes para participar de manera activa en los diferentes sectores que se requiere intervención profesional con la población general, como es el caso de las políticas públicas.

- Se requiere, entonces, la formación de personal con competencias específicas en alta y mediana gerencia con capacidad de planear, organizar, dirigir y controlar a través de su organización o a través de otras instancias gubernamentales las políticas públicas relacionadas con la ORL.
- Se hace necesario que los programas de formación en postgrados incluyan la producción de conocimiento, la investigación, la innovación, la información, la formación de talento humano que viabilice las políticas y el compromiso social de los distintos actores sociales involucrados en ello,; agentes socializadores; diseñadores de política y programas; ejecutores y evaluadores de proyectos y prácticas sociales específicas.
- Un personal idóneo para medir impactos, sistematizar los procesos generados; producir conocimiento en la atención de la ORL; así como el desarrollo de sistemas de información para gestionar las políticas y programas, hacer monitoreo, seguimiento y poder conocer el impacto de las políticas y los programas en los distintos países; y la realización de estudios transculturales; entre otros.
- Se requiere igualmente la definición de competencias transversales para todo el personal directivo como coordinadores o jefes de área de las diferentes entidades, de manera que les permitan tener una mirada holística de la atención de salud de los colombianos en la nueva concepción del enfoque de la protección social.

CAPÍTULO II. ENTORNO ECONÓMICO

Los ORL, como la mayoría de los profesionales de la salud, son afectados por los cambios económicos, que inciden en las tasas de empleo y desempleo que afectan a su vez la afiliación a la seguridad social en salud; de igual manera, procesos como la globalización estimulan el surgimiento de nuevas patentes, franquicias y la adopción de tecnologías de punta en la biomédica y la informática, impactando el rol profesional de los ORL.

En los servicios de salud, el ejercicio profesional se enmarca, entonces, dentro de un escenario de mercado, donde el Sistema de Seguridad Social a través de las Entidades Promotoras de Salud- encargadas de administrar los planes de Beneficios, pretende articular la respuesta a las necesidades poblacionales de los servicios de salud, controlando los costos a cambio de mayores coberturas pero en detrimento, en muchos casos, de la calidad del servicio.

No es posible conocer con certeza el impacto generado por la Ley de Seguridad Social en la práctica liberal de la profesión, aunque sí es evidente que un gran número de especialistas se han tenido que vincular al SGSSS, en nichos de mercado muy reducidos especialmente la población perteneciente al régimen contributivo, que accede a planes complementarios y a la población con capacidad de pago ubicada en las grandes ciudades; sin embargo, es escasa la oferta de servicios que se presta a los municipios de categoría 4, 5 y 6.

Se describirá en este capítulo la composición económica del sector salud, los servicios que se prestan en ORL, el acceso de la población a dichos servicios, algunas características que afectan la calidad y la tendencia de los servicios de ORL.

1. COMPOSICIÓN ECONÓMICA DEL SECTOR SALUD

Datos del del Ministerio de la Protección Social para el año 2006-2007, muestran que el SGSSS, es un mercado de características oligopólicas, pues en su gran mayoría está gestionada por las Entidades Promotoras de Salud privadas, en el régimen contributivo. Tal es el caso del grupo Saludcoop conformado por: Saludcoop, Cruz Blanca y Cafesalud, con un 27.48% de los afiliados, seguido por la EPS Coomeva con el 15.35% de los afiliados, el Seguro Social con 14.48% del total de afiliados, seguido por Salud Total con el 8.06% y Susalud con 6.12%. Estas siete entidades concentran el 71.49% del total del mercado. A continuación se presenta la gráfica que da cuenta de estos resultados.

TABLA No 3. AFILIADOS POR TIPO DE ENTIDAD EN EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO

TIPO DE ENTIDAD	Cotizantes	Beneficiarios	Adicionales	Afiliados	Densidad
					Familiar
Adaptadas	35.922	35.947	2.930	74.799	1,93
Pública	1.220.670	1.100.432	.	2.321.102	1,90
Privada	6.030.589	7.556.288	46.727	13.633.604	2,24
Total General	7.287.181	8.692.667	49.657	16.029.505	2,18

Fuente: Ministerio de la Protección Social. Informe al Congreso 2006-2007. Julio de 2007

Con respecto al régimen subsidiado, a diciembre 31 de 2007, según el Ministerio de Protección Social el número de afiliados era de 21.606.812 de personas a este régimen y en relación al Sistema General de Riesgos Profesionales que protege a la población trabajadora frente a enfermedades y accidentes laborales, al mes de abril de 2008, contaba con un total de 6.111.187 de afiliados.

Según las estimaciones de población del DANE para el año 2008, Colombia proyectaba una población de 44.450.260 habitantes de los cuales pertenecen

al régimen subsidiado 21.606.812 habitantes, siendo el 49% del total de la afiliación, seguido por los afiliados al régimen contributivo con 16.029.505 habitantes que representan el 36% y existirían 6.813.943 habitantes que representan el 15% de la población que no se encuentran aseguradas al SGSSS.

2. SERVICIOS Y PROGRAMAS

La Política Nacional del Sistema de Garantía de la Calidad en la prestación de los servicios, se ha venido implementando en los servicios de ORL en el país, sin embargo continúan algunos profesionales que prestan servicios sin cumplir con los requisitos de habilitación.

2.1. INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS Y PROFESIONALES INDEPENDIENTES EN ORL

Según el Registro de Habilitación de Prestadores en Colombia a octubre de 2008, se habían habilitado para el servicio de otorrinolaringología, 1.615 prestadores de los cuales 1433, el 86,5% pertenecen al sector privado y 181 correspondiente al 14,5% corresponden al sector público. Ver Anexo N°4.

Con relación a la distribución de los servicios de ORL en el país, se observa una inequidad en su distribución, mientras el 26,5% de los prestadores se encuentran en el Distrito Capital y unos 30% en Antioquia y Valle (posiblemente ubicados en la ciudad de Cali y Medellín), los departamentos de territorios nacionales sólo cuentan con un 1,6% de los prestadores. Ver Anexo N°4.

Ahora bien, del total de prestadores de servicios de ORL habilitados un 67,5% corresponden a servicios de consulta externa, presentando el mismo comportamiento general con respecto a la naturaleza jurídica y a la inequidad en la distribución por entidades territoriales. No existe, sin embargo, información suficiente para conocer la concentración de los servicios de ORL según las instituciones por niveles de atención Ver anexo No. 4.

En relación con las instituciones habilitadas que prestan servicios quirúrgicos de OLR éstos corresponden al 31.5% del total de prestadores habilitados y de estos, el 72,5% corresponden al sector privado.

2.2. SERVICIOS QUE SE PRESTAN

Los servicios que prestan los ORL se pueden agrupar en:

- i. Otología / Neurotología,
- ii. Rinosinusología,
- iii. Cirugía Plástica facial,
- iv. Laringe y vía aérea superior,
- v. Maxilofacial, Cabeza y Cuello y
- vi. la ORL pediátrica.

Según la encuesta realizada, cerca del 80% de los otorrinolaringólogos realizan procedimientos relacionados en las diferentes áreas de la ORL (entre 4 y 7 áreas) lo que indica que independiente de la subespecialidad que se tengan cumplen acciones del ORL en general.

Las subespecialidades que menos procedimientos realizan, se relacionan con maxilofacial y cabeza y cuello. A continuación el gráfico No. 6 y 7 dan cuenta de la descripción de los procedimientos.

GRÁFICO NO 6. NÚMERO DE ÁREAS EN LA QUE SE DESEMPEÑAN LOS ORL. 2008

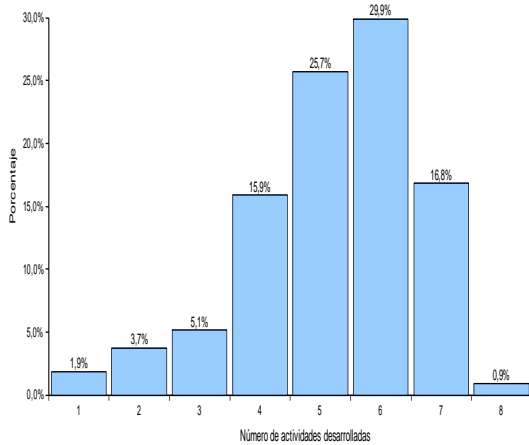
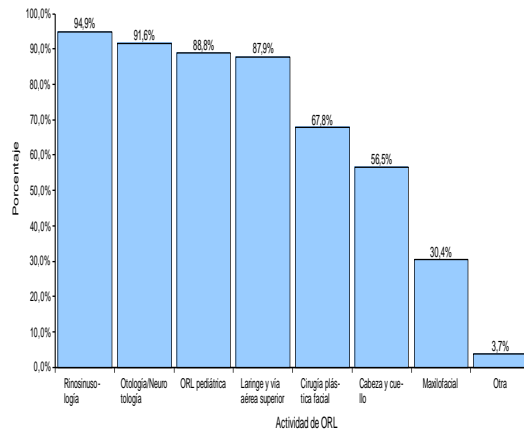


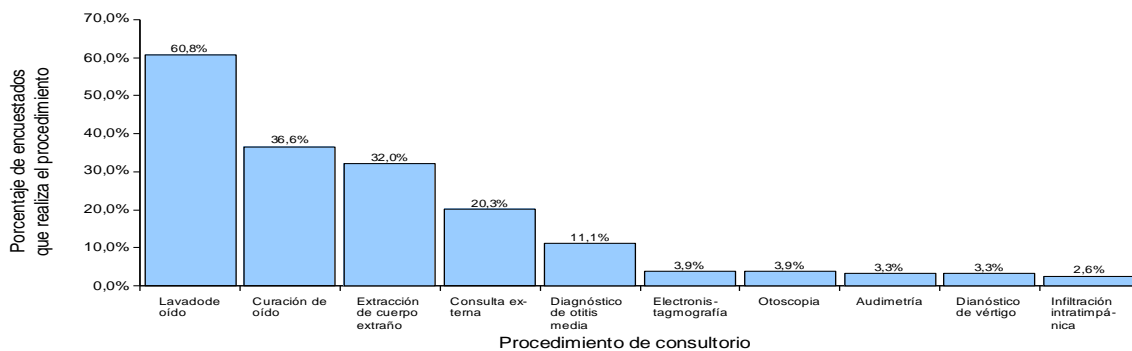
GRÁFICO NO 7. PORCENTAJE DE ACTIVIDADES REALIZADAS POR ORL POR ÁREAS 2008



CONSULTA EXTERNA Y PROCEDIMIENTOS DE CONSULTORIO OTOLOGÍA / NEUROTOLOGÍA

En otología /neurotología, según las encuestas realizadas, la mayor parte de los ORL realizan procedimientos dentro del consultorio, así: Un 60,8% realizan lavado de oído, 36% hacen curaciones de oídos y un 32% realizan extracción de cuerpo extraño, un 23% realizan consulta externa.

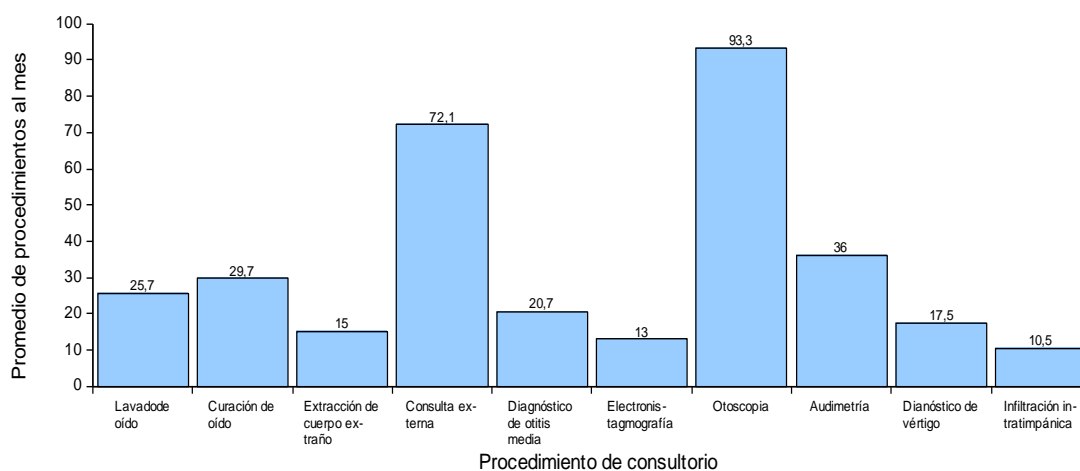
GRÁFICO NO 8. PORCENTAJE DE ENCUESTADOS QUE REALIZAN CADA ACTIVIDAD Y PROCEDIMIENTO EN CONSULTA EXTERNA DE OTOLOGÍA/ NEUROTOLOGÍA.2008



En relación al promedio mes de actividades realizadas en esta área, se observó que ocupan el primer lugar las relacionadas con el apoyo diagnóstico con 142.3 actividades promedio mes (Electronistagmografía con 13, otoscopia

93.3, audiometrías 36), seguido de la consulta propiamente dicha con 110.3 actividades promedio mes (Consulta externa 72.1, diagnóstico de otitis media 20.7, diagnóstico de vértigo 17.5) y en último lugar están los procedimientos realizados en el consultorio con 80.9 actividades en promedio mes (Curación de oído 29.7, lavado de oído.25.7, extracción de cuerpo extraño 15 e infiltraciones intratimpánicas. 10,5).

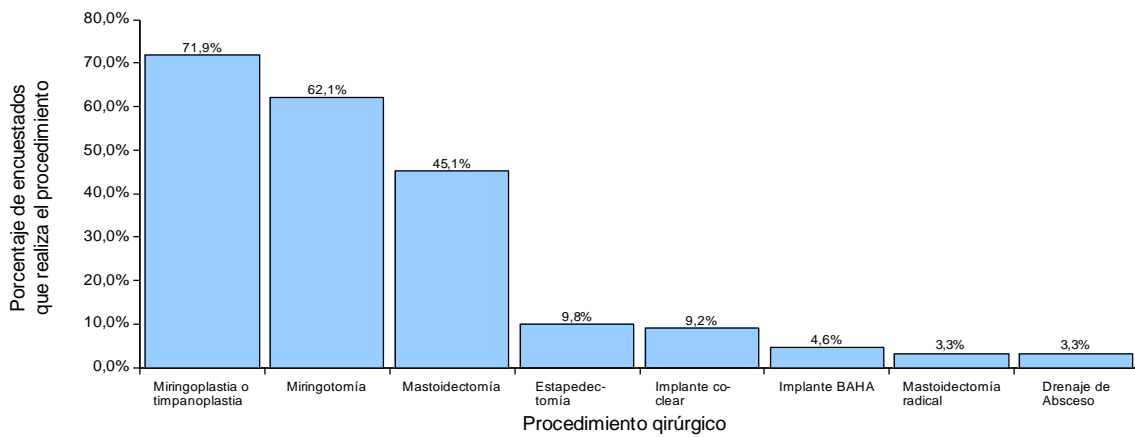
GRÁFICO NO 9. PROMEDIO MES DE ACTIVIDADES Y PROCEDIMIENTOS DE CONSULTA EXTERNA MAS FRECUENTES EN OTOLGIA/ NEUROTOLOGIA. AÑO 2008



□ PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS OTOLOGÍA-NEUROTOLOGÍA

Con respecto a los procedimientos quirúrgicos un 71.9% de los ORL realizan miringoplastia o timpanoplastia, un 62.1% realizan miringotomía y un 45.1% realizan mastoidectomía.

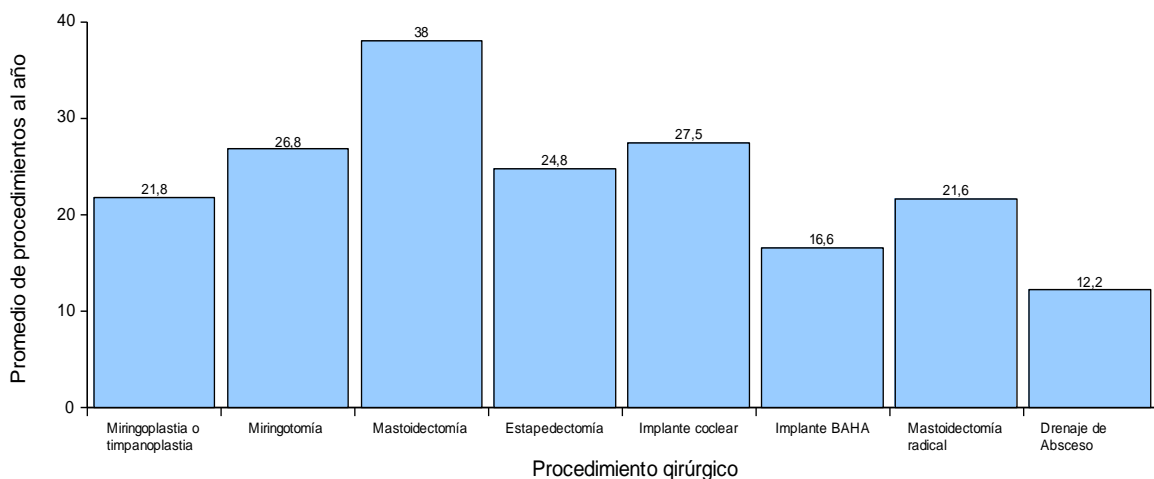
GRÁFICO NO 10. PORCENTAJE DE ENCUESTADOS QUE REALIZAN CADA PROCEDIMIENTO. AÑO 2008



QUIRÚRGICOS DE OTOLOGÍA/ NEUROTOLOGÍA- AÑO 2008

La siguiente gráfica muestra el promedio de procedimientos quirúrgicos de esta área realizados al año, en el cual se observa que las cirugías más frecuentes se relacionan con la mastoidectomía (38), implante coclear (27,5), miringotomía (26.8), estapedectomía (24.8).

GRÁFICO No 11. CIRUGÍAS MAS FRECUENTES EN OTOLOGIA/ NEUROTOLOGIA AÑO 2008.

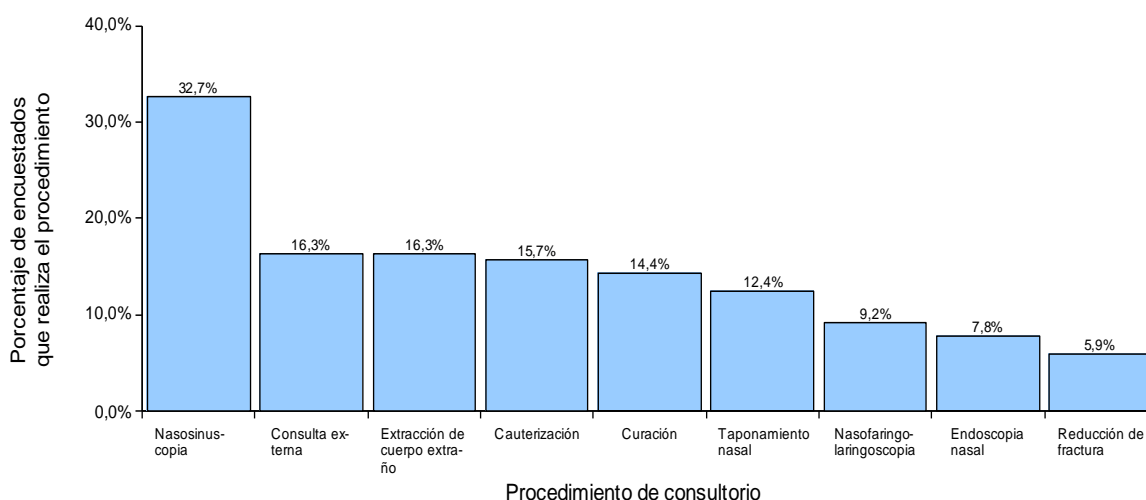


2.2.2. RINOSINULOGÍA

□ CONSULTA EXTERNA Y PROCEDIMIENTOS DE CONSULTORIO- RINOSINUSOLOGÍA

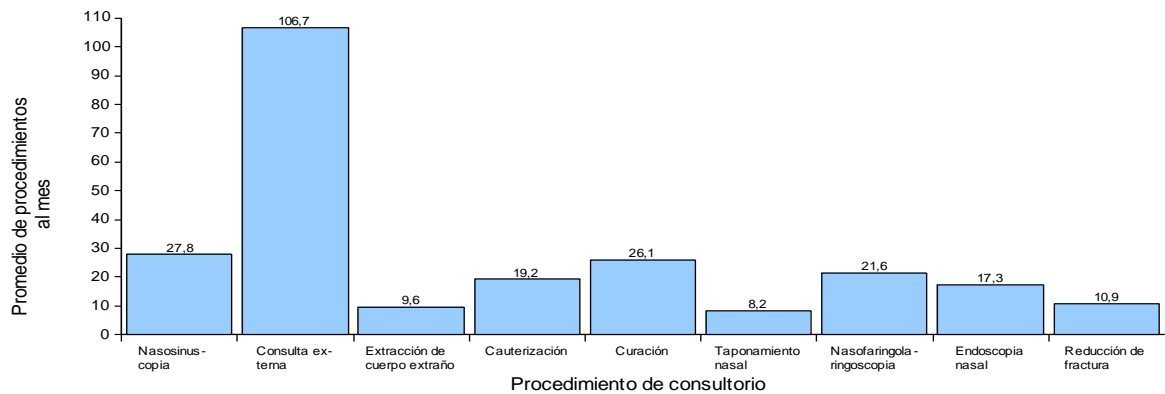
En rinosinusología, según las encuestas realizadas se observa que un 32.7% de los ORL realizan actividades de nasosinuscopia, los demás porcentajes presentan comportamientos similares para las demás actividades de rinosinusología.

GRÁFICO No 12. PORCENTAJE DE ENCUESTADOS QUE REALIZAN CADA ACTIVIDAD Y PROCEDIMIENTO EN CONSULTA EXTERNA DE RINOSINUSOLOGÍA. AÑO 2008



En relación al promedio mes de actividades realizadas en esta área, se observó que ocupa el primer lugar la consulta propiamente dicha con 106,7 actividades promedio mes, seguida de la nasosinuscopia con 27,6 actividades promedio mes; curaciones con 26.1 actividades promedio mes, un 21,6 actividades de nasofaringolaringoscopia, 19,2 actividades promedio mes cauterizaciones y 17,3 actividades mes de endoscopia nasal, las demás actividades presentan un número menos significativo.

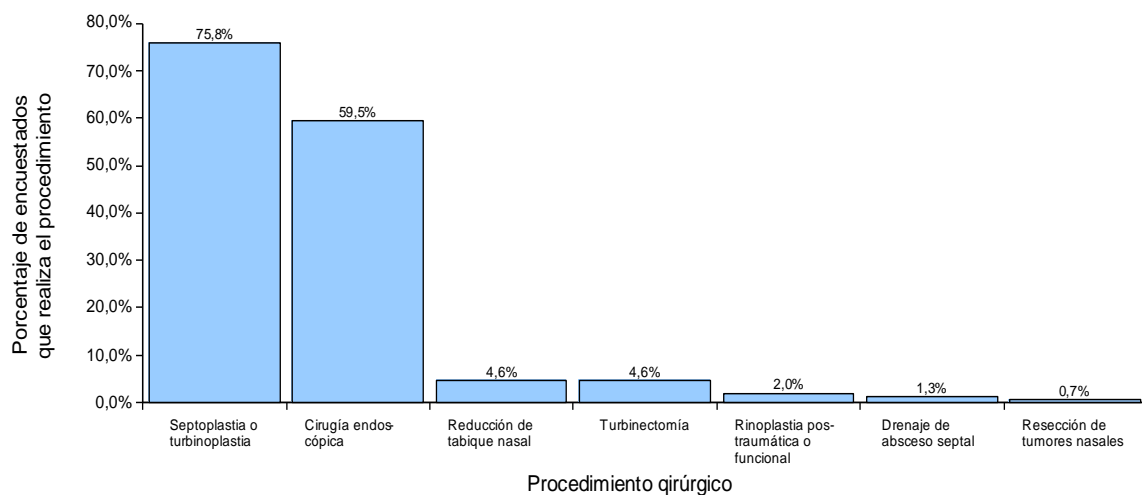
GRÁFICO No 13. PROMEDIO MES DE ACTIVIDADES Y PROCEDIMIENTOS DE CONSULTA EXTERNA MÁS FRECUENTES EN RINOSINUSOLOGÍA. AÑO 2008



□ PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS- RINOSINULOGÍA

Con respecto a los procedimientos quirúrgicos de Rinosinulogía, un 71,9% de los ORL, realizan miringoplastia o Timpanoplastia; un 62,1% realizan miringotomía, y un 45,1% realizan mastoidectomía. Los demás procedimientos realizados en rinosinulogía no presentan cifras estadísticamente significativas.

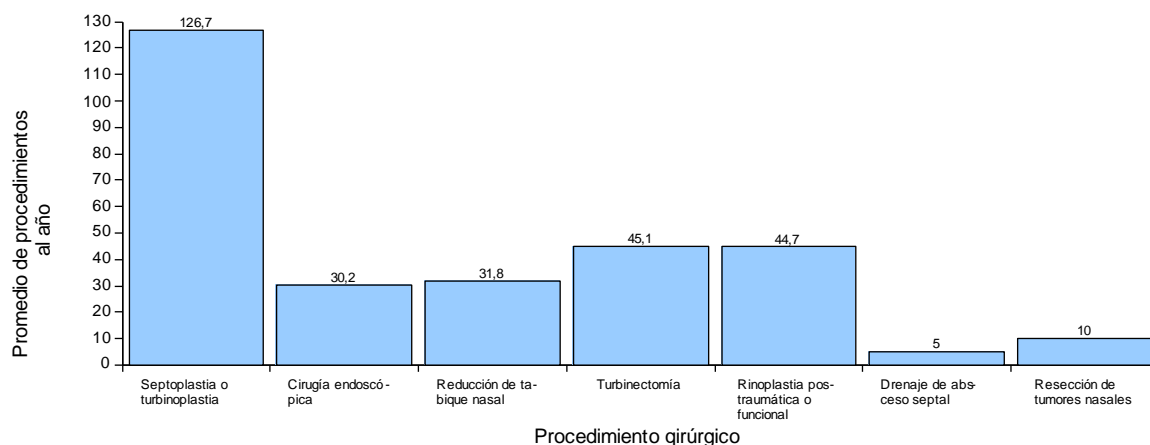
GRÁFICO No 14. PORCENTAJE DE ENCUESTADOS QUE REALIZAN PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS EN RINOSINUSOLOGÍA. AÑO 2008



La siguiente gráfica muestra el promedio de procedimientos quirúrgicos de rinosinulogía realizados al año, en él se observa que las cirugías más frecuentes se relacionan con la septoplastia o turbinoplastia (126.7),

turbinectomía (45.1), rinoplastia posttraumática o funcional (44.7), reducción de fractura del tabique nasal (31.6), cirugía endoscópica (30.2), los demás procedimientos no son muy representativos estadísticamente.

GRÁFICO No 15. PROMEDIO DE CIRUGÍAS MAS FRECUENTES EN RINOSINUSOLOGIA. AÑO 2008



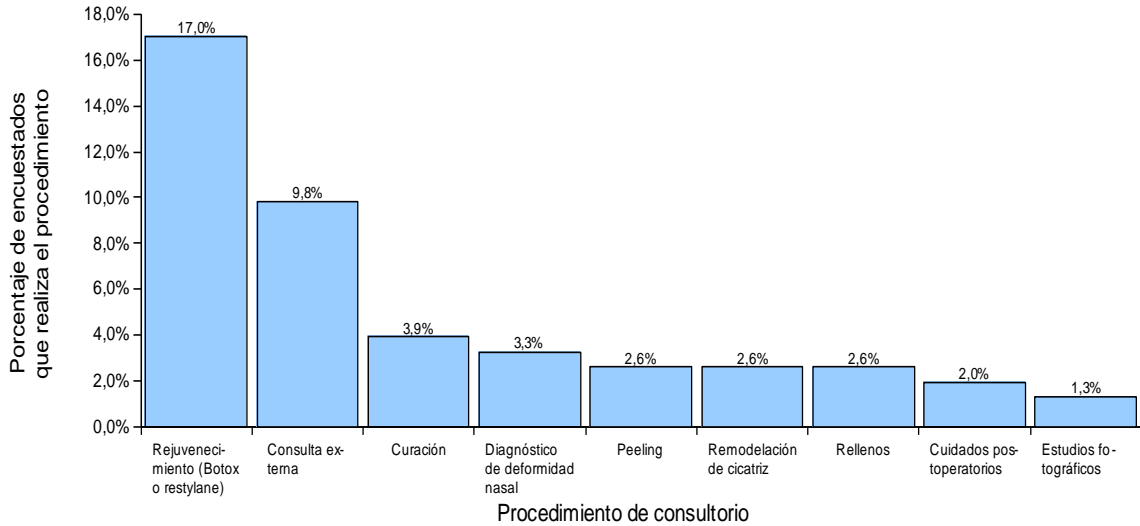
2.2.3. CIRUGÍA PLÁSTICA FACIAL

□ CONSULTA EXTERNA Y PROCEDIMIENTOS DE CONSULTORIO. CIRUGÍA PLÁSTICA FACIAL

Con relación a la cirugía plástica, según las encuestas realizadas se observa que un 17% de los ORL realizan actividades de rejuvenecimiento (botox), 9.8% realizan consulta externa y las demás actividades tienen porcentajes similares no tan significativos.

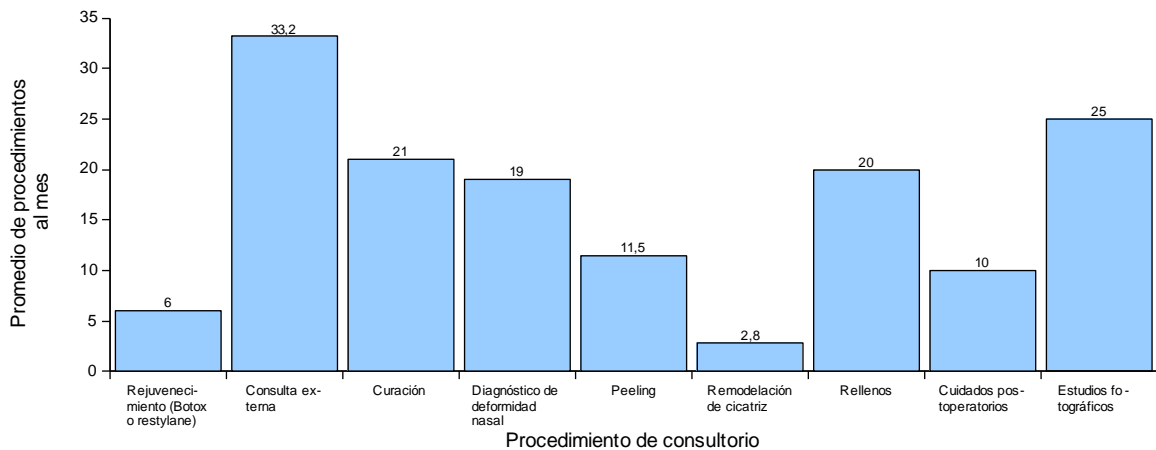
GRÁFICO No 16. PORCENTAJE DE ENCUESTADOS QUE REALIZAN CADA ACTIVIDAD Y PROCEDIMIENTO EN CONSULTA EXTERNA EN CIRUGÍA PLÁSTICA. AÑO 2008

En relación al promedio mes de actividades realizadas en esta área, se pudo



establecer que las más frecuentes son: la consulta externa (32.3), los estudios fotográficos (25), curaciones (21), rellenos (20), diagnóstico de deformidades (19), peeling (11.5) y curaciones post-quirúrgicas (10).

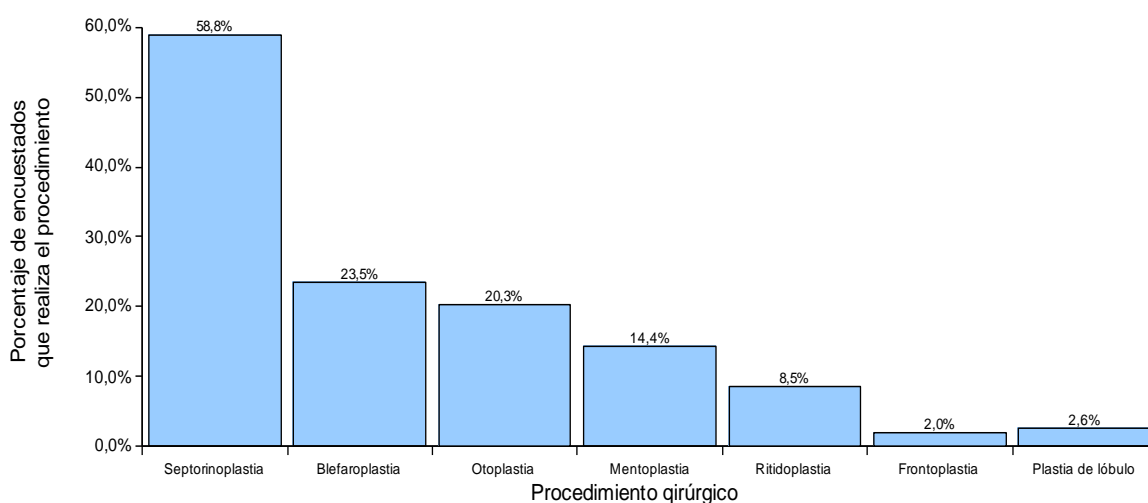
GRÁFICO No 17. PROMEDIO MES DE ACTIVIDADES Y PROCEDIMIENTOS DE CONSULTA EXTERNA MÁS FRECUENTE EN CIRUGÍA PLÁSTICA. AÑO 2008



PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS- CIRUGÍA PLÁSTICA FACIAL

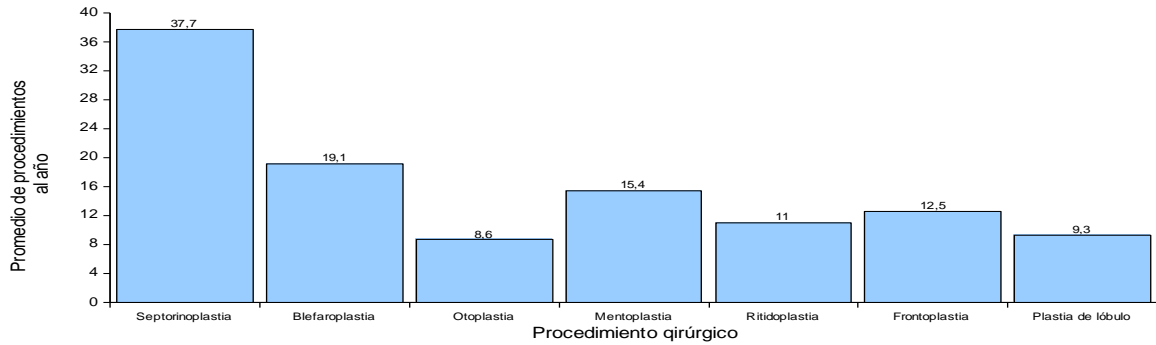
Con respecto a los procedimientos quirúrgicos de cirugía plástica un 58,6% de los ORL realizan septorinoplastia, un 23.1% realizan blefaroplastia, 20.3 % otoplastia, un 14.4% realizan mentoplastia, 2.5% realizan ritidoplastia, 2.0% respectivamente realizan frontoplastia y plastia de lóbulos.

GRÁFICO No 18. PORCENTAJE DE ENCUESTADOS QUE REALIZAN PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS EN CIRUGÍA PLÁSTICA. AÑO 2008



La siguiente gráfica muestra el promedio de procedimientos quirúrgicos de cirugía plástica realizados al año, se destaca la septoplastia con (37.5), la blefaroplastia (19.1), mentoplastia (15.4) y, ritidoplastia (12.5), los demás procedimientos no son muy representativos estadísticamente.

GRÁFICO No 19. PROMEDIO DE CIRUGÍAS MAS FRECUENTES EN CIRUGÍA PLÁSTICA. AÑO 2008

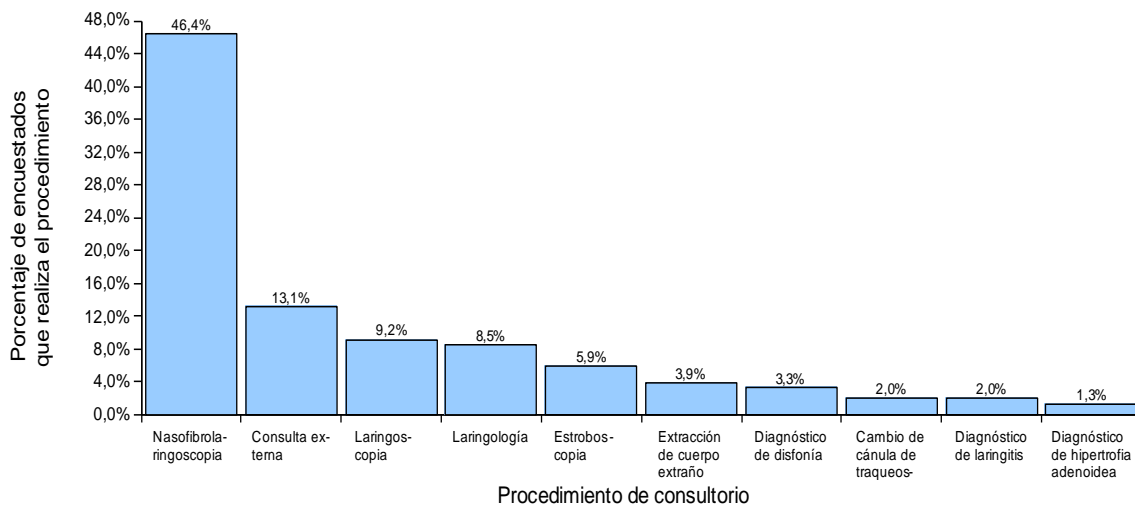


2.2.4. LARINGE Y VÍA AÉREA SUPERIOR

□ CONSULTA EXTERNA Y PROCEDIMIENTOS DE CONSULTORIO. LARINGE Y VÍA AÉREA SUPERIOR

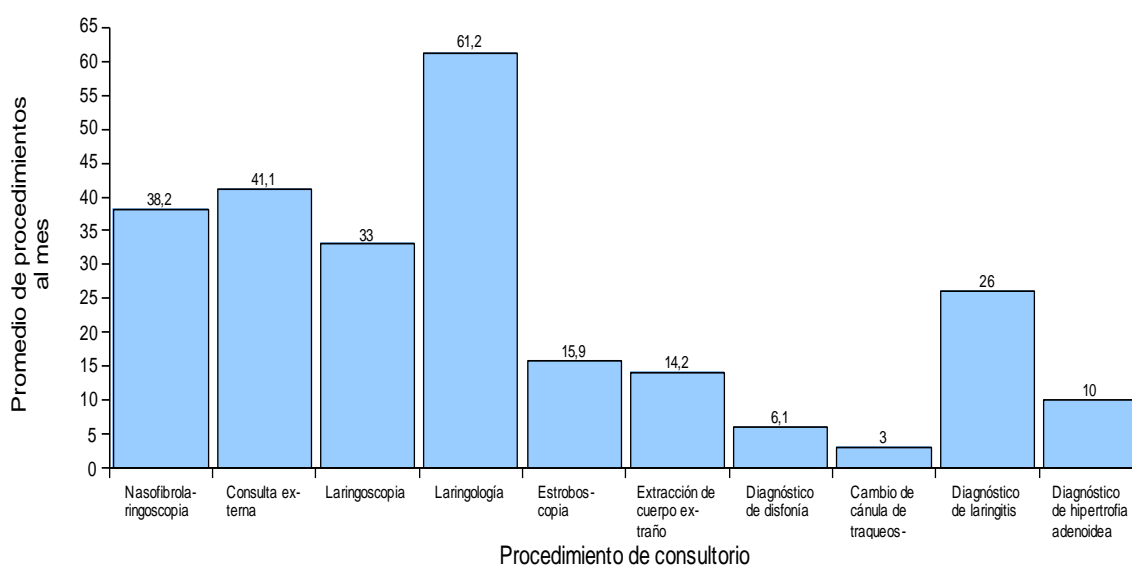
Con relación a la laringe y vía aérea superior, según las encuestas realizadas se observa que un 46,4% de los ORL realizan actividades de apoyo diagnóstico como la nasofibrolaringoscopia, un 13,1% realizan consulta externa, un 9,2% realizan laringoscopia, un 8,5% laringología y un 5,9% estroboscopia, las demás actividades son desarrolladas por un porcentaje no tan significativo.

GRÁFICO NO 20. PORCENTAJE DE ENCUESTADOS QUE REALIZAN CADA ACTIVIDAD Y PROCEDIMIENTO EN CONSULTA EXTERNA EN LA LARINGE Y VÍA ÁREA SUPERIOR



En relación al promedio mes de actividades realizadas en esta área, se observó que las más frecuentes es la laringología (61.2), la consulta externa general (41.5), nasofibrolaringoscopia (38.2), laringoscopia (33) y el diagnóstico de laringitis (26).

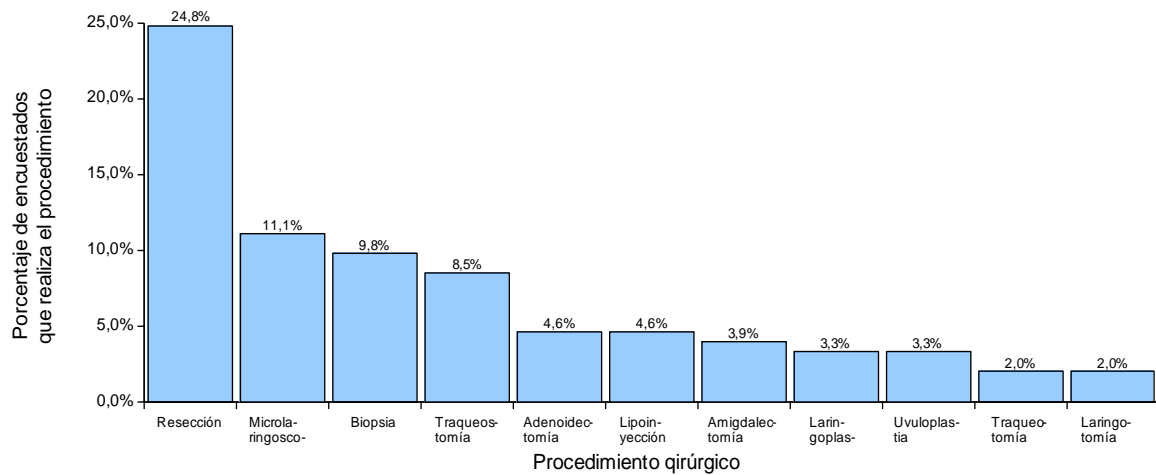
GRÁFICO No 21. PROMEDIO MES DE ACTIVIDADES Y PROCEDIMIENTOS DE CONSULTA EXTERNA MÁS FRECUENTE EN CIRUGÍA PLÁSTICA. AÑO 2008



□ PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS. LARINGE Y VÍA AÉREA SUPERIOR

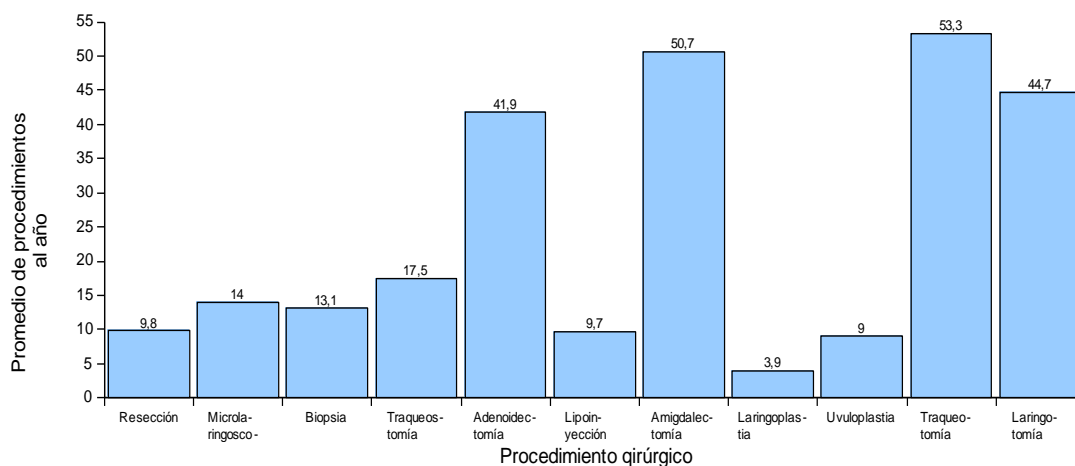
Con respecto a los procedimientos quirúrgicos de la laringe y vía aérea superior entre las principales actividades que realizan los ORL, está que un 24.8% realizan resecciones, un 11.9% realizan microlaringoscopia, un 9.8% biopsias, un 8.5% realizan traqueotomía y un 4.6% realizan adenoides y lipoinyección.

GRÁFICO NO 22. PORCENTAJE DE ENCUESTADOS QUE REALIZAN PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS EN LARINGE Y VÍA ÁREA SUPERIOR. AÑO 2008



La siguiente gráfica muestra el promedio de procedimientos quirúrgicos de la laringe y vía aérea superior realizados al año, se destaca la traqueotomía con (53.3), amigdalectomía (50.7), laringotomía (44,7), adenoidectomía (41.9), ritidoplastia (12.5), y los demás procedimientos no son muy representativos estadísticamente.

GRÁFICO NO 23. PROMEDIO DE CIRUGÍAS MAS FRECUENTES EN LA LARINGE Y VÍA AÉREA SUPERIOR. AÑO 2008

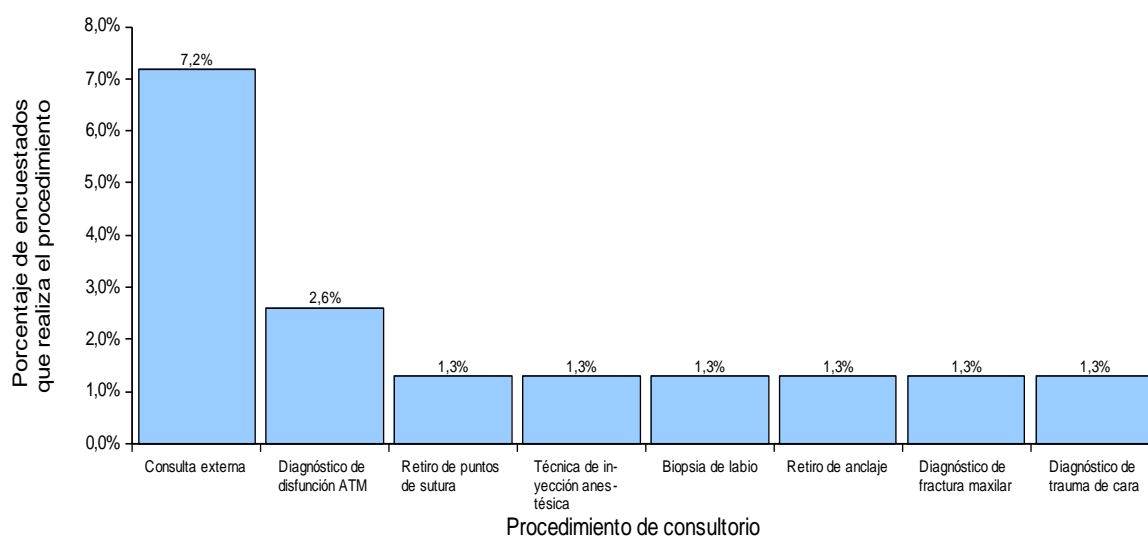


2.2.5. MAXILOFACIAL

□ CONSULTA EXTERNA Y PROCEDIMIENTOS DE CONSULTORIO. MAXILOFACIAL

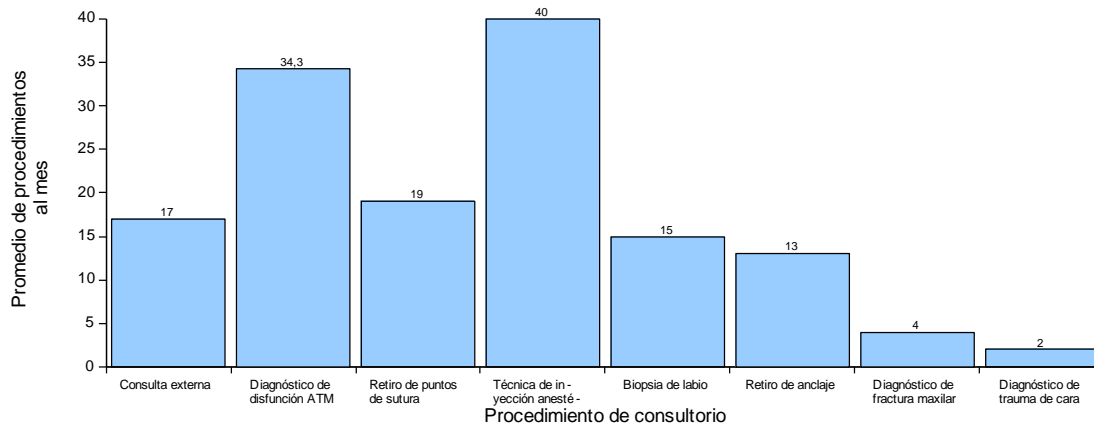
Con relación al área de maxilofacial, según las encuestas realizadas se observa que un 7.2% de los ORL realizan consulta externa, un 2.6% realizan diagnóstico de la disfunción de la articulación temporo-mandibular ATM, un 1.3% de los ORL realizan diagnósticos de fractura y trauma de cara, biopsias, retiro de puntos y anclajes.

GRÁFICO NO 24. PORCENTAJE DE ENCUESTADOS QUE REALIZAN CADA ACTIVIDAD Y PROCEDIMIENTO EN CONSULTA EXTERNA EN LA LARIGNE Y VÍA ÁREA SUPERIOR. AÑO 2008.



En relación al promedio mes de actividades realizadas en esta área, se observó que las más frecuentes corresponde a la técnica de inyecciones anestésicas (40), al diagnóstico de la disfunción de la ATM (34.5), seguida de las actividades de consulta externa y retiro de puntos y anclajes.

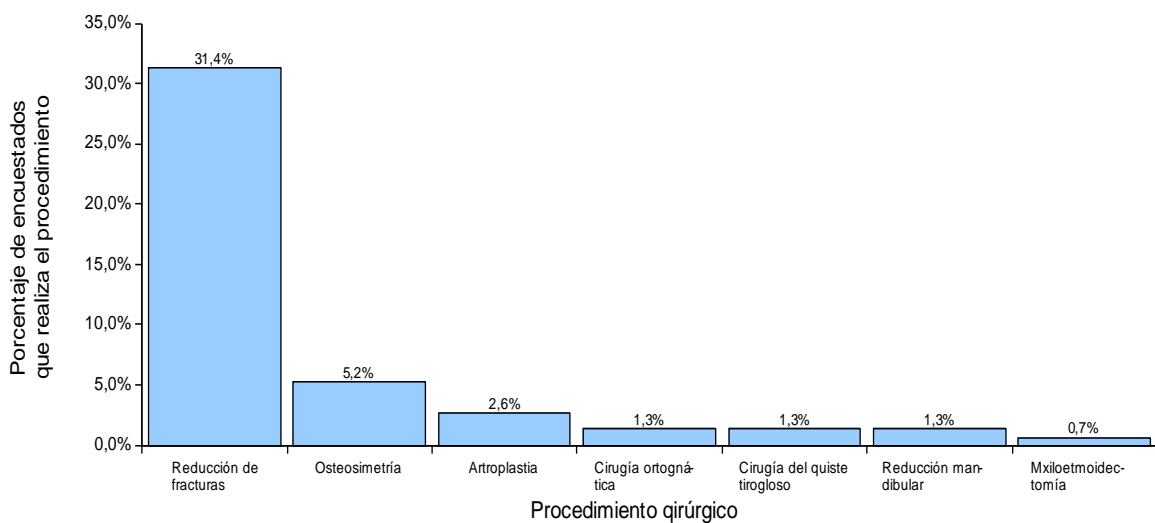
GRÁFICO NO 25. PROMEDIO MES DE ACTIVIDADES Y PROCEDIMIENTOS DE CONSULTA EXTERNA MÁS FRECUENTE EN CIRUGÍA PLÁSTICA. AÑO 2008



□ **PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS MAXILOFACIAL**

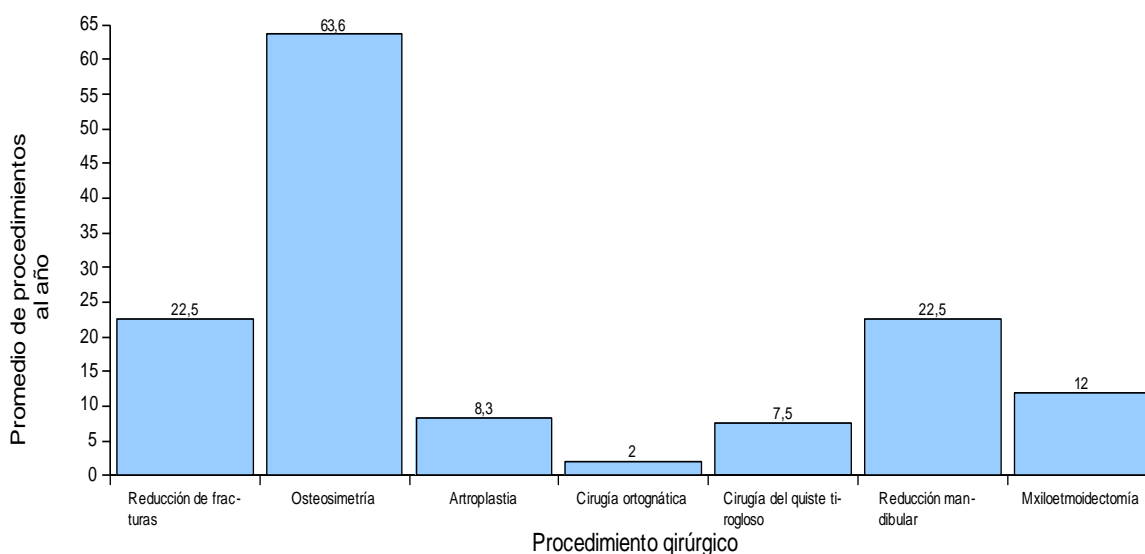
Con respecto a los procedimientos quirúrgicos maxilofaciales un 31.4% de los ORL realizan reducción de fracturas y en porcentajes menores los ORL efectúan procedimientos de osteometrías, artroplastia, cirugía ortognatica, cirugía de quistes, reducción mandibular y maxiloetmoidectomía.

GRÁFICO NO 26. PORCENTAJE DE ENCUESTADOS QUE REALIZAN PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS EN LARINGE Y VÍA ÁREA SUPERIOR. AÑO 2008



Las siguientes gráficas muestra el promedio de procedimientos quirúrgicos maxilofaciales realizados al año, se destaca la osteosimetría con (63.6), reducción de fracturas (22.5), fractura mandibular (22.5), maxiloetmoidectomia (12), artroplastia (8.3), ritidoplastia (12.5), los demás procedimientos no son muy representativos estadísticamente.

GRÁFICO No 27. PROMEDIO DE CIRUGÍAS MAS FRECUENTES EN LA LARINGE Y VÍA AÉREA SUPERIOR. AÑO 2008

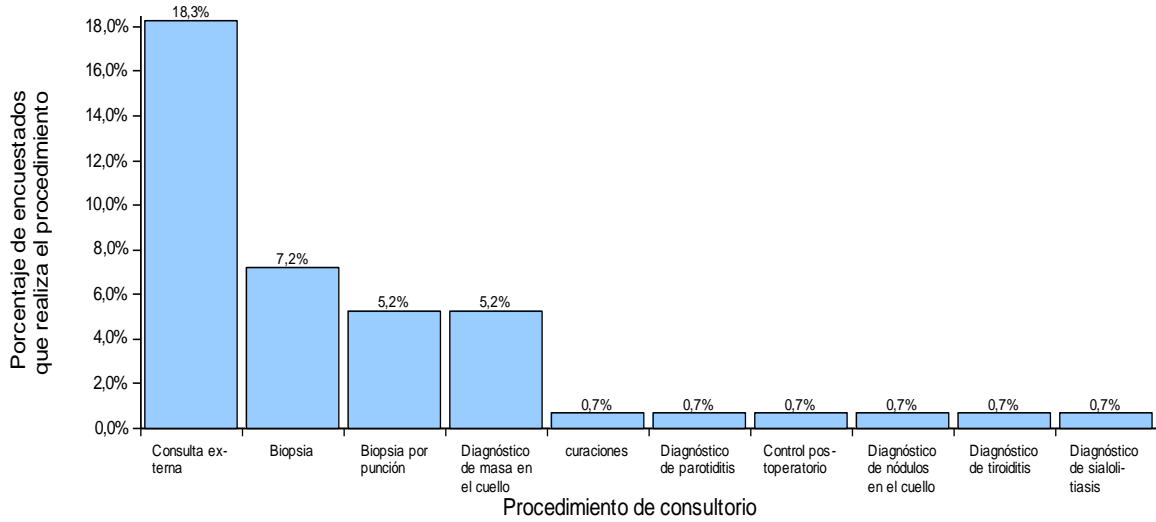


2.2.6. CABEZA Y CUELLO

□ CONSULTA EXTERNA Y PROCEDIMIENTOS DE CONSULTORIO. CABEZA Y CUELLO.

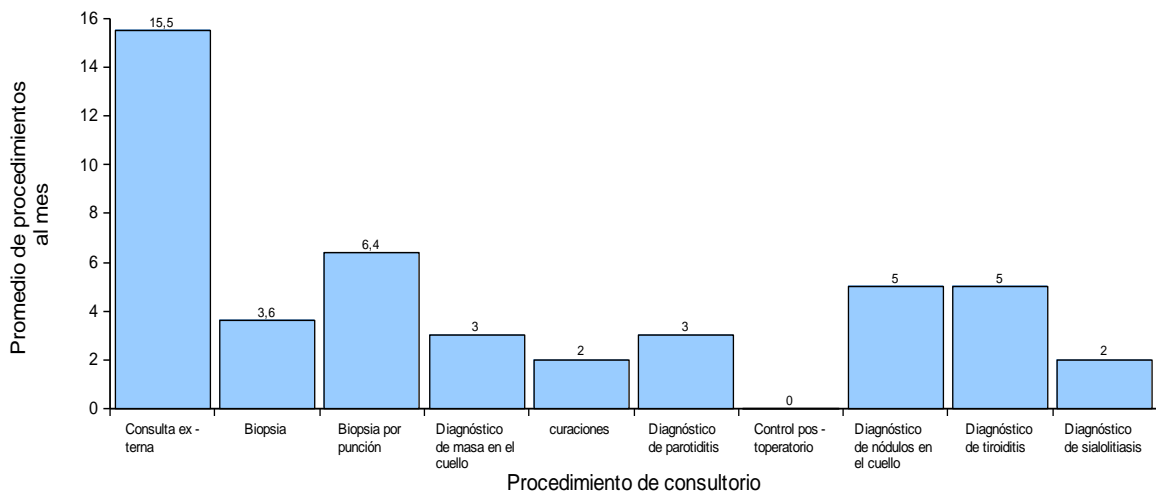
En relación al área de cabeza y cuello, según las encuestas realizadas se observa que un 18.3% de los ORL realizan consulta externa, un 12,4% realizan biopsias y biopsias por punción, un 5.2% realizan diagnostico de masa en el cuello, hay otras actividades que realizan en un porcentaje menos significativo.

GRÁFICO NO 28. PORCENTAJE DE ENCUESTADOS QUE REALIZAN CADA ACTIVIDAD Y PROCEDIMIENTO EN CONSULTA EXTERNA EN CABEZA Y CUELLO. AÑO 2008



En relación al promedio mes de actividades realizadas en esta área, se observò que la más frecuente es la consulta externa (15.5), seguida de las biopsias (6.4 y 3.6), de nódulos en el cuello y de tiroides con (5) respectivamente.

GRÁFICO NO 29. PROMEDIO MES DE ACTIVIDADES Y PROCEDIMIENTOS DE CONSULTA EXTERNA MÁS FRECUENTES EN CIRUGÍA PLÁSTICA. AÑO 2008



□ PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS DE CABEZA Y CUELLO

Con respecto a los procedimientos quirúrgicos de cabeza y cuello, un 16.3.4% de los ORL realizan parotidectomía, un 14.4% submaxilectomía, un 11.1% biopsias, un 10.5% cirugías del quiste tirogloso, un 7.2% resección de tumores y quistes, un 5.9% drenajes de absceso, las demás actividades que realizan están en porcentajes menores.

La siguiente gráfica muestra el promedio de procedimientos quirúrgicos de cabeza y cuello realizados al año, se destaca la adenoidectomía con (17.8), biopsias (17.4), drenaje de abscesos (12.4), cirugía de glándula salival (9.8), y la tiroidectomía (7.8).

GRÁFICO NO 30. PORCENTAJE DE ENCUESTADOS QUE REALIZAN PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS EN LA LARINGE Y VÍA AÉREA SUPERIOR. AÑO 2008

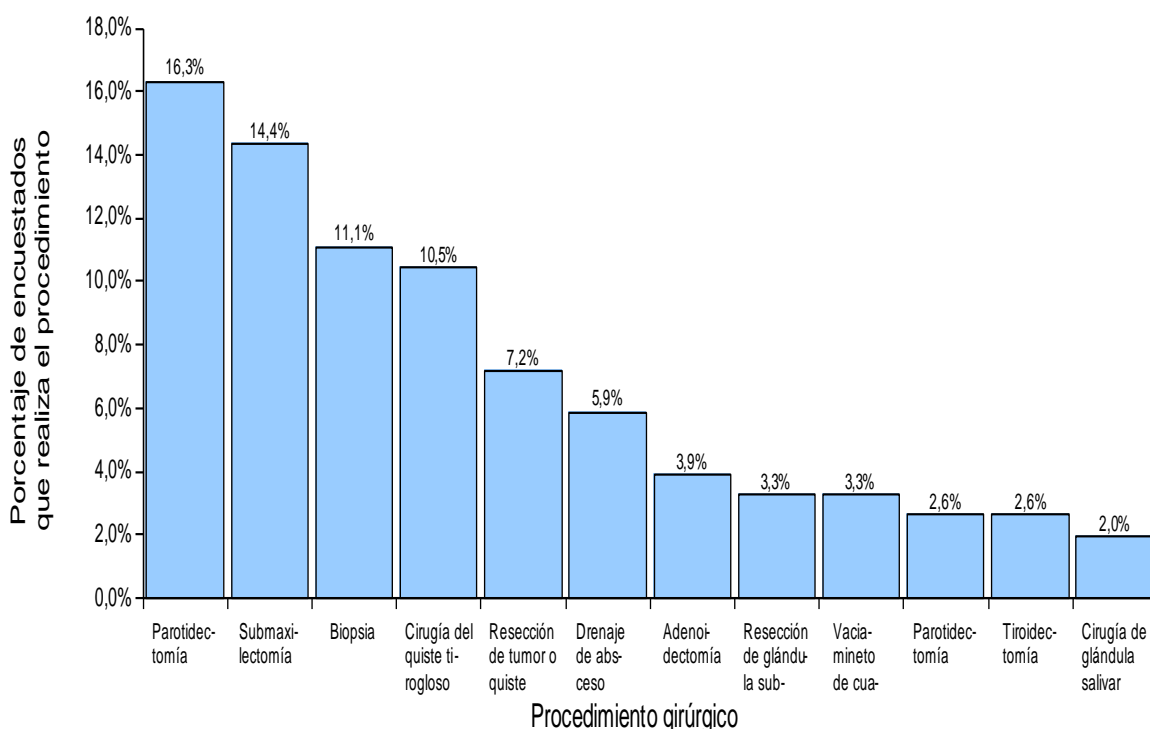
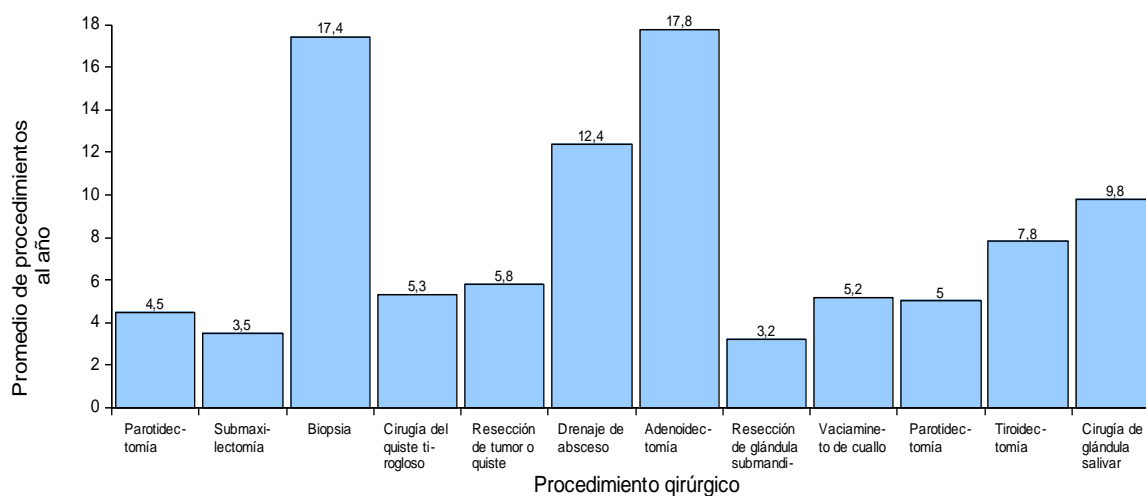


GRÁFICO No 31. PROMEDIO DE CIRUGÍAS MAS FRECUENTES EN LA LARINGE Y VÍA AÉREA SUPERIOR. AÑO 2008



2.2.7. PROCEDIMIENTOS CRÍTICOS

Los ORL consideran que algunos procedimientos realizados en pacientes con sordera por ruido, sordera infecciosa, infecciones por papiloma y las alergias deberían considerarse un problema de salud pública, debiendo ser servicios incluidos dentro del “Plan Nacional de Salud Pública” específicamente en el Plan de Intervenciones Colectivas.

3. ACCESO DE LA POBLACIÓN A LOS SERVICIOS DE ORL

En el SGSSS la población asegurada es responsabilidad de las entidades Promotoras de Salud, por lo tanto son ellas las que deben garantizar una red de prestadores de servicios suficiente (a través de su propia red o o contratada) para la atención de las diferentes patologías de ORL que contienen los diferentes Planes de Beneficio.

La población con capacidad de pago obtiene la prestación de servicios a través de IPS y profesionales independientes, quienes son financiados con gasto de bolsillo. Los servicios que más requiere este nicho de mercado está relacionado con las prestaciones no incluidas en el POS, especialmente los

tratamientos relacionados con la estética, basados en el concepto de “medicina soñada” como la estética facial, la rinoplastia, la mentoplastia y la somnoplastia.

Con respecto a las ayudas diagnosticas se requiere de Videoestroboscopia y laringoestroboscopia las cuales en un 80% se da cumplimiento con éstas a través de fallos de tutela o prestación del servicio a un particular atiende en un porcentaje cercano al 20%. De otro lado, la consulta se solicita a través de: una consulta de segunda opinión médica, consultas de cirugías o procedimientos en consultorio. Otros servicios que se solicitan están en relación con la Promoción, Prevención y la Terapia neural.

En cuanto al acceso de la población pobre no asegurada a los servicios de ORL, podría decirse que cuenta con los mismos de los asegurados, pero sólo son atendidos dependiendo de la capacidad instalada de la red pública de cada entidad territorial con cargo a las finanzas de los departamentos y distritos.

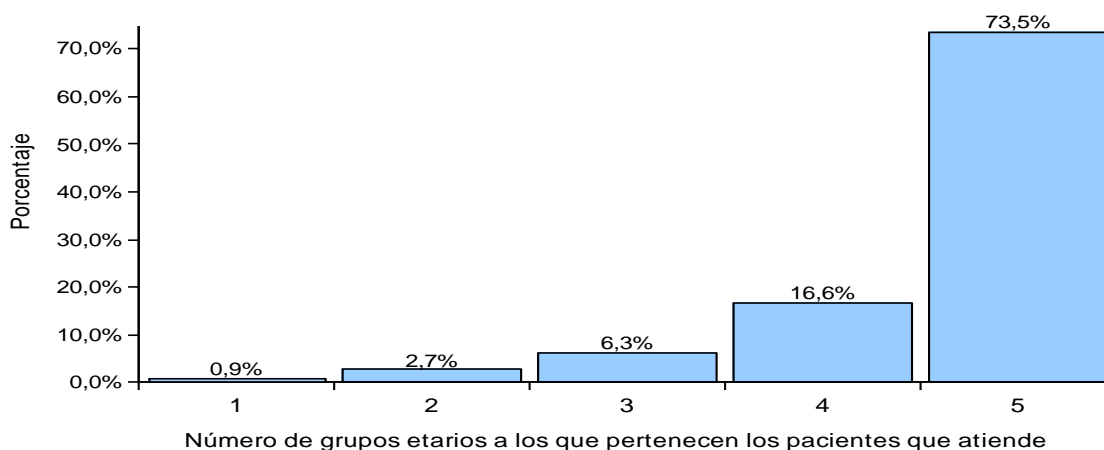
En la encuesta realizada se indagó a los ORL, sobre la vinculación al SGSSS de los usuarios atendidos, encontrándose que a pesar de que se brindada servicios a toda usuarios pertenecientes a los diferentes regímenes, se observa que los ORL atienden un porcentaje de 84.09% de usuarios con capacidad de pago, como son los particulares, los afiliados al régimen contributivo y los usuarios pertenecientes a la medicina prepagada. Es de recordar que la población Colombiana perteneciente a este grupo corresponde al 36% de la población Colombiana.

Ahora bien, en relación al régimen subsidiado y atención en hospitales públicos, se observa que los ORL atienden un 16.87% de usuarios, sin embargo en la población colombiana existe un 49% del total de la población afiliada al régimen subsidiado y un 15%. de la población que no se encuentra aseguradas al SGSSS y que normalmente acuden a los Hospitales públicos..

En cuanto al acceso de la población por grupos de edad, se indagó a los encuestados en qué grupos de edad laboraban, clasificándose en 5 grupos de

edad: Menores de 1 año, de 1 a 14 años, de 15 a 18 años, de 19 a 65 años y mayores de 65 años. La investigación mostró que un 73,5% de los ORL confirman que atienden a todos los grupos de edad y que existen muy pocos especialistas de dedicación exclusiva para la atención de un grupo etareo.

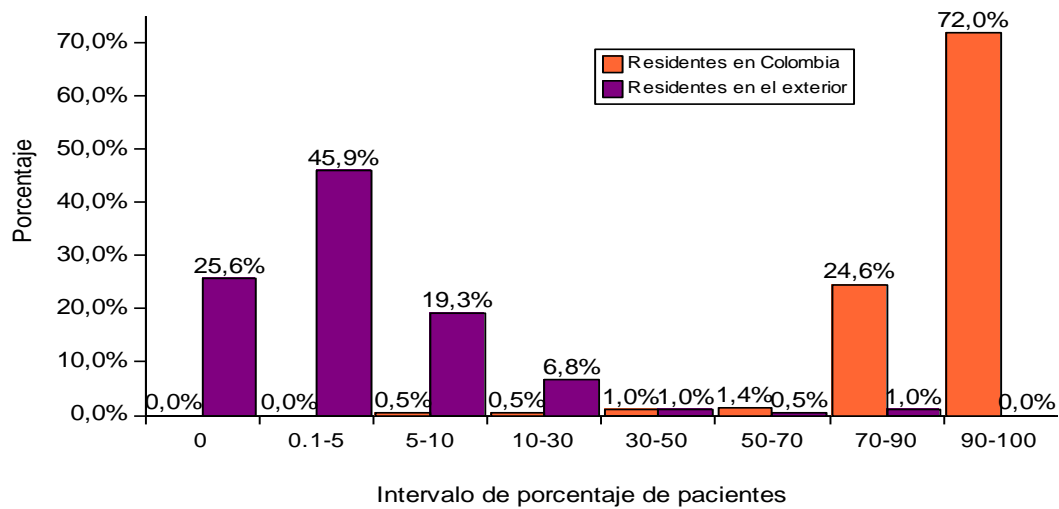
GRÁFICO No 32. NÚMERO DE GRUPOS ETAREOS ATENDIDOS POR ORL. AÑO 2008



También se indagó en la encuesta acerca de la procedencia de los pacientes atendidos nacionales y extranjeros y se encontró que un 96,4% de los usuarios atendidos residen en Colombia. Un 72 % de los ORL que atienden son más del 90% Colombianos y un 24% atiende entre el 70% y 90% de colombianos.

En relación a los pacientes atendidos del extranjero, éstos corresponden al 3,6% del total de usuarios, un 45,9% de los ORL atienden menos del 5% de extranjeros y un 19,3% de ORL atienden hasta un 10% de usuarios extranjeros. Lo anterior confirma la gran posibilidad de ampliar este nicho de mercado para los servicios prestados por IPS o profesionales independientes en su práctica liberal.

GRÁFICO No 33. PROCEDENCIA NACIONAL O EXTRANJERA DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN ORL. AÑO 2008



4. TARIFAS DEL ÁREA DE LA OTORRINOLARINGOLOGÍA

La tendencia nacional actual sobre unificación de manuales de tarifas, favorece la actualización del manual de de tarifas de ACORL, esto con el fin de que este instrumento permita establecer relaciones con los manuales de tarifas existentes.

Para lo anterior, se requiere que el medio de referencia tenga las mismas formas de organización y nombres que los manuales actuales del mercado tienen establecidos, esto facilitaría por una parte, las negociaciones de los profesionales con los aseguradores o con las IPS, o cualquier otro agente del mercado.

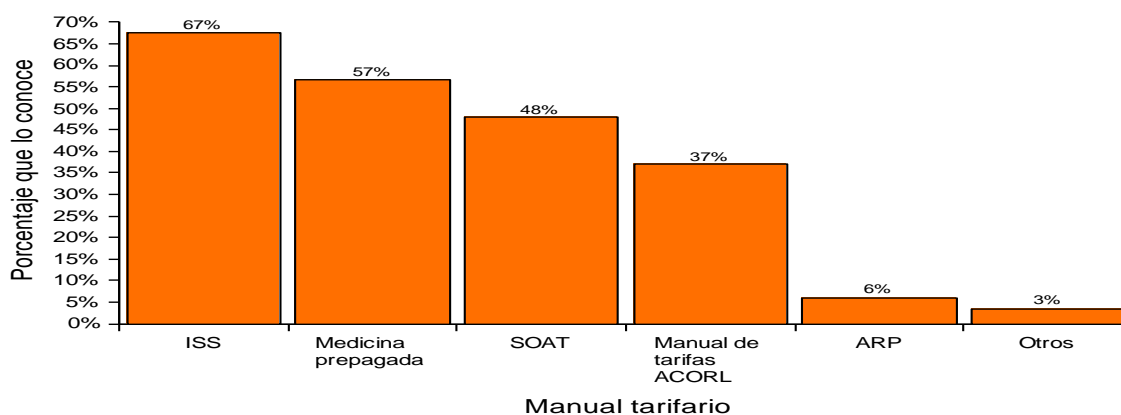
Es de anotar que el Manual de Tarifas de ACORL, se ha establecido dentro de los ORL como referencia de precios, lo importante ahora es participar en la construcción del Manual único tarifario y ampliar su uso a mercados diferentes al de la consulta particular, esto garantiza un mejor servicio en las áreas otorrinolaringología, cirugía de cabeza y cuello, maxilofacial y estética facial y

cirugía plástica facial a la población colombiana en general, porque corresponde a los valores que garantizan la calidad de la prestación de los mismo, costos que los aseguradores e IPS existentes en el País deben conocer y asumir.

Cuando se les preguntó a los ORL. ¿Cuál de los siguientes manuales tarifarios conoce? ISS, SOAT, manual de tarifas ACORL, medicina prepagada, ARP y qué otros. Se obtuvo las siguientes respuestas:

Que la más conocida es la tarifa del Instituto de los Seguros Sociales-ISS con un 67%, las tarifas de la medicina prepagada con un 57%, las tarifas del Seguro Obligatorio de Accidentes de tránsito-SOAT con un 48%, el Manual Tarifario de ORL con un 37%, las tarifas de las administradoras de riesgo profesional ARP son menos conocidas por los ORL.

GRÁFICO No 34. CONOCIMIENTO DE LOS ORL SOBRE LOS MANUALES TARIFARIOS AÑO 2008

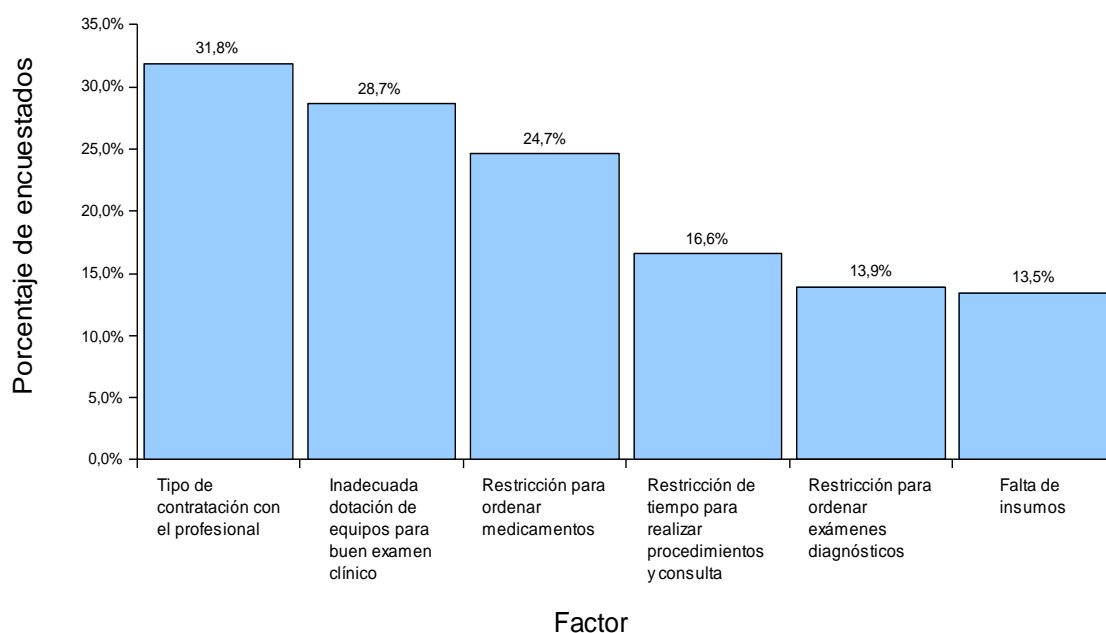


5. CALIDAD EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ORL

Al indagar a los encuestados sobre los factores que más afectan la atención con calidad en la prestación de servicios, los ORL, consideran en un 33,8% el factor más relevante es el tipo de contratación que se realiza con los profesionales, un 28,7% considera que es la inadecuada dotación de equipos para buen examen clínico, un 24,7% considera que es la restricción para

ordenar medicamentos, un 16,6% consideró que la calidad se afecta por la restricción de tiempo para realizar procedimientos y consulta, un 13,9% por la restricción para ordenar exámenes diagnósticos y un 13,5% considera que se afecta por la falta de insumos.

GRÁFICO No 35. FACTORES QUE AFECTAN LA CALIDAD EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE OTORRINOLARINGOLOGÍA. AÑO 2008



6. TENDENCIAS ENTORNO ECONÓMICO DE LOS SERVICIOS DE SALUD DE LA ORL

- Durante la última década ha existido cambios en la prestación de servicios, se pasó de un esquema de atención particular a un esquema de atención por seguros. Hoy, hay un sistema mixto que va incursionando cada vez más en la universalización de los seguros.
- Se prevé en el futuro cambios desde el aspecto de la forma, en términos de cómo ofrecerán los servicios los aseguradores y los prestadores de salud y la forma cómo los usuarios demandarán los servicios, todos enfocados en la exigencia de los estándares de calidad, los mínimos como los establecidos por la ley, y los máximos que permitan la diferenciación en el mercado.

- Las implicaciones de la Sentencia T-760 del 2008 que ordena la universalización del aseguramiento, igualando los planes de atención del régimen contributivo y subsidiado, así como la redefinición del Plan Obligatorio de Salud ocasionarán una amplia discusión acerca del financiamiento y los costos de la unidad de pago por capitación. En este contexto, es importante determinar si los recursos financieros son suficientes para lograr este objetivo y prestar los servicios con calidad.

- Se podría esperar un aumento en apertura de consultorios tanto en IPS, como integración vertical en las EPS, de tal forma que puedan realizar la ORL básica y ofertar los servicios no POS como implantes y procedimientos estéticos, esto en relación a los servicios particulares. Sin embargo, las exigencias de habilitación y el aumento actual de la demanda de servicios por una mayor número de personas aseguradas, exige unidades especializadas que puedan atender grandes volúmenes. Desde esta perspectiva, las tendencias actuales del mercado mostrarán fusiones, consolidación de grupos empresariales que puedan competir en la prestación de servicios de ORL a los precios de mercado.

- En Colombia, estaría caracterizado por la universalización del aseguramiento en salud, de tal forma que los servicios de salud de ORL, financiados por la entidad territorial para la población pobre no asegurada, cada vez serán menores no así los procedimientos incluidos en el POS que seguirán a cargo de la UPC otorgadas a las aseguradoras.

- Los ORL deben prestar los servicios con más calidad y calidez logrando la satisfacción del usuario. La atención debe ser integral y se le debe aclarar al usuario el diagnóstico y el tratamiento, situación que en la actualidad se dificulta por los trámites a realizar para el cobro de los servicios a los aseguradores.

- Los usuarios estarán más informados de los servicios por el avance en la informática, lo cual le permitirá elegir los servicios que ofrezcan mayor calidad.
- Un servicio adecuado de ORL requiere que el médico general esté capacitado para manejar todas las infecciones y procesos agudos, y que los especialistas dominen las siete (7) áreas de la ORL, y los casos complicados serían remitidos sub especialistas.
- La globalización, la informática, el turismo médico y los diferenciales de costos de atención en servicios como los implantes y procedimientos estéticos, generan las posibilidades de desarrollar nuevos y dinámicos mercados de exportación de servicios de salud tanto en la práctica privada de IPS como de los profesionales independientes. Por la creciente demanda y la potencialidad que representa esta actividad deben formalizarse estas actividades, como un mecanismo de protección legal para que los pacientes reciban una atención adecuada y los profesionales ejerzan los criterios técnicos y éticos pertinentes.
- La profesión y los gremios del sector deberán participar en la definición de actividades o procedimientos de ORL dentro de los Planes de Beneficio, y de inversión de la UPC para la prestación de servicios de ORL, dado que son variables esenciales para definir la absorción de de profesionales en las IPS que ofertan servicios al sistema de seguridad social en salud.
- Existirá un mayor protagonismo de las entidades promotoras de salud, como agrupadoras de grandes grupos de población para la adquisición de servicios de salud, la regulación de tarifas y la oferta de servicios de ORL.
- La tendencias actuales de contratación por parte de las EPS e IPS de contratar a un número menor de proveedores de servicios, es una

- oportunidad para que los ORL conformen sus propias organizaciones, realicen alianzas estratégicas o establezcan las alternativas que sean óptimas para satisfacer las necesidades del mercado. La ACORL como organización puede facilitar los procesos asociativos requeridos y velar por la regulación para que no persistan mecanismos de competencia desleal como el bajar precios, minimizando costos de producción por adquisición de insumos de baja calidad o pago de salarios bajos.
- La tendencia nacional actual sobre unificación de manuales de tarifas, favorece la actualización del manual de tarifas de ACORL, esto con el fin de convertirse en un instrumento que permita establecer relaciones con los manuales de tarifas existentes.

7. CONCLUSIONES DEL ENTORNO ECONÓMICO

- La práctica liberal individual de los servicios de ORL, continuará su lenta y profunda transformación hacia la oferta de grupos de profesionales o asociación de los mismos para disminuir los costos operacionales y los tiempos muertos de una consulta privada altamente competida.
- En momentos de crisis económica, las familias podrían migrar hacia los sistemas de seguridad social en salud, disminuyendo de esta forma el gasto de bolsillo en salud e impactando a los profesionales independientes que ofertan su trabajo en la práctica privada.
- El entorno de los servicios de salud, dentro del sistema de seguridad social se caracteriza por un aumento de los trabajadores vinculados mediante outsourcing, cooperativas de trabajo asociado, la disminución de los trabajadores dependientes, alta rotación de los profesionales, salarios bajos, tarifas definidas por los mecanismos de mercado y posición dominante de las entidades administradoras de planes de beneficios.

- Los Otorrinolaringólogos deberán conocer acerca de sistemas de salud y seguridad social mediados por el aseguramiento universal, frecuencias de uso, siniestralidad esperada, costos, gerencia del servicio y deberán conocer acerca de la contratación en conjuntos de atención, contratos por capacitación, para de esta forma vincularse a la prestación del servicio de la seguridad social.

- En el entorno competitivo y con posibilidades de exportación de servicios de salud, se deberá tener habilidades para realizar operaciones de mercadeo usando las tecnologías de información y comunicación que faciliten los tratamientos en tiempo, espacio con una mayor bioseguridad para el usuario.

- La garantía de los derechos laborales y en general de la protección social de los ORL, tanto en el sector público como privado, deben ser defendidas tanto individual como colectivamente, de la tendencia actual del mercado de disminuir los costos del recurso humano, limitando o suprimiendo los derechos de los trabajadores, utilizando esquemas de contratación que sólo favorecen a los contratantes.

- E Manual de Tarifas de ACORL, se ha establecido dentro de los ORL como referencia de precios, lo importante ahora es participar en la construcción del Manual Único Tarifario y ampliar su uso a mercados diferentes al de la consulta particular.

CAPÍTULO III. ENTORNO TECNOLÓGICO

1. CARACTERÍSTICAS DE LA TECNOLOGÍA RELACIONADA CON LA ORL

En este análisis se considera que los avances a nivel tecnológico se pueden agrupar en tres áreas estratégicas: Biotecnología, medicamentos, terapias celulares y vacunas, cada uno de ellos, afectan de una u otra forma los servicios de atención de la ORL.

En la ORL del área de Biotecnología se evidencia el desarrollo de software, los modelos virtuales, la telemedicina, la consulta y diagnósticos en línea. Existe una proliferación de equipos, para la atención de ORL a disposición de los profesionales; sin embargo éstos no tienen la preparación suficiente de evaluación que les permitan realizar análisis de costo- eficiencia o costo efectividad. Los profesionales realizan la educación continua sobre el tema a través de las mismas casas comerciales relacionadas con la industria de equipos biomédicos.

La adquisición de alta tecnología y de última generación, para muchas instituciones prestadoras de servicio se ha convertido en un mecanismo de diferenciación de producto y competitividad, debido a que los usuarios asimilan la tecnología como una señal de calidad, pero esto ha conllevado al aumento en los costos de la atención, a pesar de la existencia de legislación colombiana para intervenir en el mercado de la tecnología biomédica, no ha sido efectiva por la falta de su socialización y su lenta implementación.

Otro factor a tener en cuenta sobre la tecnología de punta, es el alto costo para un profesional, lo que limita en muchos casos la dotación de los consultorios de privados de los especialistas, afectando así la atención integral de los

servicios que prestan. Igualmente hay que tener en cuenta que si bien existen muchos profesionales que atienden consulta particular generalmente ésta no asciende a más del 20% del total de los usuarios atendidos, lo que indica que tampoco sería rentable la adquisición de tecnología costosa dada la poca demanda del usuario particular.

Lo anterior trae como consecuencia que la adquisición de equipos se realice más por entidades Promotoras de Salud o instituciones prestadoras de servicios de salud.

En cuanto al desarrollo de vacunas biotecnológicas y de síntesis, bioinformática, desarrollo de medicamentos y desarrollo de métodos diagnósticos basados en biotecnología, se evidencia avances significativos en su desarrollo que cada día estarán más inmersos en la ORL.

Existen igualmente avances en las tecnologías de ingeniería genética y terapias celulares sin manipulación genética, aunque se tiene un cúmulo de conocimientos, no se cuenta con el capital necesario para desarrollarlas. En cuanto a la tecnología informática, el avance ha sido progresivo y notorio su desarrollo en tanto que se ha dado respuesta a la implementación del sistema de aseguramiento en el país.

Existe una inversión considerable de los diversos actores del sistema, en la adquisición de software bajo plataformas tecnológicas sofisticadas que dan respuesta al sistema de información que el entorno exige, para lo cual el personal de salud ha venido realizando un aprendizaje a partir de la metodología ensayo-error en casos como: sistematización de historias clínicas, sistemas de costos, registros de actividades y procedimientos (RIPS-CUPS), comprobador de derechos, entre otros.

En las entidades de salud donde laboraban los profesionales se ha venido implementando una serie de herramientas tecnológicas como las citas

telefónicas, los sistemas de información para la atención asistencial, el sistema de facturación, los sistemas de costos, los comprobadores de derechos, herramientas con las cuales los profesionales han tenido que familiarizarse y auto capacitarse.

En síntesis existe una exigencia del mercado laboral de vincular profesionales competentes en los adelantos tecnológicos de la informática y la comunicación.

El desarrollo tecnológico está condicionado también por los cambios en el mercado laboral, pues no sólo el modelo de aseguramiento lo afecta sino elementos culturales de sociedades de consumo, como es el caso de los denominados como “la medicina del deseo” “antropoplastia”, la cual es difundida ampliamente en programas de televisión, en donde en corto tiempo se realizan transformaciones radicales a las personas, la ORL no es ajena a ella por cuanto realiza procedimientos de estética.

Esta atención en salud, medicina del deseo o de la conveniencia en donde tiene una mayor valoración la estética que los fines terapéuticos, impulsan en la actualidad la matrícula universitaria a programas de especializaciones que generan expectativas de éxito profesional y económico a las familias de los futuros profesionales.

2. TENDENCIAS DEL ENTORNO TECNOLÓGICO

- La utilización de tecnología de la información permitirá cada vez más la gestión del servicio, se facilitará el seguimiento, monitoreo, evaluación y control de la prestación de servicios de ORL; permitiendo en un futuro la evaluación del impacto en la población atendida.

- Se estimulará la investigación aplicada y se incentivará el diálogo entre lo singular y lo general, lo local y lo universal para insertarse en la sociedad del conocimiento, deberá favorecer la investigación y adecuación sociocultural de los servicios de salud y las percepciones de

la población frente a la atención de ORL.

- Existirá un impulso a la utilización de tecnologías de la información y comunicación como, sistematización de la historia clínica, asignación de citas telefónicas, registro de actividades y procedimientos RIPS-CUPS y adopción de nuevas tecnologías como el láser, imágenes digitales, implantes, entre otras.
- Con relación al instrumental y equipos de ORL, la innovación está relacionada con el diseño de instrumental que brinde comodidad y disminuya el cansancio del operador, así como la innovación en imágenes y la realización de mejoras en los sistemas de bioseguridad para alcanzar los más altos estándares de calidad y seguridad para el usuario.
- El alto costo de la tecnología de punta y su acelerado desarrollo, como en el caso de implantes, endoscopias, elementos maxilofaciales y estéticos, imposibilitan su adquisición por parte de un profesional, conduciéndolo a agruparse con otros profesionales para realizar alianzas estratégicas que le permitan competir en el mercado y estar a la vanguardia de las exigencias tecnológicas que el mercado requiere.
- En la práctica privada se debe adquirir los avances de la tecnología básica en cada consultorio, pues ésta se da a través de microscopia que permite la realización de diagnósticos veraces e indiscutibles.
- La demanda de la población ante las necesidades de tratamientos estéticos e implantes, servirá de estímulo para la adquisición de última tecnología
- La ACORL podría convertirse en una zona franca para importar instrumental y equipos para sus asociados.

3. CONCLUSIONES DEL ENTORNO TECNOLÓGICO

- Con los avances en la tecnología biomédica de informática y comunicación, las facultades deberán adquirir dichos equipos y software e incluirlos en los procesos de formación de tal manera que las nuevas generaciones de ORL tengan las habilidades y destrezas que el entorno laboral le exige.
- Se hace indispensable avanzar en la tecnología blanda en temas como la investigación aplicada sobre temas como: Modelos de atención, gestión y prestación de servicios de salud, sistemas de información, financiación de servicios, mercadeo de servicios de salud de ORL, conocimientos actitudes y prácticas, estructuras de demanda en diferentes grupos poblacionales entre otros temas.
- Dada la demanda de tratamientos estéticos, la posible exportación de servicios y la necesidad de acreditar los servicios exportables, se hace apremiante por parte de los ORL, mejorar la adquisición de tecnología tanto para realizar los tratamientos como para garantizar los más altos estándares de bioseguridad a los usuarios.
- Las tecnologías utilizadas para el mejoramiento de la ORL, en especial lo relacionado con la estética, requieren del profesional, una gran formación ética para que su adopción no vulnere el principio de no hacer daño.
- La ACORL lograría un desarrollo profesional y disciplinar al incursionar en el tema de capacitación y actualización de herramientas de informática y comunicación, así como mediador en la importación de instrumental y equipos para sus asociados
- La actualización en tecnología de punta obliga por sus costos a los profesionales a realizar alianzas estratégicas con sus colegas,

asociaciones, entidades promotoras de salud o entidades prestadoras de servicios.

CAPÍTULO IV ENTORNO OCUPACIONAL

1. CARACTERÍSTICAS Y EVOLUCIÓN DEL MAPA OCUPACIONAL EN EL ÁREA DE LA ORL

Un referente para conocer algunas características de los ORL, fueron los resultados obtenidos en la encuesta realizada, en la cual se observó que un 61,5% de los especialistas corresponden al sexo masculino y un 38,5% al sexo femenino. Ver Gráfico No. 36. Si bien esta especialidad ha sido ejercida en mayor proporción por el sexo masculino, la tendencia muestra que en un futuro será de predominancia femenina como lo demuestra el gráfico No. 37, que describe la relación de la variable sexo y el año de egresado del especialista y deja ver cómo los próximos egresados a graduarse se encuentran en un porcentaje de 4,2% de mujeres y un 2,8% de hombres.

GRÁFICO No 36. PORCENTAJE DE OTORRINOLARINGÓLOGOS SEGÚN SEXO. AÑO 2008

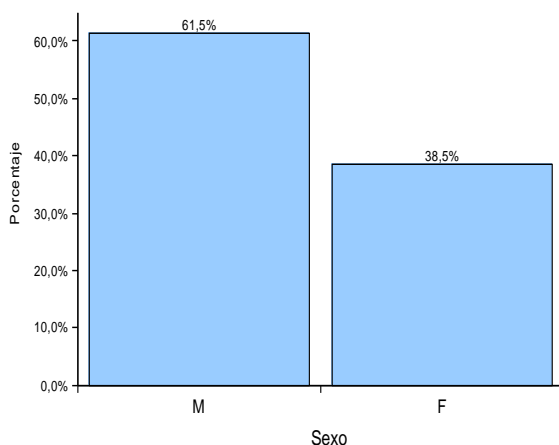
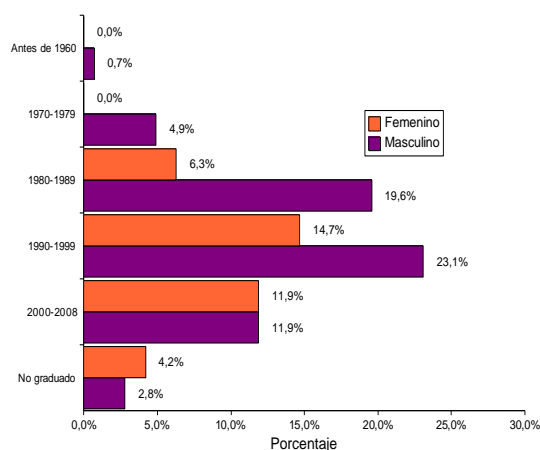


GRÁFICO No 37. COMPARACIÓN DE OTORRINOLARINGÓLOGOS SEGÚN AÑO DE GRADUACIÓN Y SEXO. AÑO 2008



En relación a la procedencia de los encuestados, se observó que un 75% de ellos se encuentran ubicados en las grandes ciudades como Bogotá, Cali,

Medellín, Cartagena y Barrquilla, estos datos pueden ser referentes para establecer la inequidad en la distribución del recurso humano en el territorio nacional, como se demuestra también en los informes de habilitación de servicios de ORL en el país, que si bien existen servicios de ORL en todos los departamentos del país no hay una distribución equitativa de los mismos.

En cuanto al tipo de institución donde laboran los ORL, se observa que solamente un 28,5% de los especialistas trabajan en una sola entidad, un 60,8% prestan sus servicios en dos o tres entidades y unos pocos laboran en más de tres entidades; esto confirma lo que se viene presentando en todos los profesionales de la salud que es el fenómeno del *multiempleo*, que ha venido presentándose como un mecanismo de los profesionales para obtener mejores ingresos por sus servicios, como puede verse en los gráficos a continuación.

GRÁFICO No 38. NÚMERO DE INSTITUCIONES DONDE LABORAL LOS ORL. AÑO 2008

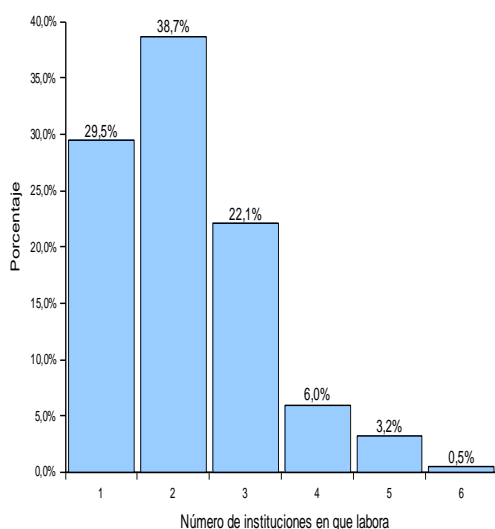
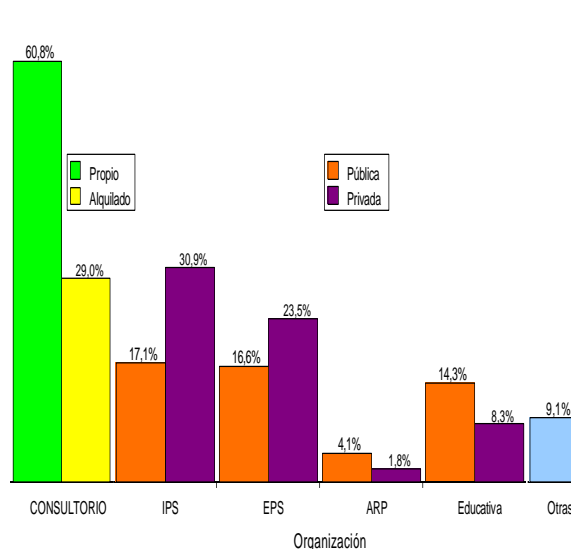


GRÁFICO No 39. PORCENTAJE DE ORL QUE LABORAN SEGÚN INSTITUCIÓN. AÑO 2008



Casi un 90% de los ORL, atienden pacientes particulares, pero en su mayoría este nicho de mercado no supera el 20% de los usuarios atendidos por el profesional. Un 48% de ORL, laboran en IPS, aunque las EPS tienen una función de administradoras del riesgo, llama la atención que un 40,1% de los ORL laboren en ellas, un 22,6% labora en el sector educativo y sólo un 5,9% trabajan en Administradoras de Riesgos Profesionales-ARP.

2. TIPO DE COMPETENCIAS LABORALES O PERFIL OCUPACIONAL DEL ORL

En relación al tiempo que los ORL dedican a una función o actividad, se encontró que un 54% de los encuestados confirman que se dedican a una sola actividad y un 37,2% a dos actividades, es decir que podrían estar realizando actividades de prestación de servicios asistenciales de la ORL, actividades de docencia o actividades administrativas. A continuación los Gráficos No. 29 y 30 dan cuenta de las actividades que realizan los profesionales.

GRÁFICO No 40. NÚMERO DE ÁREAS DE ACTIVIDADES REALIZADAS POR ORL AÑO 2008

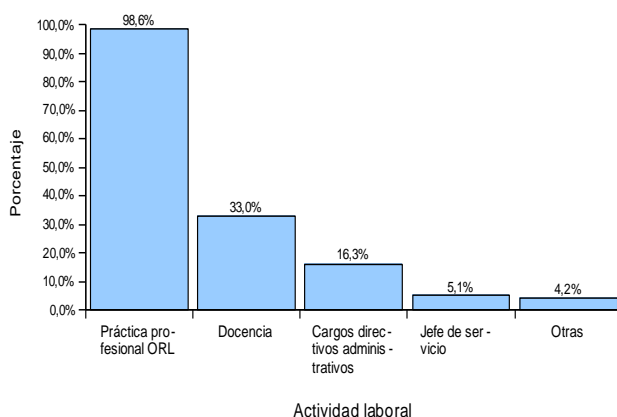
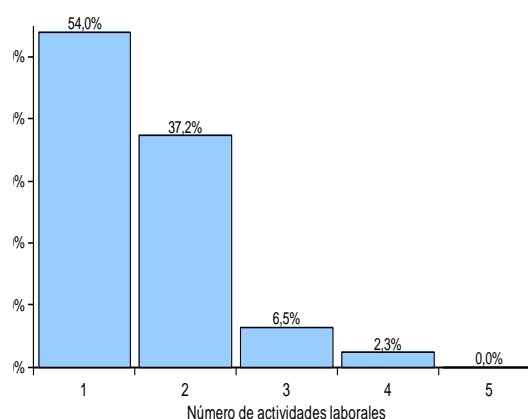
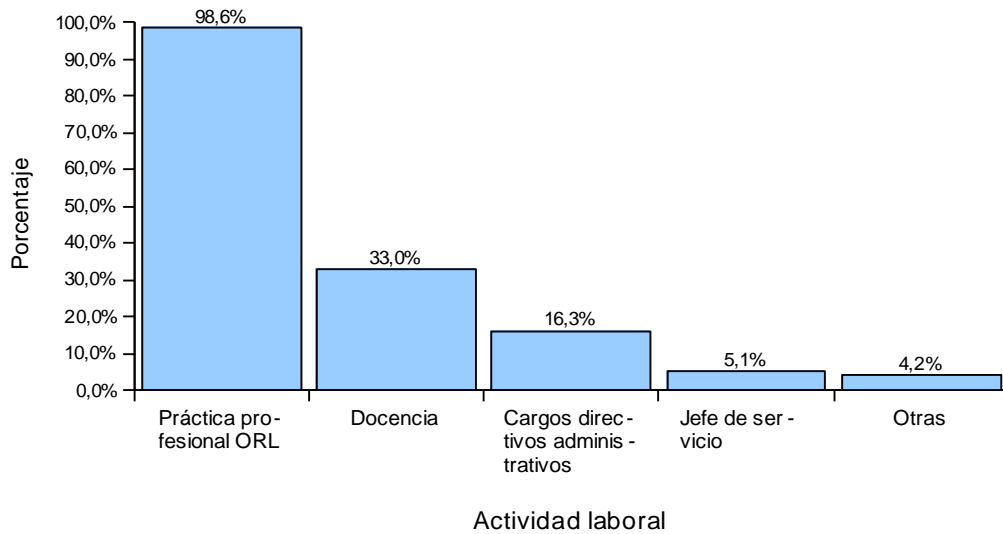


GRÁFICO No 41. PORCENTAJE DE ORL QUE LABORAN SEGÚN ÁREAS DE ACTIVIDAD AÑO 2008



El 98,6% de los ORL se dedican a actividades de prestación de servicios asistenciales de la especialidad, un 33,0% se ocupa en actividades propias de la docencia y la enseñanza y un 21,4% se ocupan en cargos administrativos. El siguiente Gráfico, muestra estas relaciones de ocupación de los profesionales.

GRÁFICO NO 42. PORCENTAJE DEL TIEMPO LABORADO POR LOS ORL SEGÚN ACTIVIDADES. AÑO 2008



3. POLÍTICAS DE ADMINISTRACIÓN DEL PERSONAL EN LOS SERVICIOS DE ORL

3.1. SELECCIÓN DE PERSONAL EN LOS SERVICIOS DE ORL

Los criterios para la selección del personal en los servicios de ORL, está determinado por la formación académica, los proveedores de servicios como EPS e IPS que cada vez se hacen más estrictos en no reemplazar un especialista por un médico general. Al indagar a algunos directivos, señalan que además de la formación académica buscan personal que tenga una actitud y aptitud para prestar servicios con calidad y realizar trabajo en equipo.

3.2. VINCUALCIÓN LABORAL

El mercado de servicios de salud en Colombia, incluye los mercados de prestación de servicios de salud y de los seguros de salud, los cuales se caracterizan por tener una serie de fallas que los hace altamente imperfectos, como por ejemplo la asimetría de la información entre los agentes. Por una

parte, los que ofrecen los servicios (aseguradores, IPS y profesionales) tienen un conocimiento pleno y los asegurados (usuarios del sistema o pacientes) usualmente desconocen las características del servicio que requieren, generando que de alguna forma existan conflictos de interés entre los agentes los oferentes.

Por una parte, el oferente de servicios de salud tiene la información necesaria y suficiente sobre el servicio que requiere el demandante (asegurado o los pacientes), lo que genera una situación particular, finalmente decide en parte sobre la demanda de los servicios que presta, porque tiene toda la información sobre la condición del demandante de servicios, para mejorar esas fallas, se acude a la autorregulación, establecida en los códigos éticos, ante la tendencia mundial del aumento de costos de los servicios de salud, aparecen los aseguradores como figura que garantiza el acceso a los servicios de salud, pero estas instituciones a su vez tienen la función de controlar el riesgo y atender siniestros al menor costo.

En este sentido, a partir de la década de los noventa, la práctica médica, enfrenta nuevas condiciones en la negociación e inserción al mercado laboral⁴, que hasta el momento tenía un mayor margen de control de precios y tarifas por los servicios prestados, puesto que la mayor parte de la población no estaba en el sistema de salud, pues éste solo cubría un 22% en 1997, dejando un mayor margen de mercado y autonomía a los profesionales médicos, sobre todo a los especialistas, para fijar sus precios de manera directa con los pacientes, sin ninguna intermediación.

Para el 2007, los aseguradores o EPS, cubren el 87,91 % de la población nacional⁵, y por tanto son quienes tienen el control y el poder de negociación,

⁴ Para los médicos independientes, “los pagos directos provenientes de sus pacientes particulares, se han reducido porque éstos han sido asumidos poco a poco por el sistema y sólo se mantienen los segmentos de población con alta capacidad de pago.” “en general el mercado de los servicios de salud privados se ha contraído; hay un mercado en expansión para los médicos generales y para aquellos que son pagados por terceros. Los médicos especialistas que dominaban el anterior mercado muy seguramente han visto disminuir tanto sus ingresos como las condiciones y oportunidades de empleo.” (Fundación Corona, 2001)

⁵ Seguimiento al sector salud en Colombia. <http://www.asivamosensalud.org>

frente a la “debilidad, dispersión, falta de iniciativa y preparación gerencial del gremio médico para competir con los aseguradores” (Fundación Corona, 2001).

Ahora bien, antes de las reformas, los médicos, prestaban sus servicios como asalariados o como profesionales independientes. Como asalariados, en hospitales públicos o privados. Este tipo de vinculación se ejercía más entre los médicos generales para quienes era una forma de tener estabilidad y seguridad en sus ingresos y prestaciones sociales, mientras que para los médicos especialistas, era más atractivo vincularse por contrato de tiempo parcial y dedicar el resto de tiempo a la atención particular, que les reportaba ingresos más altos.

Como médicos independientes, en su mayoría especialistas, trabajaban en la modalidad de pago por actividad realizada. Cuando el pago, provenía directamente del paciente, los médicos fijaban sus tarifas en forma individual; dependiendo del prestigio del médico y la capacidad económica del usuario. Cuando, provenía de un tercero, empresa prestadora de servicios o una aseguradora, se negociaban tarifas con base en los acuerdos con las sociedades científicas y de ciertas prebendas, como el obtener exclusividad con el pagador.

A medida que aumentaba el número de especialistas, la oferta de profesionales especializados, empezó a concentrarse en las grandes ciudades de mayor demanda, y la inequidad en la distribución de las oportunidades de empleo y de ingresos, afectó también al gremio de los especialistas, lo que generó una situación de competencia, en muchos casos desleal, y el quiebre de tarifas, circunstancias que han sido capitalizadas por los aseguradores y prestadores dominantes.

Los aseguradores, han adoptado medidas de racionalización del gasto, entre las que se destacan “las contrataciones institucionales por volúmenes y tarifas fijas y las formas de riesgo compartido, como son las modalidades de paquetes o capitación. La contratación individual, el pago por servicios prestados y la

fijación unilateral de las tarifas por parte de los gremios médicos, constituyen mecanismos que cada vez son menos infrecuentes y enfrentan serias dificultades” (Fundación Corona, 2001)

Con la redefinición de las instituciones prestadoras de servicios, la demanda para contratar médicos generales que atiendan el primer nivel de atención es mayor, puesto que los médicos generales, constituyen el filtro obligado de todo paciente, y las entidades prestadoras realizan un mayor control sobre el uso de los recursos especializados.

De otra parte, la demanda de servicios para los médicos independientes se ha reducido sólo al segmento de población con alta capacidad de pago, puesto que la mayoría de pacientes han sido asumidos poco a poco por el sistema, conllevando a una reducción de la demanda por servicios especializados de médicos particulares, deteriorando por ende, su capacidad de negociación de contratación servicios y de tarifas.

Acorl⁶, realizó un estudio en el 2003 sobre la situación laboral, seguridad social y situación académica sus asociados el cual reportaba que el 98% de los asociados se encontraban laboralmente activos, trabajando como independiente el 36%; empleados, 4% y ambos el 60%. A continuación se presentan las Gráficas 43 y 44 que dan cuenta de este comportamiento.

⁶ Acorl, realizó un estudio en el 2003 sobre la situación laboral, seguridad social y situación académica sus asociados que para ese momento ascendían a 421, de los cuales 356 es decir el 85% participaron en el estudio.

GRÁFICO No 43. ASOCIADOS DE ACORL LABORALMENTE ACTIVOS. AÑO 2003

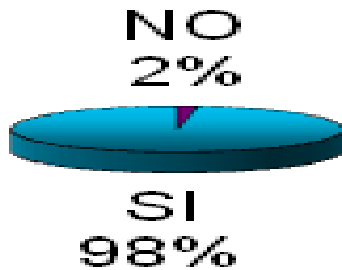
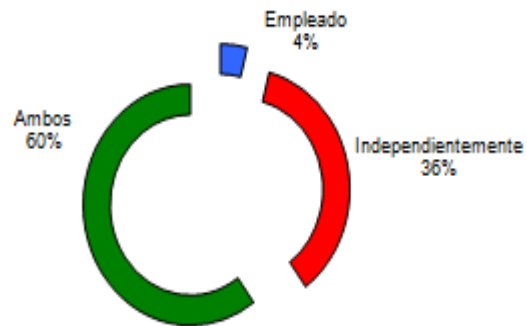


GRÁFICO No 44. TIPO DE TRABAJO QUE DESEMPEÑAN LOS ASOCIADOS DE ACORL AÑO 2003



Fuente: ACORL. Estudio situación laboral, seguridad social y situación académica de Asociados ACORL. 2003

Desempeñando sus labores en entidad pública, el 34%, privada 28% y ambas 38%, el 71% de los asociados ACORL se dedican a la profesión exclusivamente, profesión y docencia el 10%, profesión y actividades administrativas el 8% y otras actividades el 7%.

GRÁFICO No 45. TIPO DE ENTIDAD DONDE SE DESEMPEÑAN LOS ASOCIADOS ACORL AÑO 2003

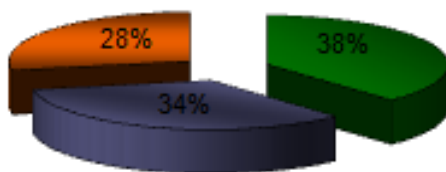
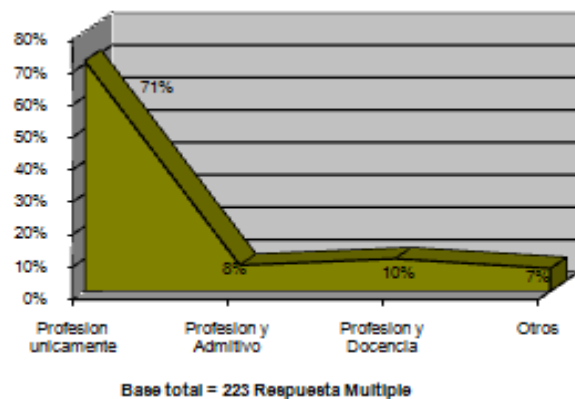


GRÁFICO No 46. TIPO DE ACTIVIDADES QUE DESEMPEÑAN LOS ASOCIADOS DE ACORL. AÑO 2003



Fuente: ACORL. Estudio situación laboral, seguridad social y situación académica de Asociados ACORL. 2003

El 97% de los asociados ACORL, trabajan en consultorio particular y el 47% lo hace por honorarios; con nombramiento en entidad oficial, el 17%; contrato civil, 5%; capacitación, 4%; contrato a término fijo, 9%; y contrato a término indefinido 15%.

GRÁFICO No 47. ASOCIADOS ACORL QUE TRABAJAN EN CONSULTORIO PARTICULAR AÑO 2003

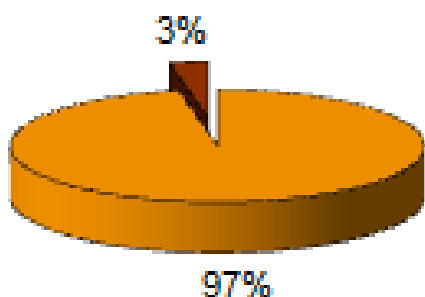
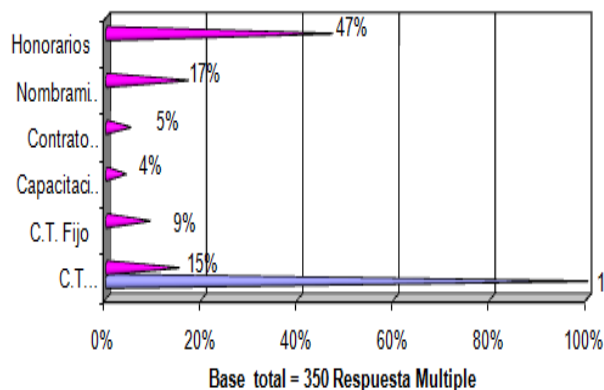


GRÁFICO No 48. TIPO DE ACTIVIDADES QUE DESEMPEÑAN LOS ASOCIADOS DE ACORL AÑO 2003



Fuente: ACORL. Estudio situación laboral, seguridad social y situación académica de Asociados ACORL. 2003

Un 55,0% de los especialistas trabajan por cuenta propia en la consulta particular; un 47,4% de los especialistas han formalizado contratos laborales en forma directa y un 16,2% han realizado contrato laboral con cooperativas de trabajo asociado o agencias temporales de empleo como lo demuestra la Gráfica No. 49.

En relación a la vinculación laboral de los ORL, si bien un 61,1% no tiene sino una sola forma de vinculación, existen profesionales que por su *multiempleo* también se ven enfrentados a mas de una forma de vinculación. Es así como un 31,5% de los especialistas tienen dos formas diferentes de vinculación laboral y un 7,1% presentan tres formas diferentes de contrato laboral así lo demuestra la Gráfica No. 50.

GRÁFICO No 49.
COMPORTAMIENTO DE LOS ORL
SEGÚN TIPO DE VINCULACIÓN
LABORAL
AÑO 2008

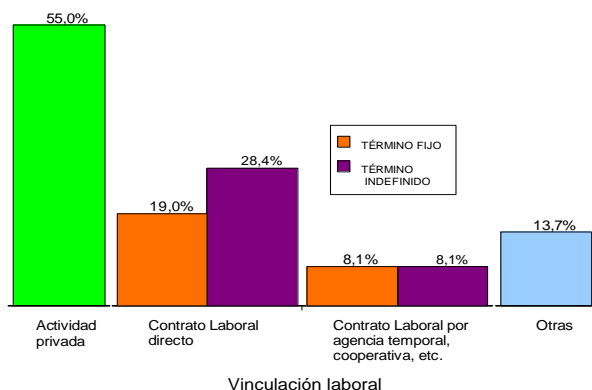
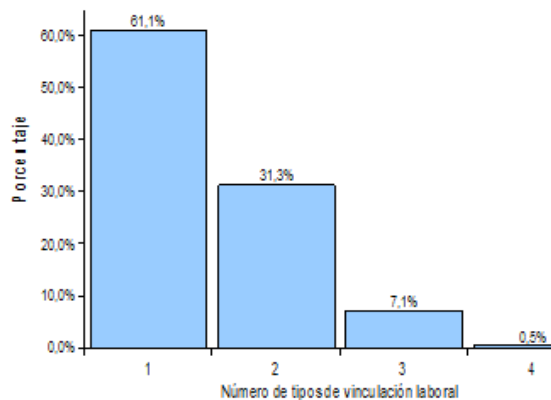


GRÁFICO No 50. COMPORTAMIENTO
DE LOS ORL SEGÚN NÚMERO DE
VINCULACIÓN LABORAL
AÑO 2008



En relación con la situación de seguridad social de los asociados ACORL, se encontró que 55% tenían vinculación con ARP; el 89% con EPS; 52% con Medicina prepagada, a fondo de pensiones, el 67%; a Cajas Compensación Familiar, un 41%; a Póliza Responsabilidad Civil, 23%; FEPASDE, 35%; ambas 30% y ninguna 10%.

El 39% de los asociados ACORL trabaja entre 7 y 9 horas diarias, el 29% entre 10 y 12 horas diarias, el 17% entre 4 y 6 horas diarias. En relación a la proporción del tiempo que dedican a la profesión se encontró que, del 76 al 10% del tiempo, el 44% de los asociados; del 51 al 75% del tiempo, el 34% de los asociados; entre el 26 y el 50% del tiempo, el 17% de los asociados y menos del 25% del tiempo, el 5% de los asociados.

Al 2003, el 68% de los asociados ACORL recibían ingresos exclusivamente por el ejercicio de la profesión, un porcentaje similar, el 61% de los asociados consideraba que se podía vivir de la profesión exclusivamente.

El tipo de contratos que se describen anteriormente, demuestran cómo se han aplicado las normas de flexibilización laboral definidas en la Ley 50 de 1990, ya que el 47,4% de los ORL labora mediante contratos de prestación de servicios, en donde el salario es “integral”. Este tipo de contrato ocasiona para el profesional detrimento en sus ingresos, ya que a la suma pactada se le descuenta el 10% de retención en la fuente y 1% del ICA.

Además, de acuerdo al monto del contrato, se deben suscribir pólizas de cumplimiento y pagar la publicación del contrato; el trabajador debe asumir la totalidad de la cotización de la seguridad social, por el 40% del valor mensual del contrato para los riesgos de salud y pensiones, lo que indica un deterioro en su pensión de vejez, además de realizar su afiliación individual a Riesgos Profesionales, el cual es de gran dificultad obtenerlo.

Una situación más preocupante aún es la vinculación a través de Cooperativas de Trabajo Asociado, en las que los asociados no perciben un salario, sino una compensación por sus servicios, agravando de esta manera la deslaboralización del mundo del trabajo, individualizando las relaciones de los nuevos trabajadores con las instituciones prestadoras de servicios de salud. Este tipo de contratación forma parte del proceso de tercerización⁷ o subcontratación de servicios. Estas nuevas formas de contratación laboral reflejan dos elementos centrales de la nueva realidad laboral de los profesionales de la ORL: proletarización⁸ y precarización⁹ del empleo.

El objeto del cooperativismo se pierde en las Cooperativas de Trabajo Asociado, pues éstas se comportan como un intermediario más, dentro de la cadena de intermediación del sector salud. Se conoce que estas cooperativas

⁷ Tercerización, Outsourcing: Es la acción de acudir a una agencia exterior para operar una función que anteriormente se realizaba dentro de la compañía, la cual en definitiva contrata un servicio o producto final sin que tenga responsabilidad alguna en la administración o manejo de la prestación del servicio la cual actúa con plena autonomía para atender diversos usuarios. Flexibilización Laboral y Outsourcing. Biblioteca Jurídica DIKE. Primera Edición 1999. pág. 90.

⁸ Proletario: En la definición marxista, el proletariado es la clase social que no tiene propiedad sobre los medios de producción y su única fuente de ingresos es la venta de su fuerza de trabajo.

⁹ Precarización: La flexibilización laboral ocasiona la generación empleos en los cuales no se cuenta con la seguridad social (salud, pensión, riesgos profesionales) cesantía, vacaciones, afiliación a Caja de Compensación Familiar. O en su defecto algunos de estos derechos de los trabajadores son financiados en su totalidad por los mismos trabajadores.

de trabajo asociado no cotizan a la seguridad social sobre la totalidad de la compensación, sino sobre una parte de ella; por lo tanto, en caso de enfermedad general, maternidad, incapacidad total ó permanente o muerte del trabajador cooperado, la prestación económica tanto en salud, pensión y/o riesgos profesionales se ve afectada de manera excesiva.

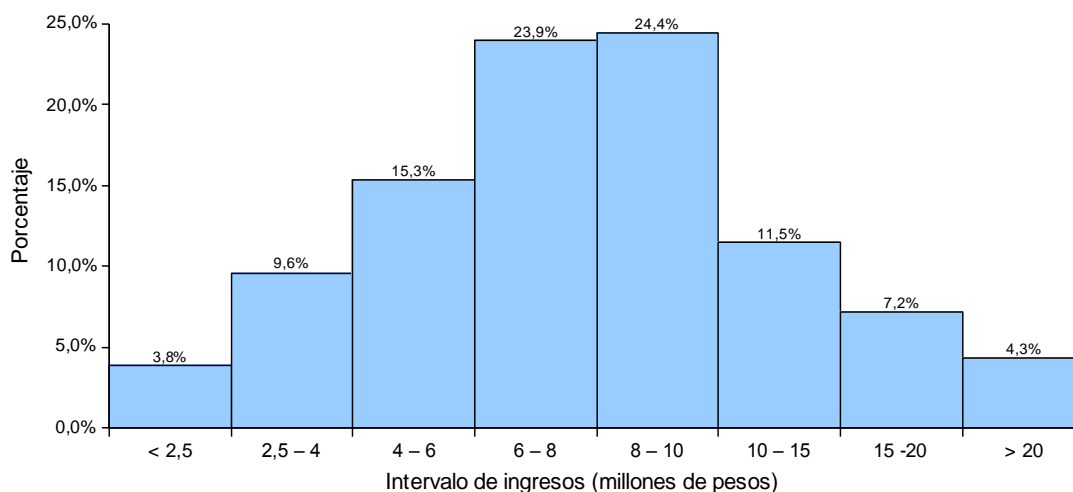
La reciente legislación sobre las cooperativas y pre cooperativas de trabajo asociado obliga a que éstas cancelen los aportes parafiscales al SENA, ICBF, Cajas de Compensación Familiar, sobre la totalidad de la compensación ordinaria y extraordinaria, se prohíbe la intermediación laboral y ordena que los trabajadores deben ser asociados de la Cooperativa, se espera que la implementación normativa solucione las malas prácticas en este tipo de entidades.

3.3. COMPORTAMIENTO DEL INGRESOS DE LOS OTORRINOLARINGÓLOS

En relación a los ingresos la encuesta reporta un amplio intervalo, en donde se encuentra que el 3,8% de los encuestados devenga un ingreso menor de \$ 2.500.000 y en el extremo opuesto el 4.3% de los encuestados devenga un ingreso mayor de \$ 20.000.000.

El 48,34% de los encuestados devengan ingresos que fluctúa entre \$6.000.000 y \$10.000.000 pesos. El 9.6 % de los encuestados están en el rango de ingreso mayor de \$2.500.000 y menor a \$4.000.000. El 15.3% se ubica en el rango de ingresos mayor de \$4.000.000 y menor de \$6.000.000. El 11.5% de los encuestados se ubica en el rango ingresos mayor de \$10.000.000 y menor de \$15.000.000. El 7.2% de los ORL encuestados se ubica en el rango ingresos de mayor de \$15.000.000 y menor de \$20.000.000.

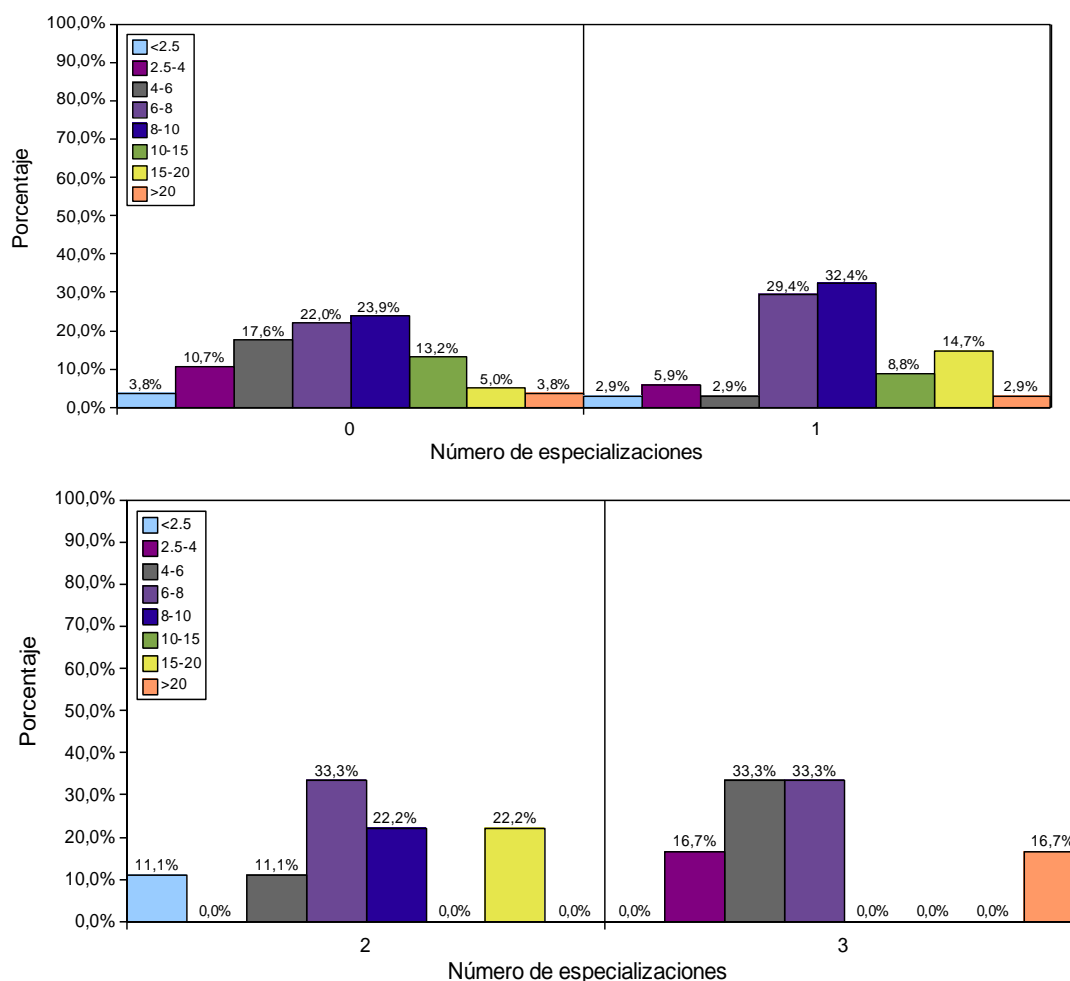
GRÁFICO NO 51. INTERVALO DE INGRESOS DEL OTORRINOLARINGOLO AÑO 2008



No se encuentra ninguna diferencia estadísticamente significativa entre los ingresos percibidos por los ORL según el año de graduación. En términos generales presentan el mismo comportamiento descrito anteriormente, es decir que un gran porcentaje de los especialistas perciben ingresos entre los \$6.000.000 y \$10.000.000 pesos independiente del tiempo que lleve de graduado.

Igualmente, cuando se analiza los ingresos percibidos por los ORL según el número de sub-especializaciones obtenidas, no se encontró una diferencia estadísticamente significativa. Lo anterior indica que la sub-especialización por sí sola no indica un aumento de los ingresos del profesional.

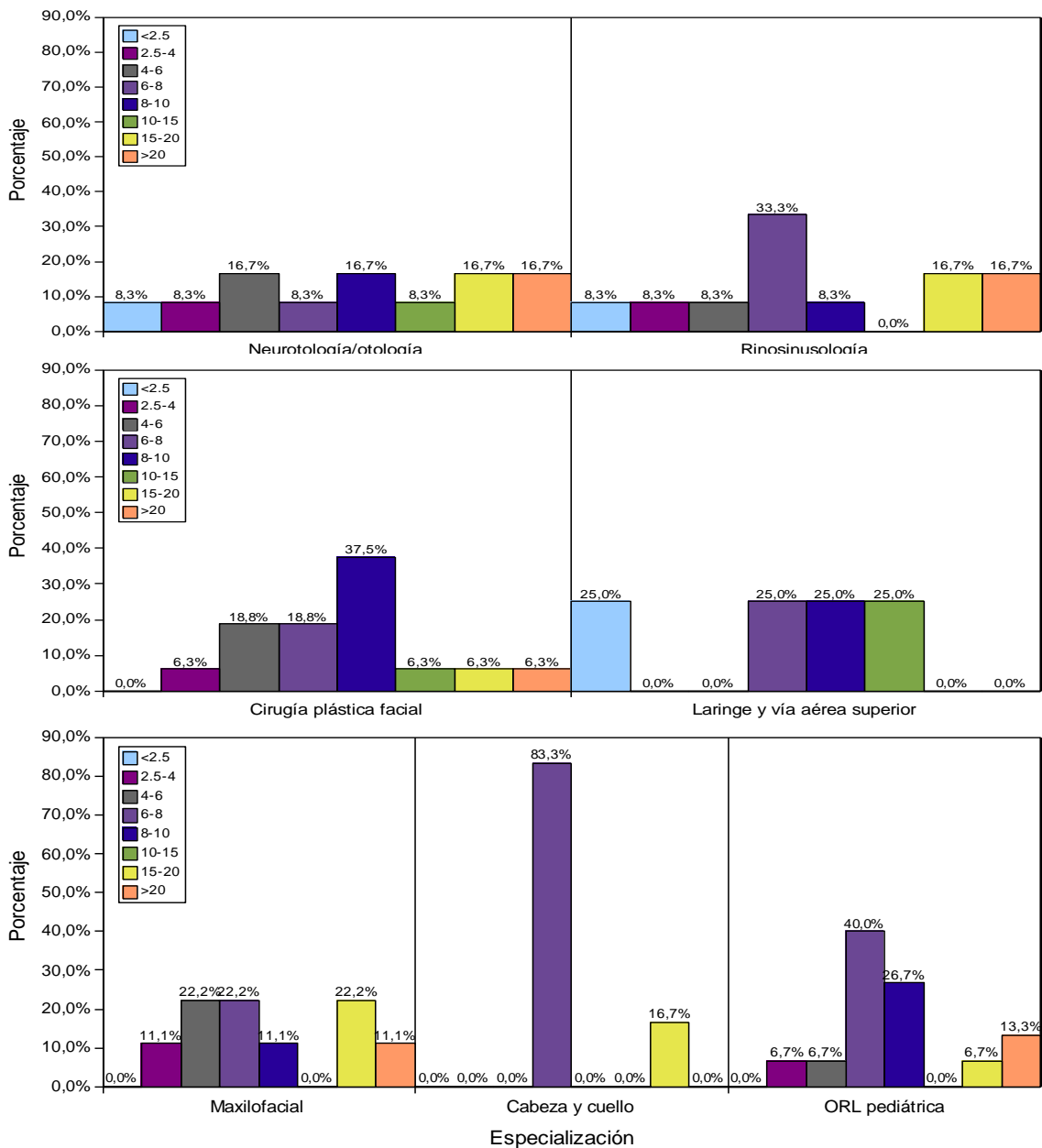
GRÁFICO No 52. INTERVALO DE INGRESOS DEL ORL SEGÚN NUMERO DE SUB-ESPECIALIDADES QUE POSEE AÑO 2008



Al analizar los sub-especialistas que recibían ingresos superiores a \$15.000.000, se encontró que éstos eran percibidos por un 34,4 % de los rinosinólogos, neurotólogos y maxilofaciales, un 21% de ORL pediátricos y un 6,3% de cirujanos plásticos faciales.

Aunque existe la percepción de que los sub-especialistas en cirugía plástica facial tienen el mayor ingreso, se observa que otras sub-especialidades presentan mejores ingresos. Sin embargo, se puede afirmar según los datos suministrados por la encuesta que la cirugía plástica facial supera el promedio de ingresos de los ORL, pues un 37,5% de ellos perciben ingresos superiores a \$10.000.000 de pesos.

GRÁFICO No 53. PORCENTAJE DE PROFESIONALES DENTRO DE CADA SUBESPECIALIZACIÓN SEGÚN DISTRIBUCIÓN POR INTERVALOS DE INGRESOS. AÑO 2008



4. TENDENCIAS DEL ENTORNO OCUPACIONAL

- Los ORL, al igual que los demás profesionales, no cuentan con la posibilidad de tener un salario base, que asegure su protección y estabilidad económica, y salario sobre el cual deben hacer sus pagos a la seguridad social, garantizando su vinculación al sistema de seguridad social y su subsistencia a través de la pensión cuando ya no puedan ejercer sus actividades profesionales.

- Las condiciones de laborales tienden ser flexibles y con remuneraciones bajas, por actividad, hora, o mes, pero con pagos efectivos con un intervalo igual o superior al periodo contratado, por ejemplo se contrata pago de actividades por mes, las cuales se pagarán en un mes o dos meses después.
- La cirugía estética facial seguirá representado una fuente de ingresos extras significativa, sin embargo ya existen aseguradoras que plantean a sus afiliados, formas de financiación y precios preferentes para que realicen dichos procedimientos en su red prestadora.
- Aunque los ingresos de los ORL siguen siendo altos con relación a otras especialidades médicas, es importante que los ORL actúen como gremio para que sus remuneraciones no se vean comprometidas por la tendencia del mercado a la reducción de costos, basada en disminución del valor de los salarios en el tiempo.
- La vinculación laboral a través de cooperativas de trabajo asociado, debe entenderse como una alternativa justa y eficiente tanto para los profesionales como para las aseguradoras y las Instituciones prestadoras de salud. En este sentido, los gremios podrían servir de intermediario entre estas instituciones y los profesionales, regulando entre otras cosas las tarifas de los servicios y la remuneración por la prestación de los mismos.
- Las instituciones requieren profesionales que además de un excelente preparación para el desempeño propio de sus actividades, cuente con características personales como la creatividad, compromiso, atención a al cliente, trabajo en equipo) que asegure una atención que apoye a la institución, y los profesionales además de cumplir con estos requerimientos deben propender por condiciones laborales óptimas tanto para ellos como para sus empleadores, garantizando el acceso a una adecuada prestación

de servicios de salud a la población colombiana.

- La cobertura universal del aseguramiento, obliga a la implementación de estrategias de crecimiento y ajustes de las plantas de personal.
- El entorno ocupacional en el corto plazo se caracterizará por la profundización en las modalidades de contratación por *outsourcing* y la vinculación mediante cooperativas de trabajo asociado.
- Las vinculaciones laborales futuras se caracterizarían por su escasa estabilidad laboral, alta rotación de los trabajadores, salarios o compensaciones bajas y poca capacidad de negociación de los profesionales ante las entidades oligopólicas.
- Se espera contar con un manual de pisos tarifario el cual se convertirá en un mecanismo importante para la regulación de mercado.
- Es complejo el entorno ocupacional para la profesión en los próximos años, debido a las altas tasas de desempleo que se esperan, la falta de coordinación del mercado educativo y el mercado laboral, la baja absorción de profesionales por el sistema de seguridad social, la escasa rectoría del sistema para definir estándares de suficiencia del servicio de salud, la inexistencia de pisos tarifarios y bases mínimas de remuneración para los trabajadores del sector salud.
- Las patologías relacionadas con la ORL, requiere de especialistas capaces de resolver la mayor parte de las necesidades de atención, derivando a niveles superiores el manejo de pacientes con morbilidades complejas que deberán ser atendidas por sub- especialistas.
- El especialista en ORL debe prestar una atención integral en las siete (7) áreas de la disciplina de esta manera será competitivo con las demás áreas del conocimiento.

5. CONCLUSIONES DEL ENTORNO OCUPACIONAL

- Los nuevos egresados de la especialidad de la ORL deberán consultar las necesidades del mercado laboral, tales como la epidemiología, la tecnología biomédica, los sistemas de información, la salud pública, el aseguramiento y administración de los servicios de manera que las competencias adquiridas en la formación universitaria le permitan desempeñarse idóneamente en el mercado.
- Igualmente el especialista debe tener competencias laborales no sólo en la prestación de servicios de salud, sino en las áreas administrativas para que pueda ejercer en el diseño, organización y evaluación de los servicios de ORL.
- Los ORL están concentrados en las grandes ciudades, es necesario que exista una distribución equitativa que no sólo favorece la atención de la población con necesidades en ORL, sino que también favorece el mercado laboral de los ORL.
- Los ORL continuarán laborando en más de dos entidades mientras no obtengan ingresos adecuados por la prestación de sus servicios, es necesario la agrupación o asociación de especialistas que co-ayuden a la regulación del mercado.
- Las tasas de desempleo profesional, aumentan gradualmente, es necesario que los gremios profesionales, el Ministerio de Educación y las universidades regulen el número de cupos para no presionar aún más el mercado laboral.
- La contratación de los trabajadores de la salud, incluidos los ORL, será cada vez mayor mediante esquemas de flexibilización laboral como outsourcing, cooperativas de trabajo asociado, contratos de prestación de servicios, baja estabilidad laboral y alta rotación del talento humano.

- Los ingresos de los especialistas dependerán más de la incursión en otros nichos de mercado no explorados que en la formación académica de sub-especialidades.

CAPÍTULO V. ENTORNO EDUCATIVO

El estudio de ASCOFAME, ICFES y el Ministerio de Educación Nacional es una de las referencias tomadas como base para analizar la oferta de formación en el sector, dado que este corresponde “al diagnóstico de la situación de las especialidades médico-quirúrgicas en Colombia al año 2006, en relación con el número de especialidades (denominaciones de título otorgados), la oferta de programas por especialidad y por facultad, entre otras características.

Es el interés que este análisis genere reflexiones que orienten la definición de políticas de educación médica relacionadas con la formación de especialistas de ORL en el país”.

1. EVOLUCIÓN DE LA OFERTA EDUCATIVA DE LA MEDICINA Y SUS ESPECIALIDADES

El desarrollo de la oferta educativa del área de la salud, a partir de las reformas de la década de los noventa, ha tenido un cambio drástico, lo cual se confirma con el crecimiento de las facultades de medicina, el número de estudiantes admitidos, el número de estudiantes matriculados, número de egresados y con la creación e incremento de los programas de especialización y número de especialistas.

Antes de las reformas del 90, existían 21 facultades de medicina y hasta ese momento su crecimiento fue de 0,4% por año, mientras que en el lapso de 14 años, comprendido entre 1992 y 2006, las facultades pasaron de 21 a 56 presentándose un crecimiento de .148% con respecto a 1992. La

Tabla No 4.

TABLA No 4. NÚMERO DE FACULTADES DE MEDICINA EN 1992, 1998 Y 2006, POR REGIONES

REGIÓN	1992	1998	2006	Variación 1992-2006	Variación 1998-2006
CENTRAL	6	15	16	167%	6,7%
ANTIOQUIA VIEJO Y CALDAS	6	8	9	50%	12,5%
COSTA	4	9	12	200%	33,3%
SUROCCIDENTE	4	6	10	150%	66,7%
ORIENTE	1	4	5	400%	25,0%
TOTAL	21	42	52	148%	23,8%

Fuente: ASCOFAME 2002

También se presentaron cambios significativos en relación al origen institucional de las facultades de medicina las cuales pasaron de 11 oficiales en 1992 a 17 en 2006, y de 10 privadas en 1992 a 35 en 2006. Es decir que el crecimiento se dio a expensas de las universidades privadas las que tuvieron un incremento del 250%.

TABLA No 5. NO. DE FACULTADES DE MEDICINA EN COLOMBIA 1992 Y 2006

Año	Oficiales	Privadas
1992	11	10
2006	17	35

Fuente: ASCOFAME, 2006

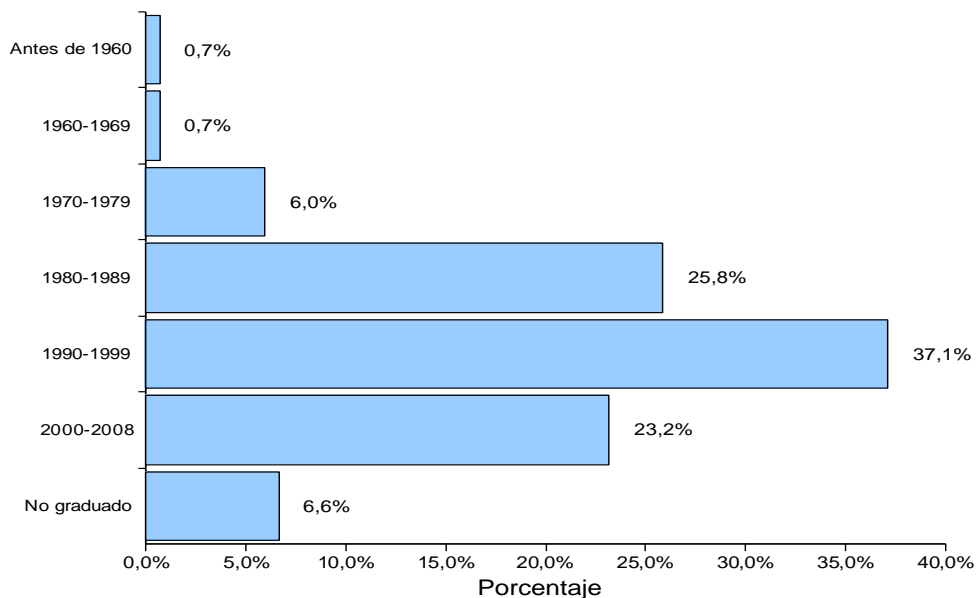
Igualmente, se ha presentado un incremento en el número de estudiantes admitidos a las facultades de medicina, se pasó de 3.257 admitidos en 1992 a 6.572, en el 2006. Este crecimiento se dio a expensas de las facultades de origen privado.

Con respecto a las especialidades médico quirúrgicas según estudios muestran también el incremento de programas de especializaciones, en el año 2002 la oferta de programas era de 383 en 114 denominaciones, por parte de 29 facultades de medicina. Para el año 2006, en el país, 26 facultades de medicina ofrecen 404 programas de especialidades médico-quirúrgicas en 144 denominaciones distintas.

En relación con la otorrinolaringología, en el año 2002 se ofrecían 14 programas de esta especialización y para el año 2006 existían 10 programas. Si bien se disminuyó el número de programas no sucedió lo mismo con los egresados pues en el periodo entre 1997-2002 hubo 67 egresados y para el año 2002-2006, el número de egresados ascendió a 82 lo que corresponde a un incremento del 22,4%.

Al indagar a los encuestados cual había sido su año de graduación, se observó el mayor porcentaje de egresados en la década del 90(1990-1999) con un 37,1%; en la década del 2000 (2.000-2.008) se observa una disminución pues se obtuvo un 23,2%;, este dato hay que analizarlo teniendo en cuenta que en el país existen muchos egresados que han realizado sus estudios en el exterior.

**GRÁFICO No 54. PORCENTAJE DE EGRESADOS SEGÚN “AÑO DE GRADUACIÓN”
AÑO 2008.**



2. PROGRAMAS DE OTORRINOLARINGOLOGÍA

2.1. DENOMINACIÓN, DURACIÓN, NÚMERO, UBICACIÓN Y EGRESADOS DE LOS PROGRAMAS DE ORL

Para ser Otorrinolaringólogo, hay que tener un entrenamiento médico - quirúrgico en cuanto a la **denominación** que esta especialidad tiene de acuerdo con el documento “Especialidades Médico- Quirúrgicas en Medicina, Informe consolidado 2002-2003” ASCOFAME, ICFES, MEN, se llegó a algunos acuerdos para la unificación del área de ORL en las siguientes situaciones:

1. Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello
2. Otorrinolaringología

Se adopta OTORRINOLARINGOLOGÍA.

Para las siguientes:

1. Otología
2. Otología y Otoneurología

En relación a la **Duración** de la especialización de la Otorrinolaringología, se observa alguna heterogeneidad en la duración del periodo académico, existen programas de 3 y 4 años.

En cuanto al **número** de programas de la especialización, Colombia cuenta con 10 programas y algunas sub-especialidades, así:

- Universidad Militar Nueva Granada
Hospital Militar Central
Ciudad: Bogotá
Duración: 4 años
- Universidad Militar Nueva Granada
Hospital - Clínica San Rafael
Ciudad: Bogotá
Duración: 4 años
- Pontificia Universidad Javeriana
Hospital Universitario San Ignacio
Ciudad: Bogotá
Duración: 3 años.
- Fundación Universitaria San Martín
Ciudad: Bogotá
Duración: 4 años
- Universidad del Rosario
Hospital de La Samaritana
Ciudad: Bogotá
Duración: 3 años
- Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud
Hospital de San José
Ciudad: Bogotá
Duración: 3 años
- Universidad de Antioquia
Hospital San Vicente de Paul
Ciudad: Medellín
Duración: 4 años

- Universidad de Cartagena
Hospital Universitario de Cartagena
Ciudad: Cartagena
Duración: 3 años

- Universidad del Valle
Hospital Universitario del Valle
Ciudad: Cali.
Duración: 4 años

- Universidad Nacional de Colombia
Hospital de La Misericordia
Ciudad: Bogotá
Duración: 3 años

En relación a las **sub-especialidades** se cuenta con los siguientes programas:

- Neurología
Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud.
Ciudad: Bogotá
Duración: 1 año

- Cirugía Oral y Maxilofacial

Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud
Ciudad: Bogotá
Duración: 1 año

- Cirugía Plástica Facial
Instituto de Ciencias de la Salud - CES
Ciudad: Bogotá
Duración: 1 año

- Otología – Neurología
Hospital Militar Central
Inicio Febrero 2003
Ciudad: Bogotá
Duración: 2 años

Con respecto a la **ubicación**, los programas de ORL, Bogotá concentra el mayor número de programas (6), Cali (1) Cartagena (1) y Medellín (1).

En relación a los **egresados** en el periodo entre 1997-2002 hubo 67 egresados y para el año 2002-2006 el número de egresados ascendió a 82, correspondiendo a un incremento del 22,4%.

2.2. CURRÍCULO PROFESIONAL

2.2.1. ORIENTACIONES BÁSICAS PARA LA DEFINICIÓN DE CRÉDITOS ACADÉMICOS EN LAS ESPECIALIDADES MÉDICO QUIRÚRGICAS

Se tomó como base de orientación la estructura propuesta en el libro de especialidades médica de ASCOFAME y el ICFES. En este documento aparecen cuatro ejes de fundamentación curricular alrededor de los perfiles: 1) asistencial 2) administrativo 3) docente, y 4) investigación. Después de una discusión y reflexión el grupo consideró que lo pertinente era reestructurar los ejes de formación o dimensiones curriculares para que quedaran así:

1. Asistencial o profesionalizante
2. Docente - investigativo
3. Administrativo
4. Humanístico y social.

Para el desarrollo de estos perfiles se consideró conveniente establecer una ponderación promedio en términos de los porcentajes de créditos que se deben dedicar para alcanzarlos así:

TABLA No 6. PORCENTAJES PROPUESTOS PARA CADA EJE DE FORMACION CURRICULAR.

(1) Ejes de formación curricular	Promedios Propuestos en Porcentajes
1. Asistencial o profesionalizante	76 %
2. Docente –Investigativa	10%
3. Administrativo	4%
4. Humano y social	10%
TOTAL:	100%

Una vez que se identificaron los ejes de formación curricular o dimensiones curriculares se procedió a establecer unos criterios de carácter cuantitativo que sirvieron de base para determinar los créditos académicos para cada uno de los ejes de formación curricular, buscando darle créditos a un período académico promedio.

EL cuadro que aparece a continuación se elaboró creando una doble entrada con 4 columnas, así: 1) Ejes de formación curricular o dimensiones curriculares, 2) Números de créditos, 3) Número de horas de trabajo académico y 4) Porcentajes.

TABLA No 7. NÚMERO DE CRÉDITOS, LAS HORAS DE TRABAJO ACADÉMICO Y EL PORCENTAJE DISCRIMINADO POR EJES DE FORMACIÓN CURRICULAR O DIMENSIONES CURRICULARES PARA LAS ESPECIALIDADES MÉDICO-QUIRÚRGICAS

(1) Ejes de formación curricular	(2) Número de créditos	(3) Número de horas (T.A.) *	(4) Porcentajes
1. Asistencial o profesionalizante	23	1.104	76 %
2. Docente –Investigativa	3	144	10%
3. Administrativo	1	48	4%
4. Humano y social	3	144	10%
TOTAL:	30	1.440	100%

En principio, con esta propuesta no se pretende fijar criterios rígidos sobre mínimos ni máximos, sino criterios orientadores para el desarrollo de la Propuesta de Créditos para las especialidades. Esta es una oportunidad para desarrollar un equipo un trabajo de reflexión académica que enriquezca el curricular.

2.2.2. PROGRAMA MÍNIMO PARA LA FORMACION DE ORL

□ RINOLARINGOLOGÍA

La información aquí consignada se tomó del trabajo realizado por ASCOFAME, el ICFES y el Ministerio de Educación Nacional, el cual dio origen a la definición de requisitos mínimos para 82 denominaciones de especialidades, que se constituyeron en referentes obligados para efectos de la evaluación de las especialidades en el país. El Decreto 1665 de 2003, establece las condiciones para la creación y funcionamiento de las mismas en Colombia.

Se describe a continuación los procedimientos básicos obligatorios que deben ser incluidos en los programas de ORL en sus diferentes áreas.

□ NEUROTOLOGÍA

- Extracción cuerpo extraño de oído
- Miringocentesis y colocación de tubos de ventilación
- Timpanoplastia tipo I a IV
- Reconstrucción de cadena oscicular
- Resección de fístulas preauriculares
- Estapedotomía y Estapedectomía
- Corrección atresia aural congénita de CAE
- Corrección microtia
- Mastoidectomía simple, radical y radical modificada
- Desfuncionalización de oído
- Decompresión nervio facial

- Derivación y decompresión saco endolinfático
- Abordajes retrolaberínticos. Retrosigmoideo, fosa media, translaberíntico, fosa -infratemporal tipo A,B y C
- Neurectomía vestibular
- Anastomosis del nervio facial
- Petrosectomías totales y subtotales
- Implante cocleares y audífonos implantables
- Tratamiento de lesiones traumáticas del hueso temporal
- Curaciones de oído
- Análisis e interpretación de estudios audiológicos y electrofisiológicos
- Análisis e interpretación de estudios imagenológicos
- Análisis e interpretación de estudios de laboratorio y paraclínicos relacionados con la especialidad

□ **RINOSINUSOLOGÍA**

- Extracciones de cuerpo extraño
- Corrección de atresia coanal
- Reducción abierta y cerrada de huesos propios
- Drenaje hematoma septal y absceso septal
- Septoplastia
- Septorrinoplastia funcional
- Turbniectomía y turbinoplastia
- Polipectomía endonasal
- Antrostomía media e inferior
- Etmodectomía anterior y posterior
- Esfenoidectomía
- Colgajo bicoronal
- Frontotomía
- Ligadura de la maxilar interna
- Ligadura de la esfenopalatina
- Cierre de fístula de líquido cefalorraquídeo
- Cirugía para la atrofia nasal

- Decompresión orbitaria
- Decompresión nervio óptico
- Abordajes para tumores de la fosa anterior
- Aboraje transpalatino
- Taponamiento nasal anterior y posterior
- Curaciones de nariz
- Nasosinuscopia
- Nasofibrosocopia
- Análisis e interpretación de estudios de laboratorio, imagenológicos y paraclínicos relacionados con el área
- Queiloplastia

□ CIRUGÍA PLÁSTICA FACIAL

- Suturas de heridas superficiales de cara y cuello
- Aplicación de láser en piel
- Peeling químico
- Rinoplastia estéticas
- Septorrinoplastia estética
- Lipoinyecciones faciales y cervicales
- Lipectomía facial y cervical
- Blefaroplastia
- Bichectomía
- Ritidectomía
- Implantes faciales
- Frontoplastia
- Reanimación de la cara paralizada
- Anastomosis hipogloso facial
- Trasferencia muscular
- Mentoplastia
- Corrección de labio y paladar hendido
- toma de injertos de cartílago y óseos cresta iliaca, olecrano, costales, etc.
- Biopsias de piel

- Colgajos para reconstrucción nasal
- Colgajos para reconstrucción facial y cervical
- Corrección de cicatrices faciales y cervicales
- Análisis e interpretación de perfilograma

□ **LARINGE Y VÍA AÉREA SUPERIOR**

- Traqueostomía
- Telelaringoscopia
- Videoestroboscopia laríngea
- Nasofibroscopia
- Estudios funcionales de la voz
- Laringofisura
- Anastomosis laringotraqueal
- Tiroplastia
- Lipoinyección de cuerdas vocales
- Extracción de lesiones benignas de cuerdas vocales
- Aritenoidectomía
- Aritenopexia
- Medialización de cuerdas vocales
- Extracción de lesiones traqueales
- Extracción de cuerpos extraños de laringe
- Aplicación de Láser en laringología
- Laringuectomías parciales y totales
- Correcciones de lesiones traumáticas de laringe
-
- Correcciones de lesiones congénitas de laringe
- Dilataciones laríngeas y traqueales
- Resección de estenosis subglótica
- Cricotomía

□ **MAXILOFACIAL**

- Toma de moldes e impresiones
- Cerclaje intermaxilar
- Reducción abierta de fracturas mandibulares
- Reducción cerrada de Fracturas mandibulares
- Reducción de fracturas maxilares
- Reducción de fracturas tipo Lefort
- Reducción de fracturas orbitarias
- Tratamiento de fracturas dentoalveolares
- Reducción fracturas del seno frontal
- Reducción de fracturas del complejo nasofrontoetmoidal
- Cirugía de avance maxilar
- Cirugía ortognática de la mandíbula
- Análisis e interpretación de cefalometría.
- Análisis e interpretación de estudios imagenológicos

□ **CABEZA Y CUELLO**

- Toma de citología y biopsias
- Resección de quiste tirogloso y quiste Branquial
- Vaciamientos parciales y radicales
- Tiroidectomía total y subtotal
- Resección de quemodectomas
- Ligadura de carótida externa
- Submaxilectomías
- Parotidectomía parcial y total

- Extracción de cálculos de glándulas salivales
- Laringuectomías parciales y totales
- Colgajos de reconstrucción cervical y facial
- Maxilectomías
- Hemimandibulectomías

- Abordaje transpalatino
- Hemiglosectomías o glosectomías
- Hemifaringuectomías
- Análisis e interpretación de estudios de laboratorio clínicos y paraclínicos e imagenológicos de cabeza y cuello

□ OTROS

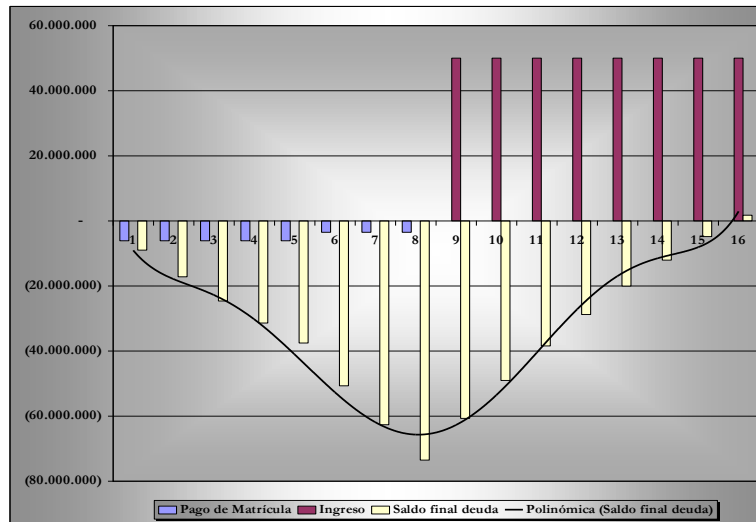
- Amigdalectomía
- Adenodectomía
- Adenoamigdalectomía
- Uvulopalotofaringoplastia
- Corrección de insuficiencia velofaríngea
- Drenaje hematoma retrofaríngeo y absceso retrofaríngeo
- Abordaje anterior para el clivus
- Drenaje absceso periamigdalino
- Resección de lesiones benignas de cavidad oral y faringe
- Sutura de heridas de lengua, cavidad oral y piso de boca
- Análisis e interpretación de polisomnografía

3. RECUPERACIÓN DE LOS COSTOS EDUCATIVOS DE LAS ESPECIALIDADES MÉDICAS

El estudio de los recursos humanos de la salud en Colombia, *balance, competencias y prospectiva*¹⁰ concluye que frente a la recuperación de la inversión, definida como los ingresos esperados si se consigue empleo una vez, se gradúa y si dedica dicho dinero para cancelar la deuda adquirida en la etapa de formación; se estima que para las especialidades médicas, la recuperación de la inversión se realiza en aproximadamente diez y seis años. La situación hoy podría ser más preocupante en la posibilidad de recuperar la inversión, ya que para el año 2000, no se encontraban operando en el sector salud de manera masiva las Cooperativas de Trabajo Asociado.

¹⁰ Elaborado por el Ministerio de la Protección Social-Cendex. Universidad Javeriana.

GRÁFICO No 55. BALANCE ENTRE SALARIOS Y VALOR MATRÍCULAS DE LAS ESPECIALIDADES MÉDICAS



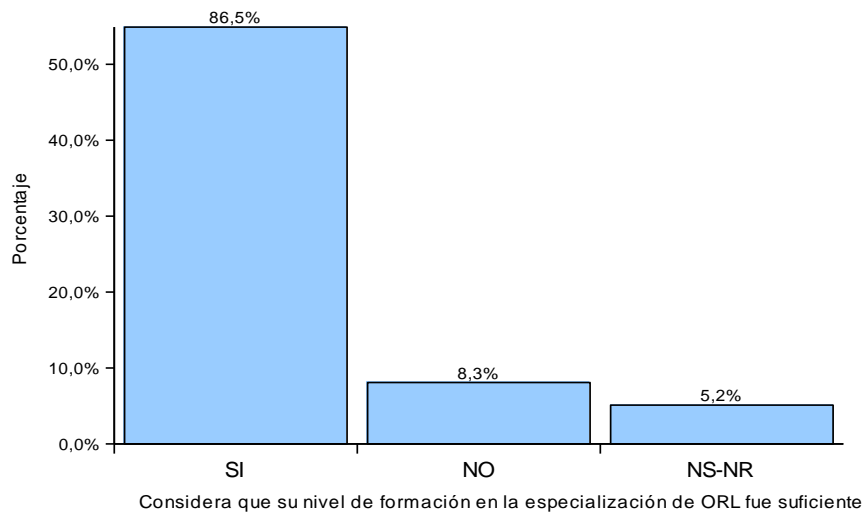
4. CALIDAD EN LA FORMACIÓN DEL POST-GRADO DE ORL.

Es de resaltar el interés del ICFES, el Ministerio de educación y las Facultades de Medicina y sus programas de especialización por velar por la calidad de los posgrados médicos y quirúrgicos que se ofrecen en el país. Sin embargo, la información encontrada sobre los docentes que hacen parte de los programas médicos, deja ver una debilidad en la calidad de la educación, pues indica que hay una pérdida de la vinculación directa de los profesores y la universidad responsable del programa.

Los mecanismos de vinculación laboral de éstos, se han modificado sustancialmente en los últimos años, tanto en los hospitales como en las universidades, dándose preferencia a la contratación de docentes de medio tiempo, tiempos parciales u horas cátedra, frente a los de tiempo completo. En muchas circunstancias la vinculación del docente resulta de manera automática al establecerse un convenio docente asistencial con una institución hospitalaria.

Cuando sobre el tema de la calidad de la educación en la especialización de ORL fue un 86.5% considero que su educación fue suficiente y un 8.5% consideraron que era insuficiente.

GRÁFICO No 56. PERCEPCIÓN DE LOS ORL SOBRE LA CALIDAD DE LA FORMACIÓN. AÑO 2008

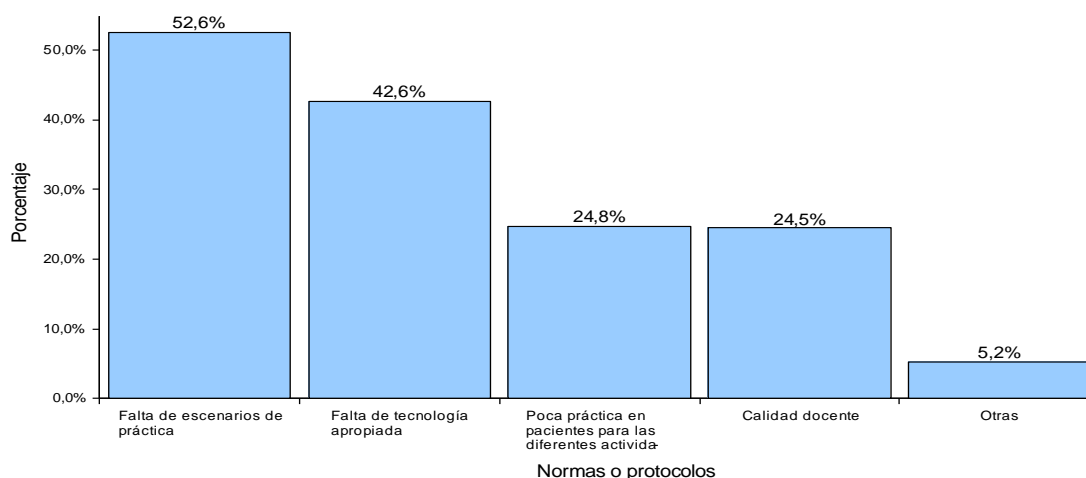


Entre las causas de la insatisfacción en la calidad de la educación los encuestados enunciaron:

i) Carencia de formación en laringe y oído, ii) el crecimiento de subespecialidades, iii) falta más entrenamiento en cirugía endoscópica, iv) la especialización la realicé hace 20 años, hoy hay otros conceptos en estética facial y rinosinuscopia, v) oído insuficiente, vi) docentes poco preparados que ven a los alumnos como competencia, vii) lo nuevo hay que hacer cursos, viii) no ve uno todas las patologías posibles cada servicio tiene fortalezas y debilidades.

Entre los principales factores que afectan la formación en la especialización de ORL, un 52.6% de los ORL consideran que la formación se ve afectada por la falta de escenarios de práctica, un 42.6% considera que falta tecnología apropiada; un 24.8% de los ORL consideran que existe poca práctica en pacientes para las diferentes actividades, y un 24.5% de los ORL consideran que la formación se afecta por la calidad de los docentes.

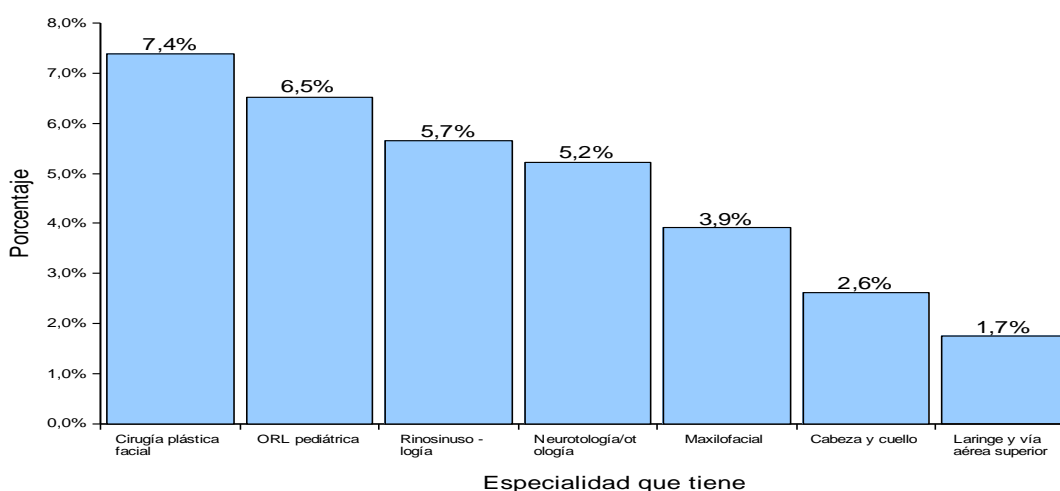
GRÁFICO No 57. PERCEPCIÓN DE LOS ORL SOBRE LOS FACTORES QUE AFECTAN LA CALIDAD DE LA FORMACIÓN



5. NECESIDADES DE CAPACITACIÓN

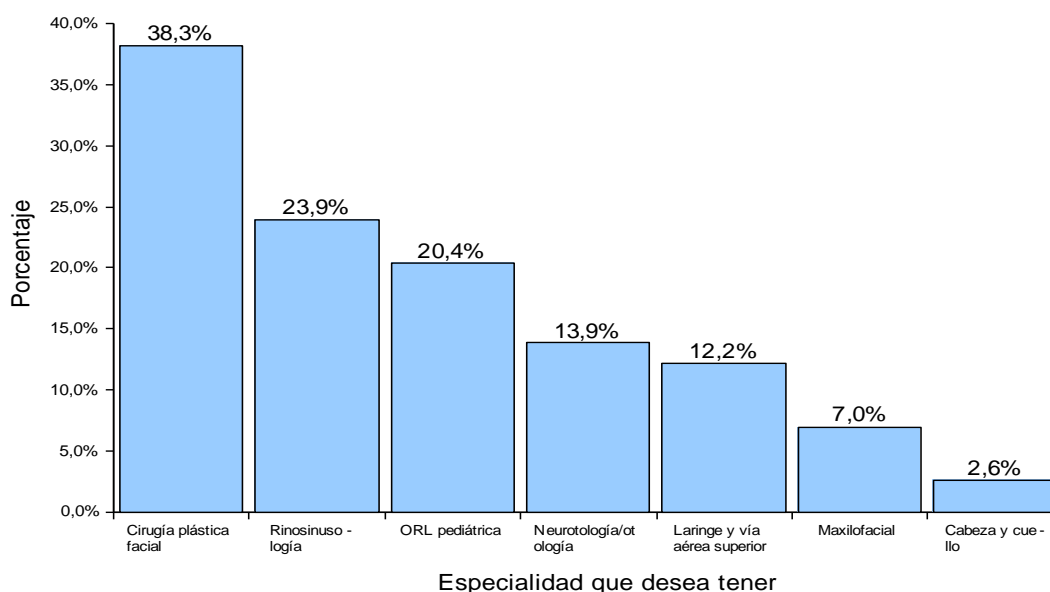
Muchos de los ORL además de su especialidad cuentan con otra subespecialidad, es así como un 7.4% tienen subespecialidad en cirugía plástica facial, un 6.5% son ORL pediátricos, 5.7% son rinosinusólogos, un 5.2% son neurotólogos, un 3.9% son maxilofaciales, un 2.6% son subespecialistas en cabeza y cuellos y un 1.7% son sub-especialistas en laringe y vías aéreas superiores.

GRÁFICO No 58. PORCENTAJE DE ORL QUE POSEEN UNA SUB-ESPECIALIDAD



A pesar del número de ORL que cuentan con sub-especialista, un 38.3% de los ORL desean sub-especializarse en cirugía plástica facial, un 23.9% en rinosinología; un 20.4% desear estudiar ORL pediátrica, un 13.9% en neurotología/otología, un 12.2% en laringe y vías aéreas superiores, un 7.0% desearía sub-especializarse en cirugía maxilofacial y un 2.6% desearían estudiar cabeza y cuello.

GRÁFICO No 59. PORCENTAJE DE ORL QUE DESEAN TENER UNA SUB-ESPECIALIDAD. AÑO 2008



6. TENDENCIAS FUTURAS DEL ENTORNO EDUCATIVO

- Las tendencias del mercado, calidad de los servicios, las exigencias legales, se prevé un ajuste estructural de los programas de formación actual y el diseño de nuevos programas de formación de los perfiles que demanda el mercado.
- En relación con la formación de los ORL se requiere cambios radicales en los contenidos académicos de tal forma que permitan una formación holística de los trabajadores de la salud.
- Tendencias mundiales como la globalización de la economía, la homologación del currículo en Sur América, la necesidad de fortalecer las competencias ciudadanas y la ética pública en la gestión de la salud bucal,

son temáticas indispensables en la formación de aptitudes para las nuevas generaciones de otorrinolaringólogos.

- Los profesionales deberán estar capacitados para utilizar y apropiarse los nuevos avances tecnológicos para la atención en salud y en la capacidad de actuar frente a los cambios que se presenten.
- La universalización del aseguramiento y una posible mayor absorción de ORL como trabajadores dependientes o adscritos a las entidades de aseguramiento o instituciones de prestación de servicios, requiere un mayor esfuerzo de la academia para formar los egresados y brindar competencias para su desempeño dentro del sistema de seguridad social en salud.
- Los programas de postgrado de ORL deben responder a las necesidades actuales y futuras de la población colombiana se deben adecuar los contenidos académicos de manera que se enfoque a una formación integral para la atención en salud.
- Las entidades formadoras de ORL deben brindar herramientas en las principales dimensiones del conocimiento que son necesarias para las exigencias del mundo laboral, caracterizado por los múltiples cambios generados por procesos como la globalización económica, los cambios en la contratación laboral, los fenómenos de mercado en los servicios de salud, los fenómenos de inequidad y exclusión social que genera la inserción en la economía mundial y que afectan a grandes grupos de población.
- Las entidades formadoras de ORL deberán incluir en las prácticas formativas los sistemas operacionales como historia clínica sistematizada, facturación, registro individual de prestación de servicios de salud RIPS, codificación internacional de enfermedades, en las clínicas, entre otros.
- Las prácticas formativas requieren un replanteamiento para que los futuros egresados puedan relacionarse con mayor intensidad en el cotidiano de los

servicios de salud y se facilite de esta manera la apropiación de elementos como la salud pública, la gestión del aseguramiento en salud.

- En el área social se requiere desarrollar en los ORL en valores, actitudes y ética de lo público, que permitan que el profesional tenga un compromiso del servicio al usuario, a la sociedad y una disposición de participar activamente en la discusión de los destinos de su profesión y ser capaz a través de estas organizaciones de auto regularse.
- En el área de gestión, gerencia o administración, se deberá brindar competencias en la formulación de proyectos, gestión de servicios y programas de salud, enfoques gerenciales dirigidos al cliente, fortalezas en procesos como: mercadeo, planeación análisis financiero público, administración pública, fundamentos de economía, estadística y administración del talento humano.
- El ORL deberá tener competencias de alta, mediana y baja gerencia que le permitan desarrollar su práctica profesional en la práctica liberal de la profesión o desempeñarse en el área administrativa de las diferentes entidades de la seguridad social en salud

7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES DEL ENTORNO EDUCATIVO

- Existe un crecimiento de la oferta educativa a partir de la reforma de la Ley 100 de 1993 y la Ley 30 de 1994, sin un análisis de las necesidades del mercado
- Si bien han disminuido los programas de ORL, los egresados han aumentado, no existe un análisis cuantitativo reciente y adecuado del recurso humano que se requiere en esta área.

- La ACORL debe contribuir a la regulación y control de la cantidad de programas y egresados de especialistas y sub especialistas de manera que permita decidir sobre la suficiencia de cupos, el número de programas ofrecidos, la disponibilidad de plazas en las instituciones asistenciales, las condiciones de oferta y demanda del mercado laboral.
- Se deben realizar estudios que oriente la fundamentación de criterios para la creación de nuevas especialidades y para la toma de decisiones en el diseño, organización, desarrollo y evaluación de los programas.
- El sector educativo no ha realizado las adecuaciones necesarias a los currículos de manera que se facilite la inserción laboral de los nuevos profesionales en mercados cada vez más competitivos, en donde se requieren cada vez mayores habilidades en las ciencias administrativas y salud pública.
- La atención de salud en ORL deberá entender que forma parte de la salud general del individuo y de las poblaciones humanas y por lo tanto debe velar por una atención integral y holística del ser humano, en donde las actividades de promoción, prevención y auto-cuidado deben prevalecer para así modificar los estilos de vida y contribuir al mejoramiento de las condiciones de calidad de vida .
- El ORL general se requiere por lo tanto su formación deberá ser integral en las siete (7) áreas de la disciplina , para lo cual deberá contar para su formación con una intensidad equitativa en sus diferentes áreas.
- El objetivo la academia debe ser formar profesionales cualificados en salud en los campos científico, investigativo, social, humanístico y ciudadano, que contribuyan con su participación en la solución de problemas del municipio, la región y el país atendiendo el contexto cultural del individuo, su familia y la comunidad.

- En el área de investigación el profesional de la ORL deberá tener competencias que le permitan mediante la utilización de diferentes metodologías de investigación, cualitativa o cuantitativa la posibilidad de conocer y actualizar la situación actual de la salud y los requerimientos de atención de ORL de la población y construir alternativas de intervención a la problemática encontrada.
- Los formadores deben facilitar en el currículo los espacios académicos para que los ORL hagan una utilización creativa de la tecnología de la información y la tecnología biomédica en salud, contribuyendo al desarrollo de las políticas públicas en salud, participando en el mejoramiento de las condiciones de vida y salud de la población colombiana.
- Es necesario fortalecer las competencias laborales de los ORL en habilidades de alta, media y baja gerencia que les permitan construir y gerenciar empresas de prestación de servicios de salud.
- La necesidad de mejorar la formación obligará a las universidades a proveer de docentes especialistas de alta calidad para cada una de las áreas
- La educación continua debe ser organizada por los profesionales idóneos en cada área del conocimiento, las universidades y la ACORL debe trabajar en la actualización periódica de los ORL.
- Se requiere estimular en el ORL competencias en la formulación de políticas públicas, gerencia social, habilidades en comunicación social.
- Hay que re-educar a los especialistas que no estén actualizados con los cambios que la ciencia y la tecnología ha aportado a la ORL

BIBLIOGRAFIA

ARCHILA MELÉNDEZ, Mario Eduardo; Montoya Montoya William; Ortiz Zuluaga Sebastián; otros. SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL COLOMBIANO.

ASOCIACION COLOMBIANA DE FACULTADES DE MEDICINA. ASCOFAME. Educación médica en Colombia. 2006. Estadísticas básicas pregrado y especialidades médicas quirúrgicas.

BARÓN – LEGUIZAMÓN Gilberto. Gasto Nacional de Salud de Colombia 1993-2003: Composición y tendencias. Rev. Salud pública. 9 (2) 167-169, 2007. Consultada en <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v9n2/v9n2a02.pdf>.

CENTRO DE ESTUDIOS DE MERCADEO .CEM. Situación laboral de los asociados de la asociación colombiana de otorrinolaringología. ACORL.

CONTRALORÍA GENERAL DE LA NACIÓN. Manual de implementación Modelo estándar de control Interno para el Estado Colombiano MECI: 1000:2005.

Decreto 1665 de 02/08/2002: Estándares de Calidad de Programas de Especializaciones Médicas y Quirúrgicas en Medicina.

ICFES- ASCOFAME. Orientaciones básicas para la definición de créditos académicos en las especialidades médico quirúrgicas.

LONDOÑO Juan L..., FRENK Julio. Pluralismo Estructurado: Hacia un Modelo Innovador para la Reforma de los Sistemas de Salud en América Latina.

MINISTERIO DE EDUCACION-ICFES- ASCOFAME. Especialidades médico-quirúrgicas en medicina. Diagnóstico, resultados de talleres y estándares de calidad.

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL.CENDEX. Recursos humanos de la salud en Colombia, Balance competencias y prospectiva Segunda Edición, Bogotá, Colombia 2007.

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL - ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Situación de Salud en Colombia. Indicadores Básicos 2007.

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA. Oferta y demanda de recursos humanos de la salud en Colombia, en el año 2000.

PROFAMILIA, Encuesta Nacional de Demografía y Salud, 2005.

SALUD COLOMBIA Revista edición de Enero-Febrero de 1999.

STARFIELD Bárbara. Atención Primaria en Salud. Edit. MASSON S.A reimpresión año 2004.

UNIVERSIDAD JAVERIANA. CENDEX . Modelo teórico y análisis empírico para la exportación de servicios de salud.

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO NO 1. DISTRIBUCIÓN DE LOS OTORRINOLARINGÓLOGOS ENCUESTADOS	15
GRÁFICO NO 2. PERCEPCIÓN DE LOS ORL SOBRE LAS ENTIDADES QUE MÁS REGULAN LA PROFESIÓN.....	35
GRÁFICO NO 3. ESTRUCTURA DE LA ASOCIACIÓN DE PROFESIONALES DE LA SALUD	38
GRÁFICO NO 4. ORGANIZACIONES DE SALUD A LAS CUALES PERTENCEN O DESEARÍAN PERTENCER LOS ORL. AÑO 2008.....	40
GRÁFICO NO 5. ORGANIZACIONES DE ORL A LAS CUALES PERTENCEN O DESEARÍAN PERTENCER LOS ORL. AÑO 2008.....	40
GRÁFICO NO 6. NÚMERO DE ÁREAS EN.....	55
GRÁFICO NO 7. PORCENTAJE DE ACTIVIDADES REALIZADAS POR ORL POR ÁREAS	55
GRÁFICO NO 8. PORCENTAJE DE ENCUESTADOS QUE REALIZAN CADA ACTIVIDAD Y PROCEDIMIENTO EN CONSULTA EXTERNA DE OTOLOGÍA/ NEUROTOLOGÍA	55
GRÁFICO NO 9. PROMEDIO MES DE ACTIVIDADES Y PROCEDIMIENTOS DE CONSULTA EXTERNA MAS FRECUENTES EN OTOLGIA/ NEUROTOLOGIA. AÑO 2008.....	56
GRÁFICO NO 10. PORCENTAJE DE ENCUESTADOS QUE REALIZAN CADA PROCEDIMIENTO. AÑO 2008	56
GRÁFICO NO 11. CIRUGÍAS MAS FRECUENTES EN OTOLOGIA/ NEUROTOLOGIA	57
GRÁFICO NO 12. PORCENTAJE DE ENCUESTADOS QUE REALIZAN CADA ACTIVIDAD Y PROCEDIMIENTO EN CONSULTA EXTERNA DE RINOSINUSOLOGÍA. AÑO 2008.....	58
GRÁFICO NO 13. PROMEDIO MES DE ACTIVIDADES Y PROCEDIMIENTOS DE CONSULTA EXTERNA MÁS FRECUENTES EN RINOSINUSOLOGÍA. AÑO 2008.....	58

GRÁFICO NO 14. PORCENTAJE DE ENCUESTADOS QUE REALIZAN PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS EN RINOSINUSOLOGÍA. AÑO 2008	59
GRÁFICO NO 15. PROMEDIO DE CIRUGÍAS MAS FRECUENTES EN RINOSINUSOLOGIA. AÑO 2008	60
GRÁFICO NO 16. PORCENTAJE DE ENCUESTADOS QUE REALIZAN CADA ACTIVIDAD Y PROCEDIMIENTO EN CONSULTA EXTERNA EN CIRUGÍA PLÁSTICA. AÑO 2008	61
GRÁFICO NO 17. PROMEDIO MES DE ACTIVIDADES Y PROCEDIMIENTOS DE CONSULTA EXTERNA MÁS FRECUENTE EN CIRUGÍA PLÁSTICA. AÑO 2008	61
GRÁFICO NO 18. PORCENTAJE DE ENCUESTADOS QUE REALIZAN PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS EN CIRUGÍA PLÁSTICA. AÑO 2008	62
GRÁFICO NO 19. PROMEDIO DE CIRUGÍAS MAS FRECUENTES EN CIRUGÍA PLÁSTICA. AÑO 2008	62
GRÁFICO NO 20. PORCENTAJE DE ENCUESTADOS QUE REALIZAN CADA ACTIVIDAD Y PROCEDIMIENTO EN CONSULTA EXTERNA EN LA LARINGE Y VÍA ÁREA SUPERIOR.....	63
GRÁFICO NO 21. PROMEDIO MES DE ACTIVIDADES Y PROCEDIMIENTOS DE CONSULTA EXTERNA MÁS FRECUENTE EN CIRUGÍA PLÁSTICA. AÑO 2008	64
GRÁFICO NO 22. PORCENTAJE DE ENCUESTADOS QUE REALIZAN PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS EN LARINGE Y VÍA ÁREA SUPERIOR. AÑO 2008.....	65
GRÁFICO NO 23. PROMEDIO DE CIRUGÍAS MAS FRECUENTES EN LA LARINGE Y VÍA AÉREA SUPERIOR. AÑO 2008	65
GRÁFICO NO 24. PORCENTAJE DE ENCUESTADOS QUE REALIZAN CADA ACTIVIDAD Y PROCEDIMIENTO EN CONSULTA EXTERNA EN LA LARIGNE Y VÍA ÁREA SUPERIOR. AÑO 2008.....	66
GRÁFICO NO 25. PROMEDIO MES DE ACTIVIDADES Y PROCEDIMIENTOS DE CONSULTA EXTERNA MÁS FRECUENTE EN CIRUGÍA PLÁSTICA. AÑO 2008	67
GRÁFICO NO 26. PORCENTAJE DE ENCUESTADOS QUE REALIZAN PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS EN LARINGE Y VÍA ÁREA SUPERIOR. AÑO 2008.....	67

GRÁFICO NO 27. PROMEDIO DE CIRUGÍAS MAS FRECUENTES EN LA LARINGE Y VÍA AÉREA SUPERIOR. AÑO 2008.....	68
GRÁFICO NO 28. PORCENTAJE DE ENCUESTRADOS QUE REALIZAN CADA ACTIVIDAD Y PROCEDIMIENTO EN CONSULTA EXTERNA EN CABEZA Y CUELLO. AÑO 2008.....	69
GRÁFICO NO 29. PROMEDIO MES DE ACTIVIDADES Y PROCEDIMIENTOS DE CONSULTA EXTERNA MÁS FRECUENTES EN CIRUGÍA PLÁSTICA. AÑO 2008.....	69
GRÁFICO NO 30. PORCENTAJE DE ENCUESTADOS QUE REALIZAN PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS EN LA LARINGE Y VÍA AÉREA SUPERIOR. AÑO 2008.....	70
GRÁFICO NO 31. PROMEDIO DE CIRUGÍAS MAS FRECUENTES EN LA LARINGE Y VÍA AÉREA SUPERIOR. AÑO 2008.....	71
GRÁFICO NO 32. NÚMERO DE GRUPOS ETAREOS ATENDIDOS POR ORL. AÑO 2008.....	73
GRÁFICO NO 33. PROCEDENCIA NACIONAL O EXTRANJERA DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN ORL. AÑO 2008	74
GRÁFICO NO 34. CONOCIMIENTO DE LOS ORL SOBRE LOS MANUALES TARIFARIOS.....	75
GRÁFICO NO 35. FACTORES QUE AFECTAN LA CALIDAD EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE OTORRINOLARINGOLOGIA. AÑO 2008....	76
GRÁFICO NO 36. PORCENTAJE DE OTORRINOLARINGÓLOGOS SEGÚN SEXO. AÑO 2008.....	87
GRÁFICO NO 37. COMPARACIÓN DE OTORRINOLARINGÓLOGOS SEGÚN AÑO DE GRADUACIÓN Y SEXO. AÑO 2008	87
GRÁFICO NO 38. NÚMERO DE INSTITUCIONES DONDE LABORAL LOS ORL. AÑO 2008	88
GRÁFICO NO 39. PORCENTAJE DE ORL QUE LABORAN SEGÚN INSTITUCIÓN. AÑO 2008.....	88
GRÁFICO NO 40. NÚMERO DE ÁREAS DE ACTIVIDADES REALIZADAS POR ORL	89
GRÁFICO NO 41. PORCENTAJE DE ORL QUE LABORAN SEGÚN ÁREAS DE ACTIVIDAD	89

GRÁFICO NO 42. PORCENTAJE DEL TIEMPO LABORADO POR LOS ORL SEGÚN ACTIVIDADES. AÑO 2008	90
GRÁFICO NO 43. ASOCIADOS DE ACORL LABORALMENTE ACTIVOS.....	94
GRÁFICO NO 44. TIPO DE TRABAJO QUE DESEMPEÑAN LOS ASOCIADOS DE ACORL.....	94
GRÁFICO NO 45. TIPO DE ENTIDAD DONDE SE DESEMPEÑAN LOS ASOCIADOS ACORL AÑO 2003.....	94
GRÁFICO NO 46. TIPO DE ACTIVIDADES QUE DESEMPEÑAN LOS ASOCIADOS DE ACORL. AÑO 2003.....	94
GRÁFICO NO 47. ASOCIADOS ACORL QUE TRABAJAN EN CONSULTORIO PARTICULAR	95
GRÁFICO NO 48. TIPO DE ACTIVIDADES QUE DESEMPEÑAN LOS ASOCIADOS DE ACORL.....	95
GRÁFICO NO 49. COMPORTAMIENTO DE LOS ORL SEGÚN TIPO DE VINCULACIÓN LABORAL	96
GRÁFICO NO 50. COMPORTAMIENTO DE LOS ORL SEGÚN NÚMERO DE VINCULACIÓN LABORAL	96
GRÁFICO NO 51. INTERVALO DE INGRESOS DEL OTORRINOLARINGOLO..	99
GRÁFICO NO 52. INTERVALO DE INGRESOS DEL ORL SEGÚN NUMERO DE SUB-ESPECIALIDADES QUE POSEE AÑO 2008	100
GRÁFICO NO 53. PORCENTAJE DE PROFESIONALES DENTRO DE CADA SUBESPECIALIZACIÓN SEGÚN DISTRIBUCIÓN POR INTERVALOS DE INGRESOS.	101
GRÁFICO NO 54. PORCENTAJE DE EGRESADOS SEGÚN “AÑO DE GRADUACIÓN”	109
GRÁFICO NO 55. BALANCE ENTRE SALARIOS Y VALOR MATRÍCULAS DE LAS ESPECIALIDADES MÉDICAS	120
GRÁFICO NO 56. PERCEPCIÓN DE LOS ORL SOBRE LA CALIDAD DE LA FORMACIÓN. AÑO 2008.....	121
GRÁFICO NO 57. PERCEPCIÓN DE LOS ORL SOBRE LOS FACTORES QUE AFECTAN LA CALIDAD DE LA FORMACIÓN.....	122
GRÁFICO NO 58. PORCENTAJE DE ORL QUE POSEEN UNA SUB-ESPECIALIDAD	122
GRÁFICO NO 59. PORCENTAJE DE ORL QUE DESEAN TENER UNA SUB-ESPECIALIDAD. AÑO 2008.....	123

LISTA DE TABLAS

Tabla No 1. Mecanismos de atención	23
Tabla No 2. Tipos de regímenes y cobertura de la población colombiana año2008	24
Tabla No 3. Afiliados por tipo de entidad en el régimen contributivo	52
Tabla No 4. Número de facultades de medicina en 1992, 1998 y 2006, por regiones	107
Tabla No 5. Número. De facultades de medicina en colombia 1992 y 2006 ..	107
Tabla No 6. Porcentajes propuestos para cada eje de formacion curricular. .	113
Tabla No 7. Número de créditos, las horas de trabajo académico y el porcentaje discriminado por ejes de formación curricular o dimensiones curriculares para las especialidades médico-quirúrgicas	113

ANEXO 1 Encuesta Para El Diagnostico De La Situacion Actual De La Otorrinolaringologia En Colombia

Después de realizar un revisión documental de la información existente relacionada con la ORL, se hizo necesario elaborar un instrumento que permitiera recolectar los datos suficiente para actualizar el diagnóstico de la situación de esta especialidad en Colombia.

Objetivo: Realizar el diagnóstico situacional de la Otorrinolaringología en Colombia, teniendo en cuenta los entornos, organizacional, socioeconómico, tecnológico, ocupacional y ambiental, como instrumento de referencia para los procesos de formación y actualización, acorde con las necesidades de la población y del medio.

INSTRUCTIVO

La encuesta tiene un total de 33 preguntas, a continuación se presenta unas explicaciones aclaratorias para cada una de las preguntas con el objetivo de facilitar el diligenciamiento de la misma.

Preguntas 1 a 7. Están relacionadas con el **NÚMERO** de actividades y procedimientos que los ORL realizan en su consultorio y los quirófanos, se utilizaron las variables de tiempo: **meses**, para consulta externa y procedimientos en consultorio y **año**, para cirugía.

Pregunta 8. Se refiere a la distribución **porcentual** de las áreas de trabajo básicas de ORL, en este caso la suma de los porcentajes debe ser **igual a 100%**

Pregunta 9. Tiene relación con los factores que afectan la **atención con calidad**, por lo tanto es necesario conocer cuál de los factores enunciados es el que más afecta esta variable, enumerándolos de 1 a 6 siendo 1 el factor más determinante y 6 el que menos afecta la calidad.

Pregunta 10. El Objetivo de esta pregunta es calcular el **porcentaje por pagador** de las atenciones realizadas por los ORL, por lo tanto la suma de los porcentajes debe ser **igual a 100%**

Pregunta 11. El objetivo es calcular el porcentaje de actividades en ORL **por grupo etareo**, por lo tanto la suma de los porcentajes debe ser igual a 100%

Pregunta 12. Pretende determinar ,qué **porcentaje** de pacientes de ORL viven en el exterior y cuantos en Colombia, la suma de estos porcentajes debe ser **igual a 100%**

Pregunta 13. Esta pregunta pretende conocer la **deficiencias de la capacidad resolutive** de la ORL en Colombia para satisfacer las necesidades y problemas de la población en esta área.

Pregunta 14. Se pretende determinar la **existencia o inexistencia** de las **principales actividades de ORL** en los Planes de Salud. Marque SI, No, o NS en el caso que desconozca si las actividades más frecuentes en ORL están incluidas en los planes descritos.

Pregunta 15. Pretende determinar si las patologías enunciadas son las de **mayor frecuencia en la población Colombiana**, a punto que puedan ser consideradas problemas de salud pública. Seleccione el numero de opciones que considere pertinente.

Pregunta 16. Se pretende determinar los **factores que dificultan** el desarrollo empresarial o las actividades productivas en ORL. Enumere los factores relacionados de 1 a 6, siendo 1 el factor más determinante y 6 el que menos afecta la calidad.

Pregunta 17. El objetivo es conocer la percepción en cuanto a la **calidad de la formación** en ORL, si considera que existieron deficiencias, enúncielas.

Pregunta 18. Esta pregunta está relacionada con la actualización del **número de profesionales** que tiene o desean tener una **subespecialización** y en qué áreas y los que desean tenerla.

Pregunta 19. Identifique los principales factores que afectan la **calidad en la formación** en la especialización de ORL, enumerándolos de 1 a 6, siendo 1 el factor más determinante y 6 el que menos afecta la calidad.

Pregunta 20. Pretende determinar en qué **tipo de institución labora y el tiempo** en que usualmente emplean los ORL en estas entidades usualmente.

Pregunta 21. El objetivo de esta pregunta es identificar **porcentualmente** las principales **cargos** en las que se desempeñan profesionalmente los ORL.

Pregunta 22. Identificar las principales **tipos de vinculación** laboral que tienen los ORL.

Pregunta 23. Esta pregunta tiene como objetivo determinar el **grado de conocimiento** de los principales **manuales tarifarios** utilizado para el cobro de actividades de ORL.

Pregunta 24. Pretende determinar el **nivel de ingresos mensuales** aproximados de los profesionales en ORL.

Pregunta 25. El objetivo de esta pregunta es conocer las percepciones en relación a las **amenazas y oportunidades** y el **grado de conocimiento** de esta norma en relación en relación a las variables descrita que señala.

Pregunta 26. El objetivo de esta pregunta es conocer las percepciones en relación a las **amenazas y oportunidades** y el **grado de conocimiento** de esta norma según las variables señaladas.

Pregunta 27. Esta pregunta pretende determinar el grado de **asociatividad a entidades relacionadas con la ORL**

Pregunta 28. El objetivo de esta pregunta es determinar el **grado de asociatividad** de los ORL a la entidades médicas **gremiales**

Pregunta 29. El objetivo de esta pregunta es determinar el **grado de asociatividad** de los ORL a la entidades médicas **sindicales**

Pregunta 30. Esta pretende conocer las **razones** por las que los profesionales pertenecen a las sociedades científicas, agremiaciones o sindicatos.

Pregunta 31. Determinar el **nivel de regulación** de las Entidades descritas al ejercicio de la ORL.

Pregunta 32. Esta pregunta pretende determinar **el grado de conocimiento** de los ORL en relación al normas o protocolos que regulan las variables enunciadas. **S** afirmativo, **N** No, **NS** No sabe.

ENCUESTA

Ciudad de origen del encuestado: _____

1. ¿Cuáles y cuántos aproximadamente son los principales procedimientos de consulta y de cirugía en otología/Neurotología que realiza?

	CONSULTA EXTERNA Y PROCEDIMIENTOS DE CONSULTORIO	¿Cuántos al <u>MES</u> ?	CIRUGÍA	¿Cuántos al <u>AÑO</u> ?
1	_____	<input type="text"/>	_____	<input type="text"/>
2	_____	<input type="text"/>	_____	<input type="text"/>
3	_____	<input type="text"/>	_____	<input type="text"/>
4	_____	<input type="text"/>	_____	<input type="text"/>
5	_____	<input type="text"/>	_____	<input type="text"/>

2. ¿Cuáles y cuántos aproximadamente, son los principales procedimientos de Rinosisinología que realiza?

	CONSULTA EXTERNA Y PROCEDIMIENTOS DE CONSULTORIO	¿Cuántos al <u>MES</u> ?	CIRUGÍA	¿Cuántos al <u>AÑO</u> ?
1	_____	<input type="text"/>	_____	<input type="text"/>
2	_____	<input type="text"/>	_____	<input type="text"/>
3	_____	<input type="text"/>	_____	<input type="text"/>
4	_____	<input type="text"/>	_____	<input type="text"/>
5	_____	<input type="text"/>	_____	<input type="text"/>

3. ¿Cuáles y cuántos son los principales procedimientos de Cirugía Plástica facial que realiza?

	CONSULTA EXTERNA Y PROCEDIMIENTOS DE CONSULTORIO	¿Cuántos al <u>MES</u> ?	CIRUGÍA	¿Cuántos al <u>AÑO</u> ?
1	_____	<input type="text"/>	_____	<input type="text"/>
2	_____	<input type="text"/>	_____	<input type="text"/>
3	_____	<input type="text"/>	_____	<input type="text"/>
4	_____	<input type="text"/>	_____	<input type="text"/>
5	_____	<input type="text"/>	_____	<input type="text"/>

4. ¿Cuáles y cuántos son los principales procedimientos de Laringe y vía aérea superior que realiza?

	CONSULTA EXTERNA Y PROCEDIMIENTOS DE CONSULTORIO	¿Cuántos al <u>MES</u> ?	CIRUGÍA	¿Cuántos al <u>AÑO</u> ?
1	_____	<input type="text"/>	_____	<input type="text"/>
2	_____	<input type="text"/>	_____	<input type="text"/>
3	_____	<input type="text"/>	_____	<input type="text"/>
4	_____	<input type="text"/>	_____	<input type="text"/>
5	_____	<input type="text"/>	_____	<input type="text"/>

5. ¿Cuáles y cuántos son los principales procedimientos de Maxilofacial que realiza mes o año?

	CONSULTA EXTERNA Y PROCEDIMIENTOS DE CONSULTORIO	¿Cuántos al <u>MES</u> ?	CIRUGÍA	¿Cuántos al <u>AÑO</u> ?
1	_____	<input type="text"/>	_____	<input type="text"/>
2	_____	<input type="text"/>	_____	<input type="text"/>

3				
4				
5				

6. ¿Cuáles y cuántos son los principales procedimientos de Cabeza y Cuello que realiza mes o año?

	CONSULTA EXTERNA Y PROCEDIMIENTOS DE CONSULTORIO	¿Cuántos al <u>MES</u> ?	CIRUGÍA	¿Cuántos al <u>AÑO</u> ?
1				
2				
3				
4				
5				

7. ¿Cuáles y cuántos que no estén incluidos en la lista anterior realiza al año?

	CONSULTA EXTERNA Y PROCEDIMIENTOS DE CONSULTORIO	¿Cuántos al mes?	CIRUGÍA	¿Cuántos al año?
1				
2				
3				
4				
5				

8. Del TOTAL de actividades que realiza, ¿qué porcentaje de actividades corresponde a?
La suma de los porcentajes debe ser equivalente a 100%

Otología/Neurotología	<input type="text"/>	Rinosinusología	<input type="text"/>	Cirugía Plástica facial	<input type="text"/>
Laringe y vía aérea superior	<input type="text"/>	Maxilofacial	<input type="text"/>	Cabeza y Cuello	<input type="text"/>
ORL Pediátrica	<input type="text"/>	Otra ¿Cuál?	<hr/>		

9. Marque de 1 a 6 (1 el más relevante y 6 menos relevante) cuál de los siguientes factores afectan la atención con calidad en la especialidad de ORL

Inadecuada dotación de equipos para buen examen clínico	<input type="text"/>	Falta de insumos	<input type="text"/>
Restricción para ordenar Exámenes Diagnósticos	<input type="text"/>	Restricción para ordenar medicamentos	<input type="text"/>
Restricción de tiempo para realizar procedimientos y consulta	<input type="text"/>	Tipo de contratación con el profesional	<input type="text"/>

10. Del TOTAL de pacientes que atiende SEMANALMENTE, qué porcentaje aproximadamente pertenece a: La suma de los porcentajes debe ser equivalente al 100%

Particulares	<input type="text"/>	ARS Subsidiado	<input type="text"/>	Prepagas	<input type="text"/>
EPS Contributivo	<input type="text"/>	Hospital Público	<input type="text"/>		
OTRA	<input type="text"/>	¿Cuál?	<hr/>		

11. Del total de pacientes atendidos, qué porcentaje pertenece aproximadamente a los siguiente grupos etareos La suma de los porcentajes debe ser equivalente al 100%

Menores de 1 año	<input type="text"/>
De 1 a 14 años	<input type="text"/>

De 15 a 18 años

De 19 a 65 años

Mayores de 65 años

100%

12. ¿De los procedimientos que realiza que porcentaje aproximadamente realiza a residentes en Colombia y residentes en el exterior?

La suma de los porcentajes de ser igual a 100%

Residentes en Colombia

Residentes en el Exterior

13. ¿Cuáles procedimientos de ORL requieren apoyo profesional o técnico en el exterior y por qué?

Nombre del Procedimiento _____

¿Por qué? _____

14. Las actividades más frecuentemente prestadas en ORL se encuentran incluidas en:

	SI	NO	NS
Plan de Salud Colectiva	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
POS Contributivo	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
POS Subsidiado	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Plan de Salud de ARP	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Planes complementarios de salud Prepagada	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
No esta en ningún plan, se realizan por Consulta Particular	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

¿Cuáles Actividades se realizan por consulta particular?

15. ¿Considera que existe alguna patología de ORL que pueda considerarse problema de salud pública?
 F Favorables D Desfavorables

Sordera Infecciosa	<input type="checkbox"/>		Sordera por ruido	<input type="checkbox"/>
Infecciones por papiloma	<input type="checkbox"/>		Alergias	<input type="checkbox"/>
Otras	<input type="checkbox"/>	¿Cuáles?	<hr/>	

16. ¿Cuáles es la principal limitación para la formación de empresas o actividades empresariales relacionadas con la ORL?

Costos	<input type="checkbox"/>	Entrenamiento	<input type="checkbox"/>	Desconocimiento	<input type="checkbox"/>
Exigencias Legales	<input type="checkbox"/>	Falta de Apoyo	<input type="checkbox"/>	Exceso de Oferta	<input type="checkbox"/>
Otras	<input type="checkbox"/>	¿Cuáles?	<hr/>		

17. ¿Considera que su nivel de formación en la especialización de ORL fue suficiente para atender las patologías más frecuentes de su especialidad? Si su respuesta es NO, por favor comente su percepción.

Si	<input type="checkbox"/>	
No	<input type="checkbox"/>	¿Por qué?
<hr/>		

18. ¿Usted tiene o desea tener una especialidad adicional con título legalmente reconocido en algunas de estas áreas?

	TIENE	DESEA TENER
Neurotología /Otología	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rinosinusología	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cirugía Plástica facial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Laringe y vía aérea superior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maxilofacial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Cabeza y Cuello

ORL Pediátrica

19. ¿Cuáles son las principales factores que afectan la formación en la especialización de ORL?

Falta de Escenarios de Práctica

Falta de Tecnología apropiada

Poca práctica en pacientes para las diferentes actividades

Calidad Docente

Otras

¿Cuáles?

20. ¿En qué tipo de institución labora y cuánto tiempo tiene contratado aproximadamente SEMANALMENTE?

CONSULTORIO

Propio

Alquilado

Horas programadas

IPS

Pública

Privada

Horas dedicadas

EPS

ARP

EDUCATIVA

Otras

¿Cuáles?

21. ¿Qué porcentaje de su tiempo laboral emplea en las siguientes actividades?

Práctica profesional ORL

Cargos Directivos
Administrativos

Docencia

Jefe de Servicio

Otras ¿Cuáles? _____

22. ¿Cómo es su vinculación laboral?

Sin Vinculo laboral, actividad privada	<input type="checkbox"/>				
		Termino Fijo	Termino Indefinido	Horas Mes	Actividad
Contrato Laboral directo		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Contrato Laboral por agencia temporal, cooperativa, etc.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otras	<input type="checkbox"/>	¿Cuáles? _____			

23. ¿Cuál de los siguiente manuales tarifarios conoce?

ISS	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Manual de tarifas ACORL	<input type="checkbox"/>
Medicina Prepagada	<input type="checkbox"/>	SOAT			
		ARP			
Otros	<input type="checkbox"/>	¿Cuáles? _____			

24. Los ingresos que recibe mensualmente por su actividad profesional en ORL se encuentra entre

Menos de \$2.500.00	<input type="checkbox"/>	Entre \$8.001.000 - \$10.000.000	<input type="checkbox"/>
Entre \$2.501.000 - \$4.000.000	<input type="checkbox"/>	Entre \$15.001.000 - \$20.000.000	<input type="checkbox"/>
Entre \$4.001.000 - \$6.000.000	<input type="checkbox"/>	Entre \$10.001.000 - \$15.000.000	<input type="checkbox"/>

Entre \$6.001.000 - \$8.000.000

Más de \$20.000.000

25. La Ley 1164 de Talento Humano para la Salud, contiene oportunidades (O) y amenazas (A) para los OLR en relación a:

	A	O	NS
Planeación en ORL	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Formación en ORL	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Permiso para ejercer OLR	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Empleo e Ingresos en ORL	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ética en ORL	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

26. La Ley 1122 reforma de la Ley 100, contiene oportunidades (O) y amenazas (A) en la OLR en relación a:

	A	O	NS
Cobertura	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Equilibrio entre los actores del sistema	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Organización y funcionamiento de redes para la prestación de servicios de salud de ORL	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Mejoramiento de la calidad en la prestación de servicios de salud	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ingresos	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

27. ¿A cuáles ORGANIZACIONES DE PROFESIONALES especializados en Otorrinolaringología no pertenece, pertenece o desearía pertenecer?

	No pertenece	Pertenece	Desearía Pertenecer
Asociación Colombiana de Otorrinolaringología, Cirugía de Cabeza y Cuello, Maxilofacial y Estética Facial	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Sociedad Colombiana de Cirugía Plástica Facial y Rinología

--	--	--

OTRA

¿C
uál
?

28. ¿A cuáles organizaciones GREMIALES no pertenece, pertenece o desearía pertenecer?

No pertenece Pertenece Desearía Pertenecer

Colegio Medico Colombiano

Federación Médica Colombiana

Academia Nacional de Medicina

Club Médico

Asociación Médica Colombiana

OTRA

¿C
uál
?

29. ¿A cuáles de las siguientes organizaciones SINDICALES no pertenece, pertenece o desearía pertenecer?

No pertenece Pertenece Desearía Pertenecer

Asociación Medica Sindical - Asmedas

Sindicato Nacional de Trabajadores de La Salud y la Seguridad Social -Sindess

Asociación Nacional de Trabajadores Hospitalarios de Colombia- Anthoc

Sintraseguridad Social

Sintra ISS

OTRA

¿C
uál
?

30. ¿Cuál es el principal beneficio de pertenecer a estas organizaciones?

Asociarse	<input type="checkbox"/>	Informarse	<input type="checkbox"/>	Actualizarse	<input type="checkbox"/>
Investigar	<input type="checkbox"/>	Invertir	<input type="checkbox"/>	Ahorrar	<input type="checkbox"/>
Recrearse	<input type="checkbox"/>	Protegerse	<input type="checkbox"/>	Impulsar la ORL	<input type="checkbox"/>
OTRA	<input type="checkbox"/>	¿Cuál? _____			

31. Califique el nivel de regulación al ejercicio de la ORL de las siguientes entidades

	Alto	Medio	Bajo	Nulo
Congreso de la República	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ministerio de la Protección Social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Superintendencia nacional de Salud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Secretaría de Distritales, Departamentales y Municipales de Salud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ministerio de Educación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tribunales de ética Médica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asociación Colombiana de Otorrinolaringología, Cirugía de Cabeza y Cuello, Maxilofacial y Estética Facial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sociedad Colombiana de Cirugía Plástica, Estética, Maxilofacial y de la Mano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sociedad Colombiana de Cirugía Plástica Facial y Rinología	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asociaciones seccionales y regionales de la especialidades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OTRA	<input type="checkbox"/>	¿Cuál? _____		

32. ¿Conoce normas o protocolos relacionados con la regulación de la ORL en planeación, formación, vigilancia y control del ejercicio, desempeño y ética?

		SI	NO	NS
Requisitos básicos de la formación				
Requisitos básicos para escenarios de práctica				
Protocolos de Atención				
Auditoria en ORL				
Manual piso tarifario para ORL				
OTRA <input type="checkbox"/>	¿Cuál?	_____		

PERSPECTIVA DE LA EVOLUCION DE LA OTORRINOLARINGOLOGIA EN COLOMBIA.

OBJETIVO:

Información relevante para el futuro de la ORL, con base en el conocimiento y expectativas de los líderes

TEMAS:

1. Mercado, , número , tamaño y especialización de los servicios. de las IPS-EPS en ORL
2. Evolución y efecto de la regulación en la ORL.
3. Utilización de la Tecnología.
4. Relaciones de trabajo.
5. Capacidades organizacionales.
6. Característica de Los profesionales.

ENTREVISTADOS

Nombre:

Cargo u ocupación:

Énfasis de la ORL.:

- 1) MERCADO, NÚMERO, TAMAÑO Y ESPECIALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS. DE LAS IPS-EPS EN ORL

Durante la última década ha existido cambios en la prestación de servicios de un esquema de atención particular a un esquema de atención por seguros. Hoy hay un sistema mixto.

Mercado no intermediado

- Cree que evolucionara la participación de los ORL en los segmento de mercado conformados como consecuencia del SGSSS y en que dirección..
- Cuáles son las perspectivas con respecto a la relación entre los ORL y sus subespecialidades.
- Cree que la tendencia de la atención integral de la ORL puede modificar el carácter especializado.

Como cree que evolucionaran las relaciones entre prestadores y aseguradores.

Puede esto modificar la prestación de los servicios.

Fusiones adquisiciones , numero y tamaño

- Cual cree usted que es la tendencia más probable en cuanto al número y al tamaño de las entidades y los servicios de ORL, aumentaran , disminuirán o quedan como esta.
- Cuál cree que sea la inversión de las EPS en los servicios los próximos años.
- Cuál cree que sea el impacto de esa inversión en el futuro.
- Se presentará un esquema de uniones entre profesionales de ORL para realizar alianzas estratégicas o autorsoring.
-

2) EVOLUCIÓN Y EFECTO DE LA REGULACIÓN EN LA ORL.

Sobre la regulación se adoptaron normas de habilitación, acreditación, protocolos de atención, sistemas de información, tarifas entre otros, esto converge hacia la necesidad de la auto regulación y las desregulación del sistema.

- En qué sentido cree que evolucionara la regulación de la ORL durante los próximos años?
- Considera que los prestadores han adquirido una cultura de autorregulación.
- **Si la calidad es un mecanismo de regulación y esta esta supeditada a la contratación del personal, cual será entonces el futuro de este mecanismo de regulación.**

3) UTILIZACIÓN DE LA TECNOLOGÍA.

En los últimos años el uso de tecnología se ha utilizado para el mejoramiento e innovación de servicios como para buscar eficiencia en la atención al usuario.

- Si continua el aumento de la utilización de tecnología considera que esta se convertirá en ventaja competitiva en que grado.
- Qué tipo de tecnología será más determinante en los próximos años en ORL. Informática, comunicaciones, material médico-quirúrgico, Instrumental y equipos relacionados con la ORL.

- Como afectara el perfil ocupacional de los ORL. Habilidad en servicios de informática, software....., telemedicina (asistencial) cambio de mentalidad con la informática, el internet cambiara en algo la pre-consulta, la referencia, interconsulta.
- En cuanto a la tecnología blanda: aumentan los cupos educativos.

4) RELACIONES DE TRABAJO.

La necesidad de satisfacer a los usuarios, ser mas eficiente y tener como foco al cliente conlleva a una actitud y un comportamiento diferente en los empleados. Esto indica cambiar el contrato de hacer por el de contribuir.

- Cree que en esta dirección se debe enfocar un cambio en las relaciones.
- En qué aspecto específicos del contrato se deberían plantear los cambios. (Estabilidad, salarios variables, jornadas de trabajo)
- Que tan dadas están las condiciones para lograr este cambio.
- Qué papel jugaran los sindicatos.

5) CAPACIDADES ORGANIZACIONALES.

Para responder a los retos de los objetivos de crecimiento, participación, rentabilidad, demandan una capacidad diferente en las instituciones del sector.

Que considera que deben mejorar los servicios:

6) CARACTERÍSTICA DE LOS PROFESIONALES.

El éxito competitivo está centrado en el grupo humano con que cuenta la institución, Se enfrentará a la necesidad de cambiar el énfasis de seleccionar por conocimiento a seleccionar por características personales que asegure una atención que apoye a la institución.

- Cuales serian las características más valiosas del personal. (creatividad, compromiso, atención a al cliente, trabajo en equipo)
- Cual la posibilidad de procesos reeducativos.
- Existe la necesidad de una renovación más drástica y acelerada.

Cambio de condiciones laborales.

Readaptación laboral

Reacomodación de las entidades

ANEXO 3. PROCESO METODOLÓGICO PARA LA ELABORACION DE COMPETENCIAS

El proceso para elaborar normas de competencia laboral contempla las siguientes fases:1) Concertación, 2) Caracterización Ocupacional,3) Análisis Funcional, 4) Elaboración de Titulaciones. Ver grafica 1.

Durante todo el proceso se realizan acciones de verificación para comprobar que cada producto obtenido satisface los criterios y procedimientos metodológicos establecidos en esta guía y describe las realidades laborales expresadas por empresarios y trabajadores de la sub-área de desempeño.

Gráfico 1. Fases de la metodología para la elaboración de competencias



Para mayor comprensión se realiza una breve descripción de cada una de las fases de la metodología

1 Concertación

En esta fase se define la sub-área de desempeño sobre la cual se hace el estudio y se establecen los acuerdos con empleadores y trabajadores para desarrollar el proceso. Las mesas de concertación deben estar conformadas

por equipos de expertos, es una instancia voluntaria, abierta, de participación del gobierno, trabajadores, gremios, formadores y empresarios.

2. CARACTERIZACIÓN OCUPACIONAL

Es la actividad de investigación, que permite identificar y describir la naturaleza, características y tendencias del área a normalizar, y por lo tanto, es un insumo fundamental para la elaboración de las normas de competencia.

Para la elaboración de la caracterización ocupacional, se debe consultar Información estadística, estudios y diagnósticos sectoriales y subsectoriales, investigaciones y tesis de grado que correspondan al área a estudiar.

Para la realización de la caracterización ocupacional se debe analizar el entorno organizacional, económico, tecnológico, ocupacional y educativo Ver gráfico 2

Gráfico 2. Componentes de la caracterización ocupacional



ENTORNO ORGANIZACIONAL:

Se busca identificar y analizar los tipos de organizaciones empresariales y su distribución geográfica, los sistemas de gestión y administración, las estructuras organizacionales, los niveles jerárquicos organizacionales y las áreas de trabajo en las organizaciones y las relaciones con clientes y proveedores.

Además, se debe identificar los Productos y servicios, gremios, entidades reguladoras, marco legal, políticas, que afectan el sector.

ENTORNO ECONÓMICO:

En relación al entorno Económico, se pretende identificar y describir la estructura económica, tendencias macroeconómica, los Volúmenes de producción, destino de la producción, situación de mercado, acuerdos comerciales., entre otros.

ENTORNO TECNOLÓGICO:

Su objetivo es identificar y describir las características y tendencias de los procesos productivos y tecnológicos relevantes, principales tecnologías duras y blandas utilizadas , proveedores de tecnología, sistemas de gestión de la calidad, indicadores de productividad y competitividad, utilización de tecnologías informáticas, las tendencias de la modernización tecnológicas y el impacto de la inversión extranjera en dicha modernización.

El impacto de la tecnología en el mercado laboral: variaciones en la tasa de empleos, perfiles profesionales frente a la tecnología y la adaptación de los trabajadores y de los clientes que utilizan la tecnología, competencias laborales que debe tener el talento humano requerido para su utilización y comprensión.

ENTORNO OCUPACIONAL:

Se busca identificar, describir y analizar las características y tendencias cuali y cuantitativo de los profesionales, especialistas y ocupaciones existentes, la dinámica del empleo, la distribución del personal por ocupaciones, niveles operativos, cargos, funciones, normas de competencia laboral existentes para las funciones de la subárea de desempeño, las ocupaciones específicas, transversales y los enlaces funcionales y ocupacionales significativos con otras áreas ocupacionales, las tendencias de modernización y la consolidación del perfil del talento humano, las competencias ocupacionales emergentes y requeridas para competir con éxito en el mercado, las ocupaciones en expansión, ocupaciones que desaparecen, ocupaciones en recesión.

Asimismo se pretende identificar las políticas ocupacionales de gestión del talento humano y las formas de contratación, estilos de dirección y valores corporativos,

ENTORNO EDUCATIVO:

Su objetivo es identificar y describir las características y tendencias de la oferta de formación y capacitación tanto de la educación formal (profesional) como la educación para el trabajo (técnico y auxiliares) los programas, instituciones oferentes, niveles y regiones donde se ubican, la demanda de formación requerida y las necesidades de formación y capacitación considerando nivel de ocupación, género y situación geográfica.

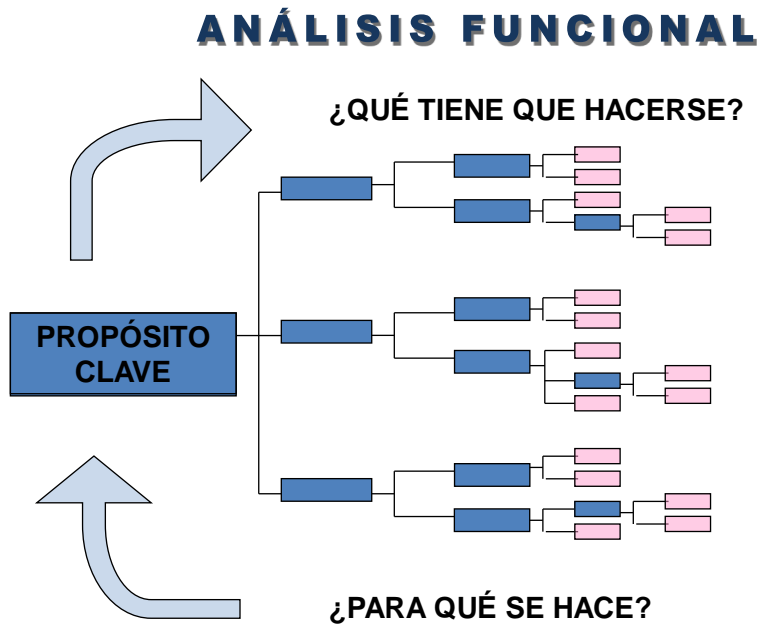
TENDENCIAS:

Cambios en las organizaciones, en los productos y servicios, en los mercados, en las tecnologías, en la normatividad, en las ocupaciones, en los requerimientos de capacitación y formación.

3. Análisis Funcional:

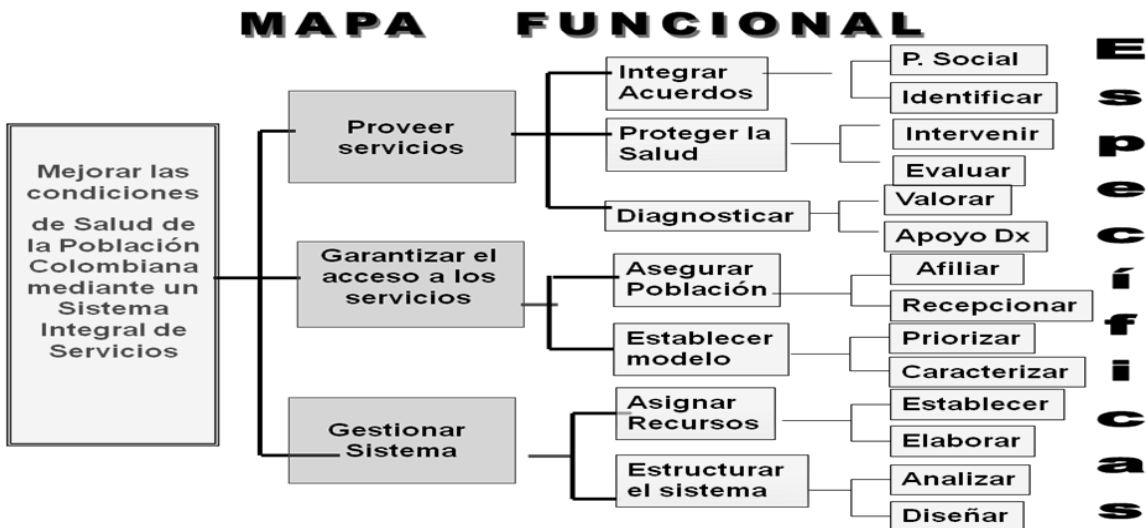
Análisis funcional es un método de cuestionamiento y de enfoque que permite la identificación del Propósito Clave de la sub-área de desempeño, como punto de partida para enunciar y correlacionar las funciones que deben desarrollar las personas para lograrlo, hasta especificar sus contribuciones individuales.

Gráfico 3. Análisis funcional



Los resultados del Análisis Funcional se concretan en un Mapa Funcional, que enuncia y correlaciona las funciones laborales de la sub -área de desempeño disponiéndolas en una estructura en forma de árbol.

Gráfico 1. Mapa funcional



4. Elaboración de Titulaciones

Una Titulación Laboral es el conjunto de Normas de Competencia Laboral que describe los desempeños requeridos en un Campo Ocupacional o en una Ocupación y que los trabajadores ejercen en varios puestos de trabajo del proceso productivo utilizando tecnologías afines y complementarias, compartiendo un entorno laboral similar, aplicando principios y conocimientos comunes y entregando productos similares en la cadena de valor del sistema productivo.

Para su elaboración se debe:

Identificar los Campos Ocupacionales o las Ocupaciones donde se requiere enfocar prioritariamente los esfuerzos de mejoramiento del desempeño de los trabajadores.

Configurar proyectos de Titulaciones Laborales para los Campos Ocupacionales u Ocupaciones prioritarios.

Elaborar las Normas de Competencia Laboral de la Titulación, mediante componentes normativos de los elementos de competencia que las integran: Describir los Criterios de Desempeño, enunciar el Rango de Aplicación, especificar el Conocimiento y Comprensión Esenciales y enunciar las Evidencias Requeridas.

Estructurar Titulaciones Laborales. Un elemento de competencia describe el resultado laboral que un trabajador debe lograr en el desempeño de una contribución individual, mediante componentes normativos:

Las Normas de Competencia Laboral que integran una Titulación, pueden ser:

Normas de Competencia Obligatorias: Corresponden a las funciones comunes para los diferentes puestos de trabajo que cubre el Campo Ocupacional o la Ocupación. Son indispensables para obtener la titulación.

Normas de Competencia Optativas: Corresponden a funciones específicas de un puesto de trabajo que se requieren de una o varias optativas para lograr la Titulación Laboral

Normas de Competencia Adicionales: Corresponden a funciones muy especializadas que permiten la flexibilidad necesaria para satisfacer requerimientos laborales específicos de algunas empresas y trabajadores, no son necesarias para lograr la Titulación.

ANEXO 4. SERVICIOS DE OTORRINOLARINGOLOGIA REGISTRADOS EN EL SISTEMA DE HABILITACIÓN DEL MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL.

**OCTUBRE
2008.**

SERVICIO DE OTORRINOLARINGOLOGIA POR DEPARTAMENTO Y TIPO DE PRESTADOR

Departamento	Mixta	Privada	Pública	Total general
Amazonas		2	1	3
Antioquia	1	217	16	234
Arauca		5	7	12
Atlántico		65	4	69
Bogotá D.C		423	15	438
Bolívar		56	5	61
Boyacá		27	3	30
Caldas		28	5	33
Caquetá		6	14	20
Casanare		8	2	10
Cauca		16	4	20
Cesar		20	2	22
Chocó		5		5
Córdoba		30	4	34
Cundinamarca		26	16	42
Guainía			1	1
Guaviare			4	4
Huila		19	3	22
La Guajira		15	3	18
Magdalena		25	3	28
Meta		19	3	22
Nariño		22	5	27
Norte de Santander		13	4	17
Putumayo		5	3	8
Quindío		15	7	22
Risaralda		24	2	26
San Andrés y Providencia		4		4
Santander		69	12	81
Sucre		9	2	11
Tolima		23	3	26
Valle del cauca		237	24	261
Vichada			4	4
Total general	1	1433	181	1615

Fuente: Ministerio de Protección Social. Registro de Habilitación

A corte de octubre de 2008

**SERVICIO DE OTORRINOLARINGOLOGIA CONSULTA EXTERNA
POR TIPO DE PRESTADOR
A OCTUBRE DE 2008**

DEPARTAMENTO	DEPARTAMENTAL	DISTRITAL	MUNICIPAL	NACIONAL	PRIVADA	Total general
Amazonas	1				2	3
Antioquia	5		10		138	153
Arauca	7				3	10
Atlántico	3	1			46	50
Bogotá D.C	1	8		6	267	282
Bolívar	3		1	1	38	43
Boyacá	3				24	27
Caldas	2		1	1	19	23
Caquetá	13		1		5	19
Casanare	1		1		5	7
Cauca	2		1	1	11	15
Cesar	2				13	15
Chocó					4	4
Córdoba	3		1		19	23
Cundinamarca	15		1		22	38
Guainía	1					1
Guaviare	4					4
Huila	3				12	15
La Guajira	2		1		12	15
Magdalena	2				19	21
Meta	2		1		14	17
Nariño	4			1	14	19
Norte de Santander	2			1	10	13
Putumayo	3				5	8
Quindío	1			1	11	13
Risaralda	1		1		14	16
San Andrés y Providencia					3	3
Santander	6		2	4	46	58
Sucre	2				7	9
Tolima	3				13	16
Valle del cauca	8		16		149	173
Vichada	4					4
Total general	109	9	38	16	945	1117

Ministerio de Protección Social
Sistema de Habilitación Corte a Octubre de 2008

**SERVICIO DE OTORRINOLARINGOLOGIA CONSULTA EXTERNA
POR TIPO NIVEL
A OCTUBRE DE 2008**

DEPARTAMENTO	I	II	III	(en blanco)	Total general
Amazonas		1		2	3
Antioquia	3	12	1	137	153
Arauca	5	2		3	10
Atlántico		3	1	46	50
Bogotá D.C		8	5	269	282
Bolívar	1	2	1	39	43
Boyacá		2	1	24	27
Caldas		2	1	20	23
Caquetá	10	1		8	19
Casanare	1	1		5	7
Cauca	1	2	1	11	15
Cesar		2		13	15
Chocó				4	4
Córdoba	1	3		19	23
Cundinamarca	7	7	1	23	38
Guainía		1			1
Guaviare	3	1			4
Huila		2	1	12	15
La Guajira	1	2		12	15
Magdalena		1	1	19	21
Meta	1	2		14	17
Nariño		3		16	19
Norte de Santander		1	1	11	13
Putumayo		2		6	8
Quindío			1	12	13
Risaralda	1		1	14	16
San Andrés y Providencia				3	3
Santander	2	3	3	50	58
Sucre		2		7	9
Tolima		2	1	13	16
Valle del cauca	11	7	1	154	173
Vichada	3	1			4
Total general	51	78	22	966	1117

Ministerio de Protección Social
Sistema de Habilitación Corte a Octubre de 2008