

T1123

**SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA DE LOS ODONTÓLOGOS EGRESADO DEL  
COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO, EN EL MARCO DEL MODELO  
ACTUAL DE SALUD EN BOGOTÁ D.C.: 1992-2000**

**HEIDY DEL PILAR ALAPE CHILATRA  
SANDRA MILENA CASTELLAR FIGUEROA  
LUISA FERNANDA GUZMÁN AVILA  
JOSÉ RODRIGO JIMENEZ  
LUCY ANDREA LEYTON ZAMBRANO  
JOHANA CATALINA RÁMIREZ ALARCÓN**

**COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO  
Bogotá D.C.  
2004**

**SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA DE LOS ODONTÓLOGOS EGRESADO DEL  
COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO, EN EL MARCO DEL MODELO  
ACTUAL DE SALUD EN BOGOTÁ D.C.: 1992-2000**

**HEIDY DEL PILAR ALAPE CHILATRA  
SANDRA MILENA CASTELLAR FIGUEROA  
LUISA FERNANDA GUZMÁN AVILA  
JOSÉ RODRIGO JIMENEZ  
LUCY ANDREA LEYTON ZAMBRANO  
JOHANA CATALINA RÁMIREZ ALARCÓN**

**Trabajo de grado presentado como requisito parcial para optar para optar el título  
de Odontólogo.**

**Asesor Metodológico:  
Dra. Stella Márquez Verbel  
Administradora de Empresas  
Especialista en Diseño y Evaluación de Proyectos**

**Asesor Científico:  
Dra. Claudia Bastidas Ramírez  
Odontóloga M.A. en Administración en Salud**

**Asesor Estadístico:  
Dra. Adriana Morales  
Estadística**

**COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO  
Bogotá D.C.  
2004**

El trabajo de grado denominado "SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA DE LOS ODONTÓLOGOS EGRESADOS DEL COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO, EN EL MARCO DEL MODELO ACTUAL DE SALUD EN BOGOTÁ D.C.: 1992-2000", elaborado por HEIDY ALAPE, SANDRA CASTELLAR, LUISA GUZMÁN, RODRIGO JIMÉNEZ, ANDREA LEYTON y CATALINA RAMÍREZ, ha sido aprobado como requisito parcial para optar el título como odontólogo.

---

Firma del Asesor Metodológico

---

Firma del Asesor Científico

---

Firma del Asesor Estadístico

---

Firma del Coordinador del departamento  
de Investigación y Salud Pública

Bogotá D.C., Mayo 10 de 2004



## **DEDICATORIA**

Con inmenso amor y especialmente con gran sentido de agradecimiento,  
ofrecemos este trabajo, nuestra profesión y nuestros futuros éxitos:

**A Nuestros Padres, Hermanos y demás familia**

**Al Colegio Odontológico Colombiano**

**A los Docentes de la Universidad**



## **AGRADECIMIENTOS**

A quienes han sido artífices de forjar nuestros destinos:

A Dios Todopoderoso

A Nuestros Padres, quienes en forma denodada y con inmensos sacrificios nos han brindado el apoyo necesario para culminar esta inmensa tarea.

Al Colegio Odontológico Colombiano, institución que nos ha ofrecido la oportunidad de alcanzar este logro, talvez, el mayor de nuestras vidas.

A Nuestro Docentes, quienes actuando como guías, como amigos, y muchas veces como hermanos o como padres, lograron inculcar en nosotros el amor por nuestra profesión y la responsabilidad por nuestros actos.

A nuestros compañeros, con quienes compartimos tantos momentos, algunos de alegría, otros de tristeza, y de quienes recibimos algún día, en algún momento una voz de aliento.

## **CONTENIDO**

|                                       | <b>Pág.</b> |
|---------------------------------------|-------------|
| <b>INTRODUCCIÓN</b>                   |             |
| <b>1 CONTEXTO DE LA INVESTIGACIÓN</b> | <b>9</b>    |
| <b>1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b> | <b>9</b>    |
| <b>1.2 JUSTIFICACIÓN</b>              | <b>11</b>   |
| <b>1.3.PROPÓSITO</b>                  | <b>12</b>   |
| <b>1.4.MARCO DE REFERENCIA</b>        | <b>13</b>   |
| <b>1.4.1 Marco Legal</b>              | <b>13</b>   |
| <b>1.4.2.Marco Conceptual</b>         | <b>18</b>   |
| <b>1.4.3.Marco Teórico</b>            | <b>23</b>   |
| <b>1.5.OBJETIVOS</b>                  | <b>47</b>   |
| <b>1.5.1 Objetivo General</b>         | <b>47</b>   |
| <b>1.5.2.Objetivos Específicos</b>    | <b>47</b>   |
| <b>2. MÉTODO</b>                      | <b>49</b>   |
| <b>2.1.TIPO DE ESTUDIO</b>            | <b>49</b>   |
| <b>2.2.POBLACIÓN</b>                  | <b>49</b>   |
| <b>2.2.1. población Blanco</b>        | <b>49</b>   |
| <b>2.2.2. Población Accesible</b>     | <b>49</b>   |
| <b>2.2.3.Población Elegible</b>       | <b>50</b>   |

|                                                                  |           |
|------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>2.3.MUESTRA</b>                                               | <b>51</b> |
| <b>2.4.VARIABLES</b>                                             | <b>51</b> |
| <b>2.5.INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS</b>              | <b>52</b> |
| <b>2.6.PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS</b> | <b>52</b> |
| <b>3. RESULTADOS</b>                                             | <b>57</b> |
| <b>3.1.CARACTERÍSTICAS DEL ENCUESTADO</b>                        | <b>57</b> |
| <b>3.2.CRUCES DE VARIABLES</b>                                   | <b>64</b> |
| <b>4.DISCUSIÓN</b>                                               | <b>68</b> |
| <b>5.CONCLUSIONES</b>                                            | <b>72</b> |
| <b>6.RECOMENDACIONES</b>                                         | <b>74</b> |
| <b>BIBLIOGRAFÍA</b>                                              | <b>76</b> |



## **LISTA DE TABLAS**

|                                                           | <b>Pág.</b> |
|-----------------------------------------------------------|-------------|
| Tabla 1. Lista de egresados del COC desde 1992 hasta 2000 | 51          |
| Tabla 2. Muestra probabilística                           | 53          |
| Tabla 3. Año de egreso del COC                            | 61          |
| Tabla 4. Causas de descontento de los ingresos            | 64          |
| Tabla 5. Situación laboral-Tiempo de Servicio             | 66          |
| Tabla 6. Situación laboral-Tipo de vinculación            | 67          |
| Tabla 7. Situación laboral-Jornada laboral                | 68          |
| Tabla 8. Situación laboral-Ingresos promedio              | 69          |

## **LISTA DE ANEXOS**

**ANEXO A, Matriz de definición y operacionalización de variables de estudio**

**ANEXO B, Encuesta**

**ANEXO C, Prueba Piloto**

## **LISTA DE SIGLAS**

**AMC:** Asociación Médica De Colombia

**ARS:** Administradora Del Régimen Subsidiado

**ASMEDAS:** Asociación Médica Sindical

**ASODENTA:** Asociación De Dentistas De Antioquia

**ASOCOC:** Asociación De Egresados Del Colegio Odontológico

**COC:** Colegio Odontológico Colombiano

**CNSSS:** Consejo Nacional de Seguridad Social En Salud

**CPC:** Constitución Política De Colombia

**CST:** Código Sustantivo De Trabajo

**EPS:** Entidad Promotora De Salud

**ESE:** Empresa Social Del Estado

**FOSYGA:** Fondo De Solidaridad y Garantía

**IM:** Ingreso Marginal

**IPS:** Institución Prestadora De Servicio

**ISS:** Instituto De Seguro Social

**MAPIPOS:** Manual De Actividades, Procedimientos e Intervenciones  
Obligatorias De Salud Del Pos

**PAB:** Plan De Atención Básica

**POS:** Plan Obligatorio de Salud

**POSS:** Plan Obligatorio De Salud Subsidiado

**RC:** Régimen Contributivo



**RS:** Régimen Subsidiado

**SGSSS:** Sistema general De Seguridad Social En Salud

**SNS:** Sistema Nacional De Seguridad Social En Salud

**SOAT:** Seguro Obligatorio De Transito

**SPSS:** Paquete Estadístico Para Ciencias Sociales

**UPC:** Unidad De Pago Por Capitalización

## INTRODUCCIÓN

El sistema General de Seguridad Social en Salud establecido por la ley 100 de 1993, dio origen a un cambio en la modalidad de la prestación del servicio tanto para usuarios como para los profesionales dedicados a la atención médica.

Pero aunque esta, busca cumplir con los principios de eficiencia, universalidad, solidaridad, integridad, unidad y participación, en palabras de los miembros del sistema, su objetivo de garantizar la calidad de vida acorde con la dignidad humana, se ha desviado un poco, generando desequilibrio entre las entidades encargadas de ofrecer y garantizar la atención al afiliado.

Dentro del entorno que se necesita para asegurar un servicio adecuado, está la conveniente realidad de las Instituciones Prestadoras de servicio de salud y de igual manera, la de los profesionales a cargo de estas, pues como es lógico la base de un buen servicio está en el nivel de satisfacción que este representa.

Es por lo anterior que con esta investigación de tipo descriptivo, observacional de corte transversal, se buscó conocer la situación socioeconómica actual de los odontólogos egresados del Colegio Odontológico Colombiano desde 1.992 hasta el año 2.000, de tal manera que la información resultante permita su comparación

con otros estudios realizados sobre el tema, constituyendo una herramienta para lograr mejores condiciones para los futuros profesionales.

El planteamiento y desarrollo de este estudio se logró gracias a la colaboración de un grupo de 200 odontólogos egresados del Colegio Odontológico Colombiano, quienes diligenciaron una encuesta diseñada por los investigadores con el apoyo de un estadístico, de cuya información se logró obtener elementos suficientes para cumplir con los objetivos propuestos a lo largo de la búsqueda de los estudiantes.

El estudio concluye revelando el alto nivel de inestabilidad socio económico de los profesionales que en su gran mayoría son de género femenino, así como la insatisfacción generada frente a los ingresos que oscila en su gran mayoría entre \$1.000.000 y \$1.999.999 y situación laboral vista hoy en día. Igualmente se manifiesta que el tipo de contratación más usado dentro de las entidades prestadoras de servicios de salud odontológicos es el contrato a término indefinido con un horario de medio tiempo.



## **1. CONTEXTO DE LA INVESTIGACIÓN**

### **1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

A través de la ley 10 de 1990, el gobierno reorganizó el Sistema Nacional de salud, buscando descentralizar la administración de los servicios y delegando estas funciones a entidades especializadas que garantizaran la calidad y eficiencia en esta labor.

Sin embargo durante los diez años que lleva el Nuevo modelo de seguridad social en salud, su puesta en marcha ha generado contradicciones, entre defensores y agresores, algunos porque el modelo ha generado beneficio a nivel personal y/o general y otros que por el contrario se han sentido en desventaja con la aplicación de este.

Esta realidad se manifestó en varias investigaciones como las realizadas en 1.997, por el profesor Gonzalo Jaramillo quien dirigió dos grupos de estudiantes de pregrado de la facultad de odontología, el primero denominó su investigación: “Impacto económico y laboral de la Ley 100 sobre los practicantes empíricos en odontología afiliados a la Asociación de dentistas de Antioquia-ASODENTA-“. Los



investigadores examinaron los efectos en cuanto a estabilidad laboral y económica, calificando de manera cuantitativa y cualitativa las consecuencias de poner en práctica el Sistema General de Seguridad Social en Salud, para el odontólogo empírico.

La segunda investigación, se refirió al “Impacto del Régimen de seguridad social en el ejercicio de la práctica odontológica”, en egresados de la Universidad de Antioquia desde 1.970 hasta 1.996. Donde cuestionaron el detrimento en la calidad de vida del odontólogo, el grado de reconocimiento por parte de este hacia la ley reguladora y la facultad para resistir el cambio de sistema de seguridad y salud.

Continuando con el lineamiento de estas investigaciones, estudiantes del Colegio Odontológico Colombiano, plantearon sus proyectos de grado de la siguiente manera: Cristo P. y Cols lo tituló, “Impacto económico y laboral del Sistema General de Seguridad Social en Salud en el ejercicio profesional de los odontólogos egresados del Colegio Odontológico Colombiano 1.979-1.991”, mientras que Cañas y Cols, realizó una “Evaluación Socioeconómica de los Odontólogos Egresados de los Programas de Especialización del COC en el Marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud: 1994-2002”.

Los primeros evaluaron el grado de conocimiento de los profesionales sobre el Plan Obligatorio de Salud, a su vez indagaron sobre el nivel de ingresos y situación laboral así como la apreciación de la calidad del servicio otorgado. A su vez el segundo grupo de estudiantes, examinó el estado socio-económico del odontólogo profundizando en su calidad de empresario independiente o empleado dependiente y así mismo se discutió sobre el grado de satisfacción frente a los ingresos recibidos por su labor.

Teniendo en cuenta lo planteado anteriormente y continuando la secuencia de las investigaciones mencionadas, el objeto de la investigación es determinar ¿Cual es la situación socio-económica actual de los odontólogos profesionales egresados del Colegio Odontológico Colombiano durante el período 1992-2000, en el marco del modelo de Salud vigente?

## **1.2 JUSTIFICACIÓN**

El modelo de salud establecido por la ley 100 de 1993, busca que los servicios de salud se organicen en forma descentralizada por niveles de atención y con participación de la comunidad.

Pero desde la perspectiva del odontólogo, el Sistema General de Salud y Seguridad Social, ha generado cambios en su entorno tanto económico, como



laboral y social, contradiciendo el equilibrio que debe mantener entre servicio y ética, sacrificando su status social. Es por esta razón que expertos en la misma área han llevado a cabo investigaciones con el fin de corroborar esta afirmación.

Esta investigación es de gran importancia porque permite conocer la situación socioeconómica actual de los odontólogos egresados del Colegio Odontológico Colombiano desde 1.992 hasta el año 2.000, de tal manera que la información resultante permita su comparación con otros estudios realizados sobre el tema, constituyendo una herramienta para lograr mejores condiciones para los futuros profesionales.

### **1.3 PROPÓSITO**

La utilidad de esta investigación es percibir la realidad socioeconómica de los odontólogos, egresados del Colegio Odontológicos Colombiano y con los elementos adquiridos, proporcionar aportes que permitan detectar las ventajas y desventajas ofrecidas por el Sistema de Salud y Seguridad Social vigente tanto para usuarios como para prestadores del servicio.



## 1.4 MARCO DE REFERENCIA

**1.4.1 Marco Legal.** Con la **Ley 10 de 1.990** se reorganizó el sistema nacional de salud, definiendo el servicio de salud como “un servicio público de obligatoria prestación por parte del Estado e intervenidos por este en controles técnico, tarifarios y en factores de riesgo para la salud”. Se establece la atención de urgencias como obligatorias para clínicas y hospitales públicos o privados independientemente de la situación económica del usuario y atención básica gratuita. (Ley 10, 1990)

Esta ley pretende reorganizar el sistema nacional de salud descentralizando la administración de los servicios de salud, colocándolos en manos de los alcaldes y gobernadores, estableciendo juntas directivas en cada puesto de salud y hospitales con la participación de la comunidad usuaria. Además refinanciar el sector con los recursos del presupuesto nacional, estableciendo la carrera administrativa para todos los empleados oficiales del sector salud. (Ley 10, 1990)

Un año después en ejercicio de su poder soberano la Asamblea Nacional Constituyente decreta la Constitución Política de Colombia, dentro de la cual en sus artículos 48, 49 y 50 establece que: “La seguridad social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y

control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad, y solidaridad establecidos por la ley” (CPC, 1991).

Así mismo garantiza la irrenunciabilidad a este derecho permitiendo a todas las personas acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud, confiando su cobertura al Estado y entidades particulares, señalando que la atención básica será gratuita y obligatoria.

Desarrollando estos artículos de la Constitución Nacional se crea en 1993 la ley 100 con la cual el Consejo Nacional de Seguridad Social (**CNSS**) dio origen al **Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS)** y al **Plan Obligatorio de Salud (POS)**, en sus dos modalidades, el **régimen Contributivo** y el **Subsidiado**.

Con esta ley, el Estado colombiano busco garantizar las prestaciones económicas y de salud a quienes tienen una relación laboral o capacidad económica suficiente para afiliarse al sistema, y a su vez ampliar la cobertura para aquellos ciudadanos sin capacidad económica suficiente. (Ley 100, 1993).

De igual manera, establece la organización del SGSSS así; primero se encuentra las empresas sociales del Estado quienes prestan el servicio de salud directamente y constituyen una categoría especial de entidad pública



descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa. En segundo lugar se aprecian, las entidades prestadoras de salud (EPS), que son las responsables de la afiliación, del recaudo de sus cotizaciones, garantizando la prestación del Plan Obligatorio de Salud a los afiliados, las cuales a su vez podrán contratar los servicios de las Instituciones Prestadoras de salud y profesionales independientes, quienes deben atender a los afiliados y beneficiarios dentro de los parámetros establecidos por la ley, cumpliendo con los principios de calidad y eficiencia, con autonomía administrativa, técnica y financiera. (Ley 100, 1993)

Posteriormente, el Presidente de la república previa aprobación del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud reglamenta el Régimen Subsidiado del Sistema de seguridad social en salud mediante el Decreto 1895 de 1994, fijando las disposiciones relativas a la creación, condiciones y forma de operación del Régimen subsidiado, así mismo determina los criterios para establecer los beneficiarios del régimen , el plan de beneficios, los mecanismos de financiación y las reglas para la administración y gestión de los recursos del régimen subsidiado del SGSSS.

Este sistema es obligatorio para todos los residentes en Colombia aunque no cubre totalmente los costos de los tratamientos efectuados fuera del sistema. Es por esto que el profesional de salud (adscrito o asalariado), siempre deberá



limitar su formulación, diagnóstico y tratamientos a los autorizados por el Decreto 2473 de 1994 el cual estableció el **Manual de Actividades, Procedimientos e Intervenciones obligatorias en salud del POS (MAPIPOS)**, que regula todas las actividades médicas y paramédicas y que son actualizadas de acuerdo con los cambios en la estructura demográfica de la población, el perfil epidemiológico nacional, la tecnología apropiada disponible en el país y las condiciones financieras del sistema. (Decreto 2473, 1994)

De igual manera se obliga a restringir sus costos pues debe establecerse al régimen tarifario expedido por el Decreto 2423 de Diciembre 31 de 1.996, donde se determina la **Nomenclatura y clasificación de los procedimientos médico-quirúrgicos y hospitalarios del Manual tarifario (denominado Tarifas SOAT)**, expedido por el Ministerio de seguridad social. Estas tarifas se establecieron de obligatorio cumplimiento para las entidades públicas mientras que las empresas privadas las deben aplicar obligatoriamente en los casos de atención a pacientes víctimas de accidentes de tránsito, desastres naturales y demás eventos catastróficos definidos por el CNSSS. (Decreto 2423, 1996)

Estas tarifas deben reajustarse a partir del 1º de enero de cada año con base en el incremento del salario mínimo legal vigente, Ya que en caso de no regirse a las tarifas establecidas por la EPS, la IPS o el profesional se harán responsables por

el excedente, lo cual haría peligrar su rentabilidad y en el caso de ser empleado su estabilidad en la institución.

Adicionalmente se registra la expedición de *la Ley 715 de 2001*, por la cual se desarrolla el sistema general de participaciones territoriales e inversión social, Ley que tiene carácter orgánico y que, por lo tanto, posee un nivel jerárquico superior al de la Ley 100 de 1993. En efecto, varios de sus artículos buscan corregir algunos de los defectos protuberantes en la ejecución de la Ley 100, los cuales han creado la grave crisis que presenta el sector de la salud.

Estipula la pérdida de competencias por parte de las ARS en las actividades de prevención y promoción de la salud, las cuales regresan a ser responsabilidad directa del Estado, fortalece los Fondos Locales de Salud, estableciendo con ello un mecanismo que deberá hacer posible un giro más directo a las IPS, ordena establecer las redes de servicios bajo la dirección de las Secretarías de Salud, definir, en el primer año de vigencia, el sistema de garantía de la calidad y el sistema de acreditación de IPS, EPS y otras instituciones que manejan recursos del SGSSS. Considera la Academia que esta disposición es de enorme importancia, y por ello recomienda en forma enfática que la acreditación sea hecha por entidades independientes y autónomas, ojalá del sector académico, como lo son las universidades. (Ley 715, 2001)



Establece la Ley 715 la obligación de habilitar a las IPS en lo relativo a la construcción, remodelación y ampliación o creación de nuevos servicios, considera que esta función debe ser ejercida por entidades autónomas, libres de influencias políticas y de otra clase, entidades, ojalá sin ánimo de lucro. (PATIÑO, 2003).

En términos generales, se encuentra una legislación muy amplia que repite continuamente la obligatoriedad de la salud como derecho esencial gratuito y que adiciona o modifica constantemente el actual Sistema General de seguridad Social en Salud, buscando corregir deficiencias que quedaron al momento de la publicación de la Ley 100 de 1993.

**1.4.2 Marco Conceptual.** A continuación se definen algunos conceptos importantes, que contribuyen a la aclaración de algunos términos relevantes para la investigación.

- **Activo:** Está conformado por los recursos y derechos necesarios para el cumplimiento de los objetivos personales o de la empresa. (HARGADON, 1998)
- **Atención de salud.** La Atención de Salud se define como el conjunto de servicios que se prestan al usuario en el marco de los procesos propios del



aseguramiento, así como de las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales en las fases de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se prestan a toda la población. (Decreto 2309/02, Art.3)

- **Calidad de vida:** Es el conjunto de valoraciones que el individuo hace sobre cada uno de los dominios de su vida actual. (LAWTON M. y Cols, 1.987). Se complementa diciendo que es, "una medida compuesta de bienestar físico, mental y social, tal como la percibe cada individuo y cada grupo, y de felicidad, satisfacción y recompensa" (ANDREWS, 1987).
- **Demanda:** Indica la cantidad de un producto que el consumidor está dispuesto y puede comprar a cada uno de los posibles precios, en determinado lapso de tiempo. (BONILLA, 2002)
- **Entidad Promotora de Salud (EPS):** Son las entidades responsables de la afiliación y el riesgo de los afiliados y del recaudo de sus cotizaciones, por el fondo de Solidaridad y Garantía. (Ley 100/93).
- **Institución Prestadora de servicio de Salud (IPS):** son aquellas instituciones que tienen como función prestar los servicios en su nivel de atención correspondiente a los afiliados y beneficiarios dentro de los parámetros y

principios de eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad y participación. Ley 100/93).

- **Tasa de Desempleo:** Número de personas de 12 años y más que están desocupadas, expresado como porcentaje del total de la Población Económicamente Activa (PEA) de ese grupo de edad en un determinado año. (SIISE, 2002)
- **Desempleados/as** Se entiende a aquellas personas de 12 años y más que durante el período de referencia de la medición no tienen empleo y están disponibles para trabajar. Abarca tanto a aquellos trabajadores/as que se quedaron sin empleo por despido o renuncia (cesantes), como a quienes se incorporan por primera vez al mercado de trabajo (trabajadores nuevos). Se refiere, por lo tanto, solo a la Población Económicamente Activa (PEA). (SIISE, 2002)
- **Empleo:** Es el vínculo laboral de un individuo con una persona natural o jurídica o entidad del Estado a través del cual recibe a cambio una remuneración en especie o dinero. (FUENTES, 1991).
- **Ingresos:** Es el precio generado por un servicio o multiplicado por una cantidad. (SALVATORE, 1992)



- **Ingreso Marginal:** Es el cambio en el ingreso total ante un cambio de una unidad en la cantidad vendida. (SALVATORE, 1992)
  
- **Inversión:** Acción de emplear capital en negocios productivos de carácter temporal o permanente a través de documentos negociables adquiridos con el propósito de obtener un rendimiento en un tiempo breve o establecer relaciones económicas con otras entidades. (DIAZ, 2001)
  
- **Mercado:** Es el medio en el que interactúan compradores y vendedores para lograr un posible intercambio. (LERNER, 1984)
  
- **Oferta:** Indica qué tantos bienes, el productor está dispuesto y puede ofrecer a la venta, por periodo a cada uno de los precios posibles, estando los demás constantes. (BONILLA, 2002).
  
- **Prestadores de Servicios de salud:** Se define como Prestadores de Servicios de Salud a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, los Profesionales Independientes de Salud y los Servicios de Transporte Especial de Pacientes. (Decreto 2309 de 2002, Art. 2)
  
- **Régimen Contributivo:** Es un conjunto de normas que rigen la vinculación de los individuos y las familias al SGSSS, cuando tal vinculación se hace a través



del pago de una cotización individual y familiar o un aporte económico previo financiado directamente por el afiliado o en concurrencia entre este y su empleador. (Ley 100/93)

- **Régimen Subsidiado:** Es un conjunto de normas que rigen la vinculación de los individuos al SGSSS cuando tal vinculación se hace a través del pago de una cotización subsidiada, total o parcialmente con recursos fiscales o de solidaridad de que trata la presente ley. (Ley 100/93)
- **Salario:** Pago o remuneración recibida por un trabajo realizado o un servicio prestado. (BONILLA, 2002)
- **Tarifa:** Monto que se debe pagar por recibir un servicio. (MUNERA, 1993).
- **Tarifas SOAT:** Son aquellas tarifas establecidas por el Ministerio de Salud, de obligatorio cumplimiento para las instituciones Prestadoras de Servicio de Salud públicas, mientras que las entidades sólo están obligadas a aplicarlas cuando se trate de atención de pacientes víctimas de accidentes de tránsito, desastres naturales, atentados terroristas, atención inicial de urgencias y los demás eventos catastróficos definidos por el Consejo Nacional de Seguridad social en Salud. (Decreto 2423/96).

- **Utilidad:** La propiedad de un artículo para satisfacer un deseo o necesidad de un consumidor. (SALVATORE, 1992)
- **Utilidad marginal:** Es el cambio en la utilidad total por un cambio unitario en la cantidad de un artículo consumido por unida de tiempo. (SALVATORE, 1992).

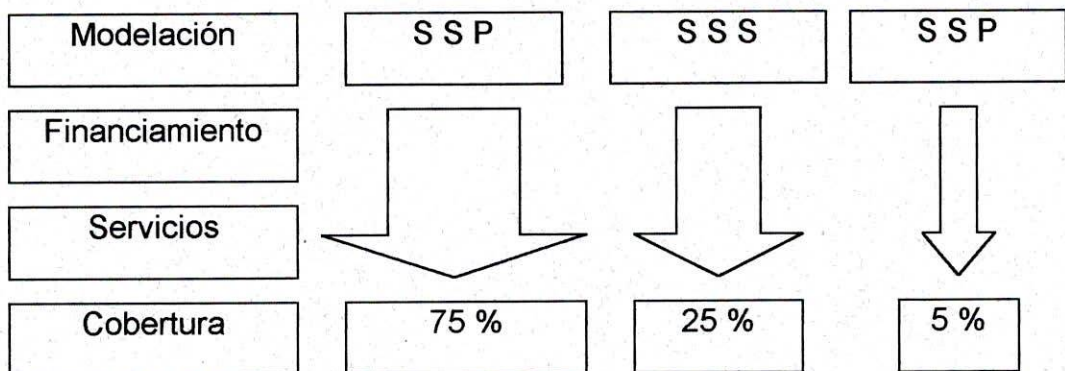
**1.4.3 Marco Teórico.** Durante la presente década, Colombia inició un profundo reordenamiento del sector salud que afecta su organización, financiamiento y funcionamiento.

En principio se estima necesario tener algunas nociones fundamentales tanto del antiguo Sistema Nacional de Seguridad Social (SNS), como el nuevo Sistema General de Seguridad Social.

Del primero se puede decir que entró en vigencia desde 1975, y correspondía en realidad a un modelo fragmentado, en forma similar a la mayor parte de los países latinoamericanos. Este sistema SNS lo integraban tres subsistemas de prestación de servicios, cada uno dirigido a segmentos distintos de la población y con mecanismos de modulación, financiamiento y prestación de servicios diferentes como se puede apreciar en la figura 1.



**Figura 1. Organización Vertical del Antiguo S N S**



*Fuente: Céspedes, Juan Eduardo, 2003.*

El primero de los tres subsistemas correspondía al de salud pública (SSP). Este subsistema, incorporaba todas las tres funciones, antes mencionadas, en forma vertical y centralizada alrededor del Ministerio de Salud y sus servicios seccionales de salud. Los seguros sociales (SSS) administrados por el Instituto de los Seguros Sociales (ISS) y cerca de mil cajas de previsión, conformaban el segundo subsistema. El subsistema privado de servicios correspondía al tercero de los tres subsistemas.

Esta organización fragmentada del sistema de salud entró en crisis porque resultó insuficiente para responder a los principios de universalidad, solidaridad,



equidad, eficiencia, calidad y, además, por el poco impacto de sus acciones sobre el estado de salud de la población. (CESPEDES, 2003).

El Estado colombiano decidió entrar en la escena de los cambios, y reemplazar el modelo público de oferta subsidiada de servicios por uno de libre competencia regulada, con subsidio a la demanda como mecanismo de protección directa a la población más pobre. Este subsidio coloca al usuario de bajos recursos en condiciones de igualdad (por lo menos en teoría) con el usuario que sí puede pagar sus servicios. Otras características básicas del nuevo modelo son las siguientes: (ECHEVERRI, 1996).

Primero, establecimiento de un mercado descentralizado de servicios de salud, con un ente intermediario/administrador, las Empresas Promotoras de Salud (EPS); un ente proveedor de servicios, las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS); y un usuario que se organiza para acceder a los servicios, como afiliado contribuyente (si paga su cotización a una EPS) o como afiliado subsidiado, si por ser de bajos recursos económicos, su cotización la paga el Estado. (ECHEVERRI, 1996).

Segundo, el mercado se establece entre las EPS, que representan al usuario en la compra de servicios, y las IPS. Las EPS se encargan de coleccionar y transferir las

cotizaciones de los afiliados a un Fondo Nacional de Solidaridad y Garantía (FOSYGA).

Tercero, el FOSYGA reembolsa a las EPS los costos de los contratos de servicios con las IPS, mediante Unidades de Pago por Capitación (UPC). Estos contratos especifican un Plan Obligatorio de Servicios de Salud (POS) establecido por ley para los afiliados contribuyentes y para los afiliados subsidiados (POSS). Tales contratos están sujetos al poder de mercado y capacidad de negociación de las partes (EPS e IPS).

Cuarto, el Estado mantiene y fortalece su papel de regulador de un mercado que presenta irregularidades (market failures) en su funcionamiento, en relación con las leyes clásicas de oferta y demanda, mediante una superintendencia central de salud.

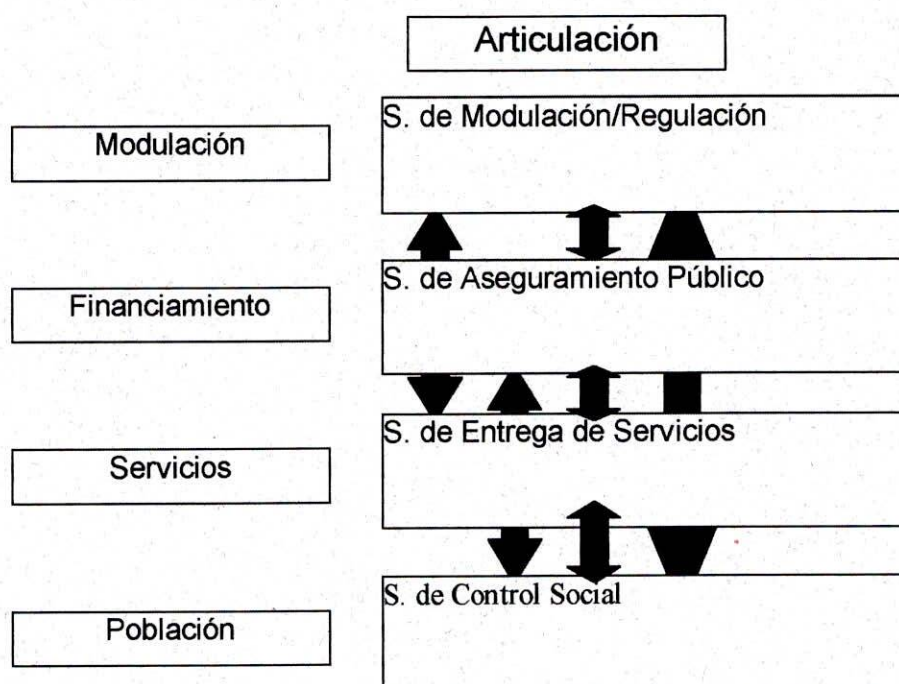
Quinto, el SGSSS plantea eliminar la inequidad mediante el subsidio a la demanda y la apertura del mercado de servicios para los proveedores públicos y privados, en condiciones de competitividad equilibrada. El usuario tiene representación en las EPS e IPS y además se puede organizar en asociaciones para contratar servicios y para la «defensa» del consumidor. (ECHEVERRI, 1996).



En contraste con el antiguo SNS, el nuevo sistema de seguridad social en salud corresponde a un modelo único de seguros públicos, articulado alrededor de tres subsistemas concebidos y organizados horizontalmente para manejar las contingencias económicas derivadas de los riesgos de salud en la población como se observa en la figura 2.

**Figura 2. Organización Horizontal del Nuevo SGSSS**

Figura 2. Organización Horizontal del Nuevo SGSSS



*Fuente: Céspedes, Juan Eduardo, 2003.*

El primer subsistema denominado de Modulación y regulación, se refiere a la presión que ejerce el Estado colombiano sobre la organización y funcionamiento de todo el SGSSS.



En cuanto al Financiamiento y Aseguramiento, los servicios cubiertos por el SGSSS, se financian a través de un sistema de aseguramiento público (subsidios a la demanda), que le permite al Sistema asumir las contingencias derivadas de los riesgos de salud especificadas en un plan único de beneficios: el POS.

El aseguramiento es administrado por Empresas Promotoras de Salud (EPS), de naturaleza pública o privada. Estas empresas asumen las contingencias especificadas en el POS, bajo dos regímenes de aseguramiento: contributivo (RC) y subsidiado (RS). Simultáneamente dentro de la estructura orgánica de la ley, se encuentra que para garantizar el acceso de la población afiliada al POS, las EPS ofrecen los servicios de salud de dos formas: directa, a través de sus redes propias, ó indirecta, a través de contratos con las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS), públicas o privadas, las cuales cumplen con su función de servir gracias a los profesionales de la salud, como médicos, enfermeras, odontólogos, etc. (CESPEDES, 2003)

Profundizando un poco en la manera como en la actualidad algunos profesionales ejercen, esencialmente en Odontología, esta es bastante imprecisa, amorfa, indefinida y no se diferencia de como se ejercía en la década de los 50, los 60 o aún antes, tiempos en que nuestras sociedades eran absolutamente diferentes a lo que son ahora. Se continúa obrando de manera no planificada, actuando al

azar, de acuerdo a las circunstancias o a lo que buenamente suceda. (OTERO, 1990)

Se trabaja sin objetivos precisos, sin medir logros, sin comparar resultados, sin regularidad en los horarios, sin pensar en los gastos, en las inversiones, en la reposición de los equipos, en el proceso de capacitación, simplemente copiando en algunos casos lo que otros hacen. No se estudia el lugar en donde se ubica el consultorio, ni se define con claridad la población o grupo de personas que se desea atender en él. Tampoco se analiza si la especialidad que se ejecuta es acorde con las necesidades de salud o las posibilidades económicas de la población que vive en las cercanías del consultorio. (OTERO, 1990)

Como lo explica Jaime Otero, en su artículo publicado en la Gaceta Odontológica: "Debemos dejar claramente establecida nuestra opinión acerca de que todo profesional tiene el más absoluto derecho a vivir decorosa y dignamente como producto de su trabajo, para comprender bien el marco de nuestros planteamientos ya que consideramos mucho más atractivo el éxito que el fracaso o las frecuentes lamentaciones que se originan cuando las cosas no resultan como uno desea. Nada impide que todos los profesionales tengan éxito profesional y económico, en el orden que se desee".



El doctor Otero continúa su artículo diciendo: "Durante muchos años hemos escuchado la expresión que nuestra profesión es un camino para servir a los demás y en eso estamos de acuerdo, pero nada nos impide servirlos con éxito económico, ya que lograrlo, de ninguna manera implica desarrollar métodos que deban ser rechazados o condenados. Se ha estimado inelegante que el profesional médico exprese libremente que también le interesa lograr éxito económico y en eso no estamos de acuerdo. Nada ni nadie nos puede impedir lograrlo, siempre que construyamos nuestra práctica respetando los cánones de la justicia, decencia, ética y moralidad y respeto por los demás, parámetros que aprendimos en nuestros hogares y que fueron reforzados durante nuestra formación universitaria". (OTERO, 1990)

Por tanto, el odontólogo, como cualquier otro profesional de la salud, está en la obligación de observar las disposiciones normativas y ético-disciplinarias de su profesión en particular, para con ello cumplir con su deber de cuidado y también los objetivos de la profesión odontológica, entre los cuales está el de brindar servicios profesionales de calidad y en forma oportuna. Ello no sólo para evitar ser demandado o en el último de los casos, ser condenado, sino también para ejercer la profesión teniendo en cuenta que es un servidor de la sociedad que está sometido a las exigencias derivadas de la dignidad humana. (MOLINA, 1998).



“Si bien algunos odontólogos se encuentran absolutamente satisfechos con los resultados obtenidos del ejercicio de su profesión, se cree que una buena cantidad no lo está. Esto no quiere decir que exista descontento respecto a la Odontología propiamente dicha, sino a los resultados obtenidos. A pesar de ello, en los últimos años el profesional se encuentra asistiendo a una permanente modificación de las circunstancias en las que este desarrolla sus labores, pues han variado sus tradicionales características. El odontólogo desarrolla sus actividades preferentemente de manera individual, es decir, bajo la modalidad del ejercicio privado en un consultorio particular. En términos generales se estima que en América Latina el 90% de los dentistas poseen un consultorio particular y que el 50 % de ellos, realizan lo que se denomina una "práctica mixta ", es decir, que también laboran a tiempo parcial en alguna entidad estatal, paraestatal o privada”. (OTERO,1992)

Este 50% que labora como empleado dependiente mantiene su vinculación bajo alguna modalidad de contrato estipulada previamente con la entidad o sujeto empleador. Se entiende por contrato según el Art. 149 y siguientes del código civil, como un acto por el cual una parte se obliga para con otra a dar, hacer o no hacer alguna cosa. Cada parte puede ser de una o de muchas personas. Este es *unilateral* cuando una de las partes se obliga para con otra que no contrae obligación alguna; y *bilateral*, cuando las partes contratantes se obligan

recíprocamente. En cuanto a beneficio, es contrato *gratuito* cuando solo tiene por objeto la utilidad de una de las partes, sufriendo la otra el gravamen; y *Oneroso* cuando tiene por objeto la utilidad de ambos contratantes, gravándose cada uno a beneficio de otro. (Código Civil, 1986)

Dentro de los contratos de trabajo existentes actualmente el Código Laboral los cataloga según su forma; en contrato verbal donde el acuerdo se pacta oralmente entre las partes, contrato escrito donde existe un documento físico que establece los parámetros de la relación laboral y contrato realidad, donde la primacía de la realidad de los hechos demuestra la existencia de una relación de trabajo. (Ley 50, 1993)

Según su duración estos contratos se clasifican en ***Contrato inferior a un mes***, el cual se pacta para la ejecución de trabajos ocasionales, accidentales o transitorios, entendiéndose por tales aquellos de corta duración, dentro de este contrato el empleado no tiene derecho a prestaciones sociales, otra modalidad de contratación es el ***contrato en prácticas***, que busca la práctica profesional para el nivel universitario, técnico o tecnológico; para poder contratar a través de esta modalidad no debe haber transcurrido más de cuatro años desde la obtención del título y su duración oscila entre 6 meses y 2 años. (Ley 50, 1993)



Existe también el contrato **a término definido inferior o superior a un año**, donde se pacta desde el mismo momento de la contratación cuanto tiempo durará la relación laboral, no puede ser superior a tres años y su prorrogación conlleva a una renovación indefinida. Cuando se desea terminar por expiración del plazo convenido siempre será necesario el preaviso de treinta días. En estos contratos opera la prohibición de despido por motivo de embarazo o lactancia, pero el embarazo no impide que el contrato se termine en la fecha pactada siempre que se cumpla con el preaviso en forma legal. (Ley 50, 1993)

Adicionalmente existe también el denominado contrato **a término indefinido**, donde el pacto entre empleador y trabajador es mantener una relación laboral indefinida y en el caso que alguno quiera dar por terminado el mencionado contrato deberá anunciar con treinta días de antelación pues de lo contrario deberá pagar una indemnización impuesta por la ley, el objetivo de este contrato es fomentar la estabilidad laboral. (Ley 50, 1993)

Por último se tiene el contrato denominado **por labor o servicio prestado**. Este contrato establece realizar obras o servicios determinados con autonomía propia dentro de la actividad de la empresa limitado en el tiempo, cuya duración es incierta. (Ley 50, 1993)



La anterior modalidad de contrato es la más usada dentro del campo de la salud pues como se conoce dentro del Sistema de Seguridad Social al profesional se le paga según el número de pacientes atendidos, esto debido a que el afán de lucro del negocio especulativo de las EPS y ARS particulares sólo les permite preocuparse por el rendimiento del capital financiero, sin importar los principales intereses del sistema: cubrimiento y calidad. (PATIÑO, 2003).

Sobre el Sistema General de seguridad social y de salud del que se habla, existen críticos como Fernando Galindo y Guillermo Campos, que aseguran que la salud se convirtió en un negocio que afecta a médicos y pacientes. Sus defensores como Juan Gonzalo Gómez Viceministro de Salud dicen, que hay más cobertura y garantías. Agremiaciones como la Academia Colombiana de Medicina y la Asociación Médica Sindical (Asmedas), aseguran que el origen de los 'males de los médicos' está en la errónea interpretación que se le dio a la Ley. Pues antes de esta legislación el Estado subsidiaba la oferta asignando un presupuesto anual para el cubrimiento de los costos de atención al paciente, así pues el profesional tenía una mayor estabilidad y se prestaba una atención más personalizada al usuario, pero ahora con el sistema es inverso y se subsidia la demanda, es decir se le paga a las empresas intermediadoras por paciente atendido, donde el modelo de productividad se resume en atender mayor cantidad a un menor costo. "Las intermediarias se convirtieron en las dominantes en el mercado, sobre los prestadores del servicio y los profesionales dice Hernán

Redondo, director de ASMEDAS. Ellas ponen las condiciones y ante la competencia le dan trabajo a quien ofrezca el servicio más barato, en detrimento de los ingresos de los profesionales". (REDONDO, 2003)

Comparte lo anterior el señor Fernando Galindo en su artículo publicado en el periódico El Tiempo, donde afirma que la crisis de la salud es, en gran parte, consecuencia de las incongruencias entre el marco filosófico enunciado en la citada Ley y el desarrollo operacional de la misma. Mientras en el primero se pretendió aplicar los principios consagrados en el Artículo 49 de la Constitución Nacional, de equidad, universalidad, solidaridad y eficiencia, la estructura orgánica de la Ley, por el contrario, responde a la mentalidad neoliberal del acto económico, cuyos objetivos son la acumulación de capital, la máxima rentabilidad del dinero invertido en el negocio de la salud, la competencia indecente y la limitación despiadada del gasto en la atención de los clientes de las EPS y de las ARS, antiguamente llamados pacientes en los hospitales y consultorios de los médicos y odontólogos. (GALINDO, 2003)

Galindo concluye su artículo, cuestionando si el incremento patrimonial exagerado de las EPS entra en contexto con el literal g del Art. 154 de la ley 100, que reza: "Evitar que los recursos destinados a la seguridad social en salud se destinen a fines diferentes". (GALINDO, 2003)



Es importante determinar la necesidad de que funcionen armónicamente todas las partes de un sistema, pero el diseño de la Ley 100 tiene un problema estructural que no permite que el sistema de salud creado tenga una función armónica. Hay un órgano compacto, hipertrofiado política, jurídica, económica y empresarialmente, apalancado en el afán de lucro. Hay otro, hipotrófico, sin capacidad de respuesta, fragmentada, difusa, acéfala, anestesiada por la desesperanza. El primer órgano lo constituye un estado incauto y desentendido del problema el capital financiero nacional y extranjero y sus agentes, las EPS. El segundo órgano lo formamos los Hospitales y Clínicas, los profesionales y trabajadores del sector, sus proveedores y la industria farmacéutica. Esto se debe a que no existe en la Ley 100 ningún estímulo, ni garantía para la supervivencia decorosa y digna para los miembros de este segundo órgano. (CRUZ, 1996).

Para los críticos de la Ley 100 ese fenómeno está afectando la atención de los pacientes. El gastroenterólogo Guillermo Campos -uno de los especialistas que aún trabaja de manera independiente- explica que el modelo está llevando a que un médico deba atender de cuatro a seis citas en una hora, 15 minutos en promedio. "En ese tiempo es difícil hacer un examen detallado y un diagnóstico preciso", asegura. (CAMPOS, 2002)

El ginecólogo Julio Durán Casas también ejerce su profesión sin estar ligado a EPS alguna. Para él, la obligación de atender pacientes con criterios de



producción en masa, aparte del deterioro natural de la buena y calificada atención, está llevando a que se pierda uno de los pilares terapéuticos de la medicina: la relación médico-paciente. "Por eso la medicina se está despersonalizando. Un tipo con sobrecarga y muchas horas de trabajo encima pierde capacidad de reacción, se vuelve apático y en ocasiones atiende mal al paciente para cumplir con la cuota". (DURAN, 2002)

La otra cara de la progresiva pauperización del cuerpo médico, aseguran los críticos del sistema, es el enriquecimiento acelerado de los intermediarios del sistema, cuyas enormes utilidades contrastan con el deterioro de las condiciones laborales de los médicos. (OROZCO, 2003)

En este sentido, "se invirtió el concepto tradicional de salud con servicio social hacia el de salud en términos de negocio. El ejercicio está perdiendo su misión social humanística" (PATIÑO, 2003).

Por otro lado, aunque el Gobierno y las empresas intermediarias del sistema reconocen que ha habido fallas en el desarrollo de la Ley, destacan la ampliación de la cobertura, producto de la normatividad. (LOPEZ, 2003)

Estudios indican que la cobertura actual de los servicios de salud es del 52 por ciento, frente al 22 que existía antes de la expedición de la norma en 1993.

Además no comparten plenamente el argumento de que con tal legislación hubo detrimento de las condiciones de trabajo de los médicos y la atención a los pacientes. (LOPEZ, 2003)

Juan Gonzalo López, viceministro de Salud, afirma que hoy el usuario tiene mejores condiciones frente a su sistema de salud que en los años anteriores. "Los estudios realizados indican un mayor uso de los servicios, tanto de consulta general como de hospitalización de personas de todos los estratos, siendo más evidente en los sectores más pobres de la población". (LOPEZ, 2003)

Frente a la crítica según la cual los usuarios no reciben un buen servicio, Nelsy Paredes, de la Asociación de Medicina Integral (Acemi) -organismo que reúne a las EPS y ARS-, sostiene que una encuesta realizada este año por la Defensoría del Pueblo estableció que los niveles de satisfacción de los usuarios eran aceptables. (PAREDES, 2003).

Este resultado no es compartido por los críticos, pues a juicio de ellos, la realidad, la congestión de usuarios y la demora en el otorgamiento de las citas indican otra situación. La Academia Nacional de Medicina tiene encuestas y estudios que indican un profundo descontento de pacientes y usuarios.



Con relación al detrimento de las condiciones laborales de los médicos, el viceministro López asegura que evidentemente ha habido una revalorización del trabajo del médico general, que hoy gana más, en desmedro del trabajo del especialista, que sin embargo aún tiene buen nivel de ingresos frente al no especializado.

"Los generales han aumentado sus oportunidades de empleo e ingresos porque están más dispuestos a irse a zonas rurales o de orden público y lo contrario ha sucedido con los especialistas", asegura el viceministro.

Todo lo anterior está sucediendo a pesar de la gran cantidad de recursos económicos que se le han inyectado al sistema con la ley 100. (MARULANDA, 2003).

Nuevamente volviendo al nuestra mencionada Ley 100 de 1.993, esta ha generado una serie de incógnitas para el odontólogo formal y no formal, provocando así investigaciones sobre la situación socio-económica a partir de la reforma de seguridad social en salud, en primer lugar se cita dos estudios realizados por estudiantes de la Universidad de Antioquia en 1.997, asesoradas por Gonzalo Jaramillo, extraídos de la revista ACFO, nombrados "Impacto económico y laboral de la Ley 100, sobre los practicantes empíricos en



odontología, afiliados a ASODENTA". Y el segundo "Impacto del régimen de seguridad social en el ejercicio de la practica odontológica".

El primer estudio hace la siguiente introducción: "Una de las grandes preocupaciones que surgen hoy en Colombia, alrededor de la reforma de la seguridad social en salud, consiste en evaluar el sistema, teniendo en cuenta las necesidades de demanda y oferta por parte de los usuarios y de los recursos propios del sector. Así los conceptos de acceso y utilización son una importante herramienta de evaluación al verificar en qué medida, el sistema de salud cumple con el objetivo específico de crear condiciones de acceso a la población al servicio en todos los niveles de atención". (JARAMILLO Y Cols, 1997).

Dicho análisis se enmarca dentro de la investigación de tipo descriptivo, pues su objetivo es buscar las propiedades importantes del empirismo en lo referente a las consecuencias que ha tenido la implementación de la ley 100.

Así mismo se trata de medir el impacto económico y laboral. En este mismo sentido el estudio se connota como cuantitativo, según el nivel de variables y los elementos a tener en cuenta para la definición y características de la muestra.

Se escogió una muestra inicial de 108 empíricos que correspondían al universo total inscritos en ASODENTA; sin embargo la muestra final fue de 85 dentistas.

Se siguieron los lineamientos teóricos utilizados por Gonzalo Jaramillo y buscando darle continuidad a la línea de investigación emprendida en la facultad de odontología de la Universidad de Antioquia sobre seguridad social y servicios de salud.

En consecuencia a la mencionada investigación, se determina un marcado descenso en la demanda del servicio, seguido por un detrimento en los ingresos y una reducción en la calidad de vida del prestador del servicio. (JARAMILLO y Cols, 1997)

El segundo estudio propone “conocer el impacto que ha tenido el nuevo Sistema de Seguridad Social en salud en el ejercicio profesional de los Odontólogos egresados de la Universidad de Antioquia entre los años 1970 y 1996 que ejercen en la ciudad de Medellín, con el fin de tener una adecuada visión de la situación actual de la profesión ante esta nueva estructura de salud. Mediante una investigación aplicada, de corte cuanticualitativo, descriptivo por cuanto determina características y manifestaciones. Predictiva sobre los resultados convenidos para preconfigurar hipótesis cuantitativas y cualitativas”.(JARAMILLO y Cols, 1997).

Los investigadores aplicaron una fórmula estadística simple con la cual se calculó una muestra probabilística de 315 egresados de un total de 1477 odontólogos que conformaban el universo poblacional. A esta muestra se aplicó una encuesta,



que utilizó preguntas cerradas y abiertas, primero mediante una prueba piloto y luego de algunos ajustes se sometieron a la prueba definitiva. (JARAMILLO y Cols, 1997).

En cuanto a resultados el estudio concluyó en que el conocimiento del sistema general de salud y seguridad social por parte de los egresados es muy bajo, obteniendo el profesional información sobre esta de los medios masivos de comunicación, siendo muy pocas las instituciones corporativas las encargadas en difundir dicha información. Destaca además el marcado desplazamiento interno de los profesionales hacia la vinculación con IPS mediante contrato laboral indefinido. Manteniéndose como nivel socioeconómico representativo el estrato 5 seguido del estrato 4. (JARAMILLO y Cols, 1997).

Posteriormente los estudiantes de pregrado del Colegio Odontológico Colombiano, en el año 2003, desarrollaron una investigación denominada "Impacto económico y laboral del sistema general de seguridad social en salud en el ejercicio profesional de los odontólogos egresados del colegio Odontológico Colombiano 1.979-1.991", estudio descriptivo de corte transversal que describió los cambios económicos y laborales presentados en el ejercicio profesional de la odontología a partir de la implementación del Sistema de Seguridad Social en salud, practicando unas encuestas a 60 egresados del COC, organizados por promociones. La información adquirida tuvo en cuenta los conocimientos y



capacidad crítica frente al Sistema General de seguridad social de salud, ingresos, situación laboral y calidad en la prestación del servicio. Luego de la aplicación de las encuestas se logra su organización, tabulación, procedimiento y análisis de resultados. (JARAMILLO y Cols, 1997).

Los resultados de dicha investigación arrojan que si bien persiste un alto grado de desconocimiento sobre el SGSS, se infiere que esta tendencia se vaya superando. En cuanto a la situación laboral se encontró que la práctica odontológica no ha dejado de ser la actividad principal de los encuestados. Han manifestado pérdida de clientela en la consulta particular, lo que los ha llevado a vincularse a IPS, convirtiéndose el profesional en un empleado que se somete a un tipo de contrato con dependencia tanto económica como de horario y aún así disminuyendo su ingreso total. (CRISTO, 2003).

Como este estudio se realizó para los odontólogos egresados durante los años 1.979 y 1.991, sus investigadores recomiendan mantener actualizada estas estadísticas para llevar un control detallado de los efectos del SGSSS a lo largo de su trayectoria funcional. (CRISTO, 2003)

El segundo consiste en la "Evaluación Socioeconómica de los Odontólogos Egresados de los Programas de Especialización del COC en el Marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud: 1994-2002". Que corresponde a

un estudio descriptivo observacional de corte transversal, que tomó como población blanco a los egresados de los programas de especialización del COC de 1994 a 2002, relacionados en los archivos de la institución. (CASAS, 2002)

Es de gran utilidad porque permite evaluar la situación socioeconómica de los odontólogos egresados de los programas de especialización del COC dentro del modelo actual e implementar políticas tendientes a mejorar la situación encontrada por la investigación. (CASAS, 2002)

Después de procesar la información se concluye que la mujer ejerce una mayor participación en la profesión frente a los hombres. En cuanto a nivel social el estrato predominante es el número cuatro. (CASAS, 2002)

La gran mayoría de los encuestados ha ejercido en su especialidad durante un periodo de tiempo de dos a siete años. De los 33 profesionales solo tres son empresarios y de los treinta restantes la mayor cantidad ejercen como independientes. (CASAS, 2002)

En cuanto a la afiliación a seguridad social sólo un tres por ciento se encuentra asegurado. Y en lo referente a ingresos el seleccionado por la mayoría se encuentra entre \$4.500.000 y \$5.499.999. Finaliza recomendando fortalecer y fomentar la creación de empresa y la inserción al sistema de seguridad social por



parte del Estado. Así como la continuación de estudios exploratorios relacionados con el tema. (CASAS, 2002)

Simultáneamente una investigación de la Asociación Médica de Colombia (AMC) encontró que aproximadamente el 50 por ciento de los profesionales cobijados por la Ley 100 tiene dos cargos y otro 18 por ciento tiene tres. Igualmente estableció que cerca del 60 por ciento de los médicos en Colombia trabajan con contratos a destajo (promedio de 400.000 mensuales, cuarto de tiempo). Eso quiere decir que para cuadrar un sueldo básico de 1'600.000 pesos (unos cinco salarios mínimos mensuales) deben trabajar en tres lugares diferentes. Antes de este régimen ganaban entre siete y ocho mínimos al mes. Ese ingreso básico no incluye los pagos por cirugías o procedimientos especiales, cuya tarifa no solo ha bajado porque las EPS les paga mucho menos que lo que cobrarían en un consultorio particular, sino que a veces se paga con varios meses de retraso.

Adicionalmente, según criterio de Emilio Guerra, presidente de Acemi, aunque ha cogido vuelo la percepción de que el deterioro de la práctica médica es consecuencia de la Ley 100, varios estudios demuestran que la situación no es tan desalentadora. Esto lo deduce del informe 'Percepción del Nivel de Satisfacción de los Médicos en Colombia' –realizado el año pasado por Napoleón Franco por encargo de Acemi, Asmedas Cundinamarca y la Asociación de Clínicas y Hospitales-, en el cual el 66 por ciento de los 1.415 profesionales que



hicieron parte de la muestra manifestaron sentirse satisfechos con su práctica médica.

Como sea, las posiciones seguirán siendo encontradas. Mientras tanto, el Ministerio de Salud junto con los gremios de profesionales de la salud están elaborando un proyecto de ley que busca corregir la norma buscando mejorar las condiciones de atención y acceso de los servicios en condiciones equitativas para todos los pacientes como para los prestadores del servicio, y por supuesto, volver a hacer digno el ejercicio médico asistencial

## **1.5 OBJETIVOS**

### **1.5.1 Objetivo General**

Determinar la situación Socioeconómica de los odontólogos egresados del Colegio Odontológico Colombiano, en el marco del actual modelo de salud para el período 1992 – 2000; residentes en Bogotá entre el segundo período de 2003 y primero de 2004.

### **1.5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Determinar las condiciones económicas de los odontólogos egresados del Colegio Odontológico Colombiano, en el marco del actual modelo de salud para el período 1992 – 2000; en cuanto a: promedio mensual de ingresos asociados y no asociados a la odontología, grado de satisfacción y capacidad de ahorro.
- Identificar la situación laboral de los odontólogos egresados del Colegio Odontológico Colombiano, en el marco del actual modelo de salud para el período 1992 – 2000; en cuanto a naturaleza de la empresa, tipo de vinculación, tiempo de servicio y jornada laboral.



- Conocer la opinión de los odontólogos en cuanto a la percepción de la calidad de los servicios de salud oral, posterior a la implementación de la ley 100 de 1993.

## **2. MÉTODO**

### **2.1 TIPO DE ESTUDIO**

Consistió en un estudio descriptivo, observacional de corte trasversal

### **2.2 POBLACIÓN**

**2.2.1 Población Blanco:** Conformada por los egresados del Colegio Odontológico Colombiano para el período 1992-2000

**2.2.2 Población Accesible:** La población está conformada por los egresados, registrados en la base de datos de la Asociación de Odontólogos del Colegio Odontológico Colombiano – ASOCOC.

Tabla 1, Lista de egresados del COC desde 1992 hasta 2000

| AÑO                    | PROMOCION                       | EGRESADOS    |
|------------------------|---------------------------------|--------------|
| 1992                   | Dra. Inés Vélez de Tamara       | 195          |
| 1992                   | Dr. Miguel Antonio Yépez Parra  | 111          |
| 1992                   | Dr. Pedro Abel Luna Olivera     | 103          |
| 1993                   | Dr. Álvaro Arango Mejía         | 144          |
| 1993                   | Dr. Miguel Antonio Yépez Parra  | 148          |
| 1994                   | Dr. Guillermo Arenas            | 160          |
| 1994                   | Dr. Miguel José Gallo Arbelaez  | 160          |
| 1995                   | Dr. Ricardo Caicedo Reina       | 160          |
| 1995                   | Dra. Susana Duran Guzmán        | 165          |
| 1996                   | Dra. Elda Restrepo Restrepo     | 133          |
| 1996                   | Dra. Olga Cadena de Villamizar  | 157          |
| 1997                   | Dr. Ernesto Hakim Dow           | 151          |
| 1997                   | Dr. Cesar Augusto Gómez tabares | 165          |
| 1998                   | Dr. Alberto Uribe Jaramillo     | 175          |
| 1998                   | Dr. Amilkar Ariza Gómez         | 216          |
| 1999                   | Dr. Enrique Echeverri Guzmán    | 141          |
| 1999                   | Dr. Alejandro Botero Botero     | 220          |
| 2000                   |                                 | 146          |
| 2000                   | Cesar Mejía Lamus               | 219          |
| <b>TOTAL EGRESADOS</b> |                                 | <b>2.909</b> |

*Fuente: ASOCOC, 2004*

**2.2.3 Población Elegible:** Como criterios de inclusión se tuvieron en cuenta los egresados residentes en la ciudad de Bogotá, de quienes existan datos actualizados en la base de ASOCOC, y que demuestren entereza para colaborar.



Como criterios de exclusión se tienen los egresados ubicados fuera de Bogotá, de quienes no se posee información actualizada o aquellos contactados que no demostraron disposición para suministrar la información solicitada.

## 2.3 MUESTRA

Se contacta 200 profesionales, como muestra no probabilística por conveniencia, porque no se utilizó un criterio estadístico para hallarla, Tabla 2:

| AÑO          | EGRESADOS  |
|--------------|------------|
| 1.992        | 16         |
| 1.993        | 14         |
| 1.994        | 08         |
| 1.995        | 13         |
| 1.996        | 25         |
| 1.997        | 24         |
| 1.998        | 07         |
| 1.999        | 11         |
| 2.000        | 82         |
| <b>Total</b> | <b>200</b> |

*Fuente: ALAPE y cols, 2004*

## 2.4 VARIABLES

La definición y operacionalización de las variables objeto de este estudio se encuentran registradas en el anexo A.

## **2.5 INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS**

Para la recolección de los datos se empleó el método de **encuesta escrita** (*Anexo B*), donde se diseña un cuestionario con preguntas que examinan las características de la muestra objeto del estudio. Las preguntas son sencillas e interesantes, cerradas con alternativa para escoger pero también existen dentro de la selección campos abiertos para que el encuestado brinde sus propios conceptos. Los cuestionamientos tocan desde lo general hasta lo específico de la investigación y permiten facilidad en su lectura.

Una vez se diseña el cuestionario se procede a entrevistar a las personas que hacen parte de la muestra donde los participantes expresan información valiosa para el estudio.

## **2.6 PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS**

Para lograr los objetivos específicos de este estudio y por ende, el objetivo general de esta investigación, este proyecto fue realizado en tres etapas, de las cuales cada fase se describe a continuación:

### **Primera Fase: Recolección de los datos**

Para obtener un sondeo de los profesionales, se seleccionó a una muestra probabilística de acuerdo a la población escogida, que para este caso fueron todos aquellos profesionales egresados del COC, desde los años 1992 hasta 2.000.

La información requerida de esta población se obtuvo con la colaboración de un miembro de la Asociación de Odontólogos del Colegio Odontológico Colombiano-ASOCOC-, quien facilitó la base de datos de todos los estudiantes egresados del COC durante el periodo antes mencionado.

Teniendo como base este listado, se asignó a cada uno de los investigadores un grupo de egresados para realizar el primer contacto, el cual se realizó vía telefónica a las personas con domicilio en la ciudad de Bogotá de quienes se tenía la información actualizada. Es así como se informó al odontólogo brevemente el objeto del estudio y se solicitó su colaboración para responder a la encuesta diseñada y es de su interés y disposición de participar que se llegó a la muestra que nos brindó los resultados.



Después del contacto telefónico donde los investigadores lograron una cita personalizada con las personas que aceptaron colaborar con el estudio, se desarrolló una primera entrevista personalizada donde se llevó a cabo una prueba piloto (Anexo C) y posteriormente se realizó un sondeo final diligenciándose cada uno de los puntos de la encuesta, así como también se obtuvieron comentarios adicionales de los profesionales.

Una vez aplicadas y contestadas las 200 encuestas, el procesamiento de la información se llevó a cabo de forma manual, con la clasificación, registro y condensación de los datos. El procedimiento seguido fue el siguiente:

- Elaboración un formato para cada una de las preguntas de tipo cerrado con dos (2) alternativas, las cuales dieron soporte al proyecto de investigación. (Ítems 101,302,304) La sumatoria por Ítem dió como resultado un 100% de la muestra seleccionada.
- Los resultados obtenidos por los ítem con más de 2 alternativas pero con una sola opción para escoger, se clasificaron numéricamente para operacionalizar, tabular y registrar en porcentajes; los resultados a obtenerse permitieron la interpretación (Ítem 102,103,104,105,301,305) Al igual que el caso anterior, la sumatoria por ítem fue de un cien por cien (100%)

- En los casos en el que participante pudo escoger más de una alternativa (Ítems 106,201, 202, 203,204,205,206,207,303) el análisis porcentual se realizó en base al número de estudiantes encuestados por indicador en cada ítem, por lo cual la sumatoria total por ítem no fué proporcional a un cien por cien (100%)

Dicha información se tabuló en una hoja de cálculo de Excell, la cual posteriormente se entregó a una estadístico profesional egresado de la Universidad Nacional, perteneciente al grupo de docentes de la Universidad Distrital, quien la procesó bajo el programa estadístico Statistical Package for the Social Science (SPSS) para Windows Versión 11, realizando cruces de variables creando tablas de contingencias y posteriormente entregó los datos estadísticos debidamente catalogados para así efectuar el estudio de los resultados.

### **Segunda Fase: Análisis de los resultados**

Partiendo de la muestra de 200 profesionales y los datos arrojados por las encuestas, se revisó cada uno de los ítem y según la categoría de las preguntas se analizaron los resultados que generaron las conclusiones del estudio.

Los análisis se realizaron a través de la distribución de frecuencias relativas y porcentuales de acuerdo a los ítem del cuestionario, según fuese el caso.

En los ítem en las cuales el odontólogo profesional pudo marcar más de una alternativa, no se realizó la distribución porcentual por no ser proporcional con el número de encuestados.





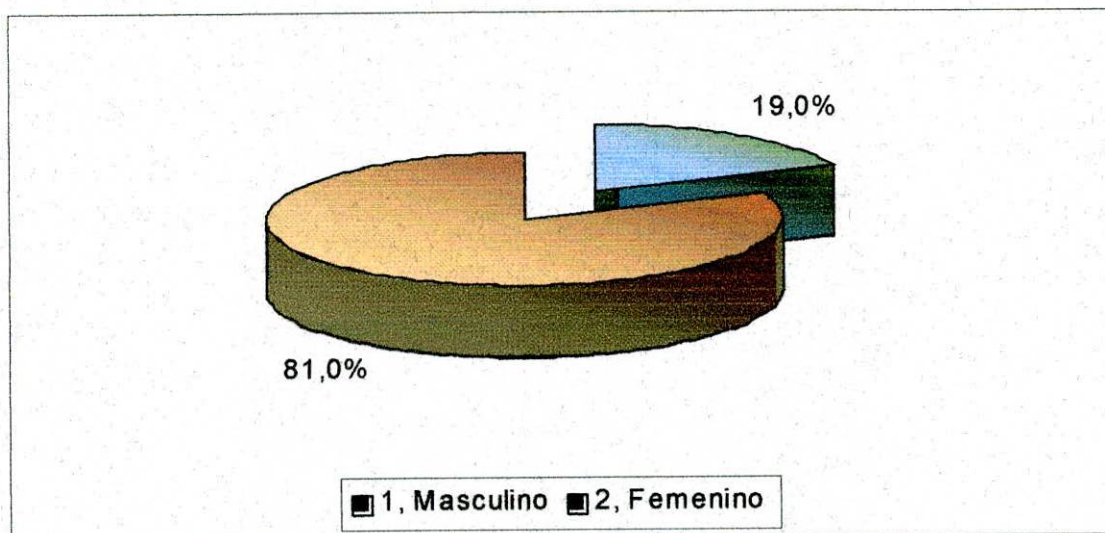
### 3. RESULTADOS

De la totalidad de la población se obtuvo colaboración de 200 profesionales quienes proporcionaron amablemente los datos en cada uno de los ítems de la encuesta.

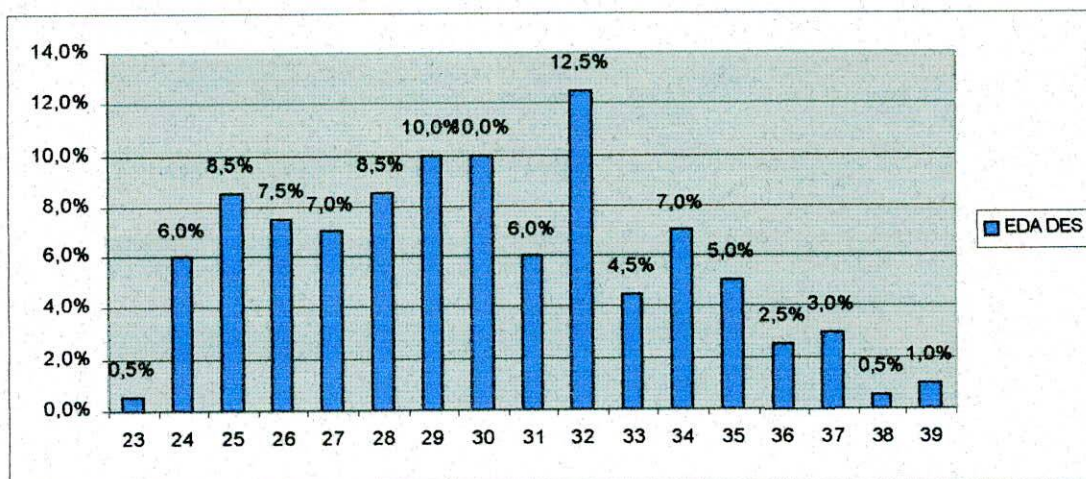
Una vez realizados los análisis de la información recolectada, se clasificaron los resultados de la siguiente manera:

#### 3.1 CARACTERÍSTICAS DEL ENCUESTADO

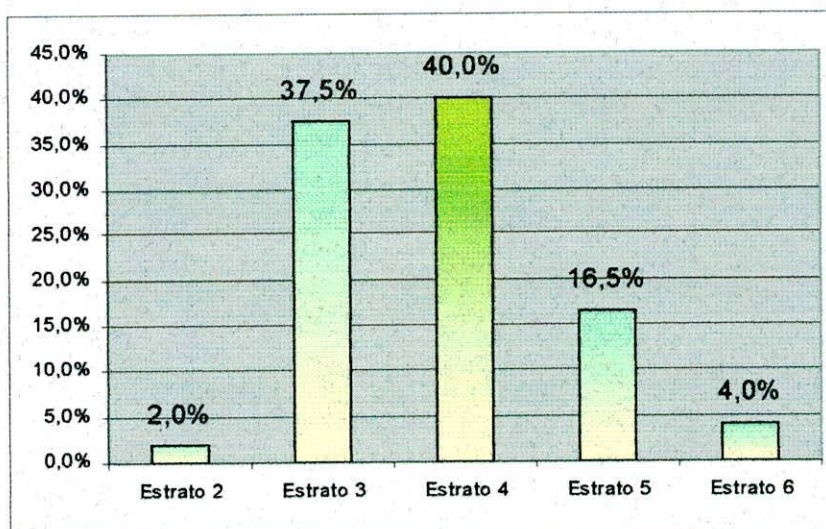
**3.1.1 Figura 1. Género del encuestado**, como se muestra en la gráfica 1, el 81% de los encuestados fueron mujeres y el 19% hombres.



**3.1.2 Figura 2. Edad del encuestado**, en la figura No. 2, se determinó que el 12% de la muestra tienen 32 años, el 10% tiene 29 y 30 años respectivamente. Las edades menos usuales fueron 23 años con 0.5%, 38 y 39 años con 0.5% y 1.0 % mutuamente.



**3.1.3 Figura 3. Estrato del encuestado en el año 2003**, el 40% de los encuestados pertenecen al estrato social 4, seguido por el 37,5% que corresponden al estrato 3, mientras que el 22,5% restante se encuentra distribuido entre los estratos 2,5 y 6, como se observa en la figura 3.





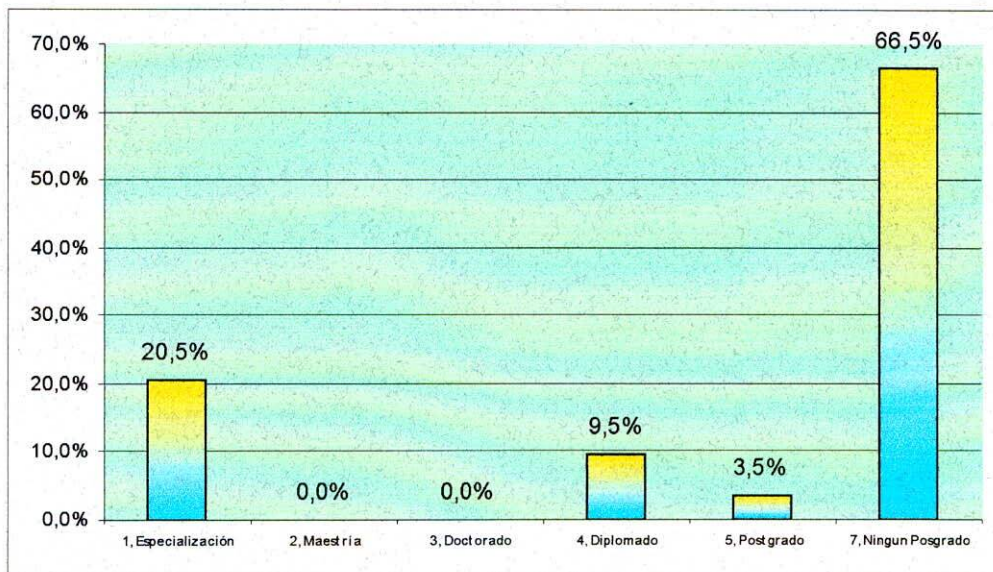
**3.1.4 Tabla 3. Año de egreso del COC,** la tabla No. 3 evidencia el mayor porcentaje de colaboración pertenece a los egresados durante el año 2.000, con un 40,5%. Siguen los egresados en el año 1996 y 1997 donde coincide en el 12,5% cada uno. De las promociones que menos colaboración se obtuvo fueron 1998 con un 3,5% y 1994 con un 4,0%.

| Año   | Cantidad | Porcentaje |
|-------|----------|------------|
| 1992  | 16       | 8,0%       |
| 1993  | 14       | 7,0%       |
| 1994  | 8        | 4,0%       |
| 1995  | 13       | 6,5%       |
| 1996  | 25       | 12,5%      |
| 1997  | 25       | 12,5%      |
| 1998  | 7        | 3,5%       |
| 1999  | 11       | 5,5%       |
| 2000  | 81       | 40,5%      |
| Total | 200      | 100,0%     |

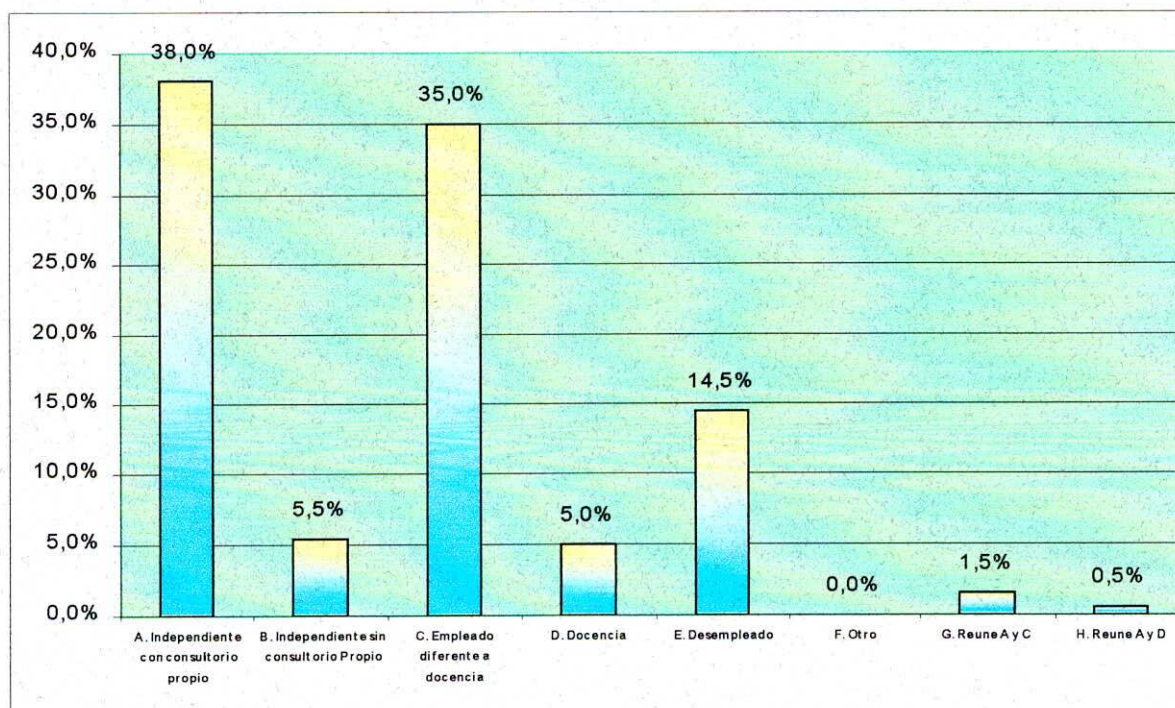
**3.1.5 Figura 4. Estudios Posteriores del egresado,** los resultados revelan que el 66,5% de los egresados no han realizado ningún tipo de estudio posterior al realizado para obtener el título de odontólogo.

Sólo el 20,5% de la muestra ha realizado especializaciones, el 9,5% diplomados y el 3,5% postgrados.



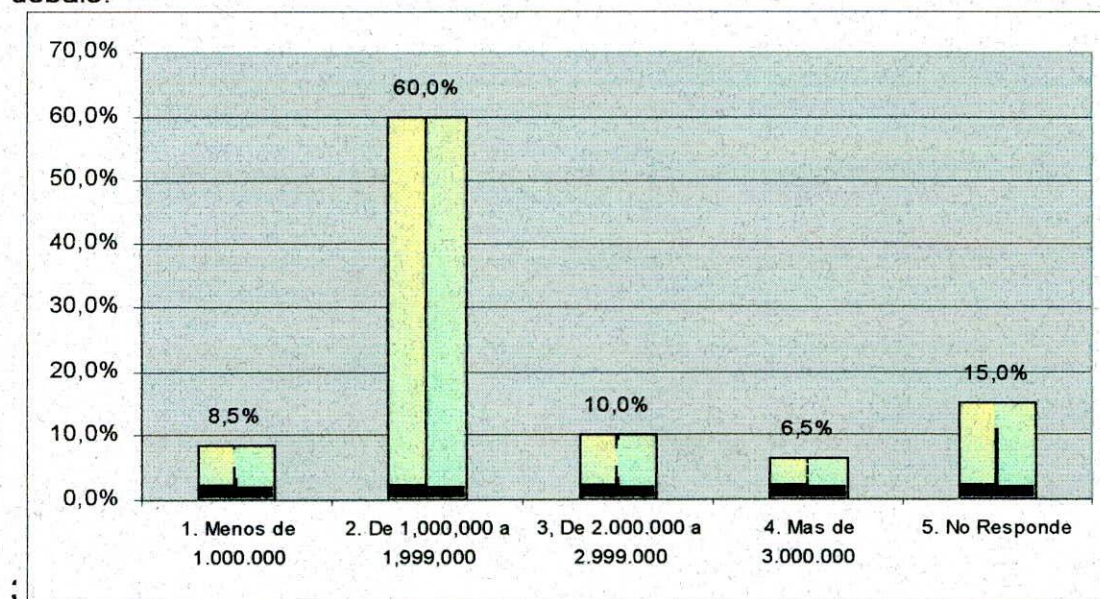


**3.1.6 Figura 5. Situación Laboral del encuestado**, esta figura muestra un alto porcentaje de odontólogos que trabajan de manera independiente con consultorio propio (38%), seguido por el 35% que trabajan de manera dependiente sin incluir la docencia y seguido en un 14,5% por aquellos que actualmente se encuentran desempleados.

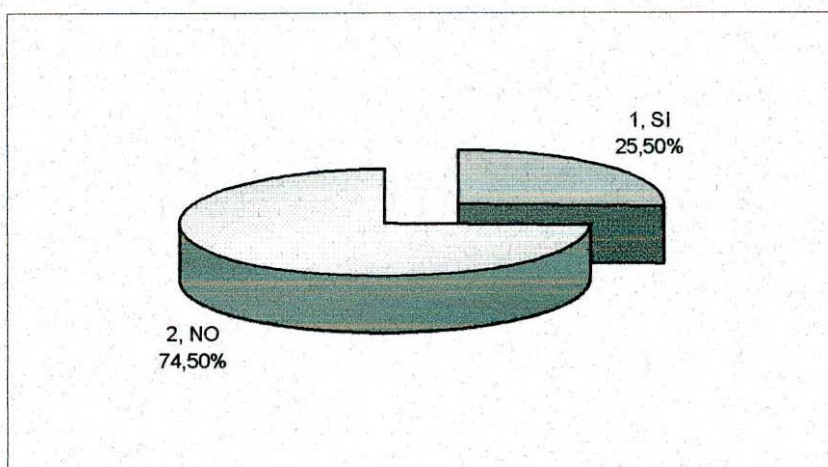




**3.1.7 Figura 6. Ingresos promedio mensuales:** dentro del rango de aquellos profesionales que actualmente poseen algún tipo de vinculación laboral, el 60% obtienen unos ingresos promedio mensuales que oscilan entre \$1.000.000 y \$1.999.999. Mientras que el 16,5% supera este promedio y el 8,5% está por debajo.



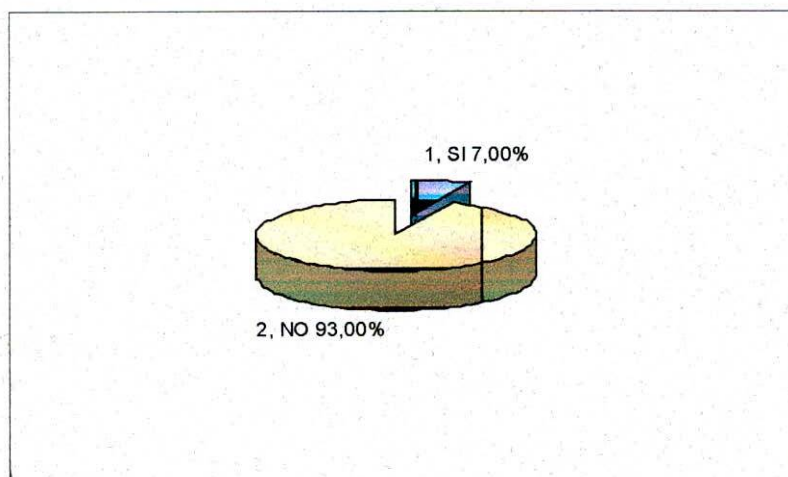
encuestados demostró su complacencia con su nivel de ingresos, comparado con el 74,5% que no lo están.



**3.1.9 Tabla 4. Causas de descontento de los ingresos**, del 74,5% de los encuestados que están en descontento con sus ingresos, el 7,5% justifica que no cubre sus necesidades, el 18% manifiesta que su trabajo no es bien remunerado y el 6% dice que no le permite futuras aspiraciones.

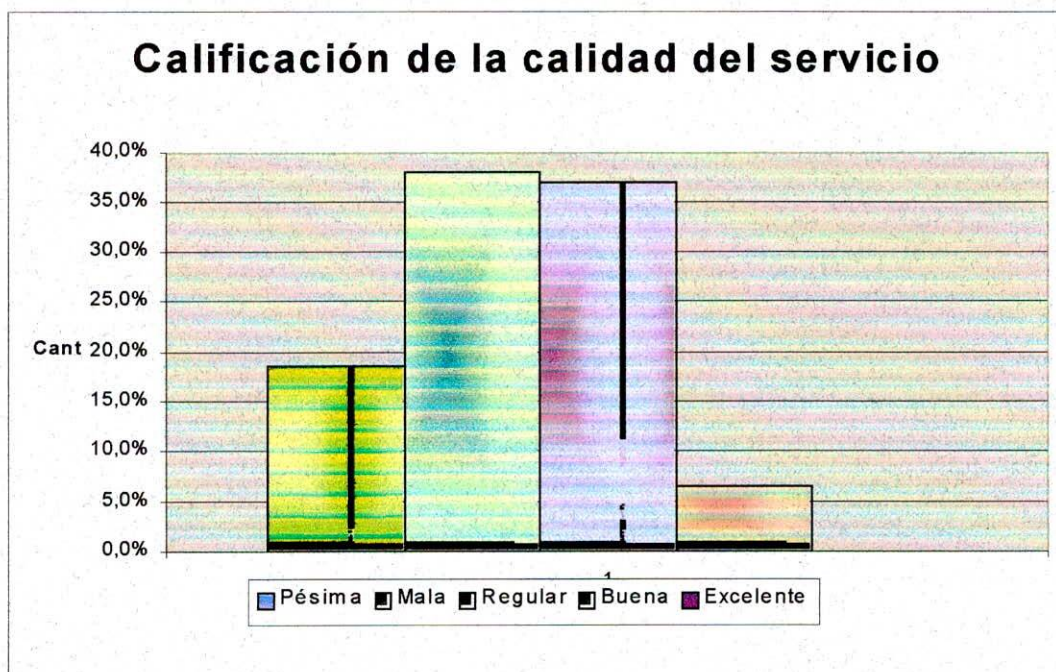
| Causas                           | Cantidad | Porcentaje |
|----------------------------------|----------|------------|
| No cubre sus necesidades         | 15       | 7,5%       |
| No es bien remunerado el trabajo | 36       | 18,0%      |
| No permite futuras aspiraciones  | 12       | 6,0%       |
| Opción 1 y 2                     | 37       | 18,5%      |
| Opción 1 y 3                     | 12       | 6,0%       |
| Opción 2 y 3                     | 25       | 12,0%      |
| Todas las razones                | 8        | 4,0%       |
| Total                            | 200      | 100,0%     |

**3.1.10. Figura 8. Capacidad de ahorro**, sólo el 7,0% de los odontólogos afirmaron lograr una capacidad de ahorro constante, el 93,0% contradijeron esta afirmación.





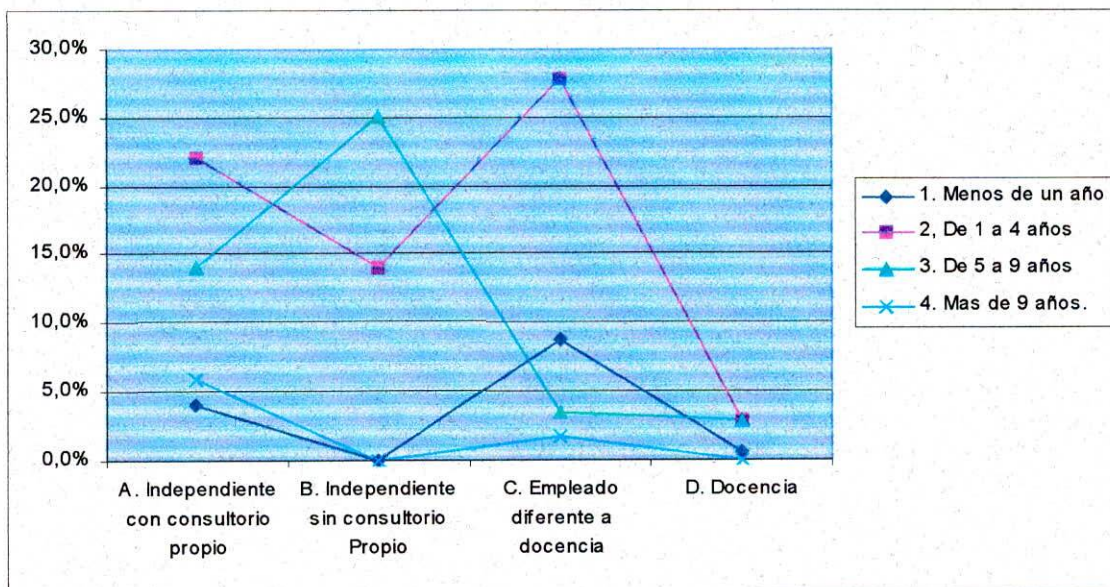
**3.1.11 Figura 9. Calificación de los servicios**, en este renglón se permitió que el profesional calificara la calidad del servicio prestado actualmente, para lo cual los resultados de mayor rango revelados por la figura 9 demuestran la mala calidad de esta (38%), seguida muy de cerca por una calificación regular (37%). Ninguno de los consultados calificó como excelente la calidad del servicio.



## 3.2 CRUCE DE VARIABLES

Con respecto a los Procesos que evalúa la prueba aplicada, se efectuó el cruce de variables de la siguiente manera:

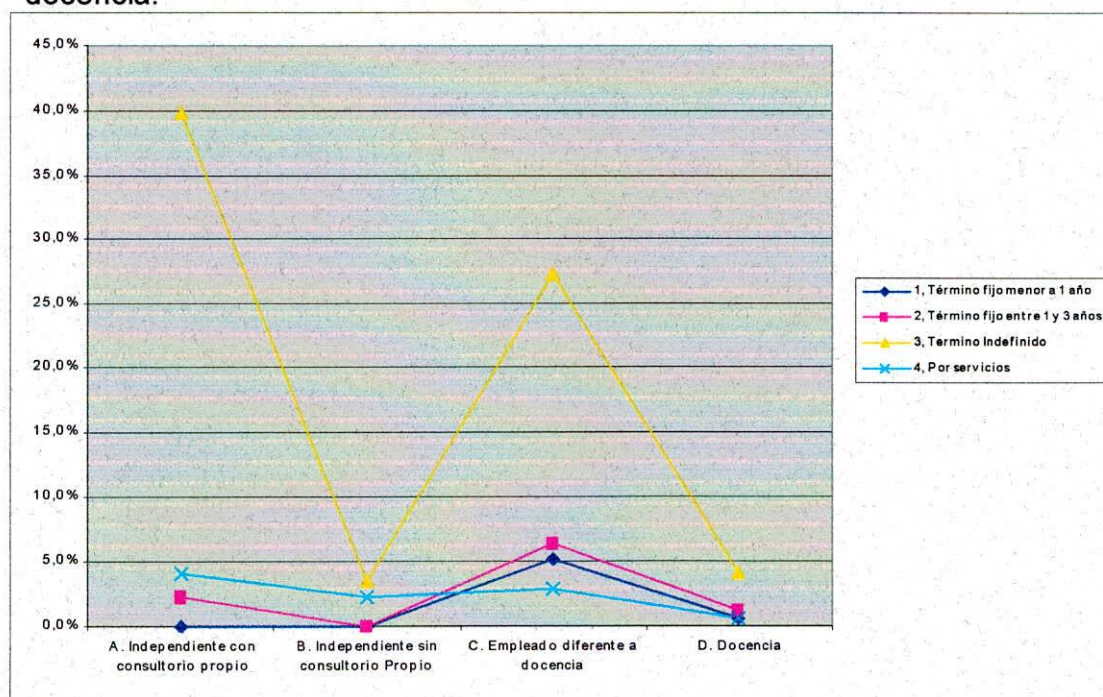
**3.2.1 Figura 10. Situación laboral-Tiempo de servicio,** Esta tabla muestra que el 57.6% de los encuestados han laborado de 1 a 4 años y dentro de este rango el más representativo está ubicado entre los empleados diferente a docencia (27.9%) y le sigue los independientes con consultorio propio (22.1%).



| Situación laboral-Tiempo de servicio    | 1. Menos de un año |       | 2. De 1 a 4 años |       | 3. De 5 a 9 años |       | 4. Mas de 9 años. |      | Total |        |
|-----------------------------------------|--------------------|-------|------------------|-------|------------------|-------|-------------------|------|-------|--------|
|                                         | Cant               | %     | Cant             | %     | Cant             | %     | Cant              | %    | Cant  | %      |
| A. Independiente con consultorio propio | 7                  | 4,1%  | 38               | 22,1% | 24               | 14,0% | 10                | 5,8% | 79    | 45,9%  |
| B. Independiente sin consultorio Propio | 0                  | 0,0%  | 8                | 14,0% | 2                | 25,1% | 0                 | 0,0% | 10    | 5,8%   |
| C. Empleado diferente a docencia        | 15                 | 8,7%  | 48               | 27,9% | 6                | 3,5%  | 3                 | 1,7% | 72    | 41,9%  |
| D. Docencia                             | 1                  | 0,6%  | 5                | 2,9%  | 5                | 2,9%  | 0                 | 0,0% | 11    | 6,4%   |
| Total                                   | 23                 | 13,4% | 99               | 57,6% | 37               | 21,5% | 13                | 7,6% | 172   | 100,0% |



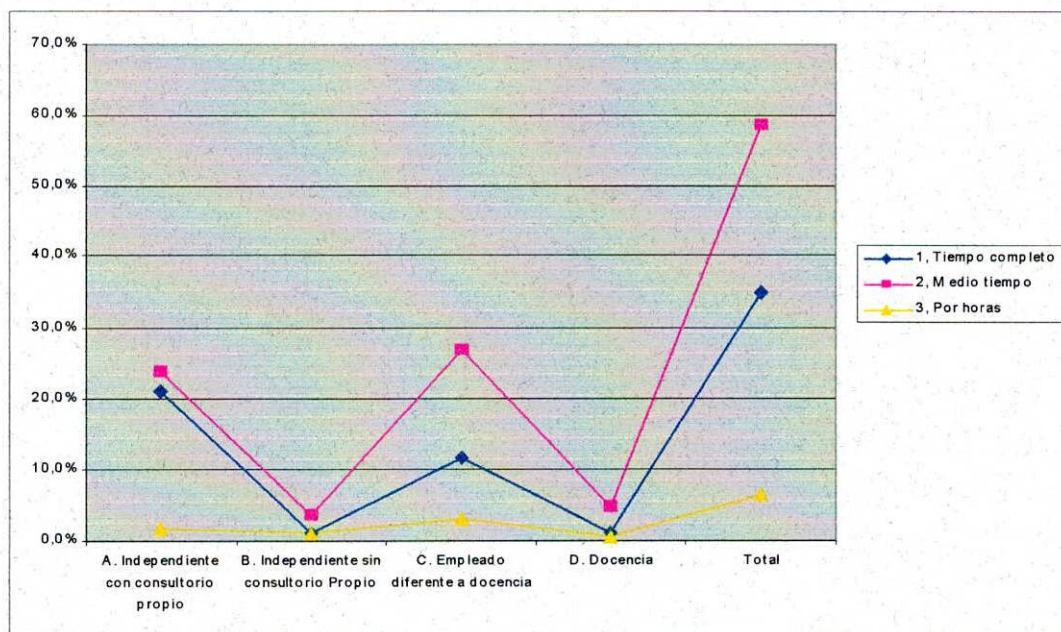
**3.2.2 Figura 11. Situación laboral-Tipo de vinculación**, la modalidad de tipo de vinculación más usado es el de tiempo indefinido correspondiente al 74.6% de los encuestados, dentro de los cuales el número más representativo se encuentra en los independientes con consultorio propio, seguido por los empleados diferente a docencia.



**Tabla 6. Situación laboral-Tipo de vinculación**

| Situación laboral -<br>Tipo de vinculación | 1, Término fijo<br>menor a 1 año |      | 2, Término fijo<br>entre 1 y 3 años |      | 3, Término<br>Indefinido |       | 4, Por servicios |      | Total |        |
|--------------------------------------------|----------------------------------|------|-------------------------------------|------|--------------------------|-------|------------------|------|-------|--------|
|                                            | Cant                             | %    | Cant                                | %    | Cant                     | %     | Cant             | %    | Cant  | %      |
| A. Independiente con<br>consultorio propio | 0                                | 0,0% | 4                                   | 2,3% | 69                       | 39,9% | 7                | 4,0% | 80    | 46,2%  |
| B. Independiente sin<br>consultorio Propio | 0                                | 0,0% | 0                                   | 0,0% | 6                        | 3,5%  | 4                | 2,3% | 10    | 5,8%   |
| C. Empleado diferente a<br>docencia        | 9                                | 5,2% | 11                                  | 6,4% | 47                       | 27,2% | 5                | 2,9% | 72    | 41,6%  |
| D. Docencia                                | 1                                | 0,6% | 2                                   | 1,2% | 7                        | 4,0%  | 1                | 0,6% | 11    | 6,4%   |
| Total                                      | 10                               | 5,8% | 17                                  | 9,8% | 129                      | 74,6% | 17               | 9,8% | 173   | 100,0% |

**3.2.3 Figura 12. Situación laboral-Jornada laboral,** En cuanto a la modalidad de jornada laboral la gran parte de los encuestados se ubica en el medio tiempo representado en 58.7%, seguido por el 34.9% de los profesionales que corresponde a tiempo completo. Sólo un 6.4% trabaja por horas.

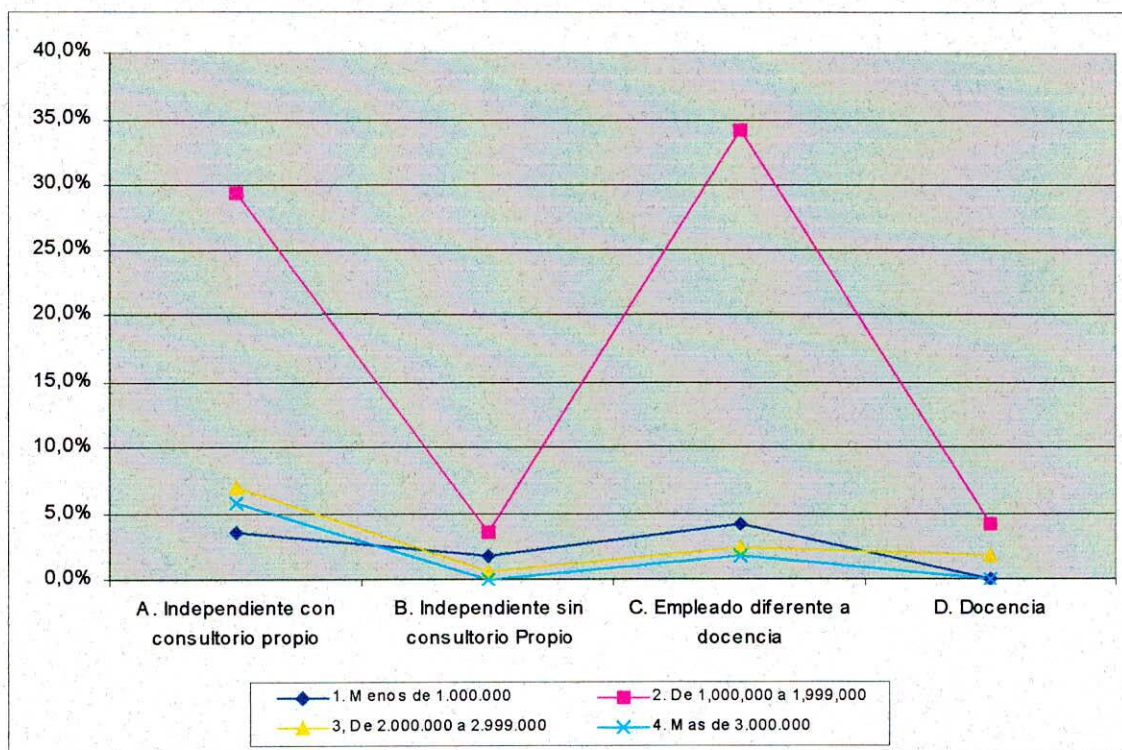


**Tabla 7. Situación laboral-Jornada laboral**

| Situación laboral-Jornada laboral       | 1, Tiempo completo |       | 2, Medio tiempo |       | 3, Por horas |      | Total |        |
|-----------------------------------------|--------------------|-------|-----------------|-------|--------------|------|-------|--------|
|                                         | Cant               | %     | Cant            | %     | Cant         | %    | Cant  | %      |
| A. Independiente con consultorio propio | 36                 | 20,9% | 41              | 23,8% | 3            | 1,7% | 80    | 46,5%  |
| B. Independiente sin consultorio Propio | 2                  | 1,2%  | 6               | 3,5%  | 2            | 1,2% | 10    | 5,8%   |
| C. Empleado diferente a docencia        | 20                 | 11,6% | 46              | 26,7% | 5            | 2,9% | 71    | 41,3%  |
| D. Docencia                             | 2                  | 1,2%  | 8               | 4,7%  | 1            | 0,6% | 11    | 6,4%   |
| Total                                   | 60                 | 34,9% | 101             | 58,7% | 11           | 6,4% | 172   | 100,0% |



**3.2.4 Figura 13. Situación laboral-Ingresos promedio**, dentro del promedio de ingresos se observa un alto porcentaje en el rango de \$1.000.000 a \$1.999.999 manifestado en una 71.2%, continuando con el 11.8% del rango de \$2.000.000 a \$2.999.999. Los que mayor nivel de ingresos poseen son los independientes con consultorio propio.



**Tabla 8. Situación laboral-Ingresos promedio,**

| Situación laboral-Ingresos promedio     | 1. Menos de 1.000.000 |      | 2. De 1.000.000 a 1.999.000 |       | 3. De 2.000.000 a 2.999.000 |       | 4. Mas de 3.000.000 |      | Total |        |
|-----------------------------------------|-----------------------|------|-----------------------------|-------|-----------------------------|-------|---------------------|------|-------|--------|
|                                         | Cant                  | %    | Cant                        | %     | Cant                        | %     | Cant                | %    | Cant  | %      |
| A. Independiente con consultorio propio | 6                     | 3,5% | 50                          | 29,4% | 12                          | 7,1%  | 10                  | 5,9% | 78    | 45,9%  |
| B. Independiente sin consultorio Propio | 3                     | 1,8% | 6                           | 3,5%  | 1                           | 0,6%  | 0                   | 0,0% | 10    | 5,9%   |
| C. Empleado diferente a docencia        | 7                     | 4,1% | 58                          | 34,1% | 4                           | 2,4%  | 3                   | 1,8% | 72    | 42,4%  |
| D. Docencia                             | 0                     | 0,0% | 7                           | 4,1%  | 3                           | 1,8%  | 0                   | 0,0% | 10    | 5,9%   |
| Total                                   | 16                    | 9,4% | 121                         | 71,2% | 20                          | 11,8% | 13                  | 7,6% | 170   | 100,0% |

#### **4. DISCUSIÓN**

De los resultados obtenidos en el desarrollo de esta investigación, se puede deducir lo siguiente:

Respecto a las características de los egresados, se observa que el género femenino es el predominante en la profesión odontológica, esto se deriva de que del total de los encuestados el 81% son mujeres frente a un 19% que son hombres. Este resultado no está muy lejos de lo obtenido tanto en la investigación de Cañas, Y. y Cols, como en la de Cristo, P. y Cols. mencionadas a lo largo del texto.

En lo referente a las edades se encuentra una similitud con el estudio hecho a los especialistas de Cañas Y. y Cols, pero no igual en el de egresados de 1.979 a 1.991 de Cristo, P y Cols. El porcentaje más alto de profesionales encuestados es de 12.5% que corresponde a 32 años, seguido por 29 y 30 años que ocupan un 10% respectivamente.

En cuanto al estrato social de los encuestados, esta investigación arrojó como mayor porcentaje el estrato 4, seguido por el 3 con 40% y 37.5% respectivamente. Resultado que coincide con los que concluyeron los investigadores ya mencionados.



Se comprueba que el porcentaje de personal encuestado que solo ha llegado al nivel profesional sin hacer algún tipo de estudio posterior (66.5%), ha sido análogo comparado con la investigación de Cristo P., Pero no se puede comparar con el estudio de Cañas y Cols, ya que este tiene como requisito de inclusión que el profesional tenga alguna especialización.

Dentro del rango de Situación laboral, de los profesionales el 38% se han dedicado a laborar de manera independiente adaptando su consultorio propio, el 35% por el contrario se han tenido que desempeñar como empleados dependientes diferentes a docencia, y es de anotar que en tercer lugar se encuentra al personal que actualmente se encuentra desempleado con un 14.5%. Un porcentaje mínimo a revelado tener más de un empleo o relación laboral.

Por otro lado tomando como variable el promedio de ingresos mensuales, esta investigación coincidió con la de Cristo P y Cols, en que el mayor rango está ubicado entre \$1.000.000 y \$1.999.999 representado en un 60%, pero estas dos difieren del estudio de Cañas, Y, y Cols que demuestra una mayor cantidad de encuestados ubicados dentro del rango de \$4.500.000 a \$5.499.999. Esto se justifica con el hecho de que un especialista cobra por sus servicio mucho más que un odontólogo sin especialización.

Finalmente, se observa que así como los profesionales manifiestan no estar muy conformes con sus ingresos, representado en 74.5% frente a 25.5% que si lo están, así mismo manifiestan que según lo observado en su practica laboral, la calidad del servicio prestado actualmente está catalogada entre regular y mala con un 37% y 38% respectivamente. Tristemente ninguno de los profesionales calificó como excelente la condición de los servicios odontológicos.

Completando la encuesta se analizan algunos cruces de variable suministrados por la investigación, dentro de los cuales se determinó lo siguiente:

Comparando la situación laboral frente al tiempo de servicio, se presenta que la el nivel de experiencia se encuentra ubicado dentro de 1 a 4 años (57.6%), de los cuales el mayor número está representado por los empleados diferentes a docencia (27.9%), seguido de los independientes con consultorio propio.

En la cotejación de situación laboral con tipo de vinculación laboral, la exploración demuestra que los profesionales que laboran con contrato a término indefinido ocupan el 74.6% del total, y solo el 9.8% trabajan por servicios junto con contrato a término fijo entre 1 y 3 años.



La jornada laboral más usual en los profesionales colaboradores con la encuesta, es el medio tiempo (58.7%), seguido por el 34.9% que laboral tiempo completo. La modalidad menos usada es por horas sólo con el 6.4%.

## 5. CONCLUSIONES

Esta práctica investigativa concluye con las siguientes ideas:

- Existe una alta afluencia del género femenino hacia el estudio de la odontología, esto se puede observar básicamente con el listado suministrado por ASOCOC, de egresados del COC, donde la mayoría son mujeres.
- Aunque los profesionales mantienen un nivel social estable, estos manifiestan no estar muy satisfechos con los ingresos generados en el ejercicio de su profesión, ya que esperaban mucho más pues el estudio de esta carrera es muy oneroso.
- Así mismo se manifiesta que el bajo nivel de ingresos, no permite la realización de estudios especializados en el campo profesional de la odontología.
- Aunque un gran número de profesionales laboran como independientes con consultorio propio, existe una cantidad muy representativa de desempleados. Lo que demuestra la inestabilidad laboral de los odontólogos titulados.



- La modalidad de contratación más usada en las entidades prestadoras del servicio de salud oral es el contrato laboral a término indefinido, donde el empleado solo labora medio tiempo, con un ingreso promedio mensual calificado entre \$1.000.000 y \$1.999.999.
- La calificación dada por los profesionales a la calidad del servicio no fue para nada favorable, lastimosamente la mayoría la calificó como regular, justificándose este resultado con el hecho de que se ha perdido la relación paciente-odontólogo, debido a que las EPS, retribuyen económicamente al prestador del servicio por paciente atendido, así como también limitan el costo de los materiales que se emplean para la atención al beneficiario.
- Los profesionales aseguran que el Sistema General de Seguridad en salud actual no permite que la profesión genere el lucro esperado y una atención médica eficaz.

## **6. RECOMENDACIONES**

### ***Recomendaciones para futuras investigaciones:***

- Realizar estudios similares, tomando en cuenta las modificaciones realizadas posteriormente al Sistema General de Salud y Seguridad Social.
- Realizar estudios similares, con una muestra de odontólogos de otras instituciones educativas a nivel nacional.
- Realizar estudios similares, con una muestra de odontólogos egresados a periodos posteriores a los ya estudiados.

### ***Recomendaciones para instituciones gubernamentales:***

- Fomentar la creación de programas que investiguen las ventajas y desventajas que genera la aplicación del Sistema General de Salud y Seguridad Social, tanto en los usuarios como en los proveedores del servicio.
- Hacer un análisis a la ley 100 de 1.993 y sus implicaciones, para mejorar las características negativas observadas en los resultados en este estudio y los demás estudios mencionados en este trabajo.



***Recomendaciones para odontólogos:***

- Mejorar su situación actual sacando el máximo provecho del Sistema General de Salud actual, buscando beneficio para si mismo, su institución y sus pacientes, pues por ahora lo único es esperar y las próximos reformas que las entidades encargadas hagan a esta.

## **BIBLIOGRAFÍA**

CAFESALUD E.P.S., PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD EN LA SEGURIDAD SOCIAL. Compañía de servicios litográficos integrales Ltda. Colombia. 1.995.

CAMPOS, Guillermo. M.G. Especializado en Gastroenterología. 2002.

CAÑAS, Y. y Cols. Evaluación socioeconómica de los odontólogos egresados de los programas de especialización del colegio odontológico colombiano en el marco del sistema general de seguridad social en salud: 1994-2002. Bogotá. 2.002.

CÉSPEDES, Juan Eduardo. Businesscol. Colombia 2003.

CONGRESO DE LA REPUBLICA, MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL, Ley 10 de 1.990.

CONGRESO DE LA REPUBLICA, MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL, Ley 100 de 1.993.



CONGRESO DE LA REPUBLICA, MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL,  
Decreto 1292 de 1994. Origen del plan obligatorio de salud (POS).

CONGRESO DE LA REPUBLICA, MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL,  
Decreto 1895 de 1994.

CONGRESO DE LA REPUBLICA, MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL,  
Resolución 5261 de agosto 5 de 1994. Mapipos (Manual de actividades,  
procedimientos e intervenciones del POS).

CONGRESO DE LA REPUBLICA, MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL, Ley  
715 de 2.001.

CONGRESO DE LA REPUBLICA, MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL  
Decreto 2309 de 2002.

CRISTO, Paola y Cols. Impacto económico y laboral del sistema general de salud  
en el ejercicio profesional de los odontólogos egresados del colegio odontológico  
colombiano 1979-1991. Bogotá 2003. 17,20,65-68 p.

DIAZ M., Hernando. Contabilidad General. Enfoque oractico con aplicaciones  
informáticas. Pearson Educación de Colombia Ltda. 1ª Edición. Bogotá D.C. 2001.

DURAN CASAS, Julio. M.G., Especializado en Ginecología. 2002.

FLEISS, JL. The design and analysis of clinical experiments. Nueva York: John Wiley & Sons, 1986.

FUENTES, Juan Luis. Diccionario Práctico Larousse. Ediciones Larousse. México. 1.991.

GALINDO, Fernando. Periódico El Tiempo. Art. Urge reformar la ley 100, 19 de diciembre de 2.003.

GUERRA, Emilio. Presidente de Asociación de Medicina Integral (ASEMI) ) - organismo que reúne a las EPS y ARS. 2003.

GUZMAN MORA, Fernando y otros. La imprudencia como causal de inculpabilidad médica, La práctica de la Medicina y la Ley. De. Biblioteca Jurídica Dike. Edición 1999. Medellín. Pág. 63 y 64.

HARGADON Jr. Bernard. Contabilidad de Costos. Editorial Norma. 1.998. P. 7.

[http://www.aat.org.ar/resultados\\_de\\_la\\_investigacion.htm](http://www.aat.org.ar/resultados_de_la_investigacion.htm)



<http://www.businesscol.com/articulos.htm>

<http://www.chilesustentable.net/documentos/capitalnaturalhinterberger.htm>

<http://alapsa.org/detalle/03/aproximacionconceptual.htm>, Lawton, Moss, Fulcomer y Kleban, 1.987 y Andrews y Withey, 1.987

[http://eltiempo.terra.com.co/salu/notisalud/ARTICULO-WEB-\\_NOTA\\_INTERIOR-1462649.html](http://eltiempo.terra.com.co/salu/notisalud/ARTICULO-WEB-_NOTA_INTERIOR-1462649.html)

<http://www.javierbonilla.com/presupsm.htm>

<Http://www.SBA Answer Desk.com/investigaciondemercado.hym>

<http://www.siise.gov.ec/fichas/empl092o.htm>. Sistema Integrado de Indicadores Sociales del Ecuador -SIISE, 1997-2002

<http://www.solinsa.com/10 años de Ley 100 Consensos, disensos, perversiones y fantasías.htm>.2004

<http://www.srpnet.com/spanish/competition/terms.asp>

JARAMILLO D, Gonzalo. Impacto del régimen de seguridad social en el ejercicio de la práctica odontológica, Medellín, 1997.

LERNER, Joel. Fundamentos de Contabilidad Serie Shaum, editorial McGraw Hill. 1.984. P. 21.

LOPEZ, Juan Gonzalo. viceministro de Salud. 2003

LWANGA SK, Lemeshow S. Determinación del tamaño de las muestras en estudios sanitarios. Ginebra: OMS, 1991.

MARULANDA PLATA, stevenson. Presidente Junta Directiva Proreferendo (provisional), Comunicado Dental Colombia.com. Bogotá 2003. P. 1.

MOLINA ARRUBLA, Carlos M. Responsabilidad Penal en el ejercicio de la actividad médica. Biblioteca Jurídica Dike. 2ª edición. Medellín. 1998, pág. 231.

MOLINA ARRUBLA, Carlos M. Responsabilidad Penal en el ejercicio de la actividad médica. Biblioteca Jurídica Dike. 2ª edición. Medellín. 1998, pág. 27.

MUÑOZ LOPEZ, Olga Lucía. Periódico para el sector de la salud EL PULSO. Art. Lo que queda del día. Medellín. Enero 2.003.



OROZCO, germán H. Equipo de Construcción Social del Nuevo Modelo, Tebeo Comunicaciones S.A. Bogotá. 2003. P. 2.

ORTEGA TORRES, Jorge. CODIGO CIVIL. Editorial Temis S.A. Undécima edición. Colombia. 1986.

OTERO, Jaime; " Administración en Odontología ". Lima, 1990

OTERO, Jaime; " Marketing en Odontología ". Libro publicado por los Laboratorios Grunenthal, con el auspicio de la Sociedad Peruana de Admnistración Integral en Odontología. Lima, 1992.

PAREDES, Nelsy. Asociación de Medicina Integral (Acemi) -organismo que reúne a las EPS y ARS. 2003.

PATÍÑO, Jose Félix. El Tiempo. La Ley 100, que rige la seguridad social, cumple diez años entre polémicas. Diciembre 21 de 2.003.

PATÍÑO, José. PRONUNCIAMIENTO DE LA ACADEMIA FRENTE A LA LEY 715 DE DICIEMBRE 21 DE 2001, Comisión de Salud, 7 de febrero de 2002, Bogotá. 2003.

PEARCE, David y TURNER Kerry. *Economics of Natural Resources and the Environment* , 1990. p, 189.

REDONDO, Hernán. Director de la la Academia Colombiana de Medicina y la Asociación Médica Sindical (Asmedas).El Tiempo, 19 de diciembre de 2003.

SALVATORE, Dominick. *Microeconomía. Tercera Edición. Shaum. 1992.*

TAMAYO JARAMILLO, Javier. De la Responsabilidad Civil, Tomo II, de los perjuicios y su indemnización. Ed. Temis. Bogotá. 1990. Pág. 5.

TOBIAS, A. COBO, Eric. *Departamento de Epidemiología y Bioestadística. Instituto de Salud Carlos III. Escuela Nacional de Sanidad. Madrid.*

VEGA Rb, Peraza YO, HERRERA Cg, Saldívar TS- Aspectos prácticos sobre el tamaño de la muestra en la investigación clínica. *Mex* 1996; 61(3): 246-251.



## ANEXOS

### ANEXO A

#### Matriz de definición y operacionalización de variables de estudio

| VARIABLES                               | DEFINICIÓN                                                                                                                                 | CATEGORIA DE ESCALA                                 | ESCALA DE MEDICIÓN | TIPO DE VARIABLE | INDICADORES                                              |
|-----------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|--------------------|------------------|----------------------------------------------------------|
| <b>1. DEMOGRAFICO</b>                   |                                                                                                                                            |                                                     |                    |                  |                                                          |
| <b>1.1 Edad</b>                         | Variable cambiante de una persona a otra y equivale al tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la actualidad.                        | Años cumplidos                                      | Discreta           | Cuantitativa     | Número entero                                            |
| <b>1.2 Género</b>                       | Rasgos del ser humano para determinar el sexo.                                                                                             | Masculino o femenino                                | Nominal            | Cualitativa      | Predominancia sexual                                     |
| <b>1.3 Estrato socioeconómico</b>       | Nivel al que pertenece una persona dentro de la sociedad y es equivalente a sus ingresos.                                                  | Estrato (de acuerdo a un servicio público de 1 a 6) | Ordinal            | Cualitativa      | Número entero de 1 a 6                                   |
| <b>2. ESTUDIOS</b>                      |                                                                                                                                            |                                                     |                    |                  |                                                          |
| <b>2.1 Nivel de formación académica</b> | Es un parámetro de crecimiento a nivel educacional, el cual es proporcional a los estudios realizados tanto en pregrado como en postgrado. | Estudios realizados y títulos recibidos             | Nominal            | Cualitativa      | -Pregrado<br>-Especialización<br>-Maestría<br>-Doctorado |





## ANEXO B.

### ENCUESTA

|                                          |
|------------------------------------------|
| COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO<br>-COC- |
|------------------------------------------|

*SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA DE LOS ODONTÓLOGOS EGRESADOS DEL  
COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO EN EL MARCO DEL MODELO  
ACTUAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD 1992-2000*

Buenos días, (tardes):

Estamos elaborando un estudio que tiene como fin la realización de un proyecto de investigación, requisito indispensable para adquirir el título de odontólogo. Este proyecto lleva como título **“Situación socioeconómica de los odontólogos egresados del C.O.C. en el marco del modelo actual de seguridad social en salud para el periodo de 1.992-2.000”**.

Nos complace poder contar con su colaboración, para que respondan unas preguntas sencillas, solicitándole la mayor sinceridad posible. Se garantiza absoluta confidencialidad y reserva de identidad.

Por favor diligenciar el formulario de la siguiente manera:

Marque con una X la respuesta que seleccione

No deje preguntas sin contestar

Puede marcar una o varias respuestas en una sola pregunta

Si la pregunta es abierta por favor responderlas con letra clara.

*Gracias por su colaboración*

## CARACTERÍSTICAS DEL EGRESADO

101. GENERO:        Masculino (1)        Femenino (1)

102. EDAD en años cumplidos: \_\_\_\_\_

103. Teniendo en cuenta el recibo de energía que llega a su residencia, a que estrato pertenece actualmente? (1)    (2)    (3)    (4)    (5)    (6)

104. En que año finalizó sus estudios de odontología en el Colegio Odontológico Colombiano? \_\_\_\_\_

105. Si ha realizado usted algún postgrado u otra profesión después de terminar la odontología (selecciones una o varias respuestas).

a.        Especialidad

b.        Maestría

c.        Doctorado

2.        Otro:        Cuál? \_\_\_\_\_

106. Si ha realizado postgrado por favor especifique:

| Título | Institución | Ciudad | País | Año de Finalización |
|--------|-------------|--------|------|---------------------|
|        |             |        |      |                     |
|        |             |        |      |                     |
|        |             |        |      |                     |
|        |             |        |      |                     |



## I. VARIABLES LABORALES

Señale una o varias respuestas, según su situación laboral en la siguiente tabla:

| 201                                           | 202                                | 203                                                              | 204                | 205                                                                                                                                                | 206                                                                      | 207                                                                                                                         |
|-----------------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------------------------------------|--------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Situación Laboral                             | Nombre de la empresa o institución | Naturaleza de la empresa<br>1. Privada<br>2. Pública<br>3. Mixta | Tiempo de servicio | Tipo de vinculación:<br>1. Término fijo menor de 1 año<br>2. Término fijo entre 1 y 3 años.<br>3. Término indefinido<br>4. Por servicios prestados | Jornada Laboral<br>1. Tiempo completo<br>2. Medio tiempo<br>3. Por horas | Ingreso promedio mensual (todo lo que recibe mensualmente en términos monetarios por cada una de las situaciones laborales) |
| Independiente (1)<br>(Con consultorio propio) |                                    | (1)<br>(2)<br>(3)                                                |                    | (1)<br>(2)<br>(3)<br>(4)                                                                                                                           | (1)<br>(2)<br>(3)                                                        |                                                                                                                             |
| Independiente (2)<br>(Sin consultorio propio) |                                    | (1)<br>(2)<br>(3)                                                |                    | (1)<br>(2)<br>(3)<br>(4)                                                                                                                           | (1)<br>(2)<br>(3)                                                        |                                                                                                                             |
| Empleado a diferente docencia (3)             |                                    | (1)<br>(2)<br>(3)                                                |                    | (1)<br>(2)<br>(3)<br>(4)                                                                                                                           | (1)<br>(2)<br>(3)                                                        |                                                                                                                             |
| Docencia (4)                                  |                                    | (1)<br>(2)<br>(3)                                                |                    | (1)<br>(2)<br>(3)<br>(4)                                                                                                                           | (1)<br>(2)<br>(3)                                                        |                                                                                                                             |
| Desempleado (5)                               |                                    |                                                                  |                    |                                                                                                                                                    |                                                                          |                                                                                                                             |
| Otro (6)<br>Cual?                             |                                    |                                                                  |                    |                                                                                                                                                    |                                                                          |                                                                                                                             |

## I. VARIABLES ECONOMICAS

301. Su promedio de ingresos mensuales actuales se encuentra entre (por concepto de odontología)

- a. Menos de \$ 1.000.000 \_\_\_\_\_
- b. entre \$ 1.000.000 y \$ 1.999.000 \_\_\_\_\_
- c. entre \$ 2.000.000 y \$ 2.999.000 \_\_\_\_\_
- d. entre \$ 3.000.000 \_\_\_\_\_

302. Se encuentra satisfecho con los ingresos que actualmente usted recibe por el trabajo en odontología?

2. SI \_\_\_\_\_ (2) NO \_\_\_\_\_

303. Cuales son las razones por las que se encuentra insatisfecho con sus ingresos por concepto de odontología.

- i. El salario no cubre sus necesidades
- ii. No es bien remunerado por su trabajo
- iii. No le permite futuras aspiraciones
- iv. Otras razones. Cuales? \_\_\_\_\_

304. Teniendo en cuenta la vigencia de la ley 100 de 1993 piensa usted que los ingresos por concepto de odontología le permiten tener capacidad de ahorro?

- a. SI \_\_\_\_\_ (2) NO \_\_\_\_\_

305. Califique de 1 a 5 la calidad en la prestación de los servicios de salud oral después de la ley 100 de 1993. (Siendo 1 el nivel más bajo y 5 el nivel más alto).

(1) \_\_\_\_\_ (2) \_\_\_\_\_ (3) \_\_\_\_\_ (4) \_\_\_\_\_ (5) \_\_\_\_\_

Le agradecemos por el tiempo empleado para resolver este cuestionario



## ANEXO C

### PRUEBA PILOTO

1. El lenguaje utilizado en este instrumento de recolección es:

(1) Adecuado                      (2) inadecuado

2. Todas las preguntas de este instrumento de recolección fueron entendidas claramente?

(1) SI                                  (2) NO

3. Enumere y explique las razones por las que no fueron entendidos los ítems, de este instrumento de recolección?

Número de ítem

Explique

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4. Este instrumento le pareció:

(1) Corto                              (2) Largo

5. Que tiempo gasto en el diligenciamiento del formato (     ) minutos

OBSERVACIONES:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

—