
La Ley 100 de 1993

Generalidades, alcances, incidencia en las instituciones de salud

Coordinador: Académico
Gustavo Malagón Londoño

Foro llevado a cabo en la Academia Nacional de Medicina el día 23 de junio de 1994.

Interviene en primer lugar el Académico Malagón Londoño, quien inicia su participación explicando que realizará una ojeada rápida en relación con las definiciones, las implicaciones y los objetivos de la Ley 100 de 1993 y las instituciones de salud y el cuerpo médico nacional.

Antecedentes

El tema de la *seguridad social* surge por primera vez en nuestra historia en el Congreso de Angostura en 1819.^{1,2} La siguiente mención a este tema aparece en la Constitución de 1886, donde se habla de la asistencia pública como obligatoria.^{3,4} El presidente Alfonso López Pumarejo, en su Acto Legislativo N° 1 de 1936,^{5,6} habla de la asistencia pública y de la obligación social del Gobierno. Agrega que el trabajo es una obligación del ciudadano y el Estado, a su vez, tiene la obligación de darle seguridad y salud al trabajador. En su segunda magistratura, su gobierno emite la Ley 6ª de 1945 que trata, precisamente, sobre los mecanismos para llegar a una seguridad social, sin que se expliquen suficientemente bien. En 1946, la Ley 90 sobre *seguridad social*, logra una mejor definición de los conceptos básicos, que se constituyen en los preámbulos de la Constitución de 1991. Desde ese entonces se confunde la *seguridad social* con el Seguro Social. Viene mucho más tarde la Constitución de 1991, que sienta las bases fundamentales para crear un *estado de derecho y seguridad social integral*. Los constituyentes del 91 trabajaron con base en ese concepto de estado de derecho, determinando las obligaciones básicas e irrenunciables del Gobierno para con el bienestar social y la salud. En esa forma nace el esquema de la Ley 100. En los artículos 42, 43, 44, 45, 46 y 47 se prepara el terreno; ya en el artículo 48 se habla de la *seguridad social* y el artículo 49 demuestra la obligatoriedad del Estado para dar salud a todos los colombianos.

Son estos los puntos de referencia fundamentales de la Ley 100, indispensables para definir el siste-

ma de Seguridad Social Integral, el cual se dirige a afrontar la realidad, vista la inequidad en la atención de la salud, la baja cobertura, la ineficiencia y la desarticulación de los mecanismos asistenciales. El viejo modelo de asistencia pública se basaba en el concepto de la caridad, de la atención en hospitales vetustos, mal dotados y, con muchísima frecuencia, mal atendidos. Aparece entonces el modelo actual en la competencia –aspecto importantísimo en el estímulo para el progreso y la mejoría de los organismos de salud– lleva a la creación de servicios de salud calificados.

La Ley 100 de Seguridad Social Integral significa un importante paso de avanzada; representa una nueva era en la asistencia en salud. El Gobierno, a partir de la Ley 10 de 1990, sienta políticas generales que llevan a una asistencia integral en salud. Recomienda métodos de control y de evaluación en factores de riesgo, con la participación de la comunidad y propende por una cobertura total, habida cuenta de la pobre cobertura existente, no más allá del 20% de la población. Se apoya dicha ley en estadísticas reales de déficit asistencial existente en la nación. Estos puntos han sido tenidos en cuenta dentro de la estructuración de la Ley 100.

Estrategias para la estructuración de la Seguridad Social

1. Descentralización, con el fin de facilitar el cumplimiento de los programas de salud.
2. Privatización, para ser solidarios. Se crearán entonces, empresas de salud, como una fase preparatoria. Se habla entonces de cambiar los conceptos antiguos: el de *dirección* por el de *gerencia en salud*; el de *paciente* por el de *cliente* de una institución de salud (interno o externo). Es alguien que tiene el derecho a ser atendido.

Las empresas se enfrentan, entonces, a una *competencia* en salud; una competencia por la mejor calidad de servicios. En esta forma se pretende acabar con los monopolios, que prohijan la mala calidad en la atención al usuario. Se medirán en-

tonces las instituciones por la calidad de sus servicios: oportunidad del servicio, organización, salarios, presupuestos, etc.

El sistema de Seguridad Social, para solucionar la inequidad, contempla varios aspectos:

La Ley 100, por un lado, propende por el bienestar social y, por el otro, por una atención directa en salud, asociada a una atención por parte de entidades privadas. Significa un esfuerzo económico importante del Gobierno para adaptarse a esta nueva situación. Se han invertido hasta el momento más de 280 mil millones de pesos, con el fin de dotar los organismos oficiales de prestación de servicios y absorber el déficit presupuestal existente en las instituciones de salud.

La Ley 60 de 1993 tiene que ver con la apropiación de recursos de cada entidad territorial y prevé los mecanismos de financiación.

En esta forma, la eficiencia llevará a una mejor competencia en la asistencia de salud, cumpliéndose así los objetivos de la Ley 100, que se lograrán con el acceso progresivo de todos los colombianos a un plan de protección integral en salud, de acuerdo con los parámetros mencionados. Se cambia el modelo de asistencia pública por el de *seguridad social*. Se hace entonces primordial el papel del mismo usuario dentro de la ley, lo que logra que se realicen los objetivos de ésta. El usuario interviene en todos los organismos de la seguridad social: antes sólo recibía un paquete asistencial que debía aceptar tal cual se lo daban.

La ley contempla los aspectos de calidad y cobertura. Antes, quien más recibía era quien más gastaba. Ahora recibirá más quien ofrezca mayor calidad de servicios. La Ley 100 ofrece paquetes de incentivos a quienes mayor calidad obtengan en sus servicios.⁷

Características institucionales requeridas

Las características necesarias de las instituciones prestadoras de servicios son, fundamentalmente, según la Ley 100: la calidad de los servicios; la estabilidad financiera; la satisfacción del personal que trabaja en la empresa; y el liderazgo en su campo de acción (adicionalmente involucran también al gerente de la empresa).

Garantía de calidad

La competencia de las instituciones de salud para dar la mejor calidad de servicio, son una garantía

para obtener la calidad. Adicionalmente se debe tener en cuenta que el usuario tiene libertad de elección. Se supone que mientras mayor sea la calidad del servicio, más usuarios lo buscarán. La ley prevé sanciones para quien intente desviar al usuario hacia determinada empresa, coartándole su libertad de elección.⁸ Para buscar un mayor beneficio del sistema se cambia el concepto de mayor ataque contra la enfermedad por el de una mayor prevención de ésta.

Otro de los grandes beneficios del Sistema de Seguridad Social contemplado en la Ley 100 es el de que su acción se aplica de acuerdo con las necesidades de la población y no de acuerdo con su capacidad de pago, lo que lleva, necesariamente, a la solidaridad. Naturalmente, no es algo que pueda lograrse sin esfuerzos, sin sacrificios, sin el aporte de quienes tienen más en apoyo de quienes se encuentran marginados de toda posibilidad asistencial. Los usuarios que devengan más de cuatro salarios mínimos, aportarán al sistema en favor de todos aquellos que se hallan por debajo de este límite salarial. Aportarán, además, el Gobierno, lo mismo que las empresas prestadoras de servicios y que otras entidades privadas, con lo cual se logrará una cobertura universal. Con la ayuda de todos esos recursos nacionales se podrá brindar a toda la población residente en el país, incluidos los transeúntes, una atención adecuada en salud. Se establece entonces un sistema equitativo entre aporte y atención. El costo de la operación de atención en salud incluye medicamentos básicos que se darán en forma gratuita a los usuarios. Lo mismo que los exámenes básicos. No habrá pre-existencias, a menos que se trate de casos especialísimos de muy alto costo asistencial.

El usuario debe haber cotizado un mínimo de 26 semanas recientes para tener derecho a dicha atención especial. Los grupos pertenecientes al estrato de pobreza absoluta serán cubiertos siguiendo un proceso progresivo que finalizará en el año 2001, lo cual se logrará a partir de todos los mecanismos de subsidio previstos por la ley.

Fundamentos del servicio público en salud⁹

1. Equidad

Proveerá servicios de igual calidad a todos los habitantes de Colombia, independientemente de su capacidad de pago.¹⁰

2. Obligatoriedad

Todo empleador afiliará a sus trabajadores al S.G.S.S. y todo colombiano carente de vínculo laboral será afiliado a este sistema por el Estado.¹⁰

3. Protección Integral

Atención integral en sus fases de educación, información, fomento, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en cantidad y calidad, oportunidad y eficiencia¹⁰ de acuerdo con el artículo 162.¹¹

4. Libre escogencia¹⁰

5. Autonomía de las instituciones.

Estas tendrán personería jurídica, autonomía administrativa y patrimonio independiente.¹⁰

6. Descentralización administrativa.¹⁰

7. Participación social.¹⁰

Participación de los usuarios en la organización y control de las instituciones del S.G.S.S.¹⁰

8. Concertación

Los Consejos nacional, departamentales, distritales y municipales del S.S.S. harán la concertación de los diversos agentes.¹²

9. Calidad

Mecanismos de control a los servicios, para garantizar la calidad en atención oportuna, personalizada, humanizada, integral, continua y de acuerdo con los estándares.¹²

Nuevas instituciones

La Ley 100 dispone la creación de nuevas instituciones, tales como las EPS (Entidades Promotoras de Salud);¹³ POS (Plan Obligatorio de Salud);¹⁴ FGS (Fondo de Solidaridad y Garantía);¹³ y otras más que integran el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).

El presidente felicita al Académico Malagón por el magnífico resumen de la Ley 100, por la claridad con que ha presentado los antecedentes históricos y por haberse ceñido al tiempo dispuesto para su

presentación. A continuación otorga el uso de la palabra al doctor Luis Gonzalo Morales.

El doctor Morales agradece al presidente y a la Junta Directiva de la Academia por su invitación y explica que ya el Académico Malagón presentó un resumen completo de la ley, que él dedicará su presentación, en forma concisa, a temas puntuales que generen discusión en la audiencia.

"Nosotros, los médicos debemos volver a ser protagonistas en lo concerniente a la salud pública" —dice el doctor Morales— recuerda que la Academia forma parte del Consejo Asesor Permanente del Consejo Nacional de Seguridad Social Integral creado, como lo explicaba el Académico Malagón, por la Ley 100. Por medio de este Consejo se busca obtener la concertación entre los diferentes estamentos y dar la garantía de continuidad y estabilidad al programa. En este Consejo participa el Gobierno (Ministerio de Salud, Ministerio de Trabajo y Ministerio de Hacienda), el Instituto de Seguros Sociales, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, las Entidades Promotoras de Salud, los trabajadores (activos y jubilados), los empleadores, los profesionales de la medicina y los usuarios. El consejo asesor está conformado por la Academia de Medicina, la Federación Médica Colombiana, entidades territoriales, los Consejos Territoriales de Seguridad Social, entidades similares al Consejo Nacional, en nivel territorial.

Las direcciones locales cumplen la función de dirección y control como delegados de la Superintendencia Nacional de Salud; también van a adelantar el plan de salud pública y el de prevención comunitaria.

La ola reformista recoge experiencias similares de otros países del continente (Chile lleva ya de 13 a 14 años en este campo asistencial gubernamental), lo que nos ha dado la orientación económica para sustentar el programa. Aquí se incluyeron los sistemas de atención gubernamental en salud.

Pondera las posibilidades de competitividad y de libre escogencia.¹⁰ Sin embargo, advierte que se trata de un mercado imperfecto, este de la salud, y que no puede ser expuesto a una competencia abierta. De todas maneras, la reforma que estamos realizando es similar a la realizada en Holanda en 1993; se trata de una competencia regulada en la cual participan diferentes instituciones del sector público como del sector privado. Este plan obligato-

rio de salud constituye una competencia de calidad y de oportunidad de servicios.

Pago por capitación

Constituye una de las condiciones económicas básicas del sistema. Se trata de una cifra que está por definirse y que captarán las Entidades Promotoras de Salud, lo que las va a obligar a buscar que el usuario y su familia permanezcan sanos. Si los costos de atención en salud siguen subiendo, no habrá rentabilidad en las empresas promotoras de servicios.

Fondo de solidaridad

Este plan se dedica a todos aquellos que en la actualidad se encuentran fuera del sistema; régimen equitativo en el cual se logrará un ingreso gradual de dichas personas al sistema de salud con la ayuda de los pagos realizados por quienes poseen un salario alto. Se ha planeado dicho ingreso gradual comenzando en este año y completándose en el año 2000. Por medio de este régimen subsidiado se espera que en el curso de los próximos 2 o 3 años se haya incorporado cerca del 60% de dicho sector de la población. Se va a ir incorporando a los trabajadores y a sus familias. En esta reforma se busca lograr un incremento de la eficacia de atención con una reducción en los costos de ésta. Así se logrará controlar la inflación creciente de los costos en salud.

Falta aún la reglamentación para la cual, hasta ahora, se han planeado 27 decretos. En esta reglamentación es en la que el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud tendrá una amplia injerencia y en donde podrá actuar el cuerpo médico.

El presidente da las gracias al doctor Morales por su intervención, anotando que las explicaciones han sido sumamente claras. Sin embargo, considera que es muy poco lo que se ha oído hablar de los médicos en este nuevo sistema, a pesar de que estos son quienes tendrán una gran injerencia en la puesta en marcha del programa. Las grandes EPS controlarán la atención en salud con las IPS (hospitales, clínicas, etc.) y aun con otras más pequeñas, quienes subcontratarán con los médicos, muy probablemente con salarios sumamente bajos, lo cual incidirá en una reducción de la calidad de la atención al usuario.

El Académico López Escobar agrega que, adicionalmente, el médico será quien responderá ante los problemas médico-legales.

Interviene el doctor José Trujillo para preguntar ¿por qué se permite a las EPS el pago de propagandas costosas como las que se han visto en los medios de comunicación?

El doctor Morales insiste en el importante protagonismo del médico frente a la forma de subsistencia del sistema y a las diferentes formas de contratación. Enfrenta entonces dos sistemas fundamentales: el pago por salario y el pago por capitación. El primero ocasiona gran cantidad de desequilibrios y trata de compensar a aquellos profesionales que se desplacen a sitios aislados, pero facilita el deterioro en calidad de los servicios. El pago por servicios prestados tiene ventajas y desventajas, pues permite el abuso por parte del médico en un aumento del intervencionismo, más allá de lo médicamente necesario. Se busca entonces un nivel intermedio en el cual se logre un equilibrio entre lo recibido por el médico y la cantidad de su servicio. El pago por servicios —repite el doctor Morales— puede llevar a hacer más de lo que se necesita y, por lo tanto, tiende a elevar los costos de la atención en salud.

Los legisladores se han preguntado entonces ¿cómo contrarrestar esta elevación en los costos? El pago por capitación busca remunerar al médico pero haciéndolo participe del riesgo. Sin embargo, puede pensarse en que este sistema baja la calidad de la atención médica, pero estimula la atención en salud en formas más efectivas, tales como los servicios ambulatorios. Se busca entonces la eliminación de los elementos *perversos* de la contratación por servicios. Este sistema puede mejorar, indudablemente, las condiciones del médico general.

Los médicos, malos administradores, no se habían involucrado en empresas de salud. Como para las grandes empresas no es atractivo, económicamente hablando, el campo de la salud y sí lo es el de las pensiones, es la oportunidad de que los médicos se hagan cargo de este aspecto de atención en salud, en forma empresarial. En salud, la calidad tiene una connotación ética, pero también económica. El paciente busca atención por sufrimiento físico o psíquico: nos podemos preguntar ¿le estamos solucionando el problema?

El presidente se cuestiona que ¿por qué no se le ha preguntado a las Sociedades Científicas cómo pueden intervenir en este campo? Se está siguiendo la misma línea de acción de las medicinas pre-pagadas: no se ha consultado a los médicos, directamen-

te implicados desde el punto de vista laboral y económico, sobre tarifas.

El Académico Rafael de Zubiría Gómez pondera el excelente marco de referencia que tanto el Académico Malagón Londoño como el doctor Luis Gonzalo Morales han hecho de la Ley 100 de 1993 sobre Seguridad Social. Sin duda, constituye el cambio más importante que ha propuesto el Gobierno para reestructurar la salud nacional. Resalta, como aspectos centrales, la *universalidad de la atención de la salud* que, por primera vez en Colombia y tal vez en América Latina, se presenta a través de una propuesta del Estado; la obtención de una *calidad y eficiencia* en la prestación de servicios de salud a través de una novedosa estrategia, creando las Empresas Promotoras de Salud, en gran parte promovidas por el sector privado y estableciendo con ellas la libertad de elección del usuario del sistema más conveniente para él y la creación de una sana *competencia* para mejorar la calidad; y, en forma adicional, la *descentralización con participación de la comunidad* para los mismos propósitos. Indica que es urgente iniciar ya el análisis más completo sobre el desarrollo de la ley y su incidencia sobre el ejercicio médico, vista la inminente iniciación de las Empresas Prestadoras de Salud que reemplazarían al tradicional Seguro Social y que comenzarán en enero de 1995.

Las EPS, que constituyen el corazón del nuevo sistema, serán reglamentadas por el Consejo Nacional de Seguridad Social y simultáneamente se creará el Fondo de Solidaridad y Garantía. Lo preocupante de esta nueva organización es el equilibrio que se establece entre la EPS, el F.G.S. y la Unidad de Pago por Capitación, que es el costo promedio de la salud de un usuario que el SSS reconoce a cada EPS y que mensualmente recibirá del F.G.S. Aquí —cree el Académico de Zubiría— está uno de los aspectos más críticos de la ley, sobre todo porque no tenemos datos más o menos precisos de los costos de la salud en Colombia, incluyendo prevención, promoción, atención y rehabilitación integral. Si, por ejemplo —como es lo común que observamos— se sube el costo de la salud por la tecnología, los medicamentos, los costos salariales, etc., y no se hace el ajuste de las transferencias a las EPS, comienza el desequilibrio que todos conocemos: o se bajan las tarifas médicas o se baja la calidad de los servicios; comienza todo ese largo proceso que ya hemos vivido en los servicios sociales del Estado. En este punto —piensa el Académico de Zubiría— es donde la Academia debe jugar un

papel importante en el análisis de cómo controlar ese equilibrio entre estos factores, trabajando en conjunto con las autoridades de salud en la reglamentación de la Ley 100.

El presidente congratula a la institución por la gran importancia de contar entre sus miembros con personas que, como el Académico de Zubiría, tienen una extensa experiencia en el campo de la atención en salud pública. Pero, definitivamente, no podemos colocarnos en situación de pelear con el gobierno sino, cumpliendo nuestra misión, resaltar nuestro papel de asesores de éste. *En la mañana de hoy* —dice el presidente— *estuve hablando con el Ministro de Salud en un seminario sobre los riesgos de establecer una EPS, en un país donde lo inesperado es normal*. Lo delicado de la situación es que si el sistema falla, falla la salud del país.

El Académico Vejarano Laverde resalta entonces el papel de la Academia como asesora del Gobierno en salud, anotando que es el más importante y que la lleva a procurar la mayor calidad en la atención médica en el país. Considera indispensable que se constituya una Comisión que asesore y ayude al Académico que nos represente en el CNSS. Pero tiene una inquietud: el presidente electo y doña Cecilia de López no están de acuerdo con la Ley 100: ¿existen posibilidades de que en el nuevo gobierno sea reformada?

El presidente interviene para aclarar que el consejo asesor ya está conformado pero que no sabe los nombres de quienes están en su lista. Se pidió una terna a la Academia, la cual fue remitida oportunamente pero, al parecer, no fueron tenidos en cuenta los nombres que se remitieron al Ministerio. Por esta razón, debemos intervenir lo antes posible y la Comisión sugerida por el Académico Vejarano Laverde debe crearse lo antes posible y debe reunirse inmediatamente. Hemos decidido contestar sin que se nos pregunte. Solamente estamos esperando saber quién será el Académico que se encuentre en esta lista.

El Académico Mendoza Vega considera que los contratos por capitación implican dificultades en la atención al usuario y se pregunta ¿cómo van a hacer los hospitales públicos para ponerse al día en sus grandes déficits presupuestales; para poder cumplir sin medios económicos?

El Académico Gustavo Cristo Saldivia opina que le aterra la ausencia total de menciones a la educa-

ción. No existe una adecuada educación en seguridad social; una educación integral que incluya a los organismos jurídicos del Estado. En ningún medio se educa para utilizar bien estos sistemas y se debe educar a las dos partes: a quienes prestan el servicio y a quienes lo utilizan. Se debe aprender a prestar bien el servicio y a reclamarlo bien.

El Académico Rafael de Zubiría sugiere, como coordinador de la Comisión de la Ley 100, al propio Académico Malagón Londoño.

El Académico Malagón Londoño agradece la nominación y sugiere, como miembros de la mencionada comisión, a los Académicos Rafael de Zubiría y Alberto Vejarano Laverde.

El presidente agrega que el consejo de ex-presidentes y el grupo de ex-ministros de salud pueden ayudar a esta Comisión y, alrededor de este grupo, se debe crear una fuerza de ayuda en toda la Academia, con la máxima colaboración de todos.

El doctor Morales informa que para evitar traumas en la marcha del programa con el cambio de gobierno, se ha creado una comisión de empalme y piensa que no existirá ningún obstáculo desde este punto de vista. Para él el problema de fondo es otro: existen muchos riesgos, a pesar de que todo está debidamente sustentado y de que las posibilidades reales del sistema se han estudiado a fondo. La política del presidente Samper es de fortalecer aún más el aspecto social. En esta forma, la idea no es acabar con el ISS, como se ha pensado en algunos medios. Por el contrario, los planes son los de fortalecerlo aún más. Otras entidades tales como las Cajas de Compensación, están obligadas a participar activamente. No cree el doctor Morales que el esfuerzo realizado haya sido en vano y que el sistema creado por la ley se vaya a acabar. Existirán todas las formas de contratación y se crearán incentivos en relación con la calidad de los servicios prestados y del trabajo realizado. El F.G.S. contempla dentro de sus planes la educación en y para la salud y está plenamente de acuerdo con la intervención del Académico Cristo Saldivia. Lo que realmente puede ser el cuello de botella es el control de los costos. Si la inflación sobrepasa el límite de 3 en los tres años, el sistema puede "reventarse", requiriendo entonces la ayuda de los patronos y demás estamentos económicos. Después de 1998 se puede replantear la Ley 60. La ley reglamenta el gasto público en salud, lo que se debe readaptar para cumplir.

El Académico Malagón Londoño toma la palabra y agradece y felicita a quienes han participado en la discusión por sus intervenciones pero, aclara, la importancia del tema haría interminable la reunión. No se pueden abarcar en una sola reunión todos los temas tratados por la Ley 100, por lo cual sugiere, como en dicha ley existen tres aspectos fundamentales de un alto interés para el cuerpo médico, se traten en forma individual en igual número de reuniones, así:

1. Implicaciones de la Ley 100 en la práctica privada.
2. Implicaciones de la Ley 100 en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. Hay gran cantidad de ellas que van a pasar grandes dificultades. Tendremos que estudiarlas y colaborar en prevenir sus consecuencias negativas.
3. Implicaciones de la Ley 100 en las entidades educativas. ¿Cómo vamos a formar los nuevos médicos?

En consecuencia, solicita a la Academia terminar la sesión y propone una próxima reunión dedicada al primero de los temas mencionados; una segunda con el segundo de ellos y una tercera con el último que mencionó.

El Académico Socarrás apoya la iniciativa de crear una Comisión al respecto.

El Académico Silva Silva agrega que, si las EPS no son un negocio y las pensiones sí lo son ¿por qué razón los médicos deben hacerse cargo del "hueso", encargándose de empresas con posibilidades comerciales precarias? ¿Cómo se sostienen? ¿Quizás restringiendo los métodos de examen y desmejorando el estudio de sus pacientes, cosa que los llevarían, indudablemente, a los Tribunales de Ética Médica y aun a los juzgados a través de las tutelas? Además, el Ministerio creó los AVISA (años de vida saludable). Los pacientes con perspectivas de AVISA cortos, recibirán ayuda económica escasa a cambio de prestársela a los AVISA largos, lo cual incidirá en un deterioro de la atención e investigación de enfermedades como el cáncer y el SIDA. Por otra parte, a partir del 23 de diciembre de 1994 comenzarán a regir tarifas únicas para los procedimientos médicos y quirúrgicos en el país, fijadas con criterios restrictivos, lo cual debe ser motivo de preocupación de las Sociedades Científicas.

El presidente, de acuerdo con la anotación del Académico Malagón, levanta la sesión.

Referencias

- 1 El 15 de febrero de 1819 se instaló en la ciudad venezolana de Santo Tomás de Angostura (hoy Ciudad Bolívar) el Congreso Nacional de Venezuela. En uno de los apartes del discurso de inauguración, pronunciado por el Libertador Simón Bolívar, dice: "*El sistema de gobierno más perfecto es aquel que produce mayor suma de felicidad posible, mayor suma de **seguridad social** y mayor suma de estabilidad política*".
- 2 HENAO HIDRÓN, Javier. Panorama del Derecho Constitucional Colombiano. Editorial Temis, S.A. Bogotá. 1992. pp. 9 y 10.
- 3 La Constitución de 1886, promulgada el 7 de agosto de ese año, dedica el título III a *los derechos civiles y garantías sociales*.
- 4 HENAO HIDRÓN, J., *op. cit.* pp. 34 y 36.
- 5 Título III del Acto Legislativo N° 1 de 1936. Trata sobre **derechos civiles y garantías sociales** y los considera deberes sociales del Estado y de los particulares.
- 6 HENAO HIDRÓN, J., *op. cit.* p. 45.
- 7 Ley 100 del 23 de diciembre de 1993. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. Servicio Nacional de Aprendizaje SENA. Primera Edición. Diciembre de 1993. Primera reimpresión. Febrero de 1994. Santafé de Bogotá, D.C. Libro Segundo. El Sistema General de Seguridad Social en Salud. Título I. Disposiciones generales. Capítulo I., Objeto, Fundamentos y Características del Sistema. Artículo 184. p. 102.
- 8 Ley 100 del 23 de diciembre de 1993, *op. cit.* Artículo 230. p. 126.
- 9 Ley 100 del 23 de diciembre de 1993. *op. cit.* Artículo 153. pp. 77 - 69.
- 10 Ley 100 del 23 de diciembre de 1993. *op. cit.* p. 78.
- 11 Ley 100 del 23 de diciembre de 1993. *op. cit.* p. 87.
- 12 Ley 100 del 23 de diciembre de 1993. *op. cit.* p. 79.
- 13 Ley 100 del 23 de diciembre de 1993. *op. cit.* p. 80.
- 14 Ley 100 del 23 de diciembre de 1993. *op. cit.* p. 87.

FE DE ERRATAS

En relación con el trabajo SIDA TUBERCULOSIS LA EPIDEMIA DEL SIGLO XXI del doctor Gilberto Rueda Pérez y que apareció en la Revista MEDICINA No. 35, así:

Página 9, párrafo 2o, renglón 11, dice: **mayo 83**, debe decir **mayo 93**.