

0565  
#34785

T.O.  
513  
958

**GENESIS, DESARROLLO Y NUEVOS CONCEPTOS DE LA LEY DE  
SEGURIDAD SOCIAL EN SALD. PROPUESTAS PARA EL NUEVO  
PERFIL DEL ODONTOLOGO Y PERSONAL DE SALUD**

**MAURICIO GONZALEZ  
HUGO J. SERNA  
FERNANDO DEL CASTILLO  
PATRICIA LINDARTE  
MAGDA E. RUBIO**

**COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO**

**FACULTAD DE ODONTOLOGIA**

**SANTAFE DE BOGOTA, D.C.**

**1996**

**GENESIS, DESARROLLO Y NUEVOS CONCEPTOS DE LA LEY DE  
SEGURIDAD SOCIAL EN SALD. PROPUESTAS PARA EL NUEVO  
PERFIL DEL ODONTOLOGO Y PERSONAL DE SALUD**

<b>MAURICIO GONZALEZ</b>	<b>Cód. 921093</b>
<b>HUGO J. SERNA</b>	<b>Cód. 921029</b>
<b>FERNANDO DEL CASTILLO</b>	<b>Cód. 921082</b>
<b>PATRICIA LINDARTE</b>	<b>Cód. 921086</b>
<b>MAGDA E. RUBIO</b>	<b>Cód. 921088</b>

**Monografía presentada como requisito académico parcial  
para optar al título de Odontólogos.**

**Directora: Dra. ELBA MARIA BERMUDEZ Q.**

**COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO**

**FACULTAD DE ODONTOLOGIA**

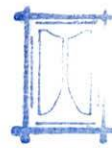
**SANTAFE DE BOGOTA, D.C.**

**1996**



## DEDICATORIA

Dedicamos esta monografía a nuestros padres, familiares y docentes quienes con su incondicional posición de amigos nos permitieron el surgimiento del proyecto académico realizado y en particular a la Dra. Elba María Bermúdez que con su estructurada mentalidad moldeó los conceptos fundamentales para desarrollar dicho propósito.



## CONTENIDO

	pág
INTRODUCCION	1
1. OBJETIVOS	2
1.1. OBJETIVO GENERAL	2
1.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS	2
2. JUSTIFICACION	3
3. PROPOSITO	4
4. ANTECEDENTES	6
4.1. ORIGENES DE LA ACTUAL LEGISLACION EN SALUD	6
4.2. CENTRALIZACION	10
4.2.1. Ventajas de la centralización.	11
4.2.2. Desventajas de la centralización.	11
4.3. DESCENTRALIZACION	12
4.3.1. Desventajas.	12
5. MARCO TEORICO	14
5.1. HISTORIA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD EN COLOMBIA	14
5.2. CREACION DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD	14
5.3. LEY 10 DEL 10 DE ENERO DE 1990	16

5.5.2. Inequidad.	21
5.5.3. Baja cobertura.	22
5.5.4. Familia no cubierta.	22
5.5.5. Ineficiencias	22
5.6. LEY 100 DE 1993	23
5.6.1. Régimen contributivo.	24
5.6.2. Régimen subsidiado.	24
5.6.3. Empresas Promotoras de Salud, EPS. Definición y Funciones.	25
5.6.4. Obligaciones generales de las EPS.	27
5.6.5. Dificultades de las EPS	27
5.6.6. Avances importantes para la certificación de los departamentos	28
5.6.7. Descentralización en el Sector Salud.	29
5.6.8. La salud en la Constitución de 1991 y la Ley 60 de 1993	30
5.6.9. El Sistema de Salud y la Seguridad Social en Salud.	30
5.6.10. Vacilaciones en la aplicación inicial de la Ley 10 de 1990	31
5.7. RECURSOS HUMANOS	33



5.4. LEY 60 DE 1993	19
5.5. SISTEMA NACIONAL DE SALUD DESDE 1975 HASTA LA LEY 100 DE 1993: ETAPA DE TRANSICION	20
5.5.1. Insolidaridad	21

6. PROPUESTAS PARA EL NUEVO PERFIL DEL ODONTOLOGO Y PERSONAL DE SALUD	36
CONCLUSIONES	40
BIBLIOGRAFIA	42

## **INTRODUCCION**

Las necesidades en salud de la población colombiana conllevaron a una reforma legislativa e institucional encaminada a ofrecer una mejor calidad en la prestación de los servicios en salud a nivel privado y oficial, haciendo más universal la atención, constituyéndose en la esencia de la Ley 100 de 1993.

Todos los estamentos e instituciones ligadas directa o indirectamente con el área de la salud, han sufrido cambios de mentalidad en procura de la ejecución de estas nuevas políticas, así entonces la salud deja de ser un tema ligado a fines curativos y se encamina a la promoción y prevención de las patologías más comunes en la población colombiana.

## **1. OBJETIVOS**

### **1.1. OBJETIVO GENERAL**

Conocer los antecedentes macro y microeconómicos que llevaron al país a desarrollar la ley de Seguridad Social en salud y sus posteriores consecuencias, en el perfil del odontólogo.

### **1.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS**

Conocer los antecedentes del Sistema Nacional de Salud (SNS).

Comprender la actividad macroeconómica del país.

Entender los procesos de descentralización.

Conocer la distribución de competencias.

Analizar la etiología de la Ley 100 de 1993.



## 2. JUSTIFICACION

La realidad que afronta Colombia, ha sido consecuencia de los cambios que continuamente afectan los sectores económico, social, político, y cultural; no siendo la salud ajena a estos procesos, se ve directamente afectada por las transformaciones internas y externas de los otros sectores que han moldeado la fisonomía nacional.

Así mismo, el sector salud especialmente en lo que atañe a la profesión odontológica, amerita una nueva actitud hacia el ambiente laboral, educativo, institucional, administrativo, que propicie nuevas y mejores formas de asistencia social, divulgando el conocimiento de las leyes, sus principios fundamentales y de esta manera se pueden desarrollar a plenitud obteniendo una correcta aplicación acorde a las necesidades que exigen y aquejan a la sociedad.

### **3. PROPOSITO**

La práctica de la salud no solo se circunscribe a la aplicación clínica como tal, sino que también está rodeada de aspectos de relevante importancia, que hacen de su ejercicio el punto de encuentro de una diversidad de disciplinas que se articulan armónicamente, es así como la administración, el derecho, la economía, la política, la psicología, la sociología y otras áreas involucran a la odontología dentro de una realidad social saturada de desigualdades, inconformismos, violencia, crisis políticas y de valores humanos que antagonizan con el legado histórico de pujanza y progreso constante.

Ante esta realidad, la elaboración de este trabajo pretende motivar al sector salud en general a un autocuestionamiento sobre cómo ha funcionado el servicio de salud en los últimos años, para así en un futuro, tratar de mejorar y corregir los defectos que limitaron su desarrollo y propiciar de esta manera, mejores conductas que activen los principios constitucionales de una universalidad, solidaridad y eficiencia, para que se comporten acordes con la filosofía de los próximos años.



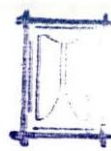
Es propósito de este documento, difundir la información para que sea leída, analizada, polemizada y finalmente aplicada por todas las personas involucradas en el sector salud, como son los profesionales de la salud, estudiantes, docentes, la comunidad en general, personal directivo y administrativo de las entidades estatales y privadas encargadas de educar, dirigir, vigilar, controlar, financiar y prestar el servicio de salud.

## **4. ANTECEDENTES**

### **4.1. ORIGENES DE LA ACTUAL LEGISLACION EN SALUD**

Como lo menciona Vladislao González, la tendencia de dirección estatal en Colombia, tuvo sus orígenes en la constitución política 1832, reafirmada en la constitución de 1843, ya en 1858 se abrió el campo a un federalismo marcado, que habría de sostenerse en la constitución de Rionegro en el año de 1863, posteriormente habría de terminar con una anarquía legalizada que conllevaría a un desvertebramiento del país en construcción, es en este momento cuando el centralismo se constituyó en la constante de la vida política y socioeconómica colombiana, clausurándose este proceso en 1886 con la fórmula de Nuñez “Centralización Política y Descentralización Administrativa”.

Según Silva Colmenares, descentralización y modernización del Estado, una de las grandes tendencias en el desarrollo sociopolítico del siglo XX fue hacia la concentración de funciones y responsabilidades en los órganos del Estado, incluso en los países de Régimen Federal.



Hacia 1910 las tendencias descentralizadoras tomaron nuevo auge al restituirse a los departamentos la autonomía administrativa perdida en 1886.

Durante el transcurso del siglo XX, se fortaleció esta tendencia generalizándose hacia finales de los 80, limitando la participación ciudadana con las políticas del Frente Nacional.

Cabe anotar que las reformas constitucionales dadas en los años 1936, 1945, 1957, 1968, 1986, iban en sentido inverso de los de la constitución de 1996, según lo propuesto por Silva Colmenares, Descentralización y Modernización del Estado

La reforma constitucional de 1968, se comportó más como una reforma desconcentradora que descentralizadora, con cambios tan importantes como:

—Modificación de la planificación estatal, estructura gubernamental y finanzas públicas.

—sistemática transferencia de recursos del nivel nacional a los entes territoriales por medio del situado fiscal.

—Cambio en la fisonomía municipal con la creación de municipios y las Juntas Administradoras Locales.



—Creación de nuevos institutos nacionales especializados en acción directa, sobre el espacio regional, a través de regionales y seccionales, pero se fortaleció la centralización, dejando más decisión en manos del ejecutivo.

Al mismo tiempo que ocurrían cambios constitucionales, la sociedad colombiana sufría un proceso de modernización, adaptación, expansión y crecimiento tecnológicos, sin embargo, la expansión del Estado en los años setenta, los fenómenos de la burocratización y la ineficiencia estatal, para atender las demandas regionales y de avanzar en la política social y de obras públicas, se constituyeron en una de las causas más importantes de la crisis política del régimen centralista

Según Yepes (1990), Salud en Colombia, el tema del Neoliberalismo a nivel internacional se viene planteando hace varios años, como una nueva alternativa para el desarrollo del sistema capitalista.

Desde mediados de la década de los setenta, la formulación de políticas de salud en este período, se inscribe en el ámbito de las corrientes neoliberales que toman auge dentro de la concepción del desarrollo económico y social.



En 1973 se considera que el país presenta la situación económica típica que exige la aplicación de las políticas neoliberales. Los rendimientos de las inversiones son reducidos y el sistema financiero se reprime.

Ante esta situación, se plantea un modelo basado en el mercado financiero libre, a partir de tres reformas: fiscal, financiera y liberación del comercio exterior.

A partir del gobierno de López Michelsen (1976-1978), se vive una bonanza cafetera, la cual sigue la del narcotráfico; como consecuencia se revalúa el peso frente al dólar; lo cual incide directamente en la desindustrialización del país, que también es debida a la avalancha de importación de toda clase de productos.

Los países desarrollados imponen condiciones en su mercado internacional, por ello se deteriora nuestro modelo de apertura hacia 1982.

Aunque en los años ochenta, la economía colombiana entró en un nuevo período de crisis, invierte en bienestar social (educación, empleo, salud y justicia). De esta crisis económica se recupera en 1985.

En 1986 con el gobierno de Belisario Betancur se le da prioridad a la atención integral de la familia, específicamente en áreas afectadas por la subversión.

El plan de economía social de Virgilio Barco, plantea programas sectoriales para el desarrollo social:

Salud básica para todos (atención en los niveles complejos), reorganización institucional, desarrollo de los recursos humanos, físicos y reordenamiento financiero.

#### **4.2. CENTRALIZACION**

Según Medina Novoa, Universitas Ciencias Jurídicas y Socioeconómicas, 1976, dispuso los términos de centralización, descentralización y desconcentración. Estos tienen origen común que se sitúa en el plano de la organización del Estado.

Según Carreño, como lo menciona Vladislao González, Breves consideraciones sobre Centralización y Descentralización, define el proceso de centralización como una reunión de todos los poderes públicos en un solo organismo oficial, del cual procede la expedición de leyes, su ejecución, la prestación y desarrollo de los servicios del Estado.

Con esta forma de organización administrativa, se trata de imponer a todas las partes de un país una dirección uniforme, asegurándole el goce de las mismas ventajas e imposiciones de las mismas cargas, como lo afirma Medina Novoa, 1976.



Se dice por eso que hay centralización administrativa, cuando la actuación de los fines del Estado es directamente realizada por el órgano y órganos centrales.

#### **4.2.1. Ventajas de la centralización.**

1. El poder político encuentra en la centralización un medio de afirmarse y extenderse.
2. Por la organización centralizada de los procesos y la jerarquía administrativa no existe desorientación en la búsqueda de solución a los problemas.
3. La centralización es importante en la búsqueda de una democracia social participativa, ya que las masas pueden ser encausadas por la administración y los partidos políticos (Ibid., 1976)

#### **4.2.2. Desventajas de la centralización.**

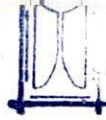
1. La centralización conlleva a la burocracia, contraria a todo buen régimen político administrativo.
2. Elimina por completo la iniciativa y actividad locales.

3. Falta de imputabilidad y sobre todo de responsabilidad.
4. Está rodeado de un complicadísimo formalismo procesal (tramitología).
5. Como corolario de la desorganización, surge la inoperancia.
6. Uno de los mayores peligros es el de la ingerencia o intromisión política interna y externa. (Ibid., 1976).

### **4.3. DESCENTRALIZACION**

Según Carreño, Breves consideraciones sobre centralización y descentralización, mencionó que la descentralización es la división de las actividades legislativas, ejecutivas y administrativas en varios organismos o localidades, o secciones más o menos autónomas para la distribución de competencias de recursos y poderes, buscando como fin último una buena asignación de los recursos, para el bienestar de los gobernados, dentro de unos parámetros de planeación central entre la ley y la autonomía local.

**4.3.1. Desventajas.** Es necesario que cada órgano descentralizado conozca de manera específica, los alcances y limitaciones que les brinda el proceso, para que de



esta forma se de un manejo fiscal, administrativo y político acorde a las necesidades básicas de cada departamento.

Los principales riesgos de un proceso de descentralización mal dirigidos son la desarticulación del Estado y el desorden en el manejo macroeconómico.

## **5. MARCO TEORICO**

### **5.1. HISTORIA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD EN COLOMBIA**

El Ministerio de Higiene desde 1947, hasta mediados de la década en los sesenta, se encargaba de la erradicación de enfermedades transmisibles y de la protección de la salud, fue posteriormente denominado Ministerio de Salud Pública en 1963.

Los Servicios Seccionales de Salud y el Plan Nacional Hospitalario comenzaron a operar en 1966, con el cual se estableció el sistema de Regionalización y los cuatro niveles de atención médica, adoptados por el Sistema Nacional de Salud en 1975.

### **5.2. CREACION DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD**

Según Fernández, 1996, con el surgimiento del SNS, se integraron todos los organismos y entidades que ofrecían servicios de salud, determinando su organización y funcionamiento. Se establecieron subsistemas nacionales de inversión, planeación, información, suministros, personal e investigaciones.

Bajo la dirección del Ministerio de Salud, máxima autoridad del SNS, se reorganizaron los departamentos y se definió una cabecera regional y en las localidades se constituyeron en las unidades ejecutoras de los programas determinándose las diferentes categorías: nacional, seccional regional y local.

Los objetivos estratégicos del SNS en 1975, podrían resumirse así:

1. Objetivo operacional: Lograr la participación activa de la comunidad para satisfacer las necesidades de salud.
2. Objetivo organizacional: Promover la integración de las entidades prestadoras de salud por medio de una estructura jerárquica, en los órdenes nacional, seccional, regional local, cubriendo las áreas de atención a las personas y el ambiente, apoyados en la infraestructura administrativa e institucional.
3. Objetivo de integración de recursos: El Plan Nacional de Salud integra las instituciones públicas, con el carácter de entidades adscritas y privadas con el carácter de vinculadas, con el fin de atender las necesidades de la comunidad.
4. Objetivo de desarrollo de los recursos humanos: Se dirige a buscar una mejor utilización de todo el personal, mejorando sus condiciones de trabajo.



5. Objetivo de relacionamiento: Busca la relación dinámica de todos los organismos y sectores con el fin de elevar el nivel de vida de la comunidad y mejorar su medio ambiente.

El objetivo básico del SNS en 1975 fue ampliar la cobertura de atención médica a la población menos favorecida y más desprotegida.

### **5.3. LEY 10 DEL 10 DE ENERO DE 1990**

La Ley 10 del 10 de enero de 1990, surge como respuesta a las limitaciones que presentaba el SNS vigente en ese entonces.

Con este mandato se trató de satisfacer las necesidades de salud que aquejaban a la nación, retomando el tema de la descentralización de los servicios de salud y delegando la responsabilidad absoluta de los servicios de salud en los gobernadores y alcaldes.

Estableció la personería jurídica para los hospitales del sector público, dirigidos por su respectiva junta directiva, e involucrando a las organizaciones comunitarias. Análogamente refinanció el sector basado en aportes incrementales para los años siguientes.



Esta reforma a la salud trajo magníficos beneficios que enfocaron la nueva cosmovisión de la salud, enmarcándola en parámetros más humanos y con un sentido social más amplio, así, entonces, se modifican conceptos tan esenciales como el de Asistencia Pública a la Salud por el Servicio Público a cargo de la Nación. Brinda al gobierno la facultad de intervenir en las tarifas de los prestadores de servicio, instituyó la carrera administrativa para más de la mitad de los trabajadores del sistema de salud. Aclaró que la atención de urgencias debe ser obligatoria para todas las instituciones, con independencia de la situación económica del usuario.

La ley 10 aporta el desarrollo del sistema de salud, entre otros los siguientes aspectos:

—La salud es un servicio público a cargo de las entidades oficiales o privadas, donde el estado se encargará de los servicios básicos en forma gratuita para todos los habitantes.

—Diseñó una nueva fórmula, para subsanar el déficit crónico de la salud, al asumir los monopolios de los juegos de azar y las apuestas y al establecer que el presupuesto para la salud no podrá ser inferior al 4% de los ingresos corrientes nacionales.

—Creación de una Junta Nacional de tarifas.

—Los gobernadores encabezarán la política regional en salud y a su vez contarán con el 50% del presupuesto nacional destinado a la salud; y pasados 5 años, los departamentos deberán asumir parcialmente el presupuesto de las respectivas seccionales de salud.

—Los alcaldes se responsabilizarán de la política local de salud en los centros y hospitales locales y para tal efecto reciben la mitad del presupuesto en salud.

—Con los nuevos aportes de la salud, se calculó que se cubrirá los servicios de salud a unos 4.000.000 de colombianos desprotegidos de este esencial servicio.

—La nueva ley define el régimen de carrera administrativa para el sector salud beneficiándose 40.000 trabajadores de la estabilidad laboral. a su vez la ley ordena que las instituciones de salud deben afiliar a sus empleados al ISS u otra entidad prestadora del servicio, y se crean 33 fondos seccionales de cesantías y otras prestaciones extralegales coadministradas por funcionarios del sector salud.

—Se creó la obligatoriedad de la gestión hospitalaria donde participan la comunidad, el sector científico y el sector político, administrativo, cada uno conformando una tercera parte de las juntas directivas.



—Se reorganizó el Ministerio de Salud Nacional por medio de la distribución de competencias y responsabilidades en salud entre la nación, los departamentos y municipios sentando las bases para que posteriormente la ley 60 de 1993 diera las reformas definitivas para dicho proceso.

—Se creó la obligatoriedad en la atención de urgencias y servicios básicos gratuitos.

#### **5.4. LEY 60 DE 1993**

Un logro muy importante de la ley 60 de 1993 fue la de corregir la precariedad de los mecanismos de 1990, que no permitieron un proceso descentralizador más ágil y dinámico.

Sancionada la ley 10 de 1990 y como desarrollo de la constitución de 1991, se promulgó la ley 60 del 12 de agosto de 1993, por medio de la cual las competencias de salud y educación, entre la nación, los departamentos y los municipios, y se les asignaron los recursos para contar con tal fin.

“A los municipios se les asigna el primer nivel de atención en salud, así como a los departamentos les corresponde asumir las responsabilidades por el segundo y tercer nivel. Las funciones de dirección y asesoría la reserva la ley, para el gobierno nacional.



Se creó una estructura descentralizada para manejar los subsidios y se distribuyeron los recursos, creando la territorialización del régimen subsidiado de la seguridad social en salud.

La ley 60 de 1993, incrementó globalmente el situado fiscal para salud y educación, a su vez, las asambleas departamentales y los gobernadores deben organizar, administrar y garantizar la operación del servicio que atiende la salud de sus habitantes.

Los municipios por parte del departamento recibirán una certificación al cumplir ciertos requisitos de planificación, solidez financiera, sistemas de información y divulgación, unidades hospitalarias, entre otros, y sólo así podrán recibir los bienes y recursos necesarios para sus planes de desarrollo.

Esta ley creó el Fondo Prestacional del Sector Salud, con el fin de pagar el pasivo prestacional de los servidores públicos del sector, manejándolo a través de una cuenta especial de la nación.

#### **5.5. SISTEMA NACIONAL DE SALUD DESDE 1975 HASTA LA LEY 100 DE 1993: ETAPA DE TRANSICION**

No obstante los esfuerzos relacionados por el ejecutivo y por el legislativo en procura de mejorar el sistema de salud y a pesar de haber incrementado el presupuesto del



sector el cubrimiento es insuficiente para colmar las necesidades insatisfechas de la población.

Para comprender las transformaciones que significan hacia el futuro los contenidos de la nueva ley en lo atinente al tema de salud hay que señalar los principales defectos del sistema de salud vigente en el país entonces.

**5.5.1. Insolidaridad.** La insolidaridad del sistema de salud radica principalmente en las marcadas diferencias socioeconómicas de la población, donde las personas con una mediana estabilidad laboral y económica podían aspirar a una aceptable atención en salud, en tanto que otras, no podían afiliarse a algún sistema de seguridad social.

En cuanto a la atención de las entidades que prestaban el servicio, cada una brindaba un régimen de beneficios independiente de los demás, donde un grupo poblacional muy pequeño recibía los mayores servicios.

**5.5.2. Inequidad.** El sistema de salud es inequitativo ya que los subsidios han beneficiado en mayor parte a los estratos medios que cuentan con la posibilidad de pagar los servicios desplazando los estratos más pobres que en proporción deben ser los más beneficiados.



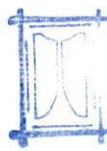
Las preferencias políticas tradujeron el manejo de recursos en una ineficiencia hospitalaria.

**5.5.3. Baja cobertura.** Uno de los defectos más importantes del sistema de salud vigente era su baja cobertura, que según estimaciones del Ministerio de Salud se calculaba en un 18% del total de la población y un 50% de la población asalariada.

**5.5.4. Familia no cubierta.** El cubrimiento familiar del sistema de seguridad social era completamente insuficiente, ya que solo un 18% de la población afiliada al ISS contaba con idénticos derechos a los del afiliado. Tan solo un sector asalariado de las empresas del estado gozaron de unos beneficios integrales de salud para toda la familia.

**5.5.5. Ineficiencias.** La falta de trabajo interdisciplinario, contribuyó en la proliferación de pólizas de seguridad, institución de medicina prepagada, con baja cobertura y desamparo en el control de la mano de obra y una situación financiera inestable.

El descuido del primer nivel de atención condujo a la sobredemanda de servicios de II y III nivel en los hospitales regionales de casos que bien podrían ser atendidos en



los hospitales locales, trayendo como consecuencia la inoperancia, que propiciaba a una conducta antiética, y una notable baja calidad de los servicios.

El sistema de salud ha sido insolidario, orientado con una filosofía egoísta, autónoma, desproporcionada e inconsciente con la realidad social del país. Hasta la promulgación de la ley 100 del 93 las personas que tenían acceso a un servicio aceptable de salud, solo eran aquellas que poseían una estabilidad laboral y un modus vivendi, que pudiera solventar los costos de la salud.

### **5.6. LEY 100 DE 1993**

Por medio de la ley 100 de 1993 se crea el sistema de seguridad social en salud, determinando su dirección, organización, funcionamiento, normas administrativas, financieras y de control.

Todo colombiano debe tener acceso al servicio de salud, ya sea perteneciendo al régimen contributivo o subsidiado o como participante vinculado:

Los afiliados al régimen contributivo, son las personas que cuentan con capacidad de pago para solventar sus servicios de salud. Por lo contrario los afiliados al régimen subsidiado son aquellos que no cuentan parcial o totalmente con un monto para cotizar el servicio.

Los participantes vinculados son aquellos que tienen incapacidad de pago mientras pueden afiliarse al régimen subsidiado.

**5.6.1. Régimen contributivo.** Es el conjunto de normas que rigen la afiliación, permanencia y gozo de los beneficios del sistema de los individuos y de sus familias al sistema de seguridad social en salud, mediante el pago de una cotización individual y familiar financiada con aportes individuales o compartida entre el trabajador y el empleador.

Pueden afiliarse a este régimen, las personas que tengan un ingreso equivalente a dos salarios mínimos vigentes las cuales podrán elegir la EPS que consideren y podrán cambiar de empresa promotora de salud esperando como mínimo un año, a su vez, el gobierno nacional estableció mecanismos de control que regulen la afiliación al sistema.

Todas las personas pertenecientes al régimen contributivo tendrán derecho a todos los beneficios incluidos en el POS.

**5.6.2. Régimen subsidiado.** Es el conjunto de normas que rige la vinculación de los individuos al SGSSS, cuando esto se hace por medio de una cotización subsidiada



total o parcialmente, con recursos fiscales o de solidaridad provenientes del mismo régimen, por medio del Fosyga.

Su propósito es financiar la atención en salud a la población menos favorecida, garantizando a sus afiliados la prestación de los servicios de salud incluidos en POS el cual será denominado POS-S.

El subsidio se establecerá según la capacidad económica de las personas, medida en función de sus ingresos, nivel educativo, tamaño de la familia, situación sanitaria y localización geográfica de la vivienda.

Para recibir el subsidio se le da prelación a las mujeres durante el embarazo, parto, postparto y período de lactancia, a los menores de un año, a las madres comunitarias, cabezas de familia y a los ancianos.

**5.6.3. Empresas Promotoras de Salud, EPS. Definición y Funciones.** Se define como el núcleo organizativo básico del nuevo sistema general de salud, régimen contributivo, se responsabilizan de la afiliación y recaudo de las cotizaciones como delegatarias del Fondo de Solidaridad y garantía.

Tienen como función básica organizar y garantizar directa o indirectamente la presentación del POS, a sus afiliados y hacer los aportes correspondientes al Fosyga (Fondo de Solidaridad y Garantía).

Una función muy importante es la de prevenir la enfermedad y promover la salud, para lo cual será destinado un 0.5% del recaudo por cotizaciones para que eviten una recurrencia en los errores precedentes en cuanto a la atención de la enfermedad.

Además de ofrecer un plan obligatorio de salud y atención de urgencias, los afiliados podrán adquirir la atención del II y III nivel y planes complementarios aumentando la cotización. La creación de las EPS, eliminaron el monopolio en el aseguramiento de los trabajadores, abriendo paso a la competencia y a la prestación de servicios de salud.

Las EPS podrán capitalizar sus recursos sin exceder el 100% de los mismos y así se puede evitar ilícitos por medio de sus funcionarios.

El porcentaje del salario como cotización obligatoria de los afiliados al régimen contributivo será máximo del 12% del salario base de cotización.

De común acuerdo, el trabajador y el empleador aportarán un punto del salario básico de cotización para el Fosyga, que será destinado a su vez al régimen

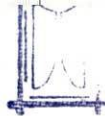
subsidiado, para superar la insolidaridad del sistema anterior al subsidiar a quienes no pueden pagar un servicio de salud.

**5.6.4. Obligaciones generales de las EPS.** Las EPS están en la obligación de proporcionar integralmente el POS a sus afiliados, lo harán de manera directa o indirectamente al contratar con instituciones prestadoras del servicio o con los profesionales directamente.

Las EPS respetarán la decisión voluntaria del usuario de cambiar de EPS, sin restringirla y entorpecerla.

Para el primer año de funcionamiento la EPS deberá afiliar a un mínimo de 20.000 personas y para el segundo año 50.000, todo esto con el fin de mantener un equilibrio en un plazo prudencial de tiempo.

**5.6.5. Dificultades de las EPS.** A pesar del tiempo de constitución de las EPS, ya se han identificado algunos problemas y dificultades, como por ejemplo: la heterogeneidad en su origen, que han conducido a una aparición de expectativas, desigualdad técnica y de recursos.



La Superintendencia de Salud en el cumplimiento de sus funciones de control estricto, ha intervenido en las actividades normales de las EPS debido a su poca experiencia en la materia.

El regulacionismo, ha impedido la agilidad en el cumplimiento de los servicios, entorpecido las opciones que brinda la ley.

Uno de los problemas más graves que afronta las EPS, son la oferta escasa de servicios especializados y en instituciones prestadoras de servicios.

**5.6.6. Avances importantes para la certificación de los departamentos.** El proceso de certificación municipal se ha desarrollado muy lentamente encontrando que de los 1050 municipios, solo 19 lo han obtenido y de ellos menos de la mitad después de la ley 60.

Se puede deducir entonces que certificación no implica desarrollo técnico y administrativo como parecía evidente en la ley 10 del 90. De otra parte existe desconfianza del nivel seccional y local sobre las intenciones del gobierno central y es por esto que ante la inestabilidad de los directivos en la organización territorial se entorpece el proceso descentralizador propiciando pérdida de liderazgo, visión y capacidad de gestión.



**5.6.7. Descentralización en el Sector Salud.** El sector salud en Colombia ha sido producto de un doble influjo, por una parte el proceso de adaptación a la descentralización y por otra la tendencia a la creación de los SILOS (Sistemas Locales de Salud).

Es así que por efecto de la ley 60 de 1993 se dieron las denominadas participaciones municipales en ingresos corrientes para inversión social con la que cada municipio goza de un autoabastecimiento y automanejo aunque los departamentos se han enfrascado en una lucha con los municipios por mantener en situado fiscal y la infraestructura en salud impidiendo la municipalización efectiva y en contraposición centralizando el proceso, a nivel departamental.

Descentralización de competencias: El manejo de la infraestructura delegó en los municipios la responsabilidad de controlar el primer nivel de atención y a su vez dio a los departamentos la obligación de atender el 2º y 3er nivel complementarios, donde la nación se encarga de la dirección, asesoría y control dejando las competencias operativas y de ejecución a las entidades territoriales.

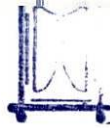
De esta forma las Secretarías locales y seccionales se hacen cargo de los servicios de Salud Pública y las EPS de los servicios de atención social.

**5.6.8. La salud en la Constitución de 1991 y la Ley 60 de 1993.** La ley 10 aportó los principios de subsidiaridad, complementariedad y concurrencia para el manejo de la asignación de competencias territoriales, éste artículo constitucional orientó a la ley 60 de 1993, complementando la ley 10 en el fortalecimiento de su parte financiera, garantizando el pago del pasivo prestacional e introduciendo formas alternas del manejo de los servicios con subsidios a la demanda, así mismo propició el financiamiento para asegurar y garantizar la prestación del servicio de atención básica.

**5.6.9. El Sistema de Salud y la Seguridad Social en Salud.** La Seguridad Social es un derecho irrenunciable de todo ciudadano, coordinado, controlado y dirigido por el estado en sujeción a sus principios en la que se regula el servicio público esencial de salud creando condiciones de acceso a toda la población en todos los niveles de atención.

**5.6.10. Vacilaciones en la aplicación inicial de la Ley 10 de 1990.** La Ley 10 pretendió descentralizar todo el manejo de los recursos financieros buscando garantizar el buen uso de los recursos o evitando su posible desvío con los siguientes requisitos:

1. Organizar y poner en funcionamiento una seccional de salud o dirección local.



2. Organizar el régimen de carrera administrativa y adoptar la manera de cargos.
3. Convertir los hospitales en entidades autónomas.
4. Contratar servicios con el sector privado.
5. Crear un fondo financiero del sector salud.
6. Afiliar los empleados a los fondos de cesantías y seguridad social
7. Crear un sistema de información.
8. Formular un plan de desarrollo sectorial
9. Separar plantas de personal entre las Secretarías de Salud y las Unidades de Prestación de Servicios.

Para los departamentos se exige además:

10. La adopción por parte de la Asamblea Departamental de las reglas y procedimientos por la distribución del situado fiscal.

11. La adopción de un plan de descentralización.

12. Organizar y acreditar una red de servicios de referencia y contrarreferencia.

Entre los estímulos a la descentralización de los departamentos se destacan:

1. Los departamentos sirven como mediadores entre municipios y la nación.
2. La conformación del FIS (Fondo de Inversión Social) interviene en el avance efectivo de la descentralización a nivel regional.
3. Se condiciona el pago nacional del pasivo prestacional al cumplimiento de los requisitos para la descentralización.

### **5.7. RECURSOS HUMANOS**

Los problemas en los recursos humanos para la salud radican en una incongruencia entre el número de profesionales universitarios egresados y las necesidades de salud de la población, así mismo existe un comportamiento “cerrado” del profesional de la salud con otras disciplinas, que connota una pérdida de liderazgo entre las expectativas generadas en la comunidad.

Aunque las condiciones legales están dadas para que el proceso de descentralización se lleve a cabo, aún persiste la cultura centralista de la obediencia incondicional a la norma tradicional.

Entre los problemas causales se anotan:

La restricción que han sufrido las normas de integración con el sector educativo desaprovechando oportunidades de mejor coordinación.

Remuneración inequitativa que desestimula a los trabajadores de la salud que laboran en los sectores menos favorecidos.

Desempleo y subempleo dentro del sector de la salud.

Las soluciones están centradas en una política que en el largo y mediano plazo logre comportamientos sociales responsables de la salud individual y colectiva del país, y en el corto plazo supere los problemas localizados.

Soluciones a tomar:

Equilibrar las fuerzas de oferta y demanda de personal en relación a las necesidades de la población y posibilidades económicas del sector mejorando la composición interna de los equipos y dotación del personal.

Propiciar una mentalidad de eficiencia y servicio público en el trabajador de la salud.

Adoptar un sistema de gestión basado en el estímulo a la iniciativa creadora, la equidad salarial y el derecho al trabajo, garantizando un buen desempeño, lealtad con las políticas y objetivos del servicio a todos los sectores.

Permitir una interacción entre el sector educativo, empresarial, profesional y personal de apoyo, que permitan remediar los problemas a las exigencias del país.

Conformar redes de servicios educativos con programas de capacitación especialmente en el sector periférico.

A la comunidad hay que volverla autogestora, presionando para que se realicen sus propuestas y se solucionen sus fallas.

## **6. PROPUESTAS PARA EL NUEVO PERFIL DEL ODONTOLOGO Y PERSONAL DE SALUD**

- 1) La filosofía curativa que ha venido ejerciendo desde los inicios de la profesión, debe abolirse y practicar una cultura preventiva comenzando por desarrollarse el autocuidado de la salud y no acudir al servicio en caso de enfermedad y/o dolor.
- 2) El odontólogo que se debió formar desde el comienzo de la década (Ley 10 del 90 y Ley 60), debe hacer parte de un sistema articulado por las políticas estatales y no actuar como un ente aislado que trabaje para su lucro personal.
- 3) El odontólogo en la actualidad debe aprender a laborar con las demás especialidades de la salud con las cuales se ha mantenido al margen, apartándose del concepto multifactorial de la enfermedad, para brindar una atención integral al usuario del servicio de salud.
- 4) Una actitud investigadora que desarrolle en el profesional una capacidad crítica, analítica, creativa, debe ser impartida en forma natural e imprimirla en su estilo de vida como mecanismo de desarrollo de los profesionales de la salud.



- 5) Como parte del concepto de integralidad es necesario implementar un refuerzo en el estudio de las ciencias básicas de la salud, que permitan tratar al usuario como un ser de manera integral.
- 6) La educación tradicionalista con que se ha formado el profesional de la salud lo ha hecho temeroso y conservador ante el cambio que está sufriendo el sector.
- 7) La legislación que rige al sector salud en la actualidad, fue diseñado desde un principio con un criterio administrativo, gerencial y empresarial y es así que el nuevo profesional de la salud debe recibir la instrucción necesaria en estas áreas para que el servicio se organice y se racionalice. Desde este punto de vista el concepto paciente se transforma por el de usuario “cliente”; ya que esta palabra implica una relación comercial cordial, crea en el cliente un sentido de fidelidad y agradecimiento.
- 8) La facilidad de acceso a los medios masivos de comunicación e información con que hoy cuenta la humanidad no deben ser ajenos a la profesión. Por esta razón debe impartirse una capacitación en el área de sistemas de informática que permita al odontólogo y demás profesionales de la salud, acceder a una información veraz, actualizada y oportuna que le permitan desenvolverse en un medio que cambia día a día a gran velocidad.

- 9) El aprendizaje de los aspectos culturales, artísticos, filosóficos hacen universales y tolerantes a la humanidad, siendo esta parte importante y esencial en la formación de los profesionales de la salud, para que se despierte en su interior una sensibilidad sobre lo humano que fortalezca su personalidad.
- 10) La crisis de valores que afectan a la sociedad colombiana golpean indudablemente a la profesión odontológica; es necesario retomar y promover los principios éticos y morales que permitan dignificar la profesión, respetar al colega y a su trabajo.
- 11) Es fundamental respetar y valorar la información contenida en la Historia Clínica siendo este un documento legal de vital importancia tanto para las instituciones del sector, profesionales de la salud como para el mismo usuario, consultando permanentemente su información para evitar complicaciones médicas, interferencias en el curso normal del tratamiento, así como también problemas judiciales.
- 12) El gremio odontológico debe propender por establecer un mecanismo que regule y estandarice los servicios de atención odontológica, para garantizar un nivel de calidad óptimo y equitativo para toda la población.

- 13) Las instituciones educativas deben inculcar en el personal de salud una mentalidad que conduzca al profesional y sus colaboradores a un criterio de calidad en todos sus aspectos.
- 14) El odontólogo debe incentivar la agremiación de profesionales para que asuman un verdadero rol de investigación y liderazgo dentro de sus actividades afines que promuevan el desarrollo de la profesión.
- 15) El profesional de la salud debe integrarse y relacionarse con los diferentes sectores que conforman la sociedad, que de alguna manera intervienen en la profesión y así mismo contribuyen a su progreso.
- 16) Estimular al nuevo profesional para que se vincule laboralmente a la provincia convirtiéndose en el abanderado de la salud en la comunidad para beneficio propio y del sistema y así mismo dignificar la profesión.
- 17) Motivar a la comunidad para que se convierta en autogestora de sus propias necesidades en las soluciones y decisiones más acordes que le permitan desarrollarse armónica y equitativamente.

## CONCLUSIONES

1. El desarrollo del proceso de descentralización enmarcado en la ley 10 de 1990, necesita de un cambio de actitud, de filosofía de vida, que conlleve a los departamentos y municipios y la nación en general a subsanar autónomamente sus necesidades no satisfechas en el régimen centralista vigente hasta la década de los ochenta.
2. Con la creación del Sistema Nacional de Salud en 1975, se logró organizar el sector salud integrando a todas las instituciones que prestaban el servicio y que de alguna manera logró cobijar a la comunidad pero en el curso de los años adquirió los vicios de la centralización como lo son la burocracia, ineficiencia, inequidad, falta de iniciativa, que dieron origen al advenimiento de la nueva legislación en salud.
3. Un logro muy importante de la ley 10 de 1993 fue la de corregir la precariedad de los mecanismos de la ley 10 de 1990 que no permitieron un proceso descentralizador más ágil y dinámico.

4. La ley 100 trajo consigo ventajas tan importantes como son la universalidad del servicio, cubrimiento, la familia, equidad, solidaridad, eficiencia.
5. Una ley de tal envergadura amerita un margen de espera para que su filosofía sea aceptada, e induzca a un cambio de actitud por parte del Estado, Sector Salud y comunidad usuaria.

La Ley 100 trajo consigo la implementación de una terminología acorde al modelo gerencial que se imprime a la prestación de los servicios de salud, en los que el nuevo concepto salubrista deja atrás las ambigüedades del modelo burocrático para darse paso en un nuevo contexto más competitivo que se adapte a las exigencias mediatas de la problemática social de nuestro país.

Aunque el tema de Seguridad Social es para otros países el esbozo estructural de su antiquísimo sistema hasta hoy funcional, en Colombia, a pesar de no ser el último de los países que busca establecer sus reformas en salud, la introducción de estos conceptos son de novedosa actualidad.

## BIBLIOGRAFIA

FERNANDEZ, Germán. Nuevo Sistema de Salud en Colombia, Primera Edición en Santafé de Bogotá, 1996.

JARAMILLO PEREZ, Iván. La descentralización en el sector salud. Revista Foro.

MEDINA NOVOA, Julio Cesar. De la centralización, descentralización y desconcertación. Revista Universitas Ciencias Jurídicas y Socioeconómicas. Jun. 1976.

PENAGOS, Gustavo. Centralización, Descentralización y Desconcentración y delegación. 1984.

RINCON PARRA, Dimas. Historia de la descentralización. Revista. 1991.

RODRIGUEZ, Oscar. Estructura y crisis de la seguridad social en Colombia. Centro de Investigaciones para el Desarrollo. 1992.

YEPES L. Francisco José. Salud en Colombia. Análisis socio-histórico. Ministerio de Salud. DNP.