

6418

12  
100

00446

**EL ODONTÓLOGO ANTE LOS  
PROCESOS ADMINISTRATIVOS DE  
LA SALUD**

**INTEGRANTES :**

**ZULMA C. MORENO S. 892049**  
**CLAUDIA ORDOÑEZ 892001**  
**ANGELA CARO 872059**  
**MARA ROMO 892006**  
**MILTON MEDINA 891081**

**PRESENTADO A :**

Jorge René Arango.  
Jorge Hernando Arango.  
Carlos Castro.  
Doctores Comité Docente.

## **AGRADECIMIENTOS**

Agradecemos de manera especial al Departamento de Salud Pública del Colegio Odontológico Colombiano, encabezado por la Doctora Ines Amparo Revelo y la doctora Elba María Bermúdez, que sin su apreciable ayuda no hubiese sido posible realizar este trabajo; el cual nos brindó una experiencia satisfactoria y nos abrió las puertas para las futuras investigaciones.

## PLAN DE TRABAJO

	págs
<b>INTRODUCCION</b>	
1 PROPOSITOS	1
2 JUSTIFICACION	2
3 DEFINICION DEL PROBLEMA	3
4 ANTECEDENTES	4
4.1 SISTEMA NACIONAL DE SALUD "S.N.S."	4
4.2 PASO DEL S.N.S.AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL	5
4.3 LEY 10 DE 1.990	7
4.3.1 Aspectos fundamentales de la Ley 10	7
4.3.2 Esquema Administrativo	8
4.3.3 Estructura básica administrativa para entidades políticas	9
4.3.4 Funciones comité científico	9
4.3.5 Clasificación de empleos	10
4.3.6 Funciones del régimen prestacional	11
4.3.7 Fuentes de financiación para que funcione la ley 10	11
4.4 DESCENTRALIZACION	11

- 4.4.1 Recomendaciones y Propuestas
- 4.4.2 Recaudación
- 4.4.3 Capacitación
- 4.5 LEY 60 DE 1.993
- 5 OBJETIVO GENERAL
- 6 OBJETIVOS ESPECIFICOS
- 7 MARCO TEORICO
- 7.1 SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
  - 7.1.1 Funciones del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud
  - 7.1.2 Funciones de la dirección Seccional del Sistema general de Seguridad Social en Salud
  - 7.1.3 Funciones de la dirección local y distrital del Sistema de Seguridad Social en Salud
- 7.2 REGIMEN DE BENEFICIO
  - 7.2.1 Plan de atención básica
  - 7.2.2 Plan obligatorio de salud
  - 7.2.3 Cobertura familiar
  - 7.2.4 Atención materno infantil
  - 7.2.5 Atención inicial de urgencias
- 8 "E.P.S." ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD
- 9 "SILOS" SISTEMA LOCAL EN SALUD

9.1	MODELO DE CONOCIMIENTO SOBRE PROGRAMAS DE ATENCIONES ODONTOLÓGICAS	24
10	"P.O.S." PLAN OBLIGATORIO DE SALUD	28
11	HERRAMIENTAS LEGALES	30
11.1	FINANCIAMIENTO	30
11.1.1	Fuentes de Financiamiento del Sector público de la salud	31
11.2	LEY 100 "SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL"	32
	CONCLUSIONES	35
	BIBLIOGRAFIA.	

## **INTRODUCCION**

Este trabajo pretende dar a conocer dentro de la comunidad docente y estudiantil, todo referente a la organización de salud en Colombia, de una forma muy práctica y sencilla con relación a los cambios que están sucediendo, ya que formamos parte del personal de salud que posibilita el cambio.

Se hace énfasis en la dimensión adjudicada del sector salud, para cumplir funciones de líder de todas aquellas acciones, que afectan en forma directa y significativa la salud de cada ciudadano, localidad y municipio de todo el territorio Nacional.

## 1. PROPOSITOS

Se pretende básicamente concientizar al odontólogo y no solamente transcribir una serie de datos que aunque son importantes, no lo son todo. Busca demostrar que el odontólogo moderno, sea instrumento de cambio que integra una serie de conocimientos a nivel administrativo, político y social.

Estimular el liderazgo del personal de Salud comprometido con su comunidad, conciente del entorno, de lo que deba y pueda hacer con base en el conocimiento de las leyes, decretos y proyectos expedidos por el gobierno nacional y abalados por el ministerio de salud.

Demostrar a la facultad, que no sólo es necesario preparar adontólogos técnico-científicos, sino que es básico prepararlos administrativamente para poder sobresalir en la comunidad.

## 2. JUSTIFICACION

Este trabajo está dirigido al personal de la salud, principalmente a estudiantes y docentes de odontología; para que asuman una posición social y política ante los problemas del país que requiere de profesionales y de conocimientos para formar parte de las verdaderas soluciones que empujan a un cambio de actitud.

No se puede ver el campo de conocimiento parcializado y sin más opción, que el de ser prestadores de salud encerrados en cuatro paredes, resignados al mero contacto con sus pacientes dentro de un recinto y actuando básicamente en un nivel de curación cuando lo que se necesita es la **PREVENCION**.

La concepción del odontólogo en el país, es simplemente un "Dentista más", y no la persona capacitada para sacar al país del caos social en que se encuentra.

Se busca el profesional integral autónomo, que forme parte de un futuro, de un gran cambio y de un nuevo país.

### 3. DEFINICION DEL PROBLEMA

La desinformación e incompetencia del Odontólogo ante los procesos administrativos de la Salud.



#### 4. ANTECEDENTES

La salud siempre ha sido el sistema que más cambios ha sufrido y ha ido evolucionando debido a las exigencias de un entorno mundial, donde la economía está en un proceso de apertura y ante todo la calidad de vida para los pobladores de los países debe irse incrementando. La salud es por ello, parte fundamental de los procesos de la economía de un país, ya que teniendo gente saludable se garantizará el desarrollo de un pueblo.

##### 4.1 SISTEMA NACIONAL DE SALUD "S.N.S."

El Sistema Nacional de Salud, desde su creación, surgió como el conjunto de organismos, instituciones, agencias y entidades que tenían como finalidad específica, "procurar la salud de la comunidad, en los aspectos de promoción, protección, recuperación y rehabilitación".

Se acudió a la teoría general de sistemas, frente a la diversidad de instituciones prestadoras de servicios. El sistema debía articular estas últimas bajo un modelo centralista en las decisiones políticas, en la planeación y asignación de recursos. Pero acompañado de un esquema de delegación funcional de la Nación a los Departamentos, en materia de la organización y prestación de los servicios de salud.

El decreto 056 de 1975 articuló todas las entidades al sistema: a las de asistencia pública, en su condición de personas jurídicas de derecho público que recibían o no aportes del Estado y que representaban servicios de salud a la población y a las de asistencia pública, en su calidad de personas jurídicas de derecho privado que prestaban servicios de salud a la comunidad, recibieran o no aportes del Estado.

El conjunto institucional a su vez, con la expedición del Decreto 654 de 1974, fué agrupado en tres subsectores: oficial mixto, de seguridad social y privado. Las entidades adscritas y vinculadas dentro de esta forma, correspondían al subsector oficial y del mixto. Esta orientación normativa conllevó a la articulación práctica del subsector oficial y mixto, al Sistema Nacional de Salud, relacionado débilmente con la seguridad social y el subsector privado.

La coherencia y unidad del Sistema se garantizaría, no solamente por el ejercicio de las condiciones contractuales entre la Nación y los Departamentos, sino através del

funcionamiento de varios subsistemas técnicos nacionales: inversión, información, planeación, suministros y personal. En la práctica, los Servicios Seccionales de Salud dentro del contexto de esta relación, se están comportando como dependencias administrativas de los Departamentos y como dependencias técnica del ministerio de salud.

El anterior modelo centralista, inventor y benefactor de dirección y prestación de servicios, una vez agotado, dió origen a un nuevo modelo descentralizado de dirección y prestación, plasmado en la reciente reforma: la Nación sería el ente rector, normativo, planificador, asesor y cofinanciador, y las entidades territoriales, departamentales, distritales, y municipales dirigirían y prestarían los servicios por niveles de complejidad: El primer nivel estar a cargo de Municipios y Distritos; el segundo y tercer nivel serán responsabilidad de los Distritos y departamentos. Los demás subsectores, como la seguridad y previsión social, y el subsector privado se debían integrar al Sistema de Salud y a los Sistemas Territoriales de Salud através de la planeación, complementariedad e integración funcional. La comunidad, a su vez, participaría en la planeación coadministración de los organismos de salud.

#### **4.2 PASO DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL**

La forma en que los servicios de salud han sido proporcionados a la población colombiana con el pasado y actual Sistema Nacional de Salud, muestra las inequidades en dicha prestación, en especial la exclusión que de ellos se hace a la población de bajos ingresos socio-económicos.

La inequidad se ve al analizar alguno de los resultados del Estudio Nacional de Salud como lo muestra la exposición de motivos al proyecto de ley presentada ante las cámaras legislativas.

- El 4.1% de la población percibe algún problema de salud en un periodo de dos semanas. De cada cien personas, 24 tienen necesidad manifiesta de consultar, se incapacitan 11, consultan 11, y se hospitalizan 2.

Se argumenta que esta situación se presenta por la imposibilidad del sector oficial de llevar la atención directa a las comunidades en su habitat.

- El subsector oficial no alcanza a cubrir en materia de consulta médica al 34% de la población. La seguridad social cubre un 23% quedando para ser absorbido por el sector privado un 43% con el agravante de ser condicionada esta demanda a la capacidad de ingreso de las personas para acceder al servicio, lo cual deja por fuera necesariamente al grupo de mas bajos ingresos en la población colombiana.

- En materia de demanda insatisfecha, el estudio sectorial muestra que la atención ambulatoria en el país fué de 8.0 por mil, siendo en los grupos de bajo ingresos de 9.5 por mil y en las mujeres de 15 a 44 (Grupo de alta vulnerabilidad y por lo tanto de prioridad para su atención) una tasa de rechazo de 10.5 por mil.
- Las instituciones oficiales presentan la mayor cantidad de rechazo 57.2% seguido por el seguro social con el 22.5%.

Para la atención hospitalaria este estudio concluyó, que el comportamiento de este indicador es similar al de la atención ambulatoria: 7.9 por mil. Es el sector oficial donde ocurre el 80% de los rechazos y las tasas para el seguro social y el sector privado corresponden al 9.3 por mil y 10.1 por mil respectivamente.

- Los grupos postergados de la población colombiana reciben menos servicios de salud. El estudio y sectorial determinó como "las regiones del Pacífico, Atlántico y de los territorios Nacionales encaran las condiciones mas favorables del país. La población de la Costa Pacífica registra los mayores riesgos de morbimortalidad y la esperanza al nacer mas baja. Chocó presenta una mortalidad infantil 3 veces mayor que la de la totalidad del país".

Lo anterior llevó al ministro de Salud a proponer un reordenamiento del Sector y con él una orientación para un nuevo modelo de prestación de servicios con el fin de garantizar la atención integral de salud de las comunidades con carácter intersectorial, enfatizando la prevención y el autocuidado, bajo la responsabilidad de la comunidad, en cooperación con las instituciones de salud.

Por esto, los sistemas de salud deben garantizar igual acceso a la salud a toda la población, eliminando las barreras geográficas y socio-culturales y garantizando la calidad de los servicios.

No es este el caso del pasado Sistema de Salud colombiano que mantiene profundas inequidades de acuerdo a los resultados presentados por los estudios nacionales de salud y por el Estudio Sectorial de Salud cuya ilustración se presentó anteriormente y que no poseen ninguna garantía de calidad.

El reordenamiento financiero que hace mas operativo al nivel local, las acciones dirigidas a los espacios sociales, la incorporación del autocuidado de la salud a nivel individual y la congestión administrativa a nivel comunitario, son elementos que favorecen la Equidad y la Universalidad de la atención.

### **4.3 LEY 10 DE 1.990**

En el Sistema Nacional de Salud se rompen los esquemas centralistas para convertirse en una Administración Participativa, con presencia de las comunidades, la administración departamental y municipal.

Se define a la salud: "No como un problema médico y hospitalario, sino como fenómeno socio-político y comunitario".

Cubre:

- Instancias prestadoras de servicios.
- Conjunto de las acciones de prevención.
- Fomento.
- Tratamiento y rehabilitación.
- Factores biológicos.
- Ambientales de contaminación y de atención que puedan incidir en la salud de los colombianos.

#### **4.3.1 ASPECTOS FUNDAMENTALES DE LA LEY 10**

**1.-** La salud es un servicio público a cargo de la nación

- Servicios básicos gratuitos
- Administrado con las entidades territoriales
- Entes descentralizados y personas privadas.

**2.-** Establece capacidad de intervención del Estado.

**3.-** Principios básicos:

- Universalidad
- Participación comunitaria
- Subsidiariedad
- Complementaridad
- Integración funcional.

**4.-** Establece obligatoriedad del cumplimiento de todas las normas científicas.

**5.-** Sector salud:

- Subsector oficial
- Subsector privado.

- 6.- Asignación de responsabilidades en la dirección y prestación de servicios así:**
- Municipios y Distritos, dirigen y prestan servicios del primer nivel "Hospital Local, Centro y Puestos de Salud"
  - Departamentos y distritos, dirigen y prestan servicios de salud del segundo y tercer nivel "Hospital Regional, Universitarios, especializados:".
  - Municipios, Distritos y Departamentos son financiados con recursos propios y fiscales asignados por ley.

**4.3.2 Esquema Administrativo.**-De la Dirección Nacional del Sistema de Salud, se continúa con el Ministerio de Salud, quien cumple las siguientes funciones:

- 1.- Formula políticas
- 2.- Dicta normas científico-administrativas.
- 3.- Elabora planes y programas del sector, que se incorporan al Plan Nacional de Desarrollo Económico y social.
- 4.- Cumplimiento de técnicas obligatorias.
- 5.- Asesora y coordina los demás niveles.

De el Ministerio de Salud, se continúa la Dirección Seccional, que tiene por objeto:

- 1.- Educación, asesoría, coordinación, apoyo y supervisión de los demás niveles locales.

A partir de la Dirección Seccional se originan las Direcciones Locales cuyas funciones son:

- 1.- Entes ejecutores
- 2.- Formulan y adoptan planes programas y proyectos.
- 3.- Coordinan y supervisan prestación de servicios.
- 4.- Elaboran diagnósticos y planes locales de salud.
- 5.- Hacen cumplir el Código Sanitario y Nacional, desarrollando labores de inspección como vigilancia y control de las entidades.

6.- Programan distribución de recursos:

- Supervisan
- Controla recaudo
- Administración de recursos de los fondos locales.

#### 4.3.3 Estructura Básica Administrativa para entidades Políticas.



#### 4.3.4 Funciones del Comité Científico

1. Labores de control y evaluación de la prestación del servicio.
2. Organiza fondos especiales para medicamentos y suministros (administración descentralizada).

Objetivo:

1. Delimita espacios propios de la administración, la política, ciencia y tecnología.
2. Facilita corrección de ineficiencias por incapacidad administrativa y gerencial de los hospitales del país.

Los hospitales tienen:

- 1.- Personalidad jurídica.
- 2.- Autonomía administrativa

3.-Directores nombrados por los jefes de la administración local o seccional.

Sistema de administración por objetivos:

- Sistema de presupuestación
- Contabilidad de costos
- Régimen de control de gestión con indicadores de eficiencia y sistemas de información.

Requisitos para que el personal preste salud:

Las personas privadas que deseen prestar servicios de salud deben acreditar condiciones de "calidad tecnológica, científica, suficiencia patrimonial, capacidades técnico administrativas" determinadas por el Gobierno Nacional.

### **CONTRATACIONES**

Decreto 560 del 22 de febrero de 1991.

Decreto 739 del 13 de marzo de 1991

Decreto 1088 del 23 de abril de 1991.

Esto elimina "auxilios y donaciones"  
hay mayor transparencia.

Toda entidad debe especificar:

- Plan
- Metas
- Cantidad
- Calidad
- Costos
- Como se articulan planes y programas del subsector oficial.

#### **4.3.5 Clasificación de los empleos.**

- 1.- Libre nombramiento y remoción
- 2.- Trabajadores oficiales
- 3.- De carrera.

#### **4.3.6 Funciones del régimen prestacional.**

- 1.- Extensión a empleados públicos.
- 2.- Regulación a empleados públicos territoriales.
- 3.- Afiliación a funcionarios del sector salud a Sistemas de Seguridad social y Previsión Social.
4. Regular mecanismos financieros que garantizan provisiones económicas para aplicar régimen prestacional.

#### **4.3.7 Fuentes de Financiación para que funcione la ley 10**

##### **1.- SITUADO FISCAL**

- Financia servicio básico
- Atención a indigentes
- Financiamiento de la infraestructura para la prestación de servicios de primer nivel de atención.

##### **2.-PRESUPUESTO LOCAL O SECCIONAL.**

- Gastos de dirección local y seccional.

##### **3.-RENTAS RECAUDO SECCIONAL.**

- Segundo y tercer nivel de atención.

##### **4.-ARBITRIO RENTISTICO.**

- Explotación monopólica
- Beneficia al Sector Salud
- Juegos de suerte y azar.

#### **4.4 DESCENTRALIZACION**

Se mencionaran los cambios que implica:

1. Tipos de fuentes de financiación
2. Procesos de recaudo (ejemplo, el IVA municipal destinado a gastos de salud).

### 3. Asignación y control.

NOTA: Hay que saber manejar la cantidad de recursos, los cuales por corrupción o una ineficaz planeación puede no resultar efectivos en el momento en que el sector salud lo requiera.

#### 4.4.1 Recomendaciones y Propuestas

Grupo 1: Cambios profundos: mejorar el sistema de financiación debido a la descentralización de subsector oficial de la salud.

#### **PROPUESTAS:**

- Mejorar ingresos, siempre y cuando el sector pueda llegar a sustentar su aumento (no se alegue iliquidez).
- Cambios en:
  - a- Administración de la fuentes.
  - b- Flujo de recursos entre niveles.
  - c- Ajustes frente al proceso de descentralización

Grupo 2: Alternativas para aumentar los recursos en salud.

#### **PROPOSITOS:**

-El aumento de los recursos en salud funcionan SOLO, si los resultados son favorables; cómo? Viéndose la sociedad beneficiada.

Para esto deben existir ciertas condiciones:

- Justificar solicitudes para fondos adicionales
- Contar con el apoyo político necesario para aumentarlos:
  - a- El situado fiscal vincularlo con los ingresos corrientes.
  - b- Aumentar el gravámen de apuestas permanentes; cómo? No nacionalizándolos.
- Crear una nueva lotería estatal de carácter nacional.

#### **4.4.2 Recaudación**

- Se delega a la administración de impuestos gravámenes destinados a la salud.
- Antes lo hacían los mismos organismos de salud, los cuales no están capacitados para esta función.
- El municipio debe definir prioridades así asignando la política y gastos en salud.
- Mejorar distribución de ingresos corrigiendo las disparidades y la asimetría presupuestal.

#### **4.4.3 Capacitación**

- Ministerio de Hacienda: Difundir normas y procedimientos presupuestales.
- Preparar y difundir cartillas para funcionarios encargados de la Administración Presupuestal, Directores de Organismos de Salud.

### **4.5 LEY 60 DE 1993**

Por medio de esta ley, se expiden los criterios, parámetros y procedimientos metodológicos para la elaboración y seguimiento de los planes sectoriales y de descentralización de salud de los departamentos y distritos.

Determina normas, competencias de la nación, los departamentos, los distritos y municipios en diversos campos como la salud, vivienda, educación, agua potable, saneamiento básico. Mantiene y refuerza la descentralización administrativa en estos sectores.

Compromete a la nación a establecer y diseñar macropolíticas y estrategias que el país debe tener en materia de salud.

La nación por intermedio del Ministerio de Salud orienta la política general de salud, controla y evalúa el cumplimiento de los programas y los normatiza.

Los departamentos tienen un papel planificador complementario del nacional y local.

Las asambleas y gobernadores deberán afrontar con todo cuidado, la suerte de la salud y la educación de sus asociados.

El municipio se le reconoce su autonomía, es agente principal de la política de salud básica.

Garantiza acciones de servicios del primer nivel de atención y de orientador y focalizador de los recursos.

Los municipios se deben programar y planificar para recibir parte del situado fiscal (por lo menos el 50%).

Al fomento y promoción de la salud, se dedican recursos especiales, se destinar un 10% del situado fiscal.

El 20% de dicho situado fiscal, se destinará a salud garantizando funcionamiento adecuado de los servicios, sin vulnerar la financiación del sector educativo.

## **5. OBJETIVO GENERAL**

Ubicar al estudiante de odontología y al odontólogo recién egresado en el contexto político administrativo de la salud colombiana y darle a conocer los problemas existentes en la prestación de servicios de salud que se están generando actualmente en el país.

## 6. OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Concientizar al futuro profesional sobre la importancia que tiene la integración de conocimientos científicos - técnicos con los político-administrativos.
2. Facilitar el desempeño del odontólogo en el año del servicio social obligatorio y sus actividades profesionales posteriores.
3. Estimular el liderazgo en el profesional de la odontología.



## **7 MARCO TEORICO**

### **7.1 SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD**

Tiene por objeto el servicio público esencial de salud y crear condiciones de acceso de toda la población al servicio en todos los niveles de atención.

Formar parte del sistema de seguridad social en salud, el conjunto de entidades públicas y privadas directamente involucradas en la prestación del servicio público en salud.

El sistema general de seguridad social en salud está integrado por:

1. Organismos de dirección vigilancia y control:
  - a. Los Ministerios de Salud y trabajo
  - b. El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud
  - c. La Superintendencia Nacional de Salud.
2. Los organismos de administración y financiación:
  - a. Las Entidades Promotoras de Salud
  - b. Las Direcciones Seccionales, Distritales y Locales de Salud.
  - c. El Fondo de Solidaridad y Garantía.
3. Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, públicas, mixtas o privadas.
4. Las demás entidades de salud, que, al 23 de diciembre de 1993, están adscritas a los Ministerios de Salud y Trabajo.
5. Las personas privadas naturales o jurídicas que administran o presten servicios de salud.
6. Fundaciones o instituciones de utilidad común, corporaciones o asociaciones sin ánimo de lucro, cuyo objeto sea la protección de la salud de los grupos de población mas vulnerables.

7. Los empleadores, los trabajadores y sus organizaciones y los trabajadores independientes que cotizan al sistema contributivo y los pensionados.
8. Los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud, en todas sus modalidades.
9. Los Comités de Participación Comunitaria "COPAGOS", creados por la ley 10 de 1990 y las organizaciones comunales que participen en los subsidios de salud.

#### **7.1.1 Funciones del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud**

1. Definir el Plan Obligatorio de Salud para los afiliados, según normas del régimen contributivo y subsidiado.
2. Definir el régimen que deberán aplicar las Entidades Promotoras de Salud para el reconocimiento y pago de las incapacidades originadas en enfermedad general y de las licencias de maternidad a los afiliados según las normas del régimen contributivo.
3. Definir los medicamentos esenciales y genéricos que harán parte del Plan Obligatorio de Salud.

El Sistema General de Seguridad Social en Salud integra, en todos los niveles territoriales las instituciones de dirección, las Entidades Promotoras de Salud y Prestadoras de Servicios de Salud así, como el conjunto de acciones de salud y control de los factores de riesgo en su respectiva jurisdicción y ámbito de competencia.

El Sistema de Salud, se regirá en los niveles seccionales, distritales y locales, por las normas científico, técnico-administrativas que dicte el Ministerio de Salud y será dirigido por el funcionario que autónomamente determine el órgano competente de la entidad territorial respectiva, quien será designado por el correspondiente jefe de la administración.

#### **7.1.2 Funciones de la Dirección Seccional del Sistema General de Seguridad Social en Salud**

1. Prestar asistencia técnica, administrativa y financiera a los municipios y a las entidades e instituciones que prestan el servicio de salud en el territorio de su jurisdicción.

2. Coordinar y supervisar los elementos que integran la prestación del servicio de salud en el correspondiente territorio seccional.
3. Supervisar el recaudo de los recursos seccionales que tienen destinación específica para salud.

**7.1.3 Funciones de la Dirección Local y Distrital del Sistema de Seguridad Social en Salud.** En los municipios, Distritos y en las áreas metropolitanas, corresponde a la dirección local del Sistema de Seguridad Social en Salud, que autónomamente se organice:

- 1.Coordinar y supervisar la prestación de servicio de salud en el correspondiente territorio local.
- 2.Programar para su respectivo municipio, la distribución de los recursos recaudados para el sector salud.
- 3.Contribuir a la formulación y adopción de los planes, programas y proyectos del sector salud en su jurisdicción, en armonía con las políticas, planes y programas nacionales, o de la entidad territorial seccional correspondiente según el caso.

## **7.2 REGIMEN DE BENEFICIO**

**7.2.1 Plan de atención básica.** El Ministerio de Salud definirá el contenido de un plan de atención básica que estará constituida por aquellas intervenciones que se dirigen directamente a la colectividad tales como la información pública, la educación y el fomento de la salud, el control de consumo de tabaco, alcohol y sustancias psicoactivas, la complementación nutricional y planificación familiar, la desparasitación, el control de vectores y las campañas nacionales de prevención, detección precoz y control de enfermedades transmisibles tropicales como la malaria. La prestación del Plan de Atención Básica será gratuita. La financiación de este plan será garantizada por recursos fiscales del Gobierno Nacional, complementada con recursos de los entes territoriales.

**7.2.2 Plan obligatorio de Salud.** El Sistema General de Seguridad Social de Salud, crea las condiciones de acceso a un Plan Obligatorio de salud para todos los habitantes del territorio nacional, antes del año 2001; este plan permitirá la protección integral de las familias de maternidad y enfermedad general en las fases de promoción, fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para todas las patologías.

**7.2.3 Cobertura Familiar.** El Plan Obligatorio de Salud tendrá cobertura familiar y, por consiguiente, comprenderá él (o la) conyuge o el compañero o la compañera permanente del afiliado cuya unión sea superior a 2 años; los hijos menores de 18 años de cualquiera de los conyuges que haga parte del nucleo familiar y que dependan económicamente de este; los hijos mayores de 18 años con incapacidad permanente o aquellos que tengan menos de 25 años, sean estudiantes con dedicación exclusiva y dependan económicamente del afiliado.

**7.2.4 Atención materno-infantil.** El Plan Obligatorio de Salud para las mujeres en estado de embarazo, cubrirá los servicios de salud en el control prenatal, la atención del parto, el control del post-parto y la atención de las afecciones relacionadas directamente con la lactancia.

Para los menores de un año cubrirá la educación, información y fomento de la salud, fomento de la lactancia materna, la vigilancia del crecimiento y desarrollo, la prevención de la enfermedad, incluyendo inmunizaciones, la atención ambulatoria hospitalaria y de urgencias.

**7.2.5 Atención inicial de urgencias.** Debe ser prestada por todas las entidades públicas y privadas que presten servicios de salud a todas las personas, independientemente de la capacidad de pago. Su prestación no requiere contrato ni orden previa.

El costo de estos servicios ser pagado por el Fondo de Solidaridad y Garantía en los casos previstos en el artículo anterior, o por la Entidad Promotora de Salud al cual este afiliado en cualquier otro evento.

## **8. ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD**

Son las responsables de la afiliación, el registro de los afiliados y el recaudo de sus cotizaciones, por delegación del Fondo de Solidaridad y Garantía. Su función básica será organizar y garantizar directa e indirectamente, la prestación del Plan Obligatorio de Salud a los afiliados y girar, dentro de los términos previstos en el presente estatuto.

Dentro de los tipos de Entidades Promotoras de Salud encontramos:

1. Instituto de Seguros Sociales.
2. Las cajas, fondos, entidades o empresas de previsión y seguridad social del sector público, sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 68 del presente estatuto.



## 9. "SILOS" SISTEMA LOCAL EN SALUD

El hecho de que grandes sectores de la población americana no tengan el mejor acceso a los servicios de salud y que exista una restricción considerable de los recursos disponibles, presenta un desafío para la capacidad de organización y gestión del Sistema Nacional de Salud. Para reducir esta crisis se debe hacer un mejor manejo y uso de los recursos y atender las necesidades crecientes de la población para una mejor atención integral. Esto conlleva a transformaciones sociales y económicas de gran significado, así como una revisión de la orientación, organización y administración del Sistema Nacional de Salud.

Se definen dichas prioridades programadas basadas en tres áreas:

1. El desarrollo de infraestructura de servicio de salud con énfasis en atención primaria.
2. Atención a los problemas prioritarios de salud, puestos en marcha através de los servicios de salud.
3. El proceso de administración de conocimientos necesario para llevar a cabo los puntos anteriores.

Existe una gran masa de población del sector informal desplazados y marginados tanto rurales como urbanos, cuyos bajos niveles de ingreso aumentan el riesgo de enfermar y morir y cuyas necesidades básicas incluyen el servicio de salud.

En cuanto a la situación en salud se refiere a medida que avanza el desarrollo socio-económico, se observan cambios en salud tanto en el perfil de enfermedades que afectan a la población como a las organizaciones del sistema de salud destinados a su atención.

La propuesta de reorganización y reorientación del sistema nacional de salud con base a los procesos de descentralización y desarrollo local, ya fue iniciada en la resolución XXI de la XXII Conferencia sanitaria panamericana de septiembre de 1986 en donde establecieron las prioridades programáticas de la organización.

La definición de los sistemas locales de salud desde el punto de vista sector salud, tiene por objeto lograr una mejor adaptación y capacidad de respuesta a los requerimientos

cambiantes y específicos de grupos de población afectados por problemas socio-económicos, ambientales y epidemiológicos comunes.

Entre los aspectos para el desarrollo de los SILOS tenemos participación social, intersectorialidad la readecuación de los mecanismos de financiación, desarrollo del nuevo modelo de atención, entre otros. Dentro del componente de salud oral en la estrategia de atención primaria y en los SILOS el desarrollo de sistemas locales debe concentrarse en aceptar el concepto de toma de decisiones a nivel local para una efectiva administración de los servicios dentro del enfoque de atención primaria dirigida a la prevención y atención odontológica a los niños y población escolar.

El objetivo es desarrollar sistemas de atención que puedan cambiar la naturaleza de los servicios para inculcar conciencia de higiene oral, prevención y modificar los componentes de atención de remoción de dientes hacia la restauración y mantenimiento, bajo el concepto de atención primaria mientras se desarrolla la capacidad y sistemas de referencia para el segundo y tercer nivel de atención.

De acuerdo a su participación en los SILOS, en el entrenamiento de los recursos humanos se plantea por niveles:

**PRIMER NIVEL:** Corresponde a la población de la jurisdicción de los SILOS, individuos y familias.

Se capacitará en salud oral, con énfasis en la prevención de enfermedades: caries y enfermedad periodontal y en la resolución de los problemas en caso de enfermar. Se debe capacitar a miembros de la comunidad a fin de promover, junto con el equipo de salud reuniones abiertas, foros, talleres y todas las actividades que permitan intercambio de conocimiento en la localidad. Promover en los grupos escolares la incorporación formal de educación para la salud en donde se incluyan distintas actividades para la capacitación y participación del personal docente.

**SEGUNDO NIVEL:** Dirigida a la formación del personal polivalente de la comunidad, al personal del equipo de salud que no tenga una preparación formal en la odontología, a las enfermeras, a los auxiliares de medicina simplificada, a los trabajadores sociales, a los médicos.

**TERCER NIVEL:** Orientado hacia la actualización y reubicación del odontólogo en los servicios de diversa complejidad y por niveles de atención.

## 9.1 MODELO DE CONOCIMIENTOS SOBRE PROGRAMAS DE ATENCION ODONTOLOGICA

Debe recordarse que la Odontología tiene definidas para cada nivel de atención sus actividades, recursos humanos y localidades para el sistema integral de atención por niveles. El planificador en salud oral debe utilizar esta Herramienta cuando intente implantar programas de atención para caries y enfermedad periodontal.

### ACTIVIDADES Y RESPONSABILIDADES EN UN PROGRAMA DE SALUD ORAL DURANTE EL AÑO DE SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO

#### a. Comunidad

Recurso Humano	Información	Responsable	Cómo
a.1 Representantes madres padres otros	<p>Problemática local de salud bucal.</p> <p>Placa dental: qué es, qué produce, cómo se detecta y cómo se elimina.</p> <p>Dieta: consumo de azúcares, frecuencia de la ingesta alimentaria.</p> <p>Programas preventivos en su SILOS: existencia, importancia, aplicación y necesidad de participación comunitaria. Diferentes tipos de programas para recibir atención odontológica en SILOS: Oferta y demanda, funcionamiento y relación con otros centros de atención.</p>	<p>Odontólogo. Personal auxiliar.</p> <p>Estudiantes de Odontología.</p> <p>Cualquier miembro del equipo de salud</p>	<p>Reuniones con los representantes de los niños escolarizados.</p> <p>Reuniones con los representantes que participan actualmente en las diferentes organizaciones comunitarias.</p> <p>Contacto con los representantes que estén en sus casas</p>
a.2 Niños	<p>Placa dental, secuencia de erupción de piezas dentales</p> <p>La boca e importancia del primer molar permanente.</p> <p>Técnica del cepillado</p> <p>Dentición temporal, mixta y permanente. Rectángulo de azúcar. Partes de un diente.</p> <p>El azúcar y la dieta.</p> <p>Proceso de la caries dental.</p> <p>Fluoruros: usos y administración.</p> <p>Enjuagatorios o aplicaciones tópicas de flúor.</p>	<p>Odontólogo, personal auxiliar en salud oral, Maestros.</p> <p>Madres.</p> <p>Personal auxiliar</p> <p>Miembros de la comunidad.</p> <p>Estudiantes de Odontología.</p> <p>Escolares.</p>	<p>Desarrollo anual de los programas y manuales del Ministerio de Educación en los casos en que exista la programación concreta.</p> <p>Desarrollo de folletos educativos elaborados para tal fin, a través de charlas, seminarios etc.</p> <p>Cualquier tipo de material educativo repartido en las aulas a través de actividades educativas</p>

Recurso Humano	Información	Responsable	Cómo
a.3 Maestros	<p>Contenido de los programas de educación para la salud en el componente de salud oral</p> <p>La misma información detallada para el caso de los niños. Programas preventivos en su SILOS: importancia, aplicación y necesidad de participación comunitaria.</p> <p>Diferentes tipos de programas para recibir atención odontológica en sus SILOS oferta y demanda, funcionamiento y relación con otros centros de atención</p>	<p>Equipo de salud.</p> <p>Madres. Personal auxiliar, Miembros de la comunidad.</p> <p>Estudiantes de Odontología.</p>	Seminarios, talleres, foros, jornadas, reuniones, etc.
a.4 Obreros de las plantas de tratamiento.	<p>Problemática de caries y enfermedad periodontal. Usos y beneficios de los fluoruros. Papel en el programa de fluoruración de las aguas. Medidas de seguridad para la manipulación de la sustancia química. Otros programas de salud oral en el SILOS (preventivo y atención odontológica).</p>	<p>Odontólogos. Equipos de salud. Estudiantes de Odontología</p> <p>Ingenieros sanitarios</p>	Reuniones periódicas con el personal técnico y obrero de las plantas de tratamiento que estén aplicando flúor al agua.
a.5 Líderes comunitarios	<p>Problemática de salud oral en el SILOS. Programas preventivos y de atención odontológica en la localidad. Participación en la administración de los programas.</p> <p>Evaluación del impacto en la comunidad. Modificaciones y restricciones o reorientación de actividades de acuerdo con necesidades o logros.</p>	Odontólogos. Equipos de salud.	Identificación de las personas y organizaciones representativas de la población y a través de entrevistas, visitas, reuniones y discusiones abiertas a la comunidad.

## b. Equipo de salud

<b>Recurso Humano</b>	<b>Información</b>	<b>Responsable</b>	<b>Cómo</b>
<p>b.1 Cualquier miembro del equipo:</p> <p>Médicos, enfermeras, odontólogos, trabajadores sociales, sociólogos, representantes comunidad.</p>	<p>Proceso salud-enfermedad local.</p> <p>Proceso de atención a la salud en general a la salud oral en particular.</p> <p>Políticas de salud oral y procesos de gestión de los servicios de atención odontológica y financiamiento de los servicios. Proceso de integración docente-asistencial.</p> <p>teoría de sistemas. El proceso de administración. Las funciones de administración: Planificación, Organización, Administración de Recursos, dirección, control.</p> <p>Métodos y técnicas de administración.</p> <p>Desarrollo de áreas de investigación de procesos de evaluación.</p>	<p>Cualquier miembro de un núcleo de carácter nacional conformado por profesionales de cada institución en las diferentes especialidades, instituciones específicas para la capacitación de recursos humanos y aspectos de administración de servicios sugeridos por el núcleo nacional.</p>	<p>Talleres con todo el equipo.</p> <p>Foros, jornadas y seminarios.</p> <p>Cursos de administración de servicios que pueden ser de larga, mediana y corta duración.</p>

## c. Personal Odontológico

<p>c.1 Odontólogos de los niveles centrales que forman parte del núcleo nacional.</p>	<p>Política nacional de salud.</p> <p>Administración de servicios.</p> <p>Investigación de servicios de salud.</p> <p>Evaluación de impacto y cobertura.</p>	<p>Instituciones específicas destinadas a la capacitación de recursos humanos en aspectos de administración de servicios.</p>	<p>Cursos de especialización de larga, mediana y corta duración.</p>
<p>c.2 Odontólogos de servicios.</p>	<p>Integración docente asistencial.</p> <p>Principios de atención primaria.</p> <p>Conceptualización del sistema nacional de salud y sistema local de salud.</p> <p>Papel en los programas locales de atención.</p> <p>Actualización en odontología.</p> <p>Relaciones interpersonales.</p> <p>Calibración con el personal auxiliar y el equipo de trabajo del servicio.</p> <p>Implementación de programas de investigación y evaluación:</p> <p>Aplicación de indicadores.</p>	<p>Equipos de salud.</p> <p>Odontólogos de servicio.</p>	<p>Charlas, reuniones, seminarios, talleres, jornadas, etc.</p>

Recurso Humano	Información	Responsable	Cómo
c.3 Estudiantes de Odontología.	Integración docente-asistencial Principios de atención primaria. Conceptualización del Sistema Nacional de Salud y SILOS. Relaciones interpersonales, realidad del servicio local, desarrollo de actitudes constructivas. Problemática local de salud oral: Índices de enfermedad bucal de mayor prevalencia, administración de servicios. Programas odontológicos locales: Preventivos y de Atención.	Equipo de salud Odontólogos en servicios.	Talleres, foros, seminarios, jornadas, actividades prácticas.
c.4 Personal auxiliar.	Relaciones interpersonales. Problemática local de salud oral. Integración docente-asistencial. Principios de atención primaria. Conceptualización de S.N.S. y SILOS. Programas odontológicos locales, preventivos y de atención. Calibración con el personal profesional. Actualización en Odontología.	Odontólogos en servicios Estudiantes de Odontología. Personal auxiliar.	Reuniones con el personal, talleres, foros, seminarios.



## 10. PLAN OBLIGATORIO DE SALUD

Es la clasificación funcional del tipo de actividad, intervención, procedimiento y del personal idóneo para su ejecución. Presenta niveles de complejidad:

NIVEL I: Médico general y/o personal auxiliar y otros profesionales de la salud.

**a.** Consulta Médica General: Establecida por la ley 100 de 1993, el médico general es la base y el motor, conjuntamente con el personal paramédico y auxiliar quienes serán la puerta de entrada del sistema. El contacto del paciente con las Entidades Promotoras de Salud, será mas estrecho, frecuente y regular através del médico general, será él, quien establezca pautas para la promoción y prevención. La consulta no debe ser menor de 20 minutos; en este nivel la familia actúa mas activamente.

Es muy importante saber que el incumplimiento injustificado a las citas médicas, odontológicas o de cualquier tipo, por parte del paciente, lo obligan a cancelar el valor correspondiente.

**b.- Atención Odontológica:** Incluye actividades de educación, motivación y prevención; las cuales serán de carácter obligatorio y se brindará a todo paciente; esas actividades la realizará un auxiliar de higiene oral de las Entidades Promotoras de Salud directamente o Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y por el odontólogo.

Se siguen actividades como: examen clínico odontológico, rayos X, educación en salud oral, indicaciones y práctica de cepillado, control de placa, detartraje supragingival, sellante de fosetas y fisuras, topicación con fluor, profilaxis final.

Luego de conseguir una motivación en el paciente y un máximo de control de placa del 15% se debe continuar con el tratamiento curativo: obturación con resina de fotocurado, obturación con amalgama de plata, extracciones dentales sencillas, curetaje y alisado radicular, endodoncias.

Se van a mencionar de manera general:

- 1.-Laboratorio clínico: Servicio básico, biopsias con tinciones rutinarias y citologías.
- 2.-Radiología: Incluyendo huesos, tórax, abdomen, ecografía obstétrica.

**3.-Medicamentos:** Los contenidos en la resolución 7328 de 1992 y en el manual de medicamentos y terapéutica.

**4.-Acciones intra y extra murales de promoción prevención y control.**

**5.-Atención obstétrica:** En mujeres embarazadas cubrir prestación de servicios de salud en el control prenatal, parto, post-parto y lactancia, madres con niños menores de un año "régimen subsidiado".

**6.-Atención no quirúrgica ni obstétrica:** Patologías no complicadas.

**NIVEL II:** Médico general con interconsulta, remisión y/o asesoría de personal o recursos especializados.

**a.- Atención ambulatoria específica:** Es la atención médica no quirúrgica, no procedimental, no intervencionista, brindada por un profesional de la medicina, especialista en una o mas de las disciplinas de esta ciencia y en la cual ha merecido interconsulta o remisión por el profesional general de la salud, tendrá el mismo carácter técnico administrativo para los niveles II y III.

**b.- Otros procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos que son realizados por especialistas como:** Urología, neumología, cardiología, otorrinolaringología, entre otros.

**c.- Laboratorio clínico entre otros se menciona:** Amilasas, tiempo de coagulación, agregación plaquetaria.

**NIVEL III y IV:** Médico especialista con participación de médico general.

**NIVEL IV:** Atención de patologías de tipo catastrófico que representan una alta complejidad técnica en su manejo, alto costo, baja ocurrencia y bajo costo de efectividad en su tratamiento. Se consideran algunos procedimientos como trasplante renal, diálisis, neurocirugía, instrumentación percutánea, farmacoangiografía, tomografías, gammagrafías, análisis para albúmina alcaloides, anticuerpos anti - Epstein Baar, factor RH, hemoglobina, entre otros.

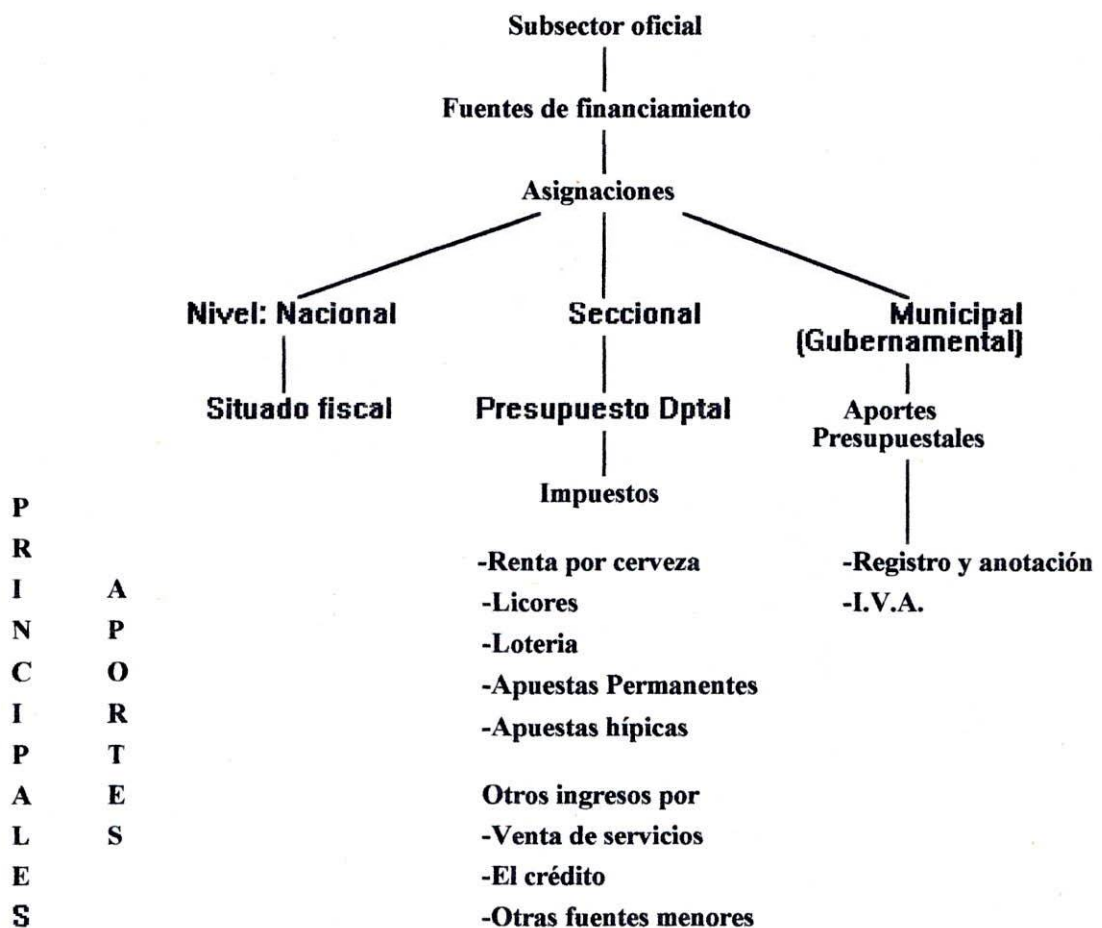
## 11. HERRAMIENTAS LEGALES

### 11.1 FINANCIAMIENTO

La importancia que tiene dentro de la economía del país, el sector salud se puede medir por medio del producto interno bruto (P.I.B.) del cual hay unos gastos totales del 7 y 8% (estatal).

Los gastos directos privados en el financiamiento del sector salud en la década de los ochenta representa el 4.1%.

### CUADRO FUENTE DE FINANCIAMIENTO



La illquidez (inconsistencia entre los flujos de ingresos y gastos), según estudios realizados es una de las causas de las crisis financiera en los hospitales y en general, en los organismos públicos de salud.

Es deber del odontólogo, estar informado acerca del origen y del presupuesto asignado para que, de esta manera concientice a su entorno indirectamente de todo el control económico-administrativo, a su vez evitar y/o denunciar irregularidades que se presenten en determinado Servicio de Salud.

### **11.1.1 Fuentes de Financiación del Sector Público de la Salud.**

1.- Las entidades recaudadoras cumplen las siguientes funciones:

- a.- Recaudos Nacionales
- b.- Beneficencias
- c.- Servicios seccionales
- d.- Organismos ejecutores

2.- Organismos que intervienen en la organización de Recursos:

- a.- Departamento Nacional de Planeación (D.N.P.)
- b.- Ministerio de Hacienda
- c.- Ministerio de Salud
- d.- Hospitales y otros.

### **11.2 CAUSAS POSIBLES EN LA DISMINUCION DEL PRESUPUESTO**

1.- Manejo de muchas fuentes: ocasionan mayor evasión tributaria.

2.-Proceso de recaudo, más elevación de costos: influyen en el rendimiento de las fuentes.

3.-Falta de una buena programación del presupuesto mas la ineficiencia global del sector.

NOTAS: En los hospitales: El subsector oficial ha hecho esfuerzo para mantener el funcionamiento de la red hospitalaria.

La venta de servicios ha sido la masenas en el financiamiento de las instituciones médico asistenciales del país.

### **11.3 LEY 100 "SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL"**

#### **PRINCIPIOS GENERALES**

.Garantiza los derechos irrenunciables de la persona y la comunidad para obtener la calidad de vida acorde con la dignidad humana.

.El Sistema comprende las obligaciones del estado y la sociedad, las instituciones y los recursos destinados a garantizar la cobertura de las prestaciones de carácter económico, de salud y servicios complementarios.

Principios:

**1.-Eficiencia:** Es la mejor utilización social y económica de los recursos administrativos, técnicos y financieros disponibles para que los beneficios a que da derecho la seguridad social sean prestados en forma adecuada oportuna y suficientemente.

**2.-Universalidad:** Protección para todas las personas sin discriminación, en todas las etapas de la vida.

**3.-Solidaridad:** Ayuda mútua entre las personas las generaciones, los sectores económicos, las regiones y las comunidades bajo el principio del mas fuerte hacia el más débil.

**4.-Integralidad:** Cobertura de todas las contingencias que afectan la salud, la capacidad económica y en general las condiciones de vida de toda la población.

**5.-Unidad:** Articulación de políticas, instituciones régimenes, procedimientos y prestaciones para alcanzar los fines de seguridad social.

**6.-Participación:** Es la intervención de la comunidad atraves de los beneficiarios de la seguridad social en la organización control gestión y fiscalización de las instituciones y del sistema en su conjunto.

Del derecho a la seguridad social .Estado garantiza a todos los habitantes del territorio nacional, el derecho irrenunciable a la seguridad social.

Este servicio será prestado por el sistema de seguridad social integral, en orden a la ampliación progresiva de la cobertura a todos los sectores de la población en los términos establecidos por la presente ley.

Del servicio público de seguridad social.

Es de tipo obligatorio, cuya dirección coordinación y control esta a cargo del estado y que sera prestado por las entidades públicas o privadas en los términos y condiciones establecidos en la presente ley.

Creación

En desarrollo del articulo 48 de la constitución político, organizarse el sistema, de seguridad social integral cuya dirección, coordinación y control estará a cargo del estado en los términos de la presente ley.

Objetivos:

El sistema de seguridad social integral ordenará las instituciones y los recursos necesarios para alcanzar los siguientes objetivos:

1-Garantizar la prestaciones económicas y de salud a quienes tiene una relación laboral o capacidad económica suficiente para afiliarse al sistema.

2-Garantizar la prestación de los servicios sociales complementarios en los términos de la presente ley.

3-Garantizar la ampliación de cobertura hasta lograr que toda la población acceda al sistema, mediante mecanismos que en desarrollo del principio constitucional de solidaridad, permitan que sectores sin la capacidad econmica suficiente como campesinos indígenas y trabajadores independientes artistas, deportistas, madres comunitarias, accedan al sistema y al otorgamiento de las prestaciones en forma integral.

Ambito de acción:

El sistema de seguridad social integral garantiza el cubrimiento de las contingencias económicas y de salud, y la prestación de servicios sociales complementarios en los términos y bajo las modalidades previstas por esta ley.

### **11.3.1. CONFORMACION DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL**

Conjunto armónico de entidades públicas y privadas, normas y procedimientos, está conformado, por los regímenes generales establecidos para pensiones, salud, riesgos profesionales y los servicios sociales complementarios que se definen en la presente ley.

Destinación de los recursos:

No se podrán destinar ni utilizar los recursos de las instituciones de la seguridad social para fines diferentes a ella.

## CONCLUSIONES

1. Con este tipo de tema hay un sentimiento general de analfabetismo administrativo en el gremio de la Salud.
2. Lo administrativo tanto como la parte operativa de la salud deben estar en equilibrio para garantizar excelencia en los servicios.
3. Se vé, entonces, como el odontólogo prestador de servicios de Salud Oral, debe integrar conocimientos científico técnicos con los concernientes a la parte administrativa.
4. Las universidades (Departamentos de Salud Pblica) deben seguir siendo soporte de los nuevos egresados, en sus primeros puestos de trabajo que son los rurales, para que se puedan realizar todas aquellas actividades que un rural puede y debe realizar.
5. El nuevo estudiante de Odontología debe tener un conocimiento, a groso modo sobre temas de economía, política, social estatal y poder relacionarla con su actividad diaria.

## BIBLIOGRAFIA

Sistemas locales de Salud conceptos metodológicos y experiencias. Cap. "Organización, Regionalización, Principios Generales" ps. 117-134. Organización Panamericana de la Salud.

Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. "Desarrollo y fortalecimiento de los Sistemas Nacionales de Salud" ps. 5-20.

Salud oral, un componente de los sistemas locales de Salud. ps. 576-588.

Ley Orgánica de presupuesto "Decreto numero 358 del 22 de febrero de 1995". Ministerio de Hacienda y crédito público.

Ley 60 decretos Reglamentarios. Ministerio de Salud, Santaf de Bogotá, D. C. 1994.

Planes Sectoriales. "Proceso de Planeación". Documento de Ministerio de Salud.

Requisitos procedimientos y soportes para la artificación de departamentos y distritos. Ministerio de Salud.

Dirección General de descentralización y desarrollo territorial, subdirección de políticas de descentralización, programa monitoreo y evaluación. "Recursos financieros del Sector Salud y Sistema de Seguridad Social en Salud". Ministerio de Salud.

Informe final de acuerdo de servicios cocontractuales "Vigilancia epidemiológica (indicadores Mapeo de riesgo). Ministerio de Salud, Organización Panamericana de la Salud. Julio de 1994.

Captulo II, I Plan obligatorio de Salud "DOS" niveles de complejidad. FONADE.

Estatuto Organico de Salud "Estatuto orgnico del sistema general de Seguridad Social en Salud y Requisitos legales para la descentralización de competencias y recursos, decreto ley #1298 de 1994 y decreto 1770 de 1994". Ministerio de Salud, dirección general de descentralización territorial.