

Conocimientos sobre derechos y deberes en salud en profesionales de medicina y enfermería, Bucaramanga, Colombia

Knowledge on health rights and duties in medicine and nursing professionals, Bucaramanga, Colombia

Conocimientos sobre derechos-deberes en salud

Ludivia Esther Montaña Villalba¹, Laura Andrea Rodríguez Villamizar²

RESUMEN

Objetivo: Describir el nivel de conocimientos que profesionales en medicina y enfermería, que laboran en instituciones de salud públicas y privadas de la ciudad de Bucaramanga (Santander-Colombia), tienen sobre derechos y deberes en salud establecidos en la Constitución Política y en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, 2010. **Método:** Estudio descriptivo, exploratorio, transversal. Se seleccionaron aleatoriamente instituciones, servicios y profesionales participantes. Se indagaron los conocimientos en cinco componentes que cobijaron temas sobre derechos y deberes en salud inscritos en la Constitución Política, en el Sistema General de Seguridad Social colombiano y en la jurisprudencia constitucional; igualmente, se indagó sobre el conocimiento de mecanismos jurídicos para acceder al derecho a la salud en el territorio nacional. Se construyeron promedios en términos de porcentaje total y por componente. **Resultados:** El promedio global de conocimientos fue 57,7 %, el de conocimientos generales sobre Constitución Política 39,4 % y el de conocimientos sobre el SGSSS 55,1 %. Los profesionales que reportaron mayores niveles de conocimientos fueron: hombres, especialistas administrativos, médicos, personas con mayor experiencia laboral y trabajadores del sector privado. Los egresados menores a cinco años obtuvieron menores promedios de conocimientos. **Conclusiones:** El nivel de conocimientos en derechos y deberes en salud entre los profesionales de medicina y enfermería en Bucaramanga fue deficiente. A pesar de que el conocimiento de estos temas es central en el desempeño de los profesionales del sector salud, se evidencia a partir de estos resultados, carencia de procesos de formación o educación continuada en el tema de derechos. *Salud UIS 2013; 45 (1): 15-22*

Palabras clave: Derechos humanos, Sistemas de salud, Conocimiento, Personal de Salud.

Nivel de evidencia: III

1. Magister en Salud Pública, Bacterióloga. Profesora de cátedra de Salud Pública, Universidad de Santander - UDES.

2. Magister en Epidemiología, Médica. Departamento de Salud Pública, Escuela de Medicina, Universidad Industrial de Santander -UIS.

Correspondencia: Ludivia Esther Montaña Villalba. **Dirección:** Calle 74ª # 49-63 casa 69 Palmeras del Cacique 1. Bucaramanga, Santander. **Teléfono:** 3005574563

E-mail: ludyes@hotmail.com

Recibido: Noviembre 22 de 2012

Aprobado: Febrero 07 de 2013

ABSTRACT

Objective: To describe the level of knowledge that medical and nursing professionals who work in public and private health institutions in the city of Bucaramanga (Santander-Colombia), have about health rights and duties established in the Constitution and the Social Security System in Health, 2010. **Method:** Descriptive, cross-sectional study. The institutions, services and professionals were selected at random. Five components of knowledge were studied, which included issues on health rights and duties listed in the Constitution, the Social Security System and the Colombian constitutional jurisprudence, as well as legal mechanisms to obtain the right to health in the country. Total and partial means were calculated as percentages. **Results:** The overall knowledge average was 57,7 %, the general knowledge in Constitution was 39,4 % and the mean of knowledge in the health system was 55,1 %. Best scores were found in professionals who were men, administrative specialists, physicians, and people with more work experience and in the private sector. Graduates less than five years obtained a lower mean score. **Conclusions:** The knowledge's levels on rights and duties related to health were deficient in the health professionals in Bucaramanga. In spite of the importance of this subject in the health professional's performance, is evident from these results an scarce of formation and continued education process in the subject of health rights. *Salud UIS 2013; 45 (1): 15-22*

Keywords: Human rights, Health care systems, Knowledge, Health personnel

Evidence level: III

INTRODUCCIÓN

En la década de los 90's comenzó a gestarse en Latinoamérica un modelo de políticas de descentralización y minimización del Estado, denominado política neoliberal,¹ que fue liderado por agencias internacionales como el Banco Mundial. En este contexto internacional y teniendo como premisa que la Constitución Política (CP) de 1886 no era coherente con las condiciones de la Colombia contemporánea, se adoptó una nueva CP en 1991, la cual determina que Colombia es un Estado Social de Derecho (ESD), y como tal, el Estado es el garante no solo de los derechos fundamentales, sino también de los derechos prestacionales; derivado de esto, tiene la obligación de prestar múltiples servicios públicos que garanticen el mínimo vital en alimentación, salud, educación y cultura independiente de la capacidad económica de sus ciudadanos.²

Específicamente, el derecho a la salud (DS) dentro de la CP, se encuentra inscrito dentro los derechos económicos, sociales y culturales (DESC)³ y solo se considera como un derecho fundamental, cuando se trata de la salud de los niños y las niñas y de personas en especial estado de vulneración.² Estas características hacen que el DS dentro de la CP sea muy limitado como derecho fundamental per sé y que no tenga suficiente sustento constitucional, lo que ha originado una extensa discusión con respecto a los problemas estructurales que se derivan desde la misma para garantizar el DS en nuestro país.⁴

La Ley 100 de 1993 estableció el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), reforma cuyo diseño estuvo basado principalmente en el modelo del pluralismo estructurado, perteneciente a la escuela de pensamiento neoliberal.^{5,6} Dentro de este nuevo sistema, el DS se ubica como bien o servicio de mercado y no como derecho ciudadano, el cual a su vez, está condicionado por la capacidad de pago de cada individuo, la oferta del mercado y la regulación del Estado.⁷

De esta manera, a pesar de que Colombia se define por orden constitucional como un ESD, el SGSSS ha generado dificultades en la garantía del DS.^{8,9,10} y ha provocado que el DS sea uno de los más vulnerados en el país,^{11,12} situación que ha generado tensiones por las posiciones encontradas entre el sistema de salud y el sistema judicial.

La presente investigación se origina a partir de la hipótesis de que esta dualidad en la manera de interpretar el DS, afecta directamente las decisiones diarias y el modo en que los profesionales de la salud y demás trabajadores del sector entienden el concepto del DS en el territorio nacional, más aún, si se tiene en cuenta que dentro de su formación profesional tradicionalmente se les educa principalmente con énfasis biomédico pero no tanto en formación de ciudadanía.¹³

Siendo el profesional del sector un actor activo dentro del sistema de salud, no se puede hacer realidad el DS, mientras el personal del área no esté adecuadamente

posesionado en el tema de derechos.^{13,14} Por tanto, se reconoce necesario que los profesionales de la salud tengan conocimientos básicos sobre el DS que les permita orientar el ejercicio de su profesión y promover sus conocimientos entre los pacientes, mediando de esta forma para que el DS se sitúe en un concepto más amplio de justicia social.^{15,16}

A partir de estos considerandos, el objetivo del presente estudio fue determinar el nivel de conocimientos que tienen los profesionales de medicina y enfermería sobre deberes y derechos en salud instaurados en la Constitución Política colombiana y en el SGSSS, en la ciudad de Bucaramanga, Colombia, 2010.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, exploratorio de corte transversal en una muestra probabilística de profesionales de medicina y enfermería, que se encontraban laborando en las diferentes IPS de Bucaramanga durante los meses de marzo y abril del 2010.

A partir de un censo de 100 IPS y un número aproximado de 3.000 profesionales de salud (según documentación de la Secretaria de Salud de Santander), se estimó un error alfa del 5 %, poder del 80 %, una prevalencia de conocimientos para todos los grupos participantes del 50 % y un nivel de confianza del 95 %, con lo cual, se determinó de un tamaño de muestra de 40 IPS y 341 profesionales.

Se usó un muestreo probabilístico multietápico, que partió de un muestreo por conglomerados (IPS como clusters), luego una estratificación por tipo de servicio (administración, consulta externa, urgencias y hospitalización-quirófanos) y finalmente un muestreo aleatorio simple para la selección de participantes (se listó todos los profesionales del turno y servicio correspondiente y se seleccionaron participantes utilizando números aleatorios generados por calculadora). De esta manera se seleccionaron entre dos y 20 profesionales por institución, que guardó proporción con el tamaño de cada IPS participante. También se aleatorizó el día y la jornada laboral (mañana, tarde o noche) en que se aplicó la encuesta. Los participantes se contactaron personalmente en los diferentes sitios de trabajo y se les solicitó su consentimiento informado de forma escrita.

Se diseñó una encuesta estructurada auto-dilenciada, utilizando como referente la del estudio

realizado por Muñeton CP¹⁷ a partir de la cual se realizaron modificaciones de estructura y contenido sustanciales acordes con el objetivo del presente estudio. El instrumento fue validado en su contenido por dos expertos y en su entendimiento por personal de salud en una prueba piloto en dos IPS (una pública de primer nivel y una privada de tercer nivel), lo que permitió corregir el instrumento final de aplicación.

El instrumento diseñado contiene cinco bloques de preguntas. El primero estuvo conformado por el grupo de preguntas generales sobre deberes y derechos relacionados con el derecho a la salud, que se encuentran inscritos en la Carta magna y sobre conocimientos generales sobre la jurisprudencia constitucional vinculada al derecho a la salud. El segundo está constituido por el grupo de preguntas relacionadas con conocimientos generales del SGSSS. El tercero lo constituye el grupo de preguntas sobre derechos en el SGSSS. El cuarto se relaciona con el bloque de preguntas sobre deberes en el SGSSS.

El quinto lo conforman las preguntas que tienen que ver con mecanismos jurídicos para acceder a los derechos en salud. Además, se indagó por información sobre la fuente de adquisición de los conocimientos sobre el SGSSS que tiene los sujetos encuestados, la importancia que le dan a este tipo de conocimiento y cómo se auto-califican en cuanto a conocimientos sobre los temas objetos del estudio.

Cada bloque contiene 10 ítems, por lo tanto al nivel de conocimientos se asignó un rango de 0 % a 100%. Se promedió el nivel de respuestas correctas para sacar un promedio general de conocimientos. Se hizo revisión diaria de cada encuesta diligenciada, como parte del control de calidad de datos. Se realizó doble digitación de los datos y se construyó una base de datos única. La descripción de variables se realizó según su nivel de medición. Se efectuó la descripción y análisis de los resultados por variables (análisis univariado); finalmente, se realizó un análisis bivariado exploratorio para identificar posibles asociaciones estadísticas entre los puntajes generales de conocimientos y algunas variables sociodemográficas. En los test se utilizó un nivel de significancia del 5 %. Se hizo el análisis de los datos en el software Stata 11.¹⁸

El protocolo de este estudio obtuvo el aval del Comité de ética de la Universidad de Antioquia y fue clasificado en la categoría de riesgo mínimo, según la resolución 8430 de 1993.

RESULTADOS

Entre marzo y abril de 2010 se entrevistaron 339 profesionales de medicina y enfermería, de un total de muestra calculada de 341 sujetos (99,4% de profesionales aleatorizados y 100% de IPS del muestreo), de los cuales 39,2% eran profesionales en enfermería y el 60,8% en medicina. Las características de la población se describen en la **Tabla 1**.

Tabla 1. Descripción de la población de profesionales de medicina y enfermería Bucaramanga 2010.

Variable	Total n = 339
Variables sociodemográficas	
Sexo <i>n (%)</i>	
Femenino	201 (59,3)
Masculino	138 (40,7)
Edad <i>Mediana (Rango intercuartílico)</i>	34 (29-44)
Años de experiencia laboral	
<i>Mediana (Rango intercuartílico)</i>	9,4 (4,4-17,4)
Profesión (%)	
Enfermería	133 (39,2)
Medicina	106 (60,8)
Tipo de posgrado (%)	
Administrativo	85 (25,1)
Clínico	60 (17,7)
Ninguno	194 (57,2)
Nivel de complejidad donde labora <i>n (%)</i>	
Nivel 1	151 (44,5)
Nivel 2	45 (13,3)
Nivel 3	98 (28,9)
Nivel 4	45 (13,3)
Sector donde labora <i>n (%)</i>	
Privado	225 (66,4)
Público	114 (33,6)
Servicio de atención donde labora <i>n (%)</i>	
Administrativo	
Consulta externa	47 (13,9)
Hospitalización	135 (39,8)
Urgencias	86 (25,3)

n = número de participantes.

En la muestra predominó el sexo femenino (59,3 %), y la mediana de la experiencia laboral fue de 9,4 años (Rango intercuartílico: 4,4-17,4). La mayor parte de la población no refirió especialidad de posgrado alguna (57,2 %) y laboraba predominantemente en el primer nivel de complejidad (44,5 %) del sector privado (66,4 %).

La **Figura 1**, muestra el puntaje promedio de cada componente de la encuesta y del total siendo éste último de 57,7 %. El bloque de preguntas que obtuvo menor puntaje promedio fue el de conocimientos generales en derechos y deberes en salud inscritos en la CP (39,4%) seguido del de conocimientos generales sobre el SGSSS (55,1%).

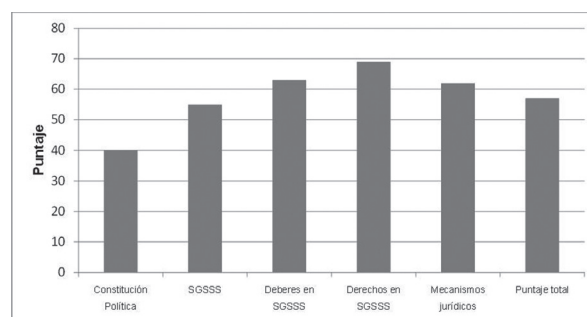


Figura 1. Puntaje sobre los conocimientos acerca de los derechos y deberes en salud, establecidos en la Constitución Política de Colombia y en el SGSSS colombiano en una población de profesionales en enfermería y medicina, Bucaramanga 2010.

SGSSS: Sistema General de Seguridad Social en Salud.

En relación con los conocimientos generales sobre derechos y deberes en salud inscritos en la CP, la pregunta en la cual se indagó sobre Colombia como un Estado Social de Derecho, presentó el mayor porcentaje de respuestas correctas (84,4%), mientras que la pregunta que indagó por la forma cómo se encuentra instaurado el derecho a la salud en la Constitución colombiana obtuvo el mayor porcentaje de respuestas incorrectas (90,6%). (**Tabla 2**).

En cuanto al SGSSS, un hallazgo importante, fue que los profesionales involucrados en el estudio desconocían el alcance de los beneficios específicamente del POS subsidiado (46%), sin embargo tenían mejores conocimientos en lo referente al POS contributivo. (**Tabla 3**).

Tabla 2. Conocimientos generales sobre Constitución Política y jurisprudencia constitucional en una población de profesionales de medicina y enfermería Bucaramanga 2010.

Conocimientos generales sobre CP ^a y JC ^b	%
Reconocimiento de Colombia como Estado Social de derecho.	84,4
Identificación de la Constitución Política como norma que se antepone a otra ley	42,7
Identificación del derecho a salud dentro de la Constitución colombiana como un DESC.	6,2
Relacionar la conexidad con la vida y la dignidad humana para reclamar jurídicamente un servicio de salud.	69,0
Distinguir los tratados internacionales y la Constitución Política como medios para defender el derecho a la salud.	37,2
Identificar donde se encuentra el derecho a la seguridad social y la atención en salud dentro de la Constitución Política.	34,5
Identificación de deberes constitucionales del ciudadano.	23,0
Reconocimiento del Estado como responsable de dirigir, orientar, vigilar y controlar el servicio público esencial de salud.	35,7
Conocimientos de la función de la Corte Constitucional.	45,7
Identificar la relación de la sentencia T-760 del 2008 y el derecho a la salud.	19,8

^a = Constitución Política^b = Jurisprudencia Constitucional**Tabla 3.** Conocimientos generales sobre el SGSSS en una población de profesionales de medicina y enfermería, Bucaramanga 2010.

Item SGSSS ^c	%
Identificar principios de la Ley 100 de 1993.	52,8
Conocimientos sobre cobertura del Plan Obligatorio de Salud (POS).	94,4
Identificación de entidades responsables de brindar atención de urgencias para el régimen subsidiado y para la población no afiliada (vinculados).	76,4
Reconocimiento de quienes deben hacer copago en el régimen contributivo.	58,7
Reconocimiento de derechos de atención en el primer mes de afiliación al régimen contributivo	79,0
Identificar situaciones donde se puede perder antigüedad en el sistema de seguridad social en el régimen contributivo.	41,0
Identificar población con prioridad para recibir beneficios del régimen subsidiado.	69,3
Conocimientos sobre la cobertura en atención del régimen subsidiado en salud.	31,3
Conocimientos sobre el tiempo de reserva del cupo de una persona del régimen subsidiado que transitoriamente se afilia al régimen contributivo.	19,2
Conocimientos sobre la Ley 1164 del 2007 o Ley del Talento Humano.	30,7

^c = Sistema General de Seguridad Social en Salud

Al hacer la correlación de los conocimientos por especialidad, se encontró que los profesionales que obtuvieron mayor puntaje promedio en conocimientos (63,1%) fueron los profesionales que tenían especialidad de tipo administrativo. (Tabla 4)

Tabla 4. Conocimientos sobre los derechos y deberes en Salud establecidos en la constitución política de Colombia y en el SGSSS Colombiano, según variables socioeconómicas y profesionales en profesionales de medicina y enfermería, Bucaramanga 2010.

Variable	Puntaje (media y ds)	Valor p
Sexo		
Femenino	56,3 ± 10,9	0,006
Masculino	59,7 ± 11,6	
Profesión		
Medicina	58,9 ± 11,3	0,009
Enfermería	55,7 ± 11,4	
Especialidad		
Administrativa	63,1 ± 11,6	0,000
Clínica	58,6 ± 10,2	
Ninguna	55,1 ± 10,1	
Años de experiencia profesional		
<4,3 años	53,9 ± 9,3	0,0007
4,3-9,3 años	58,1 ± 11,3	
9,3-17,3 años	59,7 ± 11,9	
≥17,3 años	59,8 ± 11,9	

^a = Constitución Política^b = Jurisprudencia Constitucional

Los profesionales que se desempeñan en áreas clínicas lograron menores puntajes en conocimientos y dentro de este grupo resaltan aquellos que no tenían ninguna especialidad (55,1%). (Tabla 4)

Igualmente, al hacer la comparación por sexo los mayores puntajes los obtuvieron los hombres. La exploración entre la experiencia laboral y el nivel de conocimientos, mostró que la diferencia se hallaba solo en los profesionales que tenían menos de cinco años de egresados, quienes presentan un menor nivel de conocimientos (53,9%) comparándolos con los de cinco y más años de experiencia laboral. (Tabla 4)

En cuanto a la fuente de adquisición de conocimientos, la más frecuente fue las asignaturas vistas en el pregrado de universidad con un 46,6%, seguido del 41,3% que lo hizo por interés personal. La autoevaluación de los conocimientos sobre deberes y derechos en salud mostró que casi la mitad de los participantes (46%) considera que sus conocimientos al respecto son regulares, el 32% buenos y el 16% malos.

DISCUSIÓN

Existe un nivel deficiente de conocimientos de los profesionales en lo referente a conocimientos generales en derechos y deberes en salud inscritos en la CP y en el SGSSS (57 %). Este nivel promedio de conocimientos es similar al reportado en el estudio realizado en Medellín en población universitaria sobre conocimientos acerca del SGSSS en el año 2007, que hasta nuestro conocimiento, es el único trabajo previo conocido en Colombia relacionado con este tema. De esta manera, la presente investigación, es la primera en el país realizada a profesionales que laboran en salud y que incluye además temas constitucionales referentes al DS.

Como limitación de este trabajo, se identificaron la limitación del instrumento a su validez facial y de contenido, y el escaso tiempo disponible con el que contaban los profesionales para el diligenciamiento de la encuesta, que de alguna manera pudo influir en el análisis de las respuestas a los planteamientos dados en el instrumento.

Como fortalezas del trabajo, resalta que es la primera aproximación al estudio del conocimiento de los profesionales sobre DS en el país. De igual forma, el trabajo tuvo precaución de controlar los posibles sesgos desde el diseño. El sesgo de selección se controló mediante el uso de la muestra aleatoria tanto de la IPS como de los profesionales participantes; el sesgo de no respuesta se controló mediante explicación personal extensa sobre la naturaleza e independencia del estudio, y el sesgo de información, se controló realizando revisión diaria del diligenciamiento de la encuesta, al igual que digitación doble de la información, para buscar y corregir dichos errores.

Es importante aclarar, que si bien la muestra corresponde solo a profesionales de la ciudad de Bucaramanga, la similitud de estos resultados con el estudio mencionado anteriormente, y el contexto similar en materia de educación continuada en el país, sugiere que resultados similares podrían obtenerse de otras muestras de profesionales de ciudades diferentes en el país.

El deficiente nivel de conocimientos encontrado en los profesionales participantes, resulta preocupante si se toma en cuenta que en Colombia se instauró la actual CP desde 1991 y el SGSSS desde 1993. Dicha situación podría explicarse debido a que no existe una directriz jurídica clara y unificada en el país que abarque en todo sentido el concepto general de lo que es el DS; aunado a esto, el desconocimiento de los profesionales en los temas tratados, podría estar potenciado porque existe una limitante en términos de tiempo que el mismo sistema de salud le impone al profesional para acceder a la capacitación y educación continuada.

En relación con los conocimientos generales sobre derechos y deberes en salud inscritos en la Constitución Política, las respuestas de la población estudiada muestran que se reconoce a Colombia como un ESD, pero se desconoce en gran proporción la forma como se encuentra instaurado el DS en la CP. Esto posiblemente se deba a las diferentes interpretaciones que se le da al DS en el país según cada actor involucrado, las cuales a su vez, generan tensiones que afectan la correcta comprensión del DS por parte de los profesionales del sector y de la ciudadanía en general y dificulta su exigibilidad.

Sin embargo, se debe aclarar que la forma como se formuló la pregunta que indagó el conocimiento sobre la identificación del DS dentro de la Constitución Colombiana como un DESC, no alcanzó a cobijar el concepto total e integral del debate en referencia al DS dentro de la CP e hizo referencia estricta solo a la parte normativa.

En cuanto al SGSSS, el menor conocimiento sobre el alcance de los beneficios del POS subsidiado comparándolo con el del POS contributivo, podría sugerir que las inequidades de los planes de beneficios¹⁹, se pueden ver de alguna manera acentuadas debido al desconocimiento de los profesionales del sector sobre el SGSSS y más específicamente en el área del régimen subsidiado, ya que a éste se encuentra inscrita la mayor parte de la población vulnerable de este país. Igualmente en contraste con dicho hallazgo, se debe tener en cuenta que el aumento de la afiliación al SGSSS se está dando actualmente a expensas del Régimen Subsidiado y no del Régimen contributivo.²⁰

Esta desigualdad en el conocimiento de los profesionales de la salud con relación al POS, podría explicarse en parte debido a la gran cantidad de normatividad y modificaciones realizadas continuamente, especialmente en el régimen subsidiado.

Los profesionales con mayor puntaje promedio fueron los que tenían especialidades de tipo administrativo, sin embargo, son los que en la práctica profesional tienen menos contacto con el paciente. En lo que respecta al mayor puntaje obtenido por este grupo se debe decir que estuvo a expensas del conocimiento en deberes en el SGSSS. Esto se explica por el énfasis que se le da a la formación del personal en salud sólo desde el punto de vista del SGSSS, desconociendo la importancia de la formación del personal del sector desde el punto de vista de los derechos humanos.

Igualmente, resulta relevante que los profesionales con menores puntajes de conocimientos fueron los que se desempeñaban en áreas clínicas y dentro de este grupo resaltan aquellos que no tenían ninguna especialidad, hallazgo preocupante, debido a que son ellos los que directamente brindan la atención en salud y los que se enfrentan a la problemática diaria del limitado acceso y disponibilidad de los servicios.

El hecho de que no se encontraron diferencias de conocimientos entre los profesionales que llevaban un poco más de cinco años laborando comparados con los que tenían veinte o más años de vida profesional, y que el 56% de los encuestados manifestaron no tener conocimientos en los temas objetos del estudio, sugiere que durante su vida laboral los profesionales no reciben educación continuada en lo referente a deberes y derechos en salud por parte del Estado o por las instituciones donde laboran¹⁶. Por tanto su única fuente de actualización es la realidad vivida en los servicios, que en muchas ocasiones dista mucho del ideal y de la normatividad relacionada con el DS.

Adicionalmente, si se tienen en cuenta los resultados de la autoevaluación, donde la mayor parte de los encuestados (46%) expresó tener regulares conocimientos sobre los temas tratados, y que los recién egresados son el grupo con el menor porcentaje de respuestas correctas, el presente estudio sugiere que existe una deficiencia en la enseñanza en lo que respecta al derecho a la salud por parte de las instituciones de educación superior; esto en concordancia con otro estudio²¹ el cual afirma que hay una debilidad en la formación ética en estudiantes de pregrados de ciencias de la salud que provoca una débil capacidad de respuesta de dichos profesionales a las necesidades y derechos de los individuos. A su vez, ocasiona pérdida de la calidad en el acceso y atención a la población e influye en el deterioro de las decisiones médicas y del cuidado de enfermería

Es así, como teniendo en cuenta el contexto laboral actual de los profesionales del área, resulta realmente

importante hacer una revisión de los pensum universitarios del sector salud, en lo concerniente a los temas que se relacionen con el DS así como impulsar la inclusión de la formación y actualización del talento humano dentro de la reglamentación de la reforma del sistema de salud colombiano. De igual manera a partir de estos resultados se generan múltiples preguntas relacionadas con el impacto del conocimiento deficiente de los profesionales de salud en el tema de derechos sobre resultados de salud a nivel individual y poblacional, temas que se sugieren sean abordados en futuras investigaciones.

AGRADECIMIENTOS

A todos los profesionales de medicina y enfermería, que generosamente cedieron el tiempo de sus apretadas jornadas laborales para participar en este trabajo.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Esta investigación se realizó teniendo el aval del Comité de Ética del centro de investigaciones de la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia.

CONFLICTOS DE INTERES

Las autoras de este artículo, declaramos que somos independientes, que no tuvimos apoyo económico de ninguna persona o institución y no tenemos conflictos de intereses que hayan afectado la ejecución del trabajo o la redacción del manuscrito.

REFERENCIAS

1. Homedes N, Ugalde A. Las reformas de salud neoliberales en América Latina: una visión crítica a través de dos estudios de caso. *Rev. Panam. Salud Pública*. 2005; 17(3): 210-220.
2. Colombia. Defensoría del Pueblo. El derecho a la salud: en la Constitución, la Jurisprudencia y los Instrumentos Internacionales. Bogotá: La Defensoría; 2003. p 37, 23, 48.
3. Arbeláez M. La protección constitucional del derecho a la salud: la jurisprudencia de la Corte Constitucional Colombiana. 2006; 14(2): 205-240.
4. Jaramillo I. El derecho a la salud, estado actual y perspectivas. En: Sarmiento L. Los derechos sociales, económicos y culturales en Colombia: balance y perspectivas. Bogotá: Consejería Presidencial para la Política Social-PNUD; 1995. p109, 110.

5. Granados Ramón, Gómez M. La reforma de los sistema de salud en Chile y Colombia: resultados y balance 2000; 2(2): 97-120.
6. Londoño JL, Frenk J. Structured pluralism: Towards and innovative model for health system reform in Latin America. *HealthPolicy* 1997; 41 (1): 1-36.
7. Hernández M. El enfoque sociopolítico para el análisis de las reformas sanitarias en América Latina. *Rev. Cubana Salud Pública* 2003; 29(3): 228-235.
8. Maya E. El derecho a la salud en la perspectiva de los derechos humanos y del sistema de inspección, vigilancias y control de quejas en materia de salud. *Rev. Colom. Psiquiat.* 2008; 37(4): 496-503.
9. Hernández M. El derecho a la salud en Colombia: obstáculos estructurales para su realización. *Rev. Salud Pública.* 2000; 2(2): 121-124. p127, 127.
10. Echeverry O. Mercantilización de los servicios de salud para el desarrollo: el caso de Colombia. *Rev. Panam Salud Pública* 2008; 24(3): 210-216. p210.
11. Colombia. Defensoría del Pueblo. La tutela y el derecho a la salud 1999-2003. Bogotá: La Defensoría; 2004. p39.
12. Colombia. Defensoría del Pueblo. La tutela y el derecho a la salud 2003-2005. Bogotá: La Defensoría; 2007. p19.
13. Miranda JJ, Yamin AE. Educando a los futuros profesionales de la salud: un reto para la salud y los derechos humanos en América latina. *Rev. Perú MedExp Salud Pública* 2008; 25(3): 302-308.
14. Hunt P. Edhucasalud. Exclusión y derecho a la salud: la función de los profesionales de la salud (discurso inaugural). Lima: Edhucasalud; 2007: p26, 27.
15. Vélez A. La acción de tutela: ¿un mecanismo de protección del derecho a la salud y un proceso alternativo para acceder a los servicios de salud? *Colomb. Méd.* 2005; 36 (3):199-208.
16. Colombia. Defensoría del pueblo. Autonomía médica y su relación con la prestación de los servicios de salud. Bogotá: Defensoría del Pueblo; 2007. p67-72.
17. Muñeton CP, Sepulveda GD, Torres LM. Conocimientos de los estudiantes de decimo segundo semestre de medicina sobre derechos y deberes en el Sistema de Seguridad Social en Salud y Riesgos Profesionales, Medellín 2007. [Trabajo de grado de Especialista en Gerencia de Seguridad Social]. Medellín: Universidad CES. Facultad de Medicina, 2007.
18. StataCorp. 2009. StataStatistical Software. Release 11.0.College Station, TX: StataCorp LP.
19. Hernández M. Reforma sanitaria, equidad y derecho a la salud en Colombia.*Cad. Saúde Pública.* 2002; 18(4): 991-1001.
20. Cardona JF, Hernández A, Yepes FJ. La reforma a la seguridad social en salud en Colombia ¿avances reales? *Rev. Gerenc. Polit. Salud.* 2005; 4(9): 81-99.
21. MolinaG, Muñoz IF, Ramirez A. Dilemas en las decisiones de la atención en salud. Ética, derechos y deberes constitucionales frente a la rentabilidad financiera. Bogotá: Imprenta Nacional de Colombia; 2009. P 69, 70, 89.