

**CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SALUD  
BUCAL EN HABITANTES ADULTOS DE LAS COMUNIDADES DE TIERRA  
BAJA, BOQUILLA Y MANZANILLO.**

**INVESTIGADORES**

**FARITH GONZALEZ MARTINEZ**

**SHYRLEY DÍAZ CÁRDENAS**

**KATHERINE ARRIETA VERGARA**

**MONYKA DE LAVALLE ARCHIBOLD**

**ANGIE DEL CARMEN CASTRO ARELLANO**

**KATHERINE DELGADO HERRERA**

**Trabajo para optar el título de odontólogo**

**UNIVERSIDAD DE CARTAGENA**

**FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

**2013**

**CONOCIMIENTOS, PRÁCTICAS DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SALUD  
BUCAL EN HABITANTES ADULTOS DE LAS COMUNIDADES DE TIERRA  
BAJA, MANZANILLO Y BOQUILLA.**

**FARITH DAMIAN GONZALEZ MARTINEZ**

Odontólogo de la universidad de Cartagena, Magister en salud pública. Especialista en métodos y técnicas de investigación social. Docente de la Facultad de odontología de la universidad de Cartagena.

**SHYRLEY DÍAZ CARDENAS**

Odontóloga, Especialista de Gerencia en Salud. Especialista en Salud Familiar. Magister en Salud Pública. Docente pregrado Facultad de Odontología Universidad de Cartagena.

**KATHERINE MARGARITA ARRIETA VERGARA**

Odontóloga, Universidad de Cartagena. Especialista en Gerencia en Salud Universidad de Cartagena, Magister en Salud Pública Universidad Nacional de Colombia. Docente de pregrado, Facultad de Odontología Campus de la salud.

**MONYKA DE LAVALLE ARCHIBOLD**

Odontóloga, Universidad de Cartagena. Especialista en Gerencia en Salud Universidad de Cartagena. Docente de pregrado, Facultad de Odontología Campus de la salud.

**AUTORES**

**ANGIE DEL CARMEN CASTRO ARELLANO**

**KATHERINE DELGADO HERRERA**

Estudiantes de Odontología, Décimo semestre. Trabajo de grado para optar título de odontólogo. Universidad de Cartagena.

**UNIVERSIDAD DE CARTAGENA  
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA – 2013**

## TABLA DE CONTENIDO

LISTA DE TABLAS

LISTA DE ANEXOS

<b>RESUMEN</b> .....	<b>6</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>8</b>
<b>1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b> .....	<b>10</b>
<b>2. JUSTIFICACIÓN</b> .....	<b>15</b>
<b>3. OBJETIVOS</b> .....	<b>17</b>
3.1 OBJETIVO GENERAL .....	17
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	17
<b>4. MARCO TEÓRICO</b> .....	<b>18</b>
<b>5. METODOLOGÍA</b> .....	<b>56</b>
5.1 TIPO DE ESTUDIO. ....	56
5.2 POBLACIÓN. ....	56
5.3 TAMAÑO DE LA MUESTRA Y MUESTREO .....	56
5.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	57
5.5 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN. ....	57
5.6 INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.....	57
<b>6. RESULTADOS</b> .....	<b>62</b>
<b>7. DISCUSIÓN</b> .....	<b>79</b>
<b>8. CONCLUSIONES</b> .....	<b>88</b>
<b>9. RECOMENDACIONES</b> .....	<b>89</b>

## LISTA DE TABLAS

Tabla 1. variables socio-demográficas de la población de tierra baja, boquilla y manzanillo 2013.....	63
Tabla 2. Nivel de conocimiento de las poblaciones de tierra baja boquilla y manzanillo sobre políticas de salud bucal en colombia 2013 .....	64
Tabla3. Conocimientos sobre conceptos generales sobre políticas públicas de salud bucal en la población de tierra baja, boquilla y manzanillo en colombia 2013.....	65
TABLA 3.1 CONOCIMIENTOS ACERCA DE LA ASIGNACION Y TIEMPOS DE CITAS. ....	67
TABLA 3.2 FUENTE GENERAL DE INFORMACION DEL SISTEMA DE SALUD.....	68
TABLA 3.3 PROCEDIMIENTOS Y CONTROLES ODONTOLÓGICOS CONTENIDOS EN EL PLAN OBLIGATORIO EN SALUD. ....	70
TABLA 3.4 MULTAS Y COBROS DE SERVICIOS ODONTOLÓGICOS OFRECIDOS POR EL SISTEMA DE SALUD. ....	72
Tabla 4. Evaluación de las prácticas de los habitantes de tierra baja, boquilla y manzanillo frente a las políticas de salud bucal en colombia.....	72
Tabla 5. Prácticas realizadas por los habitantes de tierra baja, boquilla y manzanillo frente a las políticas de salud bucal en colombia. 2013.....	74
Tabla 6. Relación entre las variables sociodemográficas y el conocimiento de los habitantes de tierra baja, boquilla y manzanillo frente a las políticas públicas de salud bucal en colombia.2013.....	75
Tabla 7. Relación entre las variables sociodemográficas y las prácticas realizadas los habitantes de tierra baja, boquilla y manzanillo frente a las políticas públicas de salud bucal en colombia 2013 .....	77

## LISTA DE ANEXOS

Anexo A. Consentimiento Informado

Anexo B. Instrumento de conocimientos y prácticas de políticas de salud bucal en los habitantes en las comunidades de Tierra baja, Manzanillo y Boquilla.

Anexo C. Tabla Matriz. Conocimiento y prácticas sobre Políticas de Salud Bucal en los habitantes adultos de las comunidades de Tierra Baja, Manzanillo y Boquilla.

## RESUMEN

**Problema.** La poca información de la población adulta de las comunidades aledañas a la ciudad de Cartagena debido a su falta de interés y negligencia por parte de los prestadores de servicios han logrado que se vulneren sus derechos, que tienen como usuarios del sistema de salud. Por lo tanto es de gran importancia indagar cuales son los conocimientos y prácticas de los ciudadanos en relación a las políticas públicas de salud bucal, para así aumentar el nivel de conocimientos de estos y evitando así que se vulneren sus derechos en el ámbito de salud.

La salud se convierte en un derecho y en un servicio público a cargo del estado; para lograrlo se debe garantizar a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, prevención, protección y recuperación por medio del aseguramiento universal. El eje del Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia es el Plan Obligatorio de Salud, que corresponde al paquete de servicios básicos en las áreas de recuperación de la salud, prevención de la enfermedad y cubrimiento de ingresos de manera transitoria, prestaciones económicas, cuando se presenta incapacidad de trabajar por enfermedad, accidentes o por maternidad. **Objetivo.** Identificar los conocimientos y prácticas de políticas de salud bucal en los habitantes de las comunidades de TIERRA BAJA, MANZANILLO Y BOQUILLA. **Metodología.** Estuvo conformada por 300 habitantes de las comunidades de Tierra Baja, Manzanillo y Boquilla. Para la recolección de la información se utilizó una

encuesta dirigida por las investigadoras previamente validadas que incluye preguntas estructuradas y no estructuradas de selección única, y cuadro de procedimientos odontológicos, donde se indagó por conocimientos y prácticas sobre políticas de salud bucal. Se utilizó análisis la prueba estadísticas descriptiva y significancia de las relaciones con prueba Chi Cuadrado, utilizando el programa Stata 11.1®. **Resultados.** En el total de los encuestados se obtuvo que hay un mayor porcentaje de individuos de sexo femenino (74,67 %), con un predominio del 68,33 % de adultos jóvenes (18 a 44 años), el nivel de conocimiento sobre políticas de salud bucal se obtuvo que se obtuvo que más de la mitad de la población encuestada presentó conocimientos aceptables en el tema. En cuanto a la relación entre nivel de conocimiento y factores socio-demográficos, es quién posee mayor porcentaje en los conocimientos adecuados. También se encontró significancia en las edades donde los adultos jóvenes poseen en su mayoría el conocimiento adecuado  $p= 0,00$ . Por último se encuentra que es significativa la relación entre el nivel académico y los conocimientos que posee la persona entrevistada  $p= 0,00$ . **Conclusiones.** En los habitantes de las comunidades de Tierra Baja, Manzanillo y Boquilla se presentó un nivel de conocimiento aceptable sobre las políticas de salud bucal. En cuanto a las prácticas en esta temática se presentaron favorables en frente de situaciones odontológicas.

**Palabras Clave:** Plan Obligatorio en Salud, Políticas, Conocimientos, Sistema General de Seguridad Social.

## INTRODUCCIÓN

La salud es un derecho fundamental para los colombianos. Este derecho es aquel que establece como principio y como regla, el deber del estado de prestar los servicios públicos tanto en salud general como en salud bucal necesarios para mantener y asegurar la salud de cada una de las personas que habitan en el país. Este derecho obliga a los gobiernos a generar condiciones en las que todos puedan vivir lo más saludablemente posible. Esas condiciones comprenden la prestación de los servicios de la salud, trabajo en condiciones seguras y dignas viviendas.

Gracias a nuestro Sistema General de seguridad social en salud tiene como eje el Plan Obligatorio de salud que es aquel conjunto básico de servicios de salud que las entidades promotoras de salud deben prestar a sus afiliados.

Dada la importancia de conocer los servicios para su utilización en materia de salud bucal muchas personas desconocen a que tienen derecho y esto puede incidir en su estado de salud bucal por todo lo anterior en la comunidad de TIERRA BAJA, MANZANILLO Y BOQUILLA que son poblaciones con bastantes necesidades nace el interés de realizar este estudio para evaluar el conocimiento y las prácticas de esta población a aquellos servicios que tienen derecho.

Teniendo en cuenta que mucha de estas comunidades son poco accesibles los servicios a la salud, es importante que los entes competentes realicen campañas de sensibilización en las comunidades y sean informadas de



aquellos servicios odontológicos que tienen derecho y que son cubiertos por la entidad de salud a que pertenecen.

Para lo cual como objetivos tenemos evaluar los conocimientos y prácticas de políticas de salud bucal en los habitantes de las comunidades de Tierra baja, Boquilla y Manzanillo. Se llevó a cabo un estudio descriptivo transversal mediante una encuesta a manera de entrevista previamente validadas que incluyo preguntas estructuradas y no estructuradas de selección única y cuadro de procedimientos odontológicos de salud bucal, donde se indago por conocimientos y prácticas sobre políticas de salud bucal en Colombia; por tal motivo dar a conocer a la comunidad científica y académica datos estadísticos de gran relevancia en estas comunidades y hacer un llamado a los entes competentes del departamento de las necesidades de dichas comunidades y de alguna forma promover salud y realizar campañas de sensibilización a los habitantes de que tan importantes es la salud bucal y las herramientas que le brinda el estado para mantener un buen estado de salud; además darles a conocer cuáles son sus derechos en salud, y que a través de su entidad de salud pueden satisfacer sus necesidades en cuanto a salud oral.

## 1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La falta de conocimiento por parte de la sociedad acerca de Salud, y en especial de la Salud Oral, es uno de los problemas más graves que afronta nuestro país hoy en día, especialmente en los sectores sociales de más bajos recursos económicos como las zonas rurales y las urbanas marginadas, donde muchas veces los programas de salud no son impartidas adecuadamente siendo uno de los factores , la difícil accesibilidad a la zona impidiendo que estos programas de salud lleguen a cada rincón del país .

El aseguramiento universal y el énfasis en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad son planteamientos que rigen la mayoría de los sistemas de salud del mundo<sup>1</sup>.

La importancia de investigar los determinantes del proceso salud enfermedad ha crecido en los últimos años, apoyada en el supuesto de que la comprensión de las condiciones que afectan la salud mejora también el conocimiento sobre las políticas y los servicios. La ciencia acumula cada vez más evidencia que demuestra como la salud de la gente está influenciada tanto por las condiciones materiales en que se desarrolla la vida sino también por el comportamiento que asumen las personas y los grupos en cada momento histórico; hay suficiente evidencia acumulada en este campo como para afirmar

---

<sup>1</sup> GOMEZ, Alfonso. La seguridad social, una realidad evolutiva: La seguridad social, según expertos. 2004, vol1, no 2, p 1-10.

que no es posible propender por una buena salud pública si no se actúa de forma decidida sobre la pobreza, la inequidad y la ignorancia.<sup>2</sup>

A partir de la constitución política de Colombia de 1991, la salud se convierte en un derecho fundamental y en un servicio público a cargo del estado; para lograrlo se debe garantizar a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, prevención, protección y recuperación por medio del aseguramiento universal. Siendo así en desarrollo de muchas reformas, acuerdos y otras que hablan a cerca de los derechos y deberes del ciudadano, como aquellos postulados constitucionales se expide la ley 100 de 1993<sup>3</sup> que en su artículo 152 define su objeto, el cual consiste en regular el servicio público esencial de la salud y crear condiciones de acceso a los servicios de educación, información y fomento de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, en cantidad, oportunidad, calidad y eficiencia de conformidad con lo previsto en el Plan Obligatorio de Salud y en el Plan de Atención Básica. Sin embargo separa la prestación de los servicios de salud en paquetes que desintegran y causan dificultades para llevar a cabo la atención integral de la persona.

El eje del Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia es el Plan Obligatorio de Salud, que corresponde al paquete de servicios básicos en las áreas de recuperación de la salud, prevención de la enfermedad y cubrimiento de ingresos de manera transitoria, prestaciones económicas,

---

<sup>2</sup> MARIN, Adiela; col. Lineamiento de política nacional para la gestión del conocimiento en salud pública. Diciembre, 2005, p 22-23.

cuando se presenta incapacidad de trabajar por enfermedad, accidentes o por maternidad.

A partir del 1 de julio de 2012 todos los colombianos, sin importar el régimen al que estén afiliados, pueden acceder a un mismo Plan Obligatorio de Salud. El POS vigente en Colombia, definido por la Comisión de Regulación en Salud, CRES, en el Acuerdo 029 de 2011, es un conjunto de: 5.874 actividades, procedimientos e intervenciones en salud y servicios hospitalarios, y más de 730 medicamentos para la atención de toda y cualquier condición de salud, enfermedad o patología para usuarios de todas las edades. Incluye un conjunto de acciones de prevención de la enfermedad y de recuperación de la salud desde la medicina preventiva hasta diversos tratamientos avanzados de todas y cualquiera de las enfermedades o condiciones que hacen necesaria la atención en salud.

Es por esto que se han hecho diversos estudios que intentan demostrar “las principales dimensiones las cuales evalúan la gestión de la EPS desde el punto de vista del usuario:

a. Proceso de afiliación. Aquí se profundiza en el trato y facilidad para afiliarse a la EPS, la evaluación y promoción del estado inicial de la salud del afiliado y los problemas para afiliar a su grupo familiar.

b. Calidad de los servicios. Se indaga a los usuarios que hayan utilizados servicios de salud a través de sus EPS en los últimos seis meses sobre el trato recibido, los tiempos de espera tanto en el proceso de solicitud de la cita, de atención y en los trámites posteriores a la misma. También se indagó sobre la posibilidad de elección del prestador de los servicios de salud.

La Promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Se dedica un capítulo a la percepción que tienen los usuarios sobre la información que reciben de las EPS en este tema y la gestión de las mismas.

d. Medicamentos y financiación. Se incluyen temas asociados con la entrega oportuna de medicamentos, la financiación de los servicios y la negación de los mismos por razones de pago.

e. Información para los usuarios. Esta sección incluye una serie de preguntas puntuales sobre la información suministrada por la EPS al usuario sobre diferentes servicios y su utilidad.

f. Representación de los usuarios. Se pregunta sobre la manera en que se ha sentido representado por la EPS ante la entidad que le presta los servicios de salud.

g. Percepción general. La encuesta incluye un conjunto de preguntas que evalúan la percepción general que tienen los usuarios de su EPS, se busca indagar sobre la confianza y reputación que los usuarios tienen de la EPS a la que se encuentran afiliados.”

Más sin embargo se ha dejado al lado lo que sabe y practica el usuario en el día a día al hacer parte de un sistema de seguridad social en salud independientemente al régimen que se pertenezca.<sup>4</sup>

Debido al vacío en el conocimiento que se presenta de la temática en la población adulta, además de la poca información de las comunidades aludida por la falta de interés y negligencia de los servicios a los que tienen derecho

---

<sup>4</sup> COLOMBIA, MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL. Encuesta de evaluación De los servicios de las EPS. Noviembre, 2012. Bogotá D, C.

por ser usuario del sistema de salud al que pertenezcan, nace la pregunta problema: ¿Cuáles son los conocimientos y prácticas sobre políticas públicas de salud bucal en los habitantes de las comunidades de TIERRA BAJA, MANZANILLO y BOQUILLA?.

## 2. JUSTIFICACIÓN

La falta de conocimiento de la población Colombiana acerca de las políticas de salud bucal en Colombia ha sido un factor determinante para que las entidades promotoras de salud hagan lo que quieren con el sistema. La falta de interés por parte de los ciudadanos han logrado que el sistema de salud vulnere todos los derechos que tiene la población, haciendo así que la población no exija algunos servicios y ellos por su propia cuenta los rechacen, por lo cual muchas veces no acuden a consultas a solicitar por lo que merecen.

De otra manera buscamos llamar la atención de los profesionales en salud y las entidades promotoras de salud para tomar conciencia de la poca preocupación que se tiene en relación con las actividades para enseñar e incentivar a la población que haga un correcto uso de los servicios de salud haciendo énfasis en la odontología. Además el conocimiento adquirido en el tema debe ser reforzado para que sus prácticas sean las adecuadas. Por eso debe indagarse por los conocimientos y prácticas sobre políticas de salud bucal para así conocer desde que punto se está partiendo en esta temática y si no se hace correctamente; tomar las medidas correctivas e incentivar a la población de conocer más sobre los servicios a los que tienen derecho para asegurar buenas prácticas sobre las políticas de salud bucal.

Al buscar un soporte bibliográfico relacionado con los conocimientos y prácticas de los habitantes en las comunidades de TIERRA BAJA, MANZANILLO Y BOQUILLA sobre las políticas de salud bucal, en la bibliografía universal, no se encontró referencias significativas en esta población solo se hace mayor se

encontró todas las resoluciones, acuerdos y leyes relacionadas al Sistema de Salud en Colombia y la trascendencia que ha tenido la Salud con el Tiempo, quedando un vacío en el conocimiento.

Por todo lo anterior se justificó esta investigación, para así tomar medidas informativas acerca del Plan Obligatorio en Salud, en la enseñanza sobre los procedimientos y servicios con los que pueden acceder siendo afiliados al sistema de general de seguridad social en salud y así demostrar a la comunidad científica cuáles son sus conocimientos acerca de los servicios odontológicos que tienen derecho y hacerle un llamado a los entes competente acerca de las necesidades existentes en dichas comunidades, sabiendo que muchas de estas comunidades son más vulnerables a que por el desconocimiento a aquellos servicios odontológicos que tienen derecho, puede ser factible la existencia de problemas en el estado de salud bucal.



### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1 OBJETIVO GENERAL**

Evaluar los conocimientos y prácticas de políticas de salud bucal en los habitantes de las comunidades de TIERRA BAJA, MANZANILLO Y BOQUILLA.

#### **3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Identificar las variables sociodemográficas de las poblaciones de estudio.
- Describir el nivel de conocimientos de los habitantes sobre las políticas públicas en salud bucal.
- Identificar las prácticas más comunes de los habitantes.
- Estimar la relación entre los niveles de conocimientos y las prácticas con las variables sociodemográficas.

## 4. MARCO TEÓRICO

En la década de los ochenta, la mayoría de los países de América Latina y el Caribe fueron tanto actores como testigos de un proceso de reformas del sector salud, impulsado principalmente por cambios epidemiológicos, demográficos y sociopolíticos, así como por propuestas de organismos internacionales dirigidas a reducir el gasto en salud<sup>5</sup>. En los años noventa, las reformas se orientaron a promover la equidad, la calidad y la eficiencia en la utilización de los recursos, descentralizar los servicios y fortalecer las instancias de participación social en el sector<sup>6</sup>. Hasta hoy, sin embargo, las evaluaciones en materia de participación social y su impacto en los sistemas de salud han sido escasas.

A nivel epidemiológico, varias poblaciones del caribe colombiano se consideran de alto riesgo para las enfermedades bucales, debido al poco acceso que tienen a los servicios de salud y a prácticas de higiene bucal inadecuadas, probablemente influidas por el contexto sociocultural en el cual están inmersos.<sup>7</sup>

La región latinoamericana se enfrenta, hoy en día, a procesos de cambio y transformaciones sin precedentes, en el marco de la globalización que ha arrojado al mundo en el nuevo milenio. Los sistemas políticos, económicos y

---

<sup>5</sup> HOMEDES, N, UGALDE, A. Why neoliberal health reform have failed in Latin America. *Health Policy*. 2005, Vol. 71, p 83-96.

<sup>6</sup> INFANTE, A, LOPEZ, D. Reforma de los sistemas de salud en América Latina y el Caribe: situación y tendencias. *En: Revista de Salud Pública de Panamá*. 2000. Vol. 8, no 1, p 13–20.

<sup>7</sup> GONZALEZ, Farith; SIERRA CARMEN y MORALES, Luz. Conocimientos, actitudes y prácticas en salud bucal de padres y cuidadores en hogares infantiles, Colombia. *En: Revista salud pública de México*. Junio 2011, vol. 53, no. 3, p 248.

sociales de los países de la región, enfrentan grandes desafíos debido a los diferentes reacomodos entre los principales bloques de poder y las nuevas reglas de juego en el escenario económico y político mundial. Específicamente en el sector salud, se aprecia con crudeza la crisis que azota a los países de la región, expresada en problemas de accesibilidad y cobertura a los servicios asistenciales y en el deterioro progresivo de la salud de la población.<sup>8</sup>

La equidad en salud no sólo abarca la distribución y acceso a los servicios, sino la capacidad de obtener salud y bienestar mediante libertades sociales y políticas, disponibilidad de agua limpia y saneamiento proporcionada por autoridades, nutrición adecuada, mejoras en las condiciones de vida (habitación y vestido) y oportunidades para educación y empleo. Todos estos aspectos se encuentran actualmente expresados en la propuesta de los Objetivos de Desarrollo del Milenio establecidos por la Organización de las Naciones Unidas (ONU) en el año 2000 y como parte del grupo de intervenciones dirigidas a mejorar los determinantes sociales de la salud.<sup>9</sup>

Desde otro punto de vista es de importancia resaltar como ha sido la evolución de los sistemas de salud en otros países del mundo, en el caso de Brasil, que la salud no era considerada un derecho social antes de la creación del Sistema Único de Salud. El modelo de salud adoptado previamente, dividía a la población en tres categorías: (I) aquellos que podían pagar por los servicios privados de salud, (II) los que tenían derecho a la salud pública porque estaban

---

<sup>8</sup> PEREZ, Jorge. La necesaria reforma de los Sistemas de Salud en América Latina. En: Revista Gaceta Laboral. 2007, Vol. 13, no. 1, p 1-15.

<sup>9</sup> SANTOS, José y FRANCO, Carlos. Iniciativas de salud en Latinoamérica: de la Oficina Sanitaria Panamericana a la Iniciativa Mesoamericana de Salud Pública. En: Revista Salud pública de México. 2011, Vol. 53, no 3, p 289-294.

asegurados por la previsión social (trabajadores con empleo formal) y (III) los que no poseían derecho alguno (3). En ese contexto, el Sistema Único de Salud se creó para proporcionar atención igualitaria en el cuidado y la promoción de la salud de toda la población brasileña. Actualmente, la legislación brasileña ha ampliado el concepto de salud, considerándolo como el resultado de diversos factores determinantes y condicionantes, tales como la alimentación, vivienda, saneamiento, medio ambiente, trabajo, ingresos, educación, transporte, esparcimiento y acceso a bienes y servicios esenciales. Por lo tanto, la gestión del SUS incluye el desarrollo de acciones conjuntas con otros sectores del gobierno como ambiente, educación, planificación urbana, entre otros; que puedan contribuir, directa o indirectamente, al logro de mejores condiciones de vida y salud para la población.<sup>10</sup>

En Colombia la ley 100 de 1993 está contemplada que la Seguridad Social Integral es el conjunto de instituciones, normas y procedimientos, de que disponen la persona y la comunidad para gozar de una calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el Estado y la sociedad desarrollen para proporcionar la cobertura integral de las contingencias, especialmente las que menoscaban la salud y la capacidad económica, de los habitantes del territorio nacional, con el fin de lograr el bienestar individual y la integración de la comunidad; .en el cual notifica en su capítulo 1 artículo 1 que el Sistema de Seguridad Social Integral tiene por objeto garantizar los derechos irrenunciables de la persona y la comunidad

---

<sup>10</sup> SILVA, Marcus. Sistema único de salud: la experiencia brasileña en la Universalización del acceso a la salud. En: Revista Perú Med Exp Salud Pública. 2009, Vol 26, no 2, p 251-57.

para obtener la calidad de vida acorde con la dignidad humana, mediante la protección de las contingencias que la afecten.<sup>11</sup>

El sistema de salud colombiano se puede concebir como una cadena de cuatro eslabones. El primero es el financiamiento, el segundo es la administración, el tercero es la regulación y el último es la prestación de los servicios. El financiamiento se centraliza en el Fondo de Solidaridad y Garantías (Fosyga), a través de dos subcuentas: una para el régimen contributivo y otra para el subsidiado. La población pertenece al sistema a través de uno de los dos regímenes. El régimen contributivo se encuentra financiado por el aporte de empleados y trabajadores independientes y da derecho a un plan de beneficios elemental o Plan Obligatorio de Salud (POS), que puede ampliar su cobertura a través de la compra de un plan complementario (medicina prepagada). El régimen subsidiado, a su vez, tiene derecho a un plan de beneficios limitado (POS subsidiado), en vías de equipararse con el POS contributivo, y obtiene su financiación de la cuenta de solidaridad del Fosyga, que deriva sus ingresos de un punto de la cotización del régimen contributivo, de un aporte de las cajas de compensación familiar, de aportes del presupuesto nacional, de rendimientos financieros, de recursos de remesas de utilidades de las exportaciones de petróleo y de recursos del IVA social. Además, el régimen subsidiado obtiene recursos de transferencias para inversión social a los municipios (ingresos corrientes de la Nación), de transferencias para inversión social a los departamentos (situado fiscal), del

---

<sup>11</sup> COLOMBIA, CONGRESO DE LA REPUBLICA. LEY 100 (23 de Diciembre de 1993). Por la cual se crea el Sistema General de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial, Bogotá, D.C. 1993, no 4114, p 1-168.

esfuerzo de los entes territoriales, de recursos de las cajas de compensación familiar y del impuesto de las armas. Según la Encuesta de Calidad de Vida del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) de 2010, el 89% de la población está afiliada al sistema de salud, con 47,5% en el régimen contributivo y 52% en el régimen subsidiado, mientras que en la Encuesta de Demografía y Salud de Profamilia la distribución porcentual entre contributivo y subsidiado fue de 40 y 44% respectivamente.<sup>12</sup>

Estudios han demostrado una gran variedad de atribuciones causales con respecto a los factores obstaculizadores y facilitadores de la participación social en salud. La gran mayoría de actores comunitarios atribuyen la escasa participación a factores que se ubican en ellos mismos y que se relacionan con los conocimientos, las actitudes y su grado de organización y cohesión. Así refieren, por ejemplo, el limitado conocimiento de la legislación y de los mecanismos de participación existentes. “Para mí lo fundamental es la falta de conocimiento” (GF 18-35 contributivo y vinculados. Alto, Tuluá). Entre las actitudes destacan la apatía y el temor ante la participación “la verdad, nosotros somos desmotivados para todo, como que nada nos motiva y menos a participar” (GF 18-35. Contributivo. Medio, Tuluá). Muchos usuarios de estratos medios y bajos, perciben como obstáculo, el temor a represalias por parte de las instituciones de salud: “Por miedo a represalias, uno no dice lo que verdaderamente está fallando”, “Por no tener problemas” (GF 18-35. Medio y bajo, Tuluá). Además, los usuarios del régimen contributivo y en edades económicamente productivas perciben la falta de tiempo como un obstáculo

---

<sup>12</sup> RIVEROS, Efraín y AMADO, Laura. Modelo de salud en Colombia: ¿financiamiento basado en seguridad social o en impuestos? En: Revista Gerencia y Políticas de Salud. Julio 2012, vol. 11, no 23, p. 111-120.

“...no nos queda tiempo para participar porque estamos trabajando...solo los pensionados lo pueden hacer...” (GF 18-35. Contributivo. Bajo, Tuluá). Otro factor considerado con mucha frecuencia como obstáculo para la participación, es la falta de cohesión de la población, la carencia de organizaciones propias y de líderes que los orienten. “Hace falta cohesión en la gente, que la gente se agrupe en juntas de participación comunitaria u organizaciones nuestras” (GF 36-55. Contributivo, medio. Tuluá) “Que haya líderes que nos orienten”. (GF 36-55. Subsidiado. Bajo, Palmira). También la mayoría de los líderes de ambos municipios, refiere la falta de cohesión social y sentido de pertenencia, como obstáculos. Además algunos líderes atribuyen la falta de participación a la politización que de esa actividad hacen algunas personas. En cuanto al personal de la salud Opinan que diversos factores actúan al tiempo pero atribuyen mayor peso a los relacionados a la población, principalmente su falta de información y de conocimiento de los mecanismos. También mencionaron con mucha frecuencia las actitudes de los usuarios, como el temor a las represalias o a estigmatizaciones por parte de la Instituciones y la apatía “Les da miedo que el funcionario los siga tratando mal o se las vaya a montar” (Gerente de EPS Tuluá). Asimismo, fueron señalados factores como falta de una cultura participativa de la gente, la falta de redes, grupos o comunidades organizadas. Algunos in-formantes, percibían la escasa disponibilidad de tiempo como limitante a la participación.<sup>13</sup>

---

<sup>13</sup> DELGADO, María; VASQUEZ, Luisa. Barreras y Oportunidades para la Participación Social en Salud en Colombia: Percepciones de los Actores Principales. En: Revista de Salud Pública. 2006, Vol. 2, no 8, p 132-133.

Otros estudios demuestran en cuanto a la percepción del aseguramiento brindado por las EPS del Régimen subsidiado. Existe un convencimiento acerca de las bondades de estar afiliado al RS. El 63 % de los encuestados considera que el RS le garantiza el derecho a la salud. De la misma manera, el 67 % de los encuestados manifestó conocer las formas de acceso al Régimen Subsidiado. El 47 % de los usuarios encuestados considera que la inclusión en el Régimen Subsidiado es producto de un derecho, el 20 % de los encuestados considera que es por gestión de la alcaldía, mientras que el 11 % considera que la inclusión de las personas es gracias a la gestión comunitaria y el 15 % de la población encuestada atribuye a terceros (amigos y políticos) el acceso al aseguramiento en el Régimen Subsidiado.

En cuanto a la efectividad del aseguramiento, dos tercios de los encuestados manifestaron desconocer la red prestadora de servicios de salud de la EPS del Régimen Subsidiado a la cual están afiliados. En cada EPS del Régimen Subsidiado menos de la mitad de los afiliados encuestados conoce la red prestadora de servicios de salud. El 15 % de los encuestados considera que algunas veces las EPS del Régimen Subsidiado han defendido sus derechos y otro 15 % considera que la defensa de sus derechos ha sido más frecuente, el resto de los usuarios encuestados no se sienten capacitados para opinar respecto al papel que juega la EPS del Régimen Subsidiado en cuanto a la defensa de sus derechos.

A la hora de evaluar cada una de las EPS del Régimen Subsidiado, los usuarios expresan que los ejercicios de evaluación de satisfacción de usuarios por parte de las EPS del Régimen Subsidiado en el municipio son esporádicos.



Ninguna de las EPS del Régimen Subsidiado es vista como receptora de las inquietudes de los usuarios.

Al indagar acerca de la opinión en cuanto a la oportunidad del servicio, uno de cada tres usuarios encuestados contestó que algunas veces es atendido oportunamente, el 21 % respondió que siempre es atendido a tiempo y el 10 % calificó la atención de inoportuna. Un tercio de los encuestados no opinó respecto al tema. Por otro lado, más de la mitad de los afiliados en todas la EPS del Régimen Subsidiado del municipio no conocen los programas de promoción y prevención.<sup>14</sup>

La insuficiente información sobre deberes, derechos y beneficios recibidos por los afiliados, la imposibilidad de los afiliados para la elección de ARS, la poca o nula participación de los afiliados en organizaciones comunitarias tipo veedurías ciudadanas o asociaciones de beneficiarios, y el desconocimiento casi total sobre programas de promoción y prevención, temas estos que claramente limitan la accesibilidad a los servicios de salud y dificultan el verdadero control social del sistema. Es bueno destacar cómo en la mayoría de estos trabajos se encuentra un alto nivel de satisfacción de los usuarios, el cual se manifiesta por las pocas quejas que se presentan.<sup>15</sup>

Se evaluó la cobertura de afiliación al régimen subsidiado y se determinó la accesibilidad a los servicios de salud en la población más pobre y vulnerable

---

<sup>14</sup> GUZMAN, Nelson, ESTRADA, Luis y OROZCO, Julio. Percepción sobre el Derecho a la Salud y Acceso a Servicios en Usuarios del Régimen Subsidiado en un Municipio Colombiano. En: Revista Salud Pública. 2005, Vol. 3, no 10, p 389-391.

<sup>15</sup> RAMIREZ, Humberto, et al. Evaluación de la cobertura de afiliación y accesibilidad a los servicios de salud de los afiliados al régimen subsidiado en el municipio de Medellín. En: Revista Colombia Médica. 2001, Vol. 32, no 1, p 10-13.

del municipio de Medellín. Es un estudio evaluativo-descriptivo de tipo transversal mediante la aplicación de una entrevista semi-estructurada a una muestra representativa de 1,200 afiliados seleccionados aleatoriamente con afijación proporcional en las zonas, comunas y corregimientos de Medellín. Incluyó el análisis de 223,459 registros de afiliados al régimen subsidiado extraídos de las bases de datos para la obtención de los indicadores de cobertura. El estudio arrojó los siguientes resultados: insuficiente información sobre deberes, derechos y beneficios recibida por los afiliados, la imposibilidad para la elección de Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS), la poca o nula participación de los afiliados en organizaciones comunitarias tipo veedurías ciudadanas o asociaciones de beneficiarios y el desconocimiento casi total sobre programas de promoción y prevención, temas estos que claramente limitan la accesibilidad a los servicios de salud y dificultan el verdadero control social del sistema. Por cada 100 personas afiliadas a SISBEN nivel I y II se tienen registros de 46 afiliados al régimen subsidiado de la Secretaría Municipal de Salud de Medellín, verdadero objetivo de este régimen.<sup>16</sup>

Diversos tipos de estudios muestran el impacto del aseguramiento en la utilización de servicios de salud, así como en el tipo de servicios que utilizan. Los estudios sobre determinantes señalan diferencias significativas estadísticamente en la probabilidad de utilizar los servicios, principalmente entre población asegurada y no asegurada (16-18,21,23,24,27,28). En cambio,

---

<sup>16</sup> RAMIREZ, Humberto; VELEZ, Sierra y VARGAS, Virgilio. Evaluación de la cobertura en aseguramiento y accesibilidad a los servicios de salud de los afiliados al régimen subsidiado en el municipio de Medellín. *En*: Colombia Médica. 2001, Vol 32, no 1, p 10 - 13.

las diferencias entre regímenes de afiliación son menores o no significativas, según la mayoría de estos modelos.

Los estudios de desigualdades en la utilización también muestran diferencias en la probabilidad de que una persona enferma reciba atención médica, principalmente entre los asegurados y los que no lo están (25,28). La utilización por tipo de servicio también varía según el tipo de aseguramiento: la probabilidad de hospitalización es más baja para los no asegurados que para los afiliados subsidiado y para éstos, menor que para los del contributivo (30); el porcentaje de pacientes que no recibe medicamentos es mayor entre los no asegurados que entre los asegurados subsidiados y los contributivos (28,30); y la utilización de servicios preventivos es menor para la población no asegurada (21,23,38).<sup>17</sup>

Otros estudios se ocupan de las desigualdades e inequidades en el acceso, utilización y calidad de los servicios de salud. Estos incluyen usualmente servicios de consulta externa, hospitalización, exámenes de laboratorio y medicamentos<sup>42-45</sup>. Con respecto al efecto de la afiliación en el año 2003, el Coeficiente de Gini pasó de 0,587 a 0,553. Según el tipo de afiliación, en el mismo año, en el régimen subsidiado, el Gini pasó de 0,461 a 0,391, o sea, se redujo 0,07. Los autores explican los resultados por los subsidios cruzados entre la población del régimen contributivo; por el punto de solidaridad de los afiliados al régimen contributivo; y, los subsidios al régimen subsidiado y los vinculados. Todo lo anterior sugiere resultados positivos con respecto a la

---

<sup>17</sup> VARGAS, Ingrid y VAZQUEZ, María. Acceso a la atención en salud en Colombia. En: Revista salud pública. 2010, Vol 12, no, 5, p 701-712.

cobertura, el acceso a consulta, la protección financiera y el salario. Pero, una vasta experiencia sugiere que, incluso en los países desarrollados y en aquellos que han logrado la universalidad en el sistema de salud desde décadas atrás, persisten problemas de equidad en la atención que deben ser afrontados. Si bien es aceptado que los sistemas de salud benefician la salud de la población, es motivo de discusión que tanto inciden<sup>46-49</sup>, debido a las múltiples determinaciones de esta última<sup>50-55</sup>. En la línea de la reflexión anterior, la aproximación al análisis de los resultados e impactos de un sistema de salud, incluye, por una parte, los aspectos que reflejan el desarrollo del sistema de salud en el marco de las funciones que está llamado a cumplir en la provisión de servicios curativos, preventivos y de promoción, el financiamiento pro-equidad y la dirección o rectoría del sistema, en el entendido que estos aportan al mejoramiento de la salud individual y poblacional.<sup>18</sup>

El aumento de las coberturas del aseguramiento, que ha sido presentado como el gran logro de la reforma, tiene múltiples limitaciones. La primera de ellas es la inequidad estructural en los paquetes de servicios, que ofrecen menos a quienes más necesitan, lo cual ya implica una seria barrera de acceso para los más pobres. Por supuesto, las presentaciones de los porcentajes de cobertura logrados con el aseguramiento, cuando no explicitan estas limitaciones, no reflejan la realidad y son desorientadoras.

La segunda, es la falsedad de suponer que el estar asegurado implica tener acceso a los servicios de salud y menos aún a servicios de calidad. Lo primero está ampliamente documentado por los análisis realizados por la Defensoría

---

<sup>18</sup> AGUDELO CALDERON, Carlos, et al. Sistema de salud en Colombia: 20 años de logros y problemas. En: Ciencia & Salude Coletiva. 2011, Vol. 16, no 6, p 2817-2828.

del Pueblo que demuestran que el 53% de las tutelas entre 2006 y 2008 correspondieron a servicios cubiertos en el POS y negados por las aseguradoras y por numerosas investigaciones que arrojan serias dudas sobre la calidad de la atención.

En cuanto a la mayor equidad en el aseguramiento mediante la disminución en los diferenciales urbano-rurales, por edad y nivel educativo, igualmente tiene que ser relativizado debido a que los diferenciales se han disminuido fundamentalmente a costa del aseguramiento subsidiado que es el que menor cobertura de servicios ofrece.<sup>19</sup>

La sentencia de la Corte constitucional del 2008 (T-760) y la emergencia social para salud de 2009 (declarada por el gobierno colombiano mediante el decreto 4975) abrieron una nueva fase de la reforma sectorial de salud colombiana y avivaron el debate sobre el derecho a la salud y las fallas del sistema de salud colombiano, dadas las irregularidades en temas como el precio de los medicamentos, quizá lo más grave coyunturalmente, además de las fallas estructurales del sistema de salud colombiano, denunciadas desde el inicio de aplicación de la ley 100 de 1993. A la postre, la Corte constitucional (Sentencias C-252 y C-253 de 2010) declara inexecutable los decretos de la emergencia social pero deja vigentes algunos de sus efectos. Pero la salud y la reforma se mantienen como tema prioritario en la agenda política. No podemos olvidar que detrás de la reforma del sector salud en Colombia se han escondido actores muy poderosos que tras bambalinas y en un Estado corporativo han tenido siempre la capacidad de incidir en las decisiones del gobierno (1). En

---

<sup>19</sup> YEPEZ, Francisco. Luces y sombras de la reforma de la salud en Colombia. Ley 100 de 1993. En: Revista Gerencia Política en Salud. Junio 2010, Vol. 9, no 18, p 118-123.

este tinglado de preocupación y debate, se expide por el Congreso de la República de Colombia, la ley 1438 del 19 de enero del 2011 (2), quedándole mucho trecho por recorrer en la reglamentación y muchísimo más en la implementación, sin que se logre efectivamente jugar y papel reformador en la práctica subsanando las falencias y críticas que se ciernen sobre el sector salud provenientes de los más disímiles actores y sectores socio sanitarios.<sup>20</sup>

El aseguramiento no es garantía de acceso a los servicios de salud. Detrás de las afirmaciones por parte de los actores entrevistados en relación con el rol de las entidades responsables del aseguramiento, subyace un escenario donde hay un entramado de relaciones complejas, en las cuales, el valor predominante es el de las fuerzas de un mercado que se impone al derecho a la salud de la población, afectando el acceso a los servicios. Aunque se percibe que el nuevo modelo de aseguramiento dio la oportunidad a los pobres para acceder a algunos servicios que antes no tenían, especialmente a aquellos con utilización de tecnología de alto costo, son muchas las voces que hablan de la falta de accesibilidad real, oportunidad y eficiencia en la prestación de los servicios de salud.

De lo manifestado por los entrevistados se puede concluir que el aseguramiento como estrategia para re conocer los derechos de la atención en salud, fue convertido por las aseguradoras en un fin en si mismo y perdiendo su función de medio para el acceso y privilegiando sus intereses económicos sobre la obligación de promover, recuperar y mantener la salud de sus afiliados entregada por el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Además, el

---

<sup>20</sup> FRANCO, Álvaro. La última reforma del sistema general de seguridad social en salud Colombiano. En: Revista Salud Pública. 2012, Vol. 14, no 5, p 865-877.

incremento en coberturas en afiliación está atravesado por fenómenos como: segmentación de la población por esquemas de aseguramiento; planes de beneficios diferenciales por tipo de afiliación que perpetúan la inequidad; fragmentación de dichos planes por las EPS en los procesos de contratación; multifiliación a la que recurre la población, que subsecuentemente, margina de las posibilidades de acceso a otros pobres. La gestión del aseguramiento centrada en la rentabilidad conduce a la afiliación de población con perfil de baja siniestralidad, la imposición de mecanismos de contención de costos en detrimento de la calidad de la atención y a la transferencia del riesgo financiero a los prestadores. Similares hallazgos fueron obtenidos por Vega quien afirma que “la actual reforma del sistema de salud tuvo como uno de sus objetivos establecer las condiciones para la intervención de las fuerzas del mercado en el sector. He sostenido también que estas fuerzas han legitimado un sistema que, a largo plazo, parece generar nuevas desigualdades, y coartar el desarrollo de la libertad de las comunidades y de los individuos”. El modelo de atención que sustenta el Sistema General de Seguridad Social en Salud, desatiende a las particularidades de contexto geográfico, social y cultural de los colombianos, desnuda la carencia de políticas públicas sólidas que atiendan a las peculiaridades regionales y viola lo establecido por la Corte Constitucional que consagra el derecho a la salud como un derecho fundamental en conexidad con el derecho a la vida, incurriendo de manera sistemática en la negación la posibilidad de un acceso real a los servicios de salud.<sup>21</sup>

---

<sup>21</sup> VARGAS, Julián y Molina, Gloria. Acceso a los servicios de salud en seis ciudades de Colombia: limitaciones y consecuencias. En: Facultad Nacional de Salud Pública. Julio 2009, Vol. 27, no 2, p 121-130.

En el artículo 162 de la ley 100/93, crea las condiciones de acceso a un Plan Obligatorio en Salud para todos los habitantes del territorio colombiano antes de 2001, su objetivo es la atención integral de las familias, en fases de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. La normativa constitucional y la Ley 100/93 configuran el marco normativo del cual se derivan los demás instrumentos de políticas públicas para la garantía de protección del derecho de la salud en Colombia.

La insuficiente información sobre derechos, deberes y beneficios recibida por los afiliados, la imposibilidad de los mismos para elegir las ARS, la poca o nula participación de los usuarios en organizaciones comunitarias y el desconocimiento de los programas de promoción y prevención, limitan la accesibilidad de los servicios de salud y dificultan el verdadero control social del sistema.<sup>22</sup>

La ley 715 de 2001, reglamenta el sistema general de participantes con el fin de financiar los servicios de salud para la población clasificada como pobre y vulnerable (régimen subsidiado de salud), señala que la gestión en salud pública es función esencial del estado y con tal fin la nación y las entidades territoriales concurrirán en su ejecución.<sup>23</sup>

---

<sup>22</sup> BARAJAS, Cesar y RIOS, Nelcy. Diagnóstico sobre la utilización del Plan Obligatorio de Salud por parte de los usuarios del servicio de consulta externa de E.S.E Hospital Regional Manuela Beltrán en el Municipio del Socorro. Trabajo de Grado para optar el título de especialista en Gerencia en Salud. Bucaramanga: Universidad Industrial de Santander. Facultad de Ciencias Humanas. Escuela de Economía y Administración, 2010. 137p.

<sup>23</sup> VELEZ, Alba. El derecho a la salud: políticas Públicas y percepción de actores y Grupos de población. Del papel a La realidad. Manizales 2008. Junio 2009, Vol. 1, no 1, p 68-92.



De acuerdo con la Encuesta Nacional de Calidad de Vida realizada en 2008, 14.5% de los encuestados reportaron haber estado enfermos en algún momento durante los últimos 30 días previos a la encuesta 21 de ellos, 77.9% acudieron a un médico general, especialista, odontólogo, terapeuta o institución de salud. Entre estos, 18.7% debieron costear la enfermedad con recursos propios y/o familiares, 58% la entidad de seguridad social a la que está afiliado les cubrió los costos de atención y tan solo un 0.9% hizo uso de medicina prepagada. Entre quienes no solicitaron atención médica, las razones para no hacerlo fueron, en primer lugar (47.0%) que el caso era leve y, en segundo lugar (24%) la falta de dinero. El Primer Informe Nacional de Calidad de la Atención en Salud INCAS Colombia 2009, presenta indicadores de calidad para el primer semestre de 2009 relacionados con accesibilidad, calidad técnica, gerencia del riesgo y satisfacción tanto para aseguradoras como prestadores.<sup>22</sup> En cuanto a la oportunidad para la asignación de citas de consulta médica general, el menor tiempo de espera promedio lo tuvieron las EPS del régimen subsidiado con 2.6 días y las peor libradas fueron la medicina prepagada con 3.0 días y el régimen contributivo con 3.2 días. El número promedio de días de espera para la asignación de cita de consulta médica especializada fue de 4.9 días en el régimen subsidiado, 9.8 en el régimen contributivo y 3.1 en la medicina prepagada. Las EPS del régimen contributivo tuvieron la más alta calificación en la entrega oportuna de medicamentos con una calificación de 93.3% versus 88.4% del régimen subsidiado. Respecto a la tasa de satisfacción global medida como el número de afiliados satisfechos sobre el total de afiliados encuestados, la medicina prepagada obtuvo una tasa

de 94.5%, seguida por las EPS del régimen contributivo, con 93.6% y el régimen subsidiado con 82%.

Pionera en América Latina, la reforma colombiana iniciada en 1993 se ha ido transformando de manera paulatina aun cuando su esquema fundamental se ha preservado durante los últimos 17 años. Puede decirse que las modificaciones introducidas desde entonces han tenido como objetivo fortalecer el proceso de implantación del nuevo sistema de seguridad social y tratar de resolver algunos de sus problemas más apremiantes. El planteamiento esencial de la reforma, construida sobre un esquema de participación público-privada en el que la obligatoriedad de la afiliación al SGSSS se suma a los principios de solidaridad de los mecanismos de cotización, financiamiento y prestación (existencia de los dos regímenes de afiliación, definición de la unidad de pago por capitación y del paquete obligatorio de servicios), parecería sentar las bases para alcanzar la universalización de la seguridad social. La existencia de un plan de beneficios explícito como el POS, que materializa el derecho a la salud en una oferta de servicios concreta y exigible, se considera una innovación en el contexto regional. La rectoría del Estado a través del ministerio del ramo y organismos como el CNSSS y ahora la CRES, junto con la creciente participación del sector privado dentro de un mercado cada vez más competitivo tanto del aseguramiento como de la prestación de los servicios, se plantearon como cimientos de la eficiencia y la calidad en el sistema de salud. El proceso de reforma representa una profunda transformación institucional que rompió con el modelo tradicional que segmentaba las poblaciones según su estatus laboral o

su empleador. En ese esquema, cada grupo de la población era atendido por una institución diferente que integraba verticalmente las funciones de un sistema de salud (financiamiento, aseguramiento, provisión). La nueva estructura adoptada en Colombia cubre a toda la población en un mismo esquema sin discriminación por estatus laboral, introduce mecanismos de solidaridad en el financiamiento y habilita la competencia al darle al ciudadano la libertad de elegir su EPS.

Este cambio trajo grandes retos institucionales dentro de los que destacan el cambio organizacional de los hospitales y aseguradores públicos para operar en un entorno de competencia, y la necesidad desarrollar una mayor capacidad regulatoria y de supervisión por parte del Estado.

A partir de 2007 el Sistema General Seguridad Social en Salud nuevamente es objeto de modificaciones legales tanto en la estructura institucional como en definiciones de aspectos tan concretos como el contenido del POS, los montos de la UPC, la comisión de regulación y la integración vertical ente EPS e IPS, así como en establecimiento de nuevas fuentes de recursos para lograr la universalidad e igualar los planes de beneficios entre regímenes.<sup>24</sup>

Con la expedición de la Ley 100 de 1993 que creó el Sistema General de Seguridad Social en Salud se dio paso al modelo conocido bajo el nombre de Pluralismo Estructurado, que combina el aseguramiento basado en la relación salarial (Régimen Contributivo), con subsidios a la demanda para la población pobre (Régimen subsidiado). Entre las ideas capitales de la reforma estaba la

---

<sup>24</sup> GUERRERO, Ramiro, et al. Sistema de salud de Colombia. En: Salud Pública de México. 2011, Vol. 53, no 2, p 153-154.

de crear un conjunto de instituciones para responder a las funciones propias de las compañías aseguradoras, y por ende a las administradoras de riesgo: la función de agencia aseguradora, la de compradora de servicios de salud a nombre de los consumidores y la función de solidaridad.

El Plan Obligatorio de Salud se constituye en un instrumento para el goce efectivo del derecho a la salud y la atención en la prestación de las tecnologías en salud que cada una de estas entidades garantizará a través de su red de prestadores, a los afiliados dentro del territorio nacional y en las condiciones de calidad establecidas por la normatividad vigente. Además el Plan Obligatorio de Salud es el conjunto de tecnologías en salud a que tiene derecho, en caso de necesitarlo, todo afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud y cuya prestación debe ser garantizada por las entidades promotoras de salud.<sup>25</sup>

La Ley en mención define a las Entidades Promotoras de Salud como entidades de naturaleza pública, privada o mixta, responsables de la afiliación y el registro de los afiliados y del recaudo de las cotizaciones. Su función básica es organizar y garantizar directa o indirectamente, la prestación del Plan Obligatorio en salud (POS) a los afiliados y girar, dentro de los términos previstos en la Ley, la diferencia entre los ingresos por cotizaciones y el Valor de las correspondientes Unidades de Pago por Capitalización (UPC) al Fondo de Solidaridad y Garantía. Estas instituciones deben cumplir fundamentalmente dos tipos de funciones: la gestión del aseguramiento y la protección de la salud, en el sentido que deben desarrollar un plan de protección de la salud de los

---

<sup>25</sup> COLOMBIA, COMISION DE REGULACION EN SALUD. ACUERDO NUMERO 029 (28, Diciembre, 2011). Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio en Salud de los Regímenes contributivo y Subsidiado. Bogotá: Comisión, 2011, p 1-28.

beneficiarios que deberá ser garantizado en forma directa o por medio de contratación con terceros.

Que la actualización y aclaración del Plan Obligatorio de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado es parte de un proceso dinámico, sistemático, participativo, continuo y permanente para el cual se han establecido metodologías y procesos técnicos que garantizan que los planes obligatorios de salud respondan a las necesidades de los afiliados, teniendo en cuenta su financiación con la Unidad de Pago por Capitación, la sostenibilidad financiera del Sistema y los recursos existentes en el país.

Según el acuerdo 029 de 2011 en su artículo 5 explica cuáles son los principios generales del plan obligatorio de salud. Los principios generales del plan obligatorio de salud son:

**Integralidad.** Toda tecnología en salud contenida en el Plan Obligatorio de Salud para la promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de la enfermedad, incluye lo necesario para su realización de tal forma que se cumpla la finalidad del servicio, según lo prescrito por el profesional tratante.

**Territorialidad.** Toda tecnología en salud contenida en el Plan Obligatorio de Salud está cubierta para ser realizada dentro del territorio nacional.

**Complementariedad.** Las acciones contenidas en el Plan Obligatorio de Salud deben proveerse de manera que complementen las acciones individuales o

colectivas de otros planes de beneficios del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

**Pertinencia demográfica y epidemiológica.** Las prestaciones que componen el Plan Obligatorio de Salud deben corresponder a las tecnologías en salud que conduzcan a la solución de los problemas de mayor relevancia en cuanto a estructura etaria, morbimortalidad y carga de enfermedad.

**Costo-efectividad.** Las prestaciones que componen el Plan Obligatorio de Salud deben corresponder a las tecnologías en salud que guarden la relación más segura y efectiva entre los resultados clínicos esperados y los costos.

**Eficiencia y sostenibilidad financiera.** Las tecnologías en salud incluidas en el Plan Obligatorio de Salud deben garantizar la óptima relación entre los recursos disponibles y los mejores resultados alcanzables en salud y que sean social y económicamente viables para el país.

**Participación.** Se garantiza la participación de la comunidad médica, los usuarios, los prestadores de servicios de salud, los aseguradores y demás agentes del sistema en la actualización integral del Plan Obligatorio de Salud.

**Transparencia.** Los agentes del Sistema General de Seguridad Social en Salud que participan en la construcción, definición, aplicación, seguimiento y evaluación del Plan Obligatorio de Salud, deben actuar de manera proba e íntegra, reportando con calidad y oportunidad la información correspondiente y dando a conocer a los usuarios los contenidos del Plan Obligatorio de Salud conforme a lo previsto en el presente Acuerdo.

Competencia. El profesional de la salud tratante es el competente para determinar lo que necesita una persona en las fases de atención, promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de la enfermedad, sustentado en la seguridad, eficacia y efectividad de las tecnologías en salud.

Corresponsabilidad. El usuario es responsable de seguir las instrucciones y recomendaciones del profesional tratante y demás miembros del equipo de salud, incluyendo el autocuidado de su salud, para coadyuvar en los beneficios obtenidos del Plan Obligatorio de Salud. De cualquier manera, no será condicionante del acceso posterior a los servicios la inobservancia de las recomendaciones del tratamiento prescrito.

Calidad. La provisión de las tecnologías en salud a los afiliados del Sistema General de Seguridad Social en Salud se debe realizar cumpliendo los estándares de calidad de conformidad con la normatividad vigente.<sup>26</sup>

Actualmente con el presente documento la unidad administrativa especial Comisión de Regulación en salud, informa el proceso de actualización integral del Plan Obligatorio de Salud (POS) adelantado en el año 2011. El derecho a la salud en Colombia se ha venido concretando en la medida que el Estado ha avanzado en dar garantías de protección a las personas mediante su reconocimiento referente a la satisfacción de sus necesidades. En efecto, desde la Constitución Política de 1886, ya se concibió la seguridad social como la asistencia pública prestada por el Estado a quienes careciendo de medios de

---

<sup>26</sup> Ibid., p.5

subsistencia y de derecho para exigirla de otras personas estuvieren físicamente incapacitados para trabajar, dejando al desarrollo legal la determinación de la forma y los casos en que debía darla directamente el Estado.<sup>27</sup>

Es así como en el año 1993, con la Ley 100, se dan los lineamientos de la reforma de salud que nos lleva a la actualidad, donde Colombia tiene un Sistema Integral de Seguridad Social, que a su vez contempla un Sistema General de Seguridad Social en Salud, con un modelo de aseguramiento unificado para todos los habitantes del territorio nacional prestado a través de dos regímenes: uno contributivo, al cual se afilian las personas con capacidad de pago y otro, financiado por el Estado bajo el esquema de subsidios que garantiza prestaciones asistenciales a la población pobre y vulnerable. Para la efectividad de la atención en salud el Sistema General de Seguridad Social en Salud cuenta con Entidades Promotoras de Salud (EPS) que tienen la obligación de administrar el riesgo de enfermar de su población afiliada y conformar una red integrada por instituciones prestadoras de servicios de salud encargadas de brindar los servicios contemplados en el Plan Obligatorio de Salud (POS).<sup>28</sup>

Tal como lo establece la Ley 100 de 1993, la cobertura universal de la Seguridad Social en Salud en Colombia y la unificación de los planes de beneficios de los regímenes contributivo y subsidiado debe darse de manera gradual y progresiva. Directriz que fue complementada por la Ley 1438 de

---

<sup>27</sup>COLOMBIA, COMISION DE REGULACION EN SALUD. ACUERDO NUMERO 029 (28, Diciembre, 2011). Por la cual se establecen metodología para la actualización integral del Plan Obligatorio de salud del sistema General de seguridad social en salud.. Bogotá: Comisión., 2011, p 1-38.

<sup>28</sup> Ibid.,p 34.



2011, en donde se estableció que el Sistema General de Seguridad Social en Salud debía alcanzar la cobertura universal en los niveles I, II y III del Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales - SISBEN en los siguientes tres años, buscando el acercamiento progresivo de los contenidos de los planes de beneficios de los dos regímenes, con tendencia hacia el que se encuentra previsto en el Régimen contributivo.

La unificación de los planes de beneficios es el proceso de equiparación del “acceso a los servicios de salud contenidos en el Plan Obligatorio de Salud del régimen contributivo definido por la Comisión de Regulación en Salud - CRES; el cual debe cubrir a la población afiliada al régimen subsidiado y la población potencial elegible, de conformidad con las normas vigentes” (Decreto 965 de 2010, Art. 2). Garantizar la prestación de los servicios de salud adicionales que se constituyen en derechos para la población afiliada del régimen subsidiado lo anterior implica un ajuste en términos de la Unidad de Pago por Capitación – UPC.

Garantizar la prestación de los servicios de salud adicionales, que se constituyen en derechos para la población afiliada del régimen subsidiado, implica un ajuste en términos de la Unidad de Pago por Capitación – UPC por corresponder al valor que se reconoce por cada uno de los afiliados al sistema general de seguridad social en salud. Este valor permite a las entidades aseguradoras gestionar el riesgo asociado a los costos de atención de sus afiliados y tener un margen para los gastos de administración. Esto no quiere decir que sea el valor del Plan Obligatorio de Salud, por el contrario es en una

prima que garantiza a las EPS el pago de los gastos y genera un margen razonable para cumplir la función de administración (CID-UN, 2009).

En ese sentido, el Gobierno Nacional ha llevado a cabo esfuerzos importantes para que toda la población del Régimen subsidiado tenga los mismos beneficios en salud que tiene la población del Régimen contributivo. Sin embargo, a pesar de ello, la Honorable Corte Constitucional en el año 2008 indicó mediante la sentencia T-760 que después de 15 años los esfuerzos han sido insuficientes y ordenó de forma expresa que para lograr la unificación entre los dos regímenes se debía definir un programa y un cronograma de trabajo con el año 2015 como límite, teniendo en cuenta las prioridades de la población según estudios epidemiológicos y la sostenibilidad financiera de la ampliación de la cobertura dada por la UPC y las demás fuentes de financiación.

En cumplimiento de tales órdenes, la CRES analizó técnicamente la posibilidad de hacer extensible al régimen subsidiado los servicios que actualmente estaban cubriendo a la población del régimen contributivo, recogiendo el efecto incremental en los costos generados por la ampliación de los beneficios para los afiliados sobre la Unidad de Pago por Capitación, de tal forma que permitiera la financiación de tales servicios, cumpliendo con los criterios de sostenibilidad financiera.

Fue así como avanzando con el proceso de unificación gradual, el primer grupo de población seleccionado y definido en el cronograma fue la población entre uno y doce años de edad (Acuerdo 004 y 005 de 2009) . El segundo, establecido mediante el Acuerdo 11 de 2010 y de conformidad con las

instrucciones impartidas por la Honorable Corte Constitucional en el Auto 342 de 2009, fue la población mayor de doce y menor de dieciocho años de edad. El tercer grupo de población incorporado fue la población de sesenta años y más (Acuerdo 027 de 2011).

Adicionalmente, el Decreto 965 de 2010 definió la necesidad de un plan básico, sostenible y progresivo para la unificación completa y gradual del territorio nacional y para la optimización del flujo de recursos financieros del régimen subsidiado. Es así como se encargó al Ministerio de la Protección Social (hoy Ministerio de Salud y Protección social) junto con el Ministerio de Hacienda y Crédito Público para que siguieran las condiciones reglamentadas en este Decreto para seleccionar los municipios de trabajo inicial. Como resultado fueron seleccionados como entidades territoriales para las pruebas piloto del año 2010, el Distrito Especial, Industrial y Portuario de Barranquilla y el Distrito Turístico, Histórico y Cultural de Cartagena; los cuales se formalizaron mediante los Acuerdos 12 y 13 de 2010 de la CRES.

No se puede dejar de lado que la unificación gradual y sostenible de los planes de beneficios ha sido el resultado de una política pública que concurrió en distintas entidades del orden nacional y territorial, a través de las orientaciones contenidas en la Ley 1438 de 2011 y la Ley 1450 de 2011 del Plan Nacional de

Desarrollo 2010 – 2014. Así mismo, la Ley 1393 de 2010 indicó que la unificación debería alcanzarse en todo caso en el año 2015.<sup>29</sup>

La metodología de actualización integral del POS, para efectos de la identificación de necesidades en salud tiene como eje el análisis de la carga de la enfermedad, acorde también con los lineamientos normativos y de la Honorable Corte Constitucional, expresados en este sentido en la sentencia T-760 y los autos subsiguientes.

Los análisis de carga de la enfermedad nos aportan información más detallada en relación con los años de vida saludable perdidos como consecuencia de la discapacidad o de la mortalidad, siendo un avance importante frente a los análisis que anteriormente se adelantaban para el desarrollo de política en salud que tenían un enfoque clínico que se centraba en la disminución de la mortalidad, y las intervenciones eran evaluadas en términos de mortalidad evitada, la cual era comparada con la esperanza de vida y de ahí se calculaban los años de vida ganados con la intervención. Posteriormente se empezó a argumentar que la disminución de la mortalidad no podía ser el único objetivo de un sistema de salud, por lo cual se introdujo el concepto de calidad de vida. Es decir, no basta con ganar años de vida disminuyendo mortalidad, sino que también es necesario disminuir el efecto de la discapacidad ya sea temporal o

---

<sup>29</sup> COLOMBIA. COMISION DE REGULACION EN SALUD. Estudio técnico para la estimación de la UPC del régimen subsidiado para la unificación de los planes de beneficios del grupo de 18 a 59 años. Bogotá. D.C, Carlos Garzón, 2012.

permanente, derivada de las condiciones de salud de los individuos habíamos señalado. La Organización Mundial de la Salud junto con el Banco Mundial realizaron un estudio en el año 1993 en donde se mide la carga global de la morbilidad (CGM), que en Colombia se definió como carga de enfermedad (CE), combinando: 1) las pérdidas de vida por muerte prematura, que se define como la diferencia entre la edad real al momento de morir y la esperanza de vida a esa edad en una población de baja mortalidad, y 2) la pérdida de vida saludable resultante de la discapacidad. La Carga Global de Morbilidad –CGM- se mide en unidades denominadas años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) o también conocidos como AVISA.

Dentro de los antecedentes de nuestro Sistema de Salud, el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud –CNSSS- adoptó como principio guía de orientación del Plan Obligatorio de Salud, la inclusión de servicios que conduzcan a la solución de problemas de mayor relevancia en cuanto a morbilidad, número de años perdidos por discapacidad o muerte temprana y costo efectividad (Artículo 6. Acuerdo 8/1994 CNSS), como indicamos en la introducción.

Es indiscutible que a pesar del mejoramiento de la salud en Colombia y el mundo, acorde con el progreso de las condiciones de vida, no es suficiente, y se evidencia en los cálculos de carga de enfermedad que sigue existiendo una elevada carga como consecuencia de la muerte prematura y la discapacidad derivadas de las condiciones de salud y otros factores que intervienen en dichos resultados. El concepto de AVISA, se constituye en un indicador válido para este objetivo de identificar las necesidades en salud, toda vez que incluye

la medición de cualquier consecuencia para la salud que represente una pérdida de bienestar tanto por la discapacidad que pueda producir como por muerte prematura; considera como únicas variables que modulan este indicador las de edad y sexo, y como indicador permite la comparación de resultados en salud. Derivado del estudio en referencia tenemos que: “Un AVISA correspondería a un año de vida sana perdido y la medición de la carga de enfermedad por este indicador significaría la brecha existente entre la situación actual de salud de una población y la ideal en la que cada miembro de esa población podría alcanzar la vejez libre de enfermedad y discapacidad, Igualmente, dentro del proceso de evaluación integral del POS se identificaron algunas tecnologías que ya estaban incluidas en el POS bajo otra concentración y/o forma farmacéutica, siendo necesario estudiar su ampliación, así como también, otras tecnologías que requerían análisis para posible ampliación de coberturas u otras precisiones derivadas del análisis del articulado del Acuerdo 008 de 2009. Es así como, las necesidades en salud de una población parten de un debate sobre la política sanitaria en la cual se analizan dichas necesidades y la magnitud de los problemas en salud que aquejan la población.<sup>30</sup>

A partir del 1 de julio de 2012 las prestaciones asistenciales en salud para la población de 18 a 59 años afiliada al régimen subsidiado, serán las contenidas en el Plan de Beneficios del Régimen Contributivo<sup>31</sup>

---

<sup>30</sup> COMISION DE REGULACION EN SALUD. Informe técnico de Actualización integral del plan obligatorio de salud del sistema general de seguridad social en salud. Bogotá D.C, 2011.

<sup>31</sup> COLOMBIA, COMISION DE REGULACION EN SALUD. Acuerdo número 032. (17, Mayo, 2012). Por el cual se unifican los Planes Obligatorios en salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado a nivel nacional, para las

## CUADRO 1. Procedimientos odontológicos incluidos en el pos salud oral.

Exodoncia de dientes permanentes
Exodoncia de diente permanente unirradicular
Exodoncia de diente permanente multirradicular
Exodoncia de dientes temporales
Exodoncia de diente temporal unirradicular
Exodoncia de diente temporal multirradicular
Exodoncia quirúrgica unirradicular
Exodoncia quirúrgica multirradicular
Exodoncia de diente incluido
Exodoncia de incluido en posición ectópica con abordaje intraoral
Exodoncia de incluido en posición ectópica con abordaje extraoral
Exodoncias múltiples con alveoloplastia, por cuadrante
Colgajo desplazado para abordaje de diente retenido (ventana quirúrgica)
Obturación dental
Obturación dental con amalgama
Obturación dental con resina de fotocurado
Obturación dental con ionómero de vidrio
Apexificación (inducción de apexogenesis)
Pulpotomía con pulpectomía
Reimplante de diente pulpotomía
Reconstrucción tercio incisal, con resina de fotocurado
Colocación de pin milimétrico
Obturación temporal por diente
Terapia de conducto radicular
Exploración y movilización de nervio dentario inferior
Escisión de lesión maligna de encía con vaciamiento ganglionar, piso de boca y/o lengua y reconstrucción con colgajo pediculado.
Escisión de lesión maligna de encía con vaciamiento ganglionar, piso de boca y/o lengua con cierre primario.
Escisión de lesión maligna de encía sin vaciamiento ganglionar ni resección de estructuras vecinas u óseas.
Escisión de lesión benigna no encapsulada en encía de más de tres centímetros
Escisión de lesión benigna no encapsulada en encía hasta de tres centímetros
Escisión de lesión benigna encapsulada en encía de más de tres centímetros

personas de dieciocho (18) a cincuenta y nueve (59) años de edad y se define la Unidad de Pago por Capitación UPC del Régimen Subsidiado. Bogota: La comisión, 2012, 3p.

## Continuación Cuadro 1.

Escisión de lesión benigna encapsulada en encía hasta de tres centímetros
Biopsia de pared alveolar
Escisión de lesión de encía
Biopsia escisional de encía y recubrimiento con colgajo o injerto
Biopsia incisional de encía
Biopsia de encía
Biopsia escisional de encía con cierre primario
El curetaje de la pared blanda del surco o bolsa periodontal. Drenaje de colección periodontal (cerrado con alisado radicular)
Alisado radicular, campo cerrado
Terapia de conducto radicular en diente unirradicular
Terapia de conducto radicular en diente birradicular
Terapia de conducto radicular en diente multirradicular
Terapia de conducto radicular en diente temporal unirradicular
Fistulización endodónticas
Terapia de conducto radicular en diente temporal multirradicular
Fistulización endodónticas por trepanación y drenaje
Incluye las porciones supra y subgingival de la raíz dental
Fistulización endodónticas por incisión
Escisión de lesión maligna de encía con vaciamiento ganglionar, resección ósea y reconstrucción con placa y colgajo pediculado
Enucleación de quiste epidermoide
Enucleación de quiste odontogénico hasta de tres centímetros de diámetro
Resección de tumor benigno o maligno odontogénico y reconstrucción inmediata con injerto óseo libre.
Enucleación de quiste odontogénico de más de tres centímetros de diámetro
Resección de tumor benigno o maligno odontogénico
Resección de tumor benigno o maligno odontogénico y reconstrucción con colgajo óseo pediculado
Resección de tumor benigno o maligno odontogénico y reconstrucción con colgajo óseo libre
Control de hemorragia dental pos quirúrgica
Biopsia escisional de lengua
Biopsia cerrada [punción] [aspiración con aguja fina] de lengua
Biopsia abierta de lengua
Biopsia en cuña o por truco de lengua
Biopsia incisional de lengua
Resección de lengua en cuña
Hemiglossectomía
Glossectomía total sin resección mandibular y reconstrucción con colgajo pediculado



### Continuación Cuadro 1.

Hemiglosectomía con colgajo pediculado
Hemiglosectomía con colgajo libre
Hemiglosectomía con cierre primario
Hemiglosectomía con resección ósea, colocación de placa y colgajo libre o pediculado
Resección de tumor benigno o maligno odontogénico y reconstrucción con placa

El POS estaba unificado para los menores de 18 y los adultos de 60 y más años del régimen subsidiado. Desde el 1 de julio de 2012, 11 millones 444 mil colombianos entre 18 y 59 años del régimen subsidiado tienen acceso a los beneficios de la UNIFICACIÓN del POS.

El POS vigente en Colombia, definido por la Comisión de Regulación en Salud- CRES, en el Acuerdo 029 de 2011, es un conjunto de: 5.874 actividades, procedimientos e intervenciones en salud y servicios hospitalarios, 730 medicamentos para la atención de toda y cualquier condición de salud, enfermedad o patología para usuarios de todas las edades. Incluye un conjunto de acciones de prevención de la enfermedad y de recuperación de la salud desde la medicina preventiva hasta diversos tratamientos avanzados de todas y cualquiera de las enfermedades o condiciones que hacen necesaria la atención en salud.<sup>32</sup>

Es importante destacar aquellos procedimientos y servicios que fueron incluidos en el pos como: inserción, adaptación y control de prótesis mucosoportada total superior o que se refiere a las personas que son

---

<sup>32</sup> COLOMBIA, COMISION DE REGULACION EN SALUD. ACUERDO NUMERO 029 (28, Diciembre, 2011). Por la cual se establecen metodología para la actualización integral del Plan Obligatorio de salud del sistema General de seguridad social en salud.. Bogotá: Comisión., 2011, p 1-38.

desdentadas totales en el maxilar superior o en el maxilar inferior y por lo tanto solo necesitan una prótesis. “inserción, adaptación y control de prótesis mucosoportada total superior e inferior”, que se refiere a las personas que no tienen ningún diente en su boca y por lo tanto necesitan las dos prótesis, la superior y la inferior. Es importante señalar que todas las personas afiliadas al régimen subsidiado están cubiertas por este beneficio y que en el caso de las personas afiliadas.

Al régimen contributivo, cubre a las que demuestran un ingreso base de cotización, igual o inferior a dos salarios mínimos legales mensuales vigentes. También se debe recordar que es el odontólogo tratante quien debe definir la indicación clínica de la prótesis mucosoportada total. Es importante mencionar que aunque en los menores de 18 años es muy poco frecuente la necesidad de dichas prótesis, el POS las cubre ante la eventualidad de por lo menos un caso, así este sea completamente excepcional, como lo son los casos de enfermedades periodontales graves o accidentes con pérdida total y permanente de la dentadura definitiva.

Las endodoncias ordenadas para prótesis dental o las Exodoncias ordenadas para ortodoncia no están cubiertas por el POS ya que hacen parte integral de tratamientos explícitamente excluidos del Plan Obligatorio de Salud, según lo estipulado en el numeral 10 del Artículo 49 del Acuerdo en mención: “Tratamientos de periodoncia, ortodoncia, implantología, dispositivos protésicos en cavidad oral y blanqueamiento dental en la atención odontológica, diferentes a los descritos en el presente Acuerdo.”

El Artículo 16 del Acuerdo 029 de 2011 es claro al citar: “SALUD ORAL. El Plan Obligatorio de Salud cubre las tecnologías en salud como están descritas en el presente Acuerdo. Para el caso de operatoria dental, cubre las obturaciones definitivas que sean necesarias a criterio del odontólogo tratante”.

Adicionalmente es importante resaltar que la consulta con odontólogo especialista se encuentra incluida en el pos. Nos permitimos informarle que según el numeral 10 del artículo 49 del plan obligatorio de salud contenido en el artículo 1 del acuerdo 029 de 2011 dicho servicio está expresamente excluido del pos: “artículo 49. Exclusiones en el plan obligatorio de salud. Se encuentran excluidas del plan obligatorio de salud las siguientes tecnologías en salud: tratamientos de periodoncia, ortodoncia, implantología, dispositivos protésicos en cavidad oral y blanqueamiento dental en la atención odontológica, diferentes a los descritos en el presente acuerdo.”

Los tratamientos de endodoncia, que también son llamados técnicamente como tratamientos de conductos radiculares o terapias de conductos radiculares están y han estado descritos claramente en el listado de procedimientos anexo 2 del acuerdo 008 de 2009 vigente hasta el 31/12/2011 y en el anexo 2, listado de procedimientos y servicios del plan obligatorio de salud del acuerdo 029 del 28 de diciembre de 2011, “por el cual se sustituye el acuerdo 028 de 2011 que define, aclara y actualiza integralmente el plan obligatorio de salud”, vigente desde el 01/01/2012, de la siguiente forma: terapia de conducto radicular en diente unirradicular , terapia de conducto radicular en diente birradicular, terapia de conducto radicular en diente multirradicular, terapia de conducto radicular en diente temporal unirradicular, terapia de conducto radicular en

diente temporal multirradicular. El Odontólogo tratante es quien define el plan de tratamiento de cada paciente y de acuerdo con los parámetros internos de cada prestador, se direccionará al usuario hacia el profesional indicado para su mejor atención, siempre teniendo en cuenta las normas contenidas en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud.<sup>33</sup>

Que el artículo 123 del Decreto-ley 019 de 2012 establece que “Las Entidades Promotoras de Salud (EPS), deberán garantizar la asignación de citas de medicina general u odontología general, sin necesidad de hacer la solicitud de forma presencial y sin exigir requisitos no previstos en la ley. La asignación de estas citas no podrá exceder los tres (3) días hábiles, contados a partir de la solicitud. De igual forma, las EPS contarán con sistemas de evaluación y seguimiento a los tiempos de otorgamiento de citas que deberán reportarse a la Superintendencia Nacional de Salud y publicarse periódicamente en medios masivos de comunicación.

Que así mismo, el artículo 124, ibídem, señala que: “La asignación de citas médicas con especialistas deberá ser otorgada por las Empresas Promotoras de Salud en el término que señale el Ministerio de Salud y Protección Social, la cual será adoptada en forma gradual, atendiendo la disponibilidad de oferta por especialidades en cada región del país, la carga de la enfermedad de la población, la condición médica del paciente, los perfiles epidemiológicos y

---

<sup>33</sup> COLOMBIA, COMISION DE REGULACION EN SALUD. ACUERDO NUMERO 029 (28, Diciembre, 2011). Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio en Salud de los Regímenes contributivo y Subsidiado. Bogotá: Comisión., 2011, p 1-38.

demás factores que incidan en la demanda de prestación del servicio de salud por parte de la población colombiana.<sup>34</sup>

Que la Honorable Corte Constitucional, mediante la Sentencia T-760 de 2008, en el punto vigésimo octavo de la parte resolutive, ordenó al Ministerio de La Protección Social la adopción de las medidas necesarias para asegurar que al momento de afiliarse a una entidad promotora de salud del régimen contributivo o subsidiado, le entreguen a toda persona, en términos sencillos y accesibles, la Carta de Derechos del Afiliado y Carta de desempeño de las entidades promotoras de salud e instituciones prestadoras de servicios de salud que hagan parte de su red. Que la obligación de informar a los afiliados por parte de las entidades promotoras de salud de los regímenes contributivo y subsidiado sobre sus derechos y deberes, se encuentra regulada, entre otros, en los artículos 153, 159 y 160 de la Ley 100 de 1993, 14 del Decreto 1485 de 1994, 2º y 3º del Decreto 1757 de 1994, 45 del Decreto 1011 de 2006, en el párrafo 2 del artículo 5º del Decreto 4747 de 2007 y en la Resolución 13437 de 1991. Que la orden de la Honorable Corte Constitucional también se enmarca en los propósitos del Sistema de Información para la Calidad definido en el Decreto 1011 de 2006, el cual tiene por objeto estimular la competencia por calidad entre los agentes del sector y permitir orientar a los afiliados en el conocimiento de las características del sistema, en el ejercicio de sus derechos y deberes y en los niveles de calidad de los prestadores de servicios de salud y

---

<sup>34</sup> COLOMBIA, MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL. Resolución 1552. (14, Mayo, 2013). Por la cual se reglamentan parcialmente los artículos 123 y 124 del Decreto – Ley 019 de 2012 y se dictan otras disposiciones. Bogotá: El Ministerio, 2013, 3p.

de las entidades promotoras de salud, de manera que puedan tomar decisiones informadas en el momento de ejercer los derechos que para ellos contempla el Sistema General de Seguridad Social en Salud.<sup>35</sup>

Enfrentar el reto de unificación del POS posiblemente requiera un proceso de rediseño del POS a mediano plazo, lo cual implica plantear claramente los objetivos que se persiguen con el POS. En cuanto al proceso de revisión y actualización que acompañe al plan único, el regulador enfrenta el reto de establecer instancias técnicas y espacios de participación democrática, que definan y apliquen los criterios que se usarán para tomar decisiones respecto a inclusiones/exclusiones del POS. De igual forma, las políticas en relación a los No-POS van a requerir el desarrollo de un proceso que de manera explícita defina reglas de priorización de las intervenciones que se financian con estos recursos.

Adicionalmente, deberá encontrar la manera para que el costeo del POS y definición de la UPC estén estrechamente ligados a los procesos de actualización. Todo lo anterior requiere que exista un montaje formal de un marco institucional que defina los actores, recursos, reglas y procesos para la toma de decisiones respecto al plan de beneficios y el desarrollo de un conjunto de herramientas metodológicas para el diseño y ajuste de los planes. Los países con experiencias avanzadas en el tema cuentan con una agencia estatal con suficiente independencia y conocimiento técnico que suele contratar la definición y actualización del plan ya sea con privados, mediante licitación, o

---

<sup>35</sup> COLOMBIA, MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL. Resolución 1817. (29, Mayo,2009) Por medio de la cual se definen los lineamientos de la Carta de Derechos de los Afiliados y de los Pacientes en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y de la Carta de Desempeño de las entidades promotoras de salud de los regímenes contributivo y subsidiado, y se dictan otras disposiciones. Bogotá: El Ministerio.2009, 5p.

con entidades adscritas al gobierno (también independientes) especializadas en estas funciones. Esta instancia puede estar acompañada de comités que se encargan de recoger la posición de los diversos grupos de interés. Además, todo proceso está acompañado de un intenso debate público, que luego redundará en un conocimiento preciso de los elementos contenidos en el plan. También, se requiere un marco presupuestal claro y que esté directamente ligado al proceso de diseño y ajuste de los planes. A esto deberán acompañarse cálculos actuariales que midan la incidencia de los procedimientos en el valor de la UPC.<sup>36</sup>

---

<sup>36</sup> PINTO, Diana y MUÑOZ, Ana Lucía. Colombia: Sistema General de Seguridad social en Salud. Junio 2010. # IDB – TN 246.

## **5. METODOLOGÍA**

### **5.1 TIPO DE ESTUDIO.**

Estudio descriptivo transversal.

### **5.2 POBLACIÓN.**

La población sujeto son los habitantes de las comunidades de TIERRA BAJA, BOQUILLA Y MANZANILLO.

### **5.3 TAMAÑO DE LA MUESTRA Y MUESTREO**

A partir de la estimación del tamaño total de la Población de 10589 habitantes en todos los corregimientos que conforman la Boquilla se obtuvo la conformación de las comunidades objeto de estudio. Las comunidades de Tierra Baja, Manzanillo y Boquilla son el 91% del total de la población, dato tomado de la Secretaria de Planeación de la alcaldía distrital de Cartagena<sup>37</sup>, un error del 5 % y un nivel de confianza del 95 %, y de acuerdo con los criterios de exclusión que arrojaron la no participación de un 50%<sup>38</sup> de los habitantes porque no hacen parte del sistema de salud, un 0,6% por discapacidad y 2800 habitantes eran menores de edad, se encontró que en el estudio podían participar 1995 habitantes con una frecuencia esperada de 14.6% de la población que tiene una mala percepción sobre su EPS sobre atención oportuna y servicios de salud necesarios. Se obtuvo un tamaño de muestra de

---

<sup>37</sup> CENTRO de investigación de las telecomunicaciones. Apropiación de Tic para la inclusión social 2009. Marzo de 2010

<sup>38</sup> MARTINEZ, Roxana. Editorial. Junio 2008



300 habitantes en total, los cuales fueron seleccionados por muestreo por conveniencia teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión.

#### **5.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN.**

Todas aquellas personas mayores de 18 años que residan en las comunidades de Tierra Baja, Boquilla y manzanillo; y que acepten participar en el estudio y no cuenten con ninguna discapacidad cognitiva. Todos aquellos que pertenezcan a los regímenes contributivos y subsidiados y aquellos que solo tengan el carnet del sisben.

#### **5.5 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.**

Personas con discapacidad cognitiva, aquellos que pertenezcan al régimen especial.

#### **5.6 INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.**

Para la recolección de la información se utilizó una encuesta a manera de entrevista previamente validado que incluye preguntas de selección única y un cuadro de procedimientos en donde la persona tiene que señalar que procedimientos tiene derecho y que están cubiertos en el POS. Además se incluyó la siguiente información:

Datos socio-demográficos: Se incluyeron variables como sexo, edad, antigüedad de residencia, estrato socioeconómico, procedencia, nivel académico y el régimen de salud a cual pertenecía.

El conocimiento se evaluó en 18 preguntas y el cuadro de procedimientos, asignándose el puntaje más alto a la respuesta correcta teniendo en cuenta el número de opciones y en el cuadro de procedimientos asignándole el puntaje de 4 puntos al que conoce todos los procedimientos cubiertos por el POS y 0 al que los desconoce, el nivel de conocimiento se estableció por rangos de escaso (0-17), aceptable (18-34) y bueno (35-52). Se indagó por conocimientos relacionados con el POS, cuota moderadora, copago, tiempo máximo para asignar una cita, tiempo de la consulta odontológica, controles a los que se tiene derecho, procedimiento que se hace en la primera cita y el número de procedimientos que se hace en una consulta, si las actividades de promoción y prevención tiene algún costo, restauraciones en resinas, especialidades a las que tiene derecho, a que entidad se debe dirigir la persona para saber sus derechos, deberes y los servicios que puede acceder, las multas por no asistencia a la cita y si las urgencias tienen algún valor, y el cuadro de procedimiento.

Se establecieron variables para conocer las prácticas de los habitantes sobre políticas de salud bucal a través de 8 preguntas de selección única dándole el puntaje más alto a la respuesta correcta.

**5.6.1 Prueba piloto.** Luego de diseñado el instrumento para recolectar la información se extendió una prueba del instrumento para determinar la confiabilidad y validez a aproximadamente 30 habitantes de la comunidad del Barrio San José de los campanos de la ciudad de Cartagena con características similares a la población estudio (10% aproximadamente al tamaño de la población) para encontrar fallas en el mismo. Los habitantes

sugirieron la modificación en varios detalles de la forma y presentación de la encuesta previamente entregada, como cambio de letra ya que debido a la extensión de la encuesta, su tamaño no era el más adecuado convirtiéndose en una situación tediosa para el correcto desarrollo y diligenciamiento de esta. Además se cambiaron unas preguntas para la mejor comprensión para los habitantes y evitar la presencia de sesgos en el estudio, cambiando así algunos términos técnicos-científicos por términos más populares. Los cuales fueron tenidos en cuenta para el instrumento final y se obtuvo un valor de confiabilidad por el alfa de Cronbach de 0,72. Se evaluó: la comprensión de las preguntas, las suficiencias de las categorías, la extensión de la encuesta y la pertinencia de la misma. Se estandarizó a los encuestadores que realizaron las visitas a las familias para el manejo del instrumento y la forma de diligenciarlo. Esta estandarización estuvo coordinada por la especialista en Salud familiar

#### 5.7 PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.

Se ubicaron las poblaciones sujeto luego de que cada investigador realizó visita domiciliaria para el diligenciamiento del instrumento y se firmó el consentimiento informado y aplicación del instrumento a los sujetos de estudio.

#### 5.8 ANÁLISIS ESTADÍSTICO.

En cuanto al análisis e interpretación de los datos se utilizaron pruebas de estadística descriptiva (promedios, desviación estándar, distribución de frecuencias y porcentajes); se determinaron los conocimientos y prácticas y los factores relacionados en los habitantes de las comunidades de Tierra baja, Manzanillo y Boquilla sobre las políticas de salud bucal. Los estimadores

generados en consideración de los objetivos planteados en este estudio son calculados utilizando el programa Stata versión 11.1®. Luego se realizaron cruces de variables para describir el nivel de conocimiento en relación con algunas variables de interés (sociodemográficas, conocimientos, y prácticas) para lo cual se utilizaran tablas de frecuencia y porcentaje. Y la significancia de las relaciones con la prueba Chi cuadrado, con un límite de decisión de 0.05. Todos los valores de los estimadores serán ajustados a partir del diseño muestral.

## 5.9 ASPECTOS ÉTICOS

Por ser un estudio descriptivo con mediciones sobre seres humanos, se preguntó por el consentimiento informado, que se diligenció por los habitantes de las comunidades de Tierra Baja, Manzanillo y Boquilla de la ciudad de Cartagena y se siguieron las normas éticas para trabajos en la comunidad estipulada en la resolución 008430 de 1993 del ministerio de salud pública de Colombia. Esta investigación tuvo en cuenta los artículos a los que hace alusión dicha resolución en el capítulo I de los aspectos éticos de la investigación en humanos y con base en el artículo 11 aun siendo el estudio tipificado como sin riesgo. sin embargo, todo participante firmó un consentimiento informado antes de iniciar el estudio, en este se le explicará a los encuestados el objetivo fundamental de este proyecto de investigación, junto a los beneficios que esta información recopilada traerá a la investigación en el área epidemiológica y la institución universitaria; enfatizando que los resultados obtenidos solo se utilizaron para este estudio, que se garantiza la confidencialidad y el anonimato de la participación, que dicha participación es

opcional y no obligatoria y que no representa riesgo para su permanencia en la comunidad cumpliendo a cabalidad todos los artículos de la resolución que comprometen esta investigación.

## 6. RESULTADOS

Para la presente investigación se estimó una población a encuestar de 500 personas residentes en los tres corregimientos (Tierra Baja, Manzanillo y Boquilla) de la ciudad de Cartagena, de las cuales se obtuvieron 300 encuestas bien diligenciadas aplicadas persona a persona por las investigadoras.

En el total de los encuestados se obtuvo que hay un mayor porcentaje de individuos que habitan en el corregimiento de Tierra Baja (39,3 %), seguido por habitantes del corregimiento Boquilla (35,67%) y un menor porcentaje de los habitantes de Manzanillo (26%). Además se encontró mayoría de sexo femenino (74,67%), con un predominio del 68,33 % de adultos jóvenes (18 a 44 años), de procedencia rural 93% y en el nivel académico se encontró que la mayor parte son bachilleres (36 %) y la ocupación que predomina es ama de casa (48,33%); en cuanto a los servicios de salud, la gran mayoría pertenece al régimen subsidiado (79,33%) y se encuentran sisbenizados (97%) ubicados en un nivel 1 (86%). Por último se encontró que los ingresos son casi para el total de la población menores o igual a 1 Salario Mínimo Mensual Legal Vigente (92,33%) (Tabla 1.)

**Tabla 1. Variables Socio-demográficas de la población de Tierra Baja, Boquilla y Manzanillo 2013.**

<b>CATEGORIA</b>	<b>FRECUENCIA n= 300</b>	<b>PORCENTAJE (%)</b>
<b>POBLACIONES</b>		
Tierra Baja	118	39,3
Boquilla	104	35,67
Manzanillo	78	26
<b>SEXO</b>		
Femenino	224	74,67
Masculino	76	25,33
<b>EDAD POR CICLO VITAL</b>		
Adulto joven: 18-44 Años	205	68,33
Adulto Medio: 45-59 Años	62	20,67
Adulto Mayor: Mayor de 60 Años	33	11
<b>PROCEDENCIA</b>		
Rural	279	93
Urbano	21	7
<b>NIVEL ACADEMICO</b>		
Analfabeta	10	3,33
Primaria incompleto	56	18,67
Primaria completa	31	10,33
Secundaria incompleta	75	25
Secundaria Completa	108	36
Técnico	13	4,33
Tecnológica	5	1,67
Universitario	2	0,67
<b>OCUPACIÓN</b>		
Desempleado	46	15,33
Ama de casa	145	48,33
Trabajador independiente	47	15,67
Obrero	18	6
Servicios varios	41	13,67
Profesional	3	1
<b>REGIMEN DE SALUD</b>		
Subsidiado	238	79,33
Contributivo	62	20,67
<b>SISBEN</b>		
Tiene	291	97
No	9	3
<b>NIVEL DE SISBEN</b>		
No tiene	9	3
Nivel 1	259	86

**Continuación Tabla 1.**

Nivel 2	23	7,67
Nivel 3	10	3,33
<b>INGRESOS SOCIOECONOMICOS</b>		
Hasta 1SMMLV	277	92,33
Más de 1SMMLV- hasta 2 SMMLV	23	7,67

Al evaluar el nivel de conocimiento sobre las políticas de salud bucal en Colombia en la población de estudio, se obtuvo que más de la mitad de la población encuestada presentó conocimientos aceptables en el tema (tabla 2).

**Tabla 2. Nivel de conocimiento de las poblaciones de tierra baja boquilla y manzanillo sobre políticas de salud bucal en Colombia 2013.**

<b>NIVEL DE CONOCIMIENTO</b>	<b>FRECUENCIA N 300</b>	<b>PORCENTAJE (%)</b>	<b>IC 95 %</b>
Bueno (35-52)	16	5,33	2,7 - 7,8
Aceptable (18-34)	265	88,33	84,6 - 91,9
Escaso (0-17)	19	6,33	3,5 - 9,1

Dentro de los conceptos tenidos en cuenta para evaluar el nivel de conocimientos se indagó acerca del Plan Obligatorio de Salud, regímenes de salud, cuota moderadora, copago, asignación de cita, tiempo de consulta, procedimientos, derechos, deberes, cobros y procedimientos que se encuentran incluidos en el Plan Obligatorio de Salud. Sobre el concepto de Plan Obligatorio de Salud la gran mayoría de los individuos del estudio respondieron adecuadamente en relación a que es el conjunto de servicios de atención en salud que tienen derecho los afiliados a los regímenes contributivo y subsidiado. Acerca de la definición de los regímenes contributivo y subsidiado



se encontró que la mayoría desconoce estos regímenes a que se refieren. Además con referente a la diferencia entre los servicios que estos ofrecen la mayor parte considera que no hay diferencia entre los servicios ofrecidos. Frente a la obligación económica que se deben cancelar en el sistema por los servicios ofrecidos como la cuota moderadora y el copago se encontró que más de la mitad desconocen su concepto y diferencia entre ellos. (Tabla 3).

**Tabla 3. Conocimientos sobre Conceptos Generales sobre Políticas de salud bucal en la población de Tierra Baja, Boquilla y Manzanillo en Colombia 2013.**

	FRECUENCIA N= 300	PORCENTAJE (%)	IC 95 %
<b>DEFINICION DE PLAN OBLIGATORIO EN SALUD</b>			
Conjunto de servicios de atención en salud que tienen derecho los afiliados a los regímenes Contri-Subsidiado.	149	49.67	43,9 - 55,3
Paquete de servicios que solo tienen derecho los afiliados al régimen contributivo.	41	13.67	9,75 - 17,5
Es un estatuto que se encuentra estipulado con referente a las leyes que rigen la salud.	50	16.67	12,4 - 20,9
Ley que sacó el gobierno para los servicios de salud para favorecer a las personas de bajos recursos.	60	20.00	15,4 - 24,5
<b>CONOCEN SOBRE:</b>			
<b>REGIMEN CONTRIBUTIVO Y SUBSIDIADO</b>			
Si	106	35.33	29,8 - 40,7
No	194	64.67	59,2 - 70,1
<b>DIFERENCIAN ENTRE SERVICIOS REGIMEN CONTRIBUTIVO Y SUBSIDIADO</b>			
Si	92	30,67	25,4 - 35,9
No	208	69,33	64,0 - 74,5
<b>CONCEPTO DE CUOTA MODERADORA</b>			
Aporte en dinero que hacen los beneficiarios y cotizantes cada vez que utiliza un servicio en su EPS.	33	11	7,4 - 14,5
Aporte en dinero que hacen los beneficiarios y corresponden a una parte del valor del servicio.	27	9	5,7 - 12,2

**Continuación Tabla 3.**

Una cuota en dinero que le paga al médico directamente por sus servicios	6	2	0,4 - 3,5
Es aquella cuota que se paga para poder asistir a una cita.	6	2	0,4 - 3,5
No sabe	228	76	71,1 - 80,8
<b>CONCEPTO DE COPAGO</b>			
Una cuota mínima que se paga cuando utilizamos un servicio médico.	16	5,33	2,7 - 7,8
Es un dinero que se paga adicional por servicio de hospitalización.	16	5,33	2,7 - 7,8
Dinero que pagan los beneficiarios por cualquier servicio que utilicen.	66	22	17,2 - 26,7
Aporte en dinero que hacen los beneficiarios y corresponden a una parte del valor del servicio por hospitalización y primer y segundo nivel de imagenología.	14	4,67	2,2 - 7,0
No sabe	188	62,67	57,1 - 68,1

Dentro de los conocimientos referentes a la asignación y tiempos de citas se pregunto acerca de cuanto es el tiempo máximo para asignar una cita odontológica donde más de la mitad de la población encuestada afirmo que hasta los 3 días siguiente es el tiempo máximo para asignar una cita, conjuntamente se indago acerca de cuál es el tiempo máximo que dura una consulta odontológica donde se obtuvo que la mayoría de la población desconoce el tiempo de esta asegurando que el tiempo en el que se es atendido en odontología es insuficiente (tabla 3.1).

**TABLA 3.1 Conocimientos acerca de la asignación y tiempos de citas.**

	<b>FRECUENCIA N= 300</b>	<b>PORCENTAJE (%)</b>	<b>IC 95 %</b>
<b>TIEMPO MÁXIMO PARA ASIGNACION DE CITA ODONTOLÓGICA</b>			
El mismo día	34	11,33	7,7 - 14,9
Hasta los 3 días siguiente	175	58,33	52,7 - 63,9
Hasta 15 días	29	9,67	6,3 - 13,0
Otro cual	39	13	9,1 - 16,8
No sabe	23	7,67	4,63 - 10,6
<b>CONOCE EL TIEMPO MAXIMO QUE DURA LA CONSULTA ODONTOLOGICA</b>			
Si	74	24,67	19,7 - 29,5
No	226	75,33	70,4 - 80,2
<b>TIEMPO SUFICIENTE</b>			
SI	139	46,33	47,9 - 59,3
NO	161	53,67	47,9 - 59,3

Continuando con las fuentes de información se investigó en primera medida si habían recibido información acerca de los servicios que tienen derecho en odontología donde coincidió un alto porcentaje en que no han recibido esta información, mientras que una pequeña parte afirma si haber recibido información, su mayoría recibió información de su EPS. Referente a que tanto conoce la población sobre los servicios a los que tienen derecho, siendo usuarios del sistema de salud al que pertenecen, indagando acerca de las especialidades en odontología a las que tienen derecho, como resultado se obtuvo que el mayor porcentaje de la población desconoce las especialidades que le ofrece el sistema de salud en odontología. Además se indago a la población acerca del lugar y a quien deben acudir para obtener información sobre los servicios, derechos y deberes sobre el sistema de salud, obteniendo que la mayoría de la población acudiría a su EPS/IPS para satisfacer sus

dudas e inquietudes acerca de los servicios odontológicos a los que puede acceder (Tabla 3.2)

**TABLA 3.2 Conocimientos sobre fuente general de información del sistema de salud.**

	<b>FRECUENCIA N= 300</b>	<b>PORCENTAJE (%)</b>	<b>IC 95 %</b>
<b>Ha recibido información sobre los servicios que tiene derecho en odontología.</b>			
SI	74	24,67	19,7 - 29,5
NO	226	75,33	70,4 - 80,2
<b>Entidad de la que ha recibido información.</b>			
Puesto de Salud	23	7,67	4,6 - 10,6
EPS	38	12,67	8,8 - 16,4
Odontólogo	8	2,67	0,8 - 2,1
Vecino	0	0	0
Familia	3	1	-0,13 - 2,1
Otra	2	0,67	-0,25 - 1,5
Ninguna	226	75,33	70,4 - 80,2
<b>Conoce las especialidades a las que tiene derecho en odontología.</b>			
No sabe	119	39,67	34,0 - 45,2
Ninguno	18	6	3,2 - 8,7
Solo odontología general	103	34,33	28,9 - 39,7
Conoce algunas especialidades	15	5	2,5 - 7,4
Conoce todas las especialidades	45	15	10,9 -19,0

### Continuación Tabla 3.2

<b>Lugar donde deben acudir a buscar información sobre el sistema de salud.</b>	<b>FRECUENCIA N= 300</b>	<b>PORCENTAJE (%)</b>	<b>IC 95 %</b>
Su EPS			
Un vecino	26	8,67	5,4 - 11,8
El odontólogo del lugar donde lo atienden	96	32	26,6 - 37,3
un amigo odontólogo	11	3,67	1,5 - 5,8
Otro medio	31	10,33	6,8 - 13,7
<b>A quien debe acudir para obtener información acerca de los derechos y deberes como usuarios de su EPS.</b>			
Su EPS	126	42	36,3 - 47,6
Un vecino	20	6,67	3,8 - 9,5
El odontólogo del lugar donde lo atiende	107	35,67	30,2 - 41,1
Un amigo odontólogo	15	5	2,5 - 7,4
Internet	7	2,33	0,6 - 4,0
Otro medio	25	8,33	5,1 - 11,4

Con referente a los procedimientos y controles contenidos en el Plan Obligatorio en Salud se indagó acerca de cada cuanto tienen derecho los controles en odontología, obteniendo como resultado que más de la mitad de la población afirma que cada 3 meses son los controles. Además se indagó acerca del procedimiento que se realiza en la primera consulta odontológica en el cual la mayoría de la población afirma que se realiza la historia clínica y procedimientos de promoción y prevención, concomitantemente se preguntó acerca del conocimiento sobre algunos cobros realizados en el sistema de salud, la mayoría de la población encuestada responde que no se cobran los servicios ofrecidos por promoción y prevención. Así también se indagaron por

25 procedimientos odontológicos acerca de su inclusión o no en el plan obligatorio de salud, obteniéndose que la gran mayoría omite e incluye erróneamente procedimientos (tabla 3.3).

**TABLA 3.3 Conocimientos sobre procedimientos y controles odontológicos contenidos en el Plan Obligatorio en Salud.**

	FRECUENCIA N= 300	PORCENTAJE (%)	IC 95 %
<b>Cada cuanto tienen derecho los controles en odontología.</b>			
Cada 3 meses	198	66	60,6 - 71,3
Cada seis meses	81	27	21,9 - 32,0
1 vez al año	14	4,67	2,2 - 7,0
1 vez cada 2 años	7	2,33	0,6 - 4,0
<b>Procedimiento odontológico en la primera cita.</b>			
Historia clínica y P y P	254	84,67	80,5 - 88,7
Exodoncias	8	2,67	0,8 - 4,5
Amalgama	13	4,33	2,0 - 6,6
Tratamiento de conducto	1	0,33	-0,3 - 0,9
No sabe	24	8	4,9 - 11,8
<b>Número de procedimientos odontológicos a lo que se tiene derecho por consulta.</b>			
Dos procedimientos	27	9	5,7 - 12,2
Solamente 1	214	71,33	66,1 - 76,4
Más de 2	23	7,67	4,6 - 10,6
Lo que se necesite	36	12	8,3 - 15,6
<b>Son gratuitos los procedimientos de p y p.</b>			
Si	22	7,33	4,3 - 10,3
No	278	92,67	89,6 - 95,6
<b>Dientes donde se colocan las restauraciones en resinas.</b>			
Anteriores	31	10,33	6,8 - 13,7
Premolares	6	2	0,4 - 3,5
Molares	36	12	8,3 - 15,6
Todos	116	38,67	33,1 - 44,2
Ninguno	111	37	31,5 - 42,4

**Continuación Tabla 3.3**

	<b>FRECUENCIA N= 300</b>	<b>PORCENTAJE (%)</b>	<b>IC 95 %</b>
<b>Cada cuanto tienen derecho los controles en odontología.</b>			
Cada 3 meses	198	66	60,6 - 71,3
Cada seis meses	81	27	21,9 - 32,0
1 vez al año	14	4,67	2,2 - 7,0
1 vez cada 2 años	7	2,33	0,6 - 4,0
<b>Procedimiento odontológico en la primera cita.</b>			
Historia clínica y P y P	254	84,67	80,5 - 88,7
Exodoncias	8	2,67	0,8 - 4,5
Amalgama	13	4,33	2,0 - 6,6
Tratamiento de conducto	1	0,33	-0,3 - 0,9
No sabe	24	8	4,9 - 11,8
<b>Número de procedimientos odontológicos a lo que se tiene derecho por consulta.</b>			
Dos procedimientos	27	9	5,7 - 12,2
Solamente 1	214	71,33	66,1 - 76,4
Más de 2	23	7,67	4,6 - 10,6
Lo que se necesite	36	12	8,3 - 15,6
<b>Son gratuitos los procedimientos de p y p.</b>			
Si	22	7,33	4,3 - 10,3
No	278	92,67	89,6 - 95,6

Además acerca del conocimiento sobre algunos cobros/multas realizados por parte de la EPS/ IPS a partir de los servicios consultados, más de la mitad afirman que no se cobran multas por no asistir una cita odontológica y casi el total de la población contestó que no hacen ningún cobro en los servicios de atención de urgencia (Tabla 3.4).

**TABLA 3.4 Conocimientos sobre multas y cobros de servicios de Salud bucal.**

	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)	IC 95 %
<b>Cobran multa por no asistir a una cita odontológica.</b>			
Si	37	12,33	8,5 - 16,0
No	263	87,67	83,9 - 91,4
<b>Tiene algún valor la atención por urgencia.</b>			
Si	4	1,33	0,02 - 2,6
No	296	98,67	97,3 - 99,9

En las prácticas realizadas por los encuestados sobre políticas de salud bucal en Colombia se obtuvo que más de la mitad de la población encuestada presentó prácticas favorables en el tema (tabla 4).

**Tabla 4. Evaluación de las prácticas de los habitantes de Tierra Baja, Boquilla y Manzanillo frente a las políticas de salud bucal en Colombia.**

PRACTICAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE	IC=95%
DESFAVORABLES (0 - 14)	96	32	26,69 - 37,30
FAVORABLES (15-29)	204	68	62,69 - 73,30

Para evaluar las prácticas que realiza la población encuestada sobre las políticas de salud bucal, se tuvieron en cuenta comportamiento frente a diversas situaciones que se presentan con referente a los servicios de odontología. Se indagó por el proceder para acceder a una cita donde la mayoría asegura que lo hace asistiendo a su IPS o EPS, de igual manera se preguntó sobre la acción inmediata frente la negación de una consulta odontológica en lo cual se obtuvo que a un gran número de la población se quejaría directamente con su EPS, con relación a la asignación de cita con las



especialidades de odontología un poco más de la mitad de los entrevistados coinciden que primero asistir a consulta con el odontólogo general y recibir la remisión para la cita con el especialista correspondiente.

En cuanto al proceder de los habitantes frente a diversos procedimientos odontológicos como la extracción de premolares por motivos ortodònticos la mayoría desconoce a donde debe acudir para realizarse dicho procedimiento, por otra parte un alto porcentaje (90%) de la población entrevistada respondió de manera correcta a donde deben acudir para ser atendidos por urgencia debido a que respondieron que irían a su IPS o puesto de salud.

También era de interés de la investigación conocer la práctica que hacen frente a quejas donde se encontró que solo una minoría (7,33%) realiza la acción pertinente frente a esta situación que es quejarse directamente con la administración del lugar. Además sobre responsabilidades que deben adquirir con la citas se encontró que la mayoría que no puede asistir llama y cancela la cita. (Tabla 5).

**Tabla 5. Prácticas realizadas por los habitantes de Tierra Baja, Boquilla y Manzanillo frente a las políticas de salud bucal en Colombia. 2013**

<b>PRACTICAS</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>	<b>IC=95%</b>
<b>Pedir cita</b>			
Teléfono	80	26,67	21,63 - 31,69
Acudir a EPS-IPS	206	68,67	63,38 - 73,94
Acudir sin cita	8	2,67	0,83 - 4,50
No acude	6	2	0,40 - 3,59
<b>Negación de consulta</b>			
Queja con EPS	154	51,33	45,64 - 57,02
Queja con odontólogo	30	10	6,58 - 13,41
No hacer nada	106	35,33	29,89 - 40,77
Consulta particular	10	3,33	1,29 - 5,37
<b>Consulta con especialista</b>			
Especialista	50	16,67	12,42 - 20,90
EPS	26	8,67	5,46 - 11,86
No realiza consulta	11	3,67	1,52 - 5,80
Odontólogo general	51	17	12,72 - 21,27
Remisión	162	54	48,32 - 59,67
<b>Extracción de premolares</b>			
EPS	26	8,67	5,46 - 11,8
Odontólogo particular	50	16,67	12,42 - 20,9
Mecánico dental	1	0,33	0,32 - 0,98
No acude a nadie	17	5,67	3,03 - 8,29
No sabe	206	68,67	63,38 - 73,94
<b>Urgencias odontológicas</b>			
IPS O PUESTO DE SALUD	270	90	86,58 - 93,41
Odontólogo particular	13	4,33	2,01 - 6,65
Mecánico dental	1	0,33	-0,03 - 0,98
No acude	16	5,33	2,77 - 7,89
Médico	0	0	
<b>No satisfecho con consulta</b>			
Odontólogo tratante	122	40,67	35,07 - 46,25
Auxiliar de odontología	5	1,67	0,20 - 3,12
Administración del lugar	22	7,33	4,36 - 10,30
EPS	29	9,67	6,30 - 13,02
No reporta	122	40,67	35,07 - 46,25

**Continuación Tabla 5.**

<b>No asistencia a cita</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>	<b>IC=95%</b>
Cancela la cita	146	48,67	42,97 - 54,35
No cancela la cita	112	37,33	31,82 - 42,83
Asiste en hora distinta	6	2	0,40 - 3,59
Siempre acude puntual	36	12	8,30 - 15,69
<b>Sugerencia de mejora</b>			
La manifiesta de inmediato	28	9,33	6,022 - 12,644
A otra persona de su EPS	4	1,33	0,027 - 2,638
Buzón de sugerencia	188	62,67	57,161 - 68,17
No dice nada	80	26,67	21,63 - 31,69

Al relacionar las variables sociodemográficas con el conocimiento de la población entrevistada se encontró significancia en el sexo donde la población femenina, es quién posee mayor porcentaje en los conocimientos adecuados (97,32%). También se encontró significancia en las edades donde los adultos jóvenes poseen en su mayoría el conocimiento adecuado. Por último se encuentra que es significativa la relación entre el nivel académico y los conocimientos que posee la persona entrevistada (Tabla 6).

**Tabla 6. Relación entre las variables sociodemográficas y el conocimiento de los habitantes de Tierra Baja, Boquilla y Manzanillo frente a las Políticas de Salud Bucal.**

<b>VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS</b>	<b>NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE POLITICAS DE SALUD BUCAL EN COLOMBA</b>					<b>VALOR DE P</b>
	<b>INADECUADO</b>		<b>ADECUADO</b>		<b>TOTAL</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>		
<b>SEXO</b>						0,00*
Femenino	6	2,68	218	97,32	224	
Masculino	13	17,11	63	82,89	76	
<b>EDAD</b>						0,00*
Adulto joven: 18-44 Años	8	3,9	197	96,1	205	
Adulto Medio: 45-59 Años	3	4,84	59	95,16	62	
Adulto Mayor: Mayor de 60	8	24,24	25	75,76	33	

**Continuación Tabla 6.**

<b>POBLACION</b>						
Tierra Baja	38	32,2	80	67,118	118	0,016*
Boquilla	42	40,38	62	59,62	104	
Manzanillo	16	20,51	62	79,49	78	
<b>PROCEDENCIA</b>						
Rural	95	34,05	184	65,95	279	0,128
Urbana	1	4,76	20	95,24	21	
<b>ESTADO CIVIL</b>						
Soltero	19	35,85	34	64,15	53	0,168
Casado	12	31,58	26	68,42	38	
Unión Libre	55	30,39	126	69,61	181	
Separado	3	17,65	14	82,35	17	
Divorciado	2	50	2	50	4	
Viudo	5	71,43	2	28,57	7	
<b>NIVEL ACADEMICO</b>						
Analfabeta	5	50	5	50	10	0,033*
Primaria incompleto	27	48,21	29	51,79	56	
Primaria completa	11	35,48	20	64,52	31	
Secundaria incompleta	19	25,33	56	74,67	75	
Secundaria Completa	31	28,7	77	71,3	108	
Técnico	2	15,38	11	84,62	13	
Tecnológica	0	0	5	100	5	
Universitario	1	50	1	50	2	
<b>REGIMEN DE SALUD</b>						
Subsidiado	80	33,61	158	66,39	238	0,286
Contributivo	16	25,81	46	74,19	62	
<b>SISBEN</b>						
Tiene	2	22,22	7	77,78	9	0,724
No	94	32,3	197	67,7	291	
<b>NIVEL DEL SISBEN</b>						
No tiene	2	22,22	7	77,78	9	0,069
Nivel 1	86	33,33	172	66,67	258	
Nivel 2	5	21,74	18	78,26	23	
Nivel 3	3	30	7	70	10	
<b>INGRESOS SOCIOECONOMICOS</b>						
Hasta 1SMMLV	93	33,57	184	66,43	277	0,06
Más de 1SMMLV- hasta 2 SMMLV	3	32	20	68	23	

Al relacionarlas variables sociodemográficas y las prácticas de la población entrevistada, se encontró significancia en la población donde viven mostrando que los habitantes de Tierra Baja gran parte realiza practicas favorables y se encontró significancia entre el nivel académico y las practicas observando que la población que es bachiller posee mejores prácticas. (Tabla 7).

**Tabla 7. Relación entre las variables sociodemográficas y las Prácticas realizadas los habitantes de Tierra Baja, Boquilla y Manzanillo frente a las políticas públicas de salud bucal en Colombia 2013.**

VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS	NIVEL DE PRACTICAS SOBRE POLITICAS DE SALUD BUCAL EN COLOMBIA					VALOR DE P
	DESFAVORABLE		FAVORABLES		TOTAL	
	N	%	N	%		
<b>SEXO</b>						
Femenino	71	31,7	153	68,3	224	0,887
Masculino	25	32,89	51	67,11	76	
<b>EDAD</b>						
Adulto joven: 18-44 Años	59	28,78	146	71,22	205	0,131
Adulto Medio: 45-59 Años	22	35,48	40	64,52	62	
Adulto Mayor: Mayor de 60 Años	15	45,45	18	54,55	33	
<b>POBLACION</b>						
Tierra Baja	38	32,2	80	67,118	118	0,016*
Boquilla	42	40,38	62	59,62	104	
Manzanillo	16	20,51	62	79,49	78	
<b>PROCEDENCIA</b>						
Rural	95	34,05	184	65,95	279	0,128
Urbana	1	4,76	20	95,24	21	
<b>ESTADO CIVIL</b>						
Soltero	19	35,85	34	64,15	53	0,168
Casado	12	31,58	26	68,42	38	
Unión Libre	55	30,39	126	69,61	181	
Separado	3	17,65	14	82,35	17	
Divorciado	2	50	2	50	4	
Viudo	5	71,43	2	28,57	7	

**Continuación Tabla 7.**

<b>NIVEL ACADEMICO</b>						
Analfabeta	5	50	5	50	10	0,033*
Primaria incompleto	27	48,21	29	51,79	56	
Primaria completa	11	35,48	20	64,52	31	
Secundaria incompleta	19	25,33	56	74,67	75	
Secundaria Completa	31	28,7	77	71,3	108	
Técnico	2	15,38	11	84,62	13	
Tecnológica	0	0	5	100	5	
Universitario	1	50	1	50	2	
<b>REGIMEN DE SALUD</b>						
Subsidiado	80	33,61	158	66,39	238	0,286
Contributivo	16	25,81	46	74,19	62	
<b>SISBEN</b>						
Tiene	2	22,22	7	77,78	9	0,724
No	94	32,3	197	67,7	291	
<b>NIVEL DEL SISBEN</b>						
No tiene	2	22,22	7	77,78	9	0,069
Nivel 1	86	33,33	172	66,67	258	
Nivel 2	5	21,74	18	78,26	23	
Nivel 3	3	30	7	70	10	
<b>INGRESOS SOCIOECONOMICOS</b>						
Hasta 1SMMLV	93	33,57	184	66,43	277	0,06
Más de 1SMMLV- hasta 2 SMMLV	3	32	20	68	23	

## 7. DISCUSIÓN

El estudio realizado fue descriptivo transversal, midiéndose las prácticas tomadas por el habitante frente a las políticas de salud bucal, y nivel de conocimiento relacionándolos con los factores socio-demográficos de la población y el nivel académico de estos.

Al realizar el estudio se presentaron varias limitaciones para su realización debido que a pesar que era a manera de entrevista algunos de los individuos del estudio presentaron dificultad para comprender las preguntas y la terminología debido a su escaso nivel académico haciendo más demorada la aplicación del instrumento. Debido a esto se pudo observar que el 57.33% no llegan al título de bachiller haciendo notorio que la población con menos estudios es donde se sitúa la mayor parte de la población que presenta conocimientos inadecuados y prácticas desfavorables.

Durante el desarrollo del estudio se encontró un población que se cataloga como vinculado lo cuales no se les pudo aplicar entrevista debido a que son excluidos de este estudio, pero esto nos permite ver fallas en el sistema volviéndose una población con un alto riesgo y en abandono por parte del estado, señalando así como se expresa en el artículo de la Dra. Alba Lucia Vélez donde se analizan los principios del sistema y se cuestionan diciendo: “el principio más efectivo es el de la universalidad, sin embargo aún existe

población que no está afiliada al sistema”<sup>39</sup> además propone una gran preocupación debido a que en reiteradas ocasiones se señala , “la reforma de salud colombiana tuvo un impacto importante sobre el acceso a los servicios de salud, como resultado del incremento importante observado en la cobertura del aseguramiento a partir de 1993, especialmente entre los segmentos más pobres y vulnerables de la población”<sup>40</sup> vemos que de cierta manera esta cobertura sigue sin satisfacer o cumplir a cabalidad con todo el pueblo colombiano por eso, “respecto de la protección al usuario, la regulación debe velar por: la garantía de una cobertura efectiva y transparente, la calidad del servicio, el acceso a información veraz y oportuna, la capacidad de libre elección, la sanción de prácticas discriminatorias, la seguridad en el consumo, la garantía de reparación e indemnización”<sup>41</sup>

Tal y como se observó en el estudio el 75,33% asegura nunca haber recibido información sobre servicios a los que se tiene derecho de este gran desconocimiento se podría decir que “implica su incapacidad para ejercer derechos, la poca conciencia de su rol como ciudadanos y consumidores para exigir calidad, y la falta de recursos propios y motivación para incidir en el mejoramiento del sistema”<sup>42</sup> haciendo así visible por qué se ejercen malas prácticas durante el uso de los servicios y tratando de relacionar esto a su

---

<sup>39</sup> VELEZ, Alba. El derecho a la salud: políticas Públicas y percepción de actores y Grupos de población. Del papel a La realidad. Manizales 2008. Junio 2009, vol. 1, no 1, p 68-92.

<sup>40</sup> CESPEDDES, Juan y JARAMILLO, Ivan. Impacto de la reforma del sistema de seguridad social sobre la equidad en los servicios de salud en Colombia En: Revista de salud publica. Agosto 2002, vol 18, no 4, p 14.

<sup>41</sup> SOJO, Ana. Reformas de gestión en salud en América Latina: los cuasimercados de Colombia, Argentina, Chile y Costa Rica. En: CEPAL- SERIE políticas sociales.n39.p37

<sup>42</sup> PUERTA, Claudia y DOVER, Robert. Developing an interlocution model for the health system based on studying the Colombian Guajira. En: Revista de Salud Pública. 2007, Vol. 9, no 3, p 353 – 368.



salud bucal se observó que en un estudio en estas donde solo el “0.83% de los participantes se encuentran sano”<sup>43</sup>. Es evidente que el punto más delicado es la ignorancia o poco conocimiento de derechos y deberes que tristemente no es solo en estas poblaciones debido que la “evolución realizada a las EPS de los dos régimen arrojó un valor por debajo del mínimo aceptable”<sup>44</sup>. Poniendo en duda el buen funcionamiento de cada actor del sistema debido que de los que han recibido información solo el 12% la recibió de su EPS. Esta falta de conocimiento no es desconocida en este país al contrario ha llamado la atención en diferentes estudios donde claramente se señala que “se deben iniciar actividades que conduzcan a resolver esta brecha informativa, de manera que el usuario adquiera las destrezas y habilidades para usar la información de forma que logre acceder, beneficiarse y decidir sobre el Sistema General de Seguridad Social en Salud”<sup>45</sup> en definitiva esto muestra un elitismo por así llamarlo donde se beneficia quienes presenten mayor nivel socio económico donde se supone hay una igualdad pero se logra percibir que ni siquiera la promoción y prevención cumplen con dicha igualdad. “Las personas de mayor nivel socioeconómico son quienes más utilizan los servicios de prevención, tal que, una persona del nivel alto tiene el doble de probabilidad de acceder que una del nivel bajo”<sup>46</sup>, por lo tanto vale la pena resaltar que “el Sistema General de Seguridad Social en Salud se encuentra tan lejos de un

---

<sup>43</sup> DIAZ, Shirley. Pobreza, miseria y salud bucal en las comunidades de tierra baja, manzanillo y boquilla. En: Trabajo de Grado para optar el título de odontólogo genera. Cartagena: Universidad de Cartagena. Facultad de Odontología. 2013, p 22.

<sup>44</sup> DEFENSORIA DEL PUEBLO. Evaluación de los servicios de salud que brindan las empresas promotoras de salud.

<sup>45</sup> VARELA, Alejandro y CARASQUILLA, Gabriel. Asimetría en la información: barreras para la implementación de la reforma de salud en Colombia. En: Colombia médica. 2002, vol. 33. no 3, p 6.

<sup>46</sup> MEJÍA, Aurelio y SANCHEZ, Andrés. Equidad en el Acceso a Servicios de Salud en Antioquia, Colombia. En: revista de salud pública. Marzo 2007, vol. 9, no 1, p 34.

enfoque sólido de promoción y tiene un enfoque de prevención tan débil como el anterior Sistema Nacional de Salud. O incluso más lejos y débil, ya que no recogió la experiencia previa y, actividades y áreas completas que antes se llevaban a cabo”<sup>47</sup>

A esto también se puede anexar que a pesar que se asegura que “las decisiones recientes han de mejorar la protección financiera para los hogares más pobres. La unificación del Plan de beneficios entre los dos regímenes benefició a los usuarios del régimen subsidiado al incluir ítems del NO POS subsidiado en el POS subsidiado. Al incluir nuevos medicamentos y procedimientos al POS subsidiado”<sup>48</sup> esta afirmación podría quedar en el aire porque de nada sirve una inclusión de procedimientos y medicamentos si es claro que la población desconoce esa existencia debido a que un 30,67% desconoce esta unificación y en su gran mayoría quienes aseguraban que ofrecían lo mismo no tenían ni idea de que se incluyó que cambio con referente a el de antes y aquí se observa nuevamente la gran laguna de conocimientos entre el sistema de salud y el ente por el cual existe el sistema que son los usuarios.

Otro estudio señala también que el 29,3% de la población entrevistada acude a consulta odontológica solo por dolor o nunca ha asistido, mostrando así una preocupación desde la parte de promoción y prevención de la enfermedad hasta los tratamientos debido a que se vuelve una población vulnerable y

---

<sup>47</sup> AGUDELO, Carlos. Sistema de Salud y Plan de Desarrollo: Cobertura y Equidad. En: revista de salud pública. Julio 1999, vol 1. no 2.

<sup>48</sup> GAVIRIA Uribe, Alejandro. Proyecto de ley de reforma al sistema de salud 2013. p 36

desconocida para el odontólogo restando importancia a la oportuna intervención del profesional porque hay que recordar que la promoción y prevención cumple un papel fundamental en la creación de hábitos y cuidados saludables y pertinentes para toda la población como lo señala TAN SUAREZ” La promoción va dirigida a toda la población, cuando se vislumbra la acción de la misma como un todo sobre sus integrantes, la salud adquiere dimensiones nuevas, lo que se traduce en hábitos y normas de vida más adecuados”<sup>49</sup>

Es necesario que como una forma del ejercicio profesional odontológico se instaure como propósito fundamental la promoción de salud en las comunidades donde la familia ocupa una posición central para la comprensión de la salud, facilita el aprendizaje e influye en el comportamiento de sus miembros”<sup>50</sup>, y de una manera preocupante este componente es desconocido en los núcleos familiares como se refiere en un estudio don al preguntar por “Conocimientos de la existencia del programa de promoción y prevención. Del total de los hogares encuestados 38% dice estar enterado de la existencia del programa de promoción y prevención”<sup>51</sup> y no se debe olvidar que “el sistema de salud colombiano fue diseñado con especial atención a la promoción y prevención de la salud a las cuales destinó explícitamente un porcentaje de la Unidad de Pago por Capitación (UPC). Efectivamente, las encuestas muestran un aumento del porcentaje de población asegurada que consulta por prevención; sin embargo, este aumento es mayor en la población asegurada en

---

<sup>49</sup> TAN SUAREZ, Nervys; ALONSO, C y MARTINEZ, S. Promoción de salud: un camino para la estomatología del futuro. En: Revista Humanidades Médicas. Abril 2005, vol 5.

<sup>50</sup> *Ibíd.*

<sup>51</sup> REALPE, Cecilia, et al. Utilización del programa de promoción y prevención en las empresas promotoras de salud y administradoras del régimen subsidiado de Manizales, Colombia, 2001-2002. En: Colombia Medica. 2002, vol 33, no 3, p 4.

el régimen contributivo (de 59% a 71%), menor en el subsidiado (de 34% a 52%) y no se da en los no asegurados.”<sup>52</sup> Además la correcta implementación ayudaría a descongestionar el sistema “promoción de la salud y prevención de la enfermedad a través de la educación en salud, genera en el mediano corto y mediano plazo una reducción marcada en la alta demanda por complicaciones generadas por la no detección oportuna de múltiples patologías”<sup>53</sup>.

Con referente a los cobros producidos por el sistema de salud se pudo evidenciar que una mínima parte de la población ha tenido gastos propios en su atención en salud observando de esta manera que obligaciones como cuotas moderadoras y copagos son prácticamente desconocidas o nulas para gran parte de la población en contra posición de lo descrito en el artículo de la autora Vélez donde señalan “el 70,8% en la población afiliada al régimen contributivo y el 43% de régimen subsidiado refirió haber incurrió en gastos de bolsillo. Exámenes, medicamentos, cuotas moderadoras y copagos en mayor proporción”.<sup>54</sup> En este estudio se pudo observar un buen proceder en cuanto a participación individual de los usuario como las sugerencias en el buzón con un 62,67% que aseguran hacer uso de este mecanismo apoyando así lo dicho en el artículo de la autora Delgado que manifiesta que “los usuarios poseen un mejor conocimiento de los mecanismos de participación de carácter individual,

---

<sup>52</sup> ZAMBRAO, Andrés y RAMIREZ, M. ¿Qué muestran las encuestas de la calidad de vida sobre el sistema de salud de Colombia?. En: Revista salud pública. Enero 2008, p 6

<sup>53</sup> YEPES, Carlos. Atención primaria en salud más pertinente que nunca. Septiembre 2006, vol 26, no 2, p 7.

<sup>54</sup> VELEZ, Alba. El derecho a la salud: políticas Públicas y percepción de actores y Grupos de población. Del papel a La realidad. Manizales 2008. Junio 2009, vol 1, no 1, p 682.

como el buzón”<sup>55</sup> sin desconocer la población faltante que no hace uso de este mecanismo. Mas con estudios anteriores se ha logrado establecer que el mecanismo de participación más usado son las tutelas que poco a poco se han ido convirtiendo en la manera garante de recibir atención en salud. “Es evidente que los fallos de tutela han generado políticas públicas en torno a la protección del derecho a la salud pues, como consecuencia de estos, se han expedido reglamentaciones, caso de la ampliación del listado esencial de medicamentos en varias oportunidades mediante la modificación de los acuerdos que los regulan”<sup>56</sup>. Sin embargo no se debe desconocer la participación colectiva que permite el sistema. “Por medio del decreto 1416/90 se creó una estructura piramidal de la participación comunitaria teniendo como eje los organismos de prestación de servicios. Con este decreto los individuos podrían hacer uso de la participación comunitaria a través de la conformación de asociaciones de usuarios o de sus representantes en las juntas directivas de las Instituciones Prestadoras de Servicios - IPS públicas o mixtas, Copacos, y consejos comunitarios. Se estipuló que en cada institución prestadora de servicios de salud se tendría el espacio para constituir asociaciones de usuarios”<sup>57</sup> pero que su puesta en práctica queda en duda en estas comunidades debido a su desconocimiento de las políticas de salud que los hace ser más vulnerables y maleables al antojo de los prestadores y promotores de servicio de salud de hecho la percepción que presentan los usuarios es bastante limitada “la

---

<sup>55</sup> DELGADO, María y VASQUEZ, Luisa. Conocimientos, Opiniones y Experiencias con la Aplicación de las Políticas de Participación en Salud en Colombia. En: Revista Salud Pública. Noviembre 2006, vol 8, no 3, p 155.

<sup>56</sup> VELEZ, Alba Lucía. La acción de tutela: ¿un mecanismo de protección del derecho a la salud y un proceso alternativo para acceder a servicios de salud?. *En: Colomb. Med.* 2005, vol.36, no.3, p 199-208. ISSN 1657-9534.

<sup>57</sup> AREVALO, Astrid. Participación comunitaria y control social en el sistema de salud. *En: Revista Salud Pública.* Enero de 2004, vol 6, no 2, p 107.

mayoría de los usuarios jóvenes y algunos usuarios mayores de 50 años describían la participación en salud como un conjunto de acciones muy concretas que se circunscriben al ámbito del uso de los servicios de salud: «*En el caso personal la única vez que uno participa, es cuando uno se inscribe y cuando se enferma*» (G.F Mayores de 50 años Palmira). «*Participar es de vez en cuando ir al médico*» (G.F 18-35 años Tuluá). Igualmente algunos usuarios de estrato alto y medio alto consideraban que participar en salud era pertenecer al sistema de salud. «*.. es estar vinculado a la empresa, a la EPS, al Seguro, a lo que sea*» (G.F 18-35 años Tuluá)<sup>58</sup> y se le resta la verdadera importancia de esta participación debido a que es básica para el control y buen funcionamiento de la participación “los usuarios, organizados en asociaciones de usuarios tanto en el nivel de las aseguradoras (EPS) como de los prestadores (IPS), también deben contribuir a la vigilancia y control del sistema. Asimismo, existen los Comités de Veeduría Ciudadana, creados por la Constitución de 1991 para vigilar la inversión pública”<sup>59</sup>. En definitiva este punto tan importante no puede estar alejado de los demás actores del sistema de salud por lo cual para cumplir con un sistema que cumpla o mejore a favor de la calidad de vida de los colombianos por lo que se debe “mejorar la capacidad de gobierno del sector tanto en el fortalecimiento de las distintas instancias responsables de la dirección y el control (tal es el caso de la secretaria técnica que apoyará al Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud que

---

<sup>58</sup> DELGADO, María y VASQUEZ, María. participación social en salud: conceptos de usuarios, líderes comunitarios, gestores y formuladores de políticas en Colombia. una mirada cualitativa. En: Revista de salud pública. Diciembre 2005, vol 79, no 6, p 5.

<sup>59</sup> YEPES , Francisco y SANCHEZ, Luz. La reforma del sector de la salud en Colombia: ¿un modelo de competencia regulada?. En: revista panamericana de salud pública. Agosto 2000, vol. 8, no 1-2, p7

debería ser autónoma del Ministerio), como en la garantía de información confiable, oportuna y de acceso público para lograr medidas de control social efectivas y no sólo nominales. El papel de la ciudadanía, otro gran ausente, es fundamental<sup>60</sup> que ya no es desconocido para los participantes en el sistema puesto que ellos mismos reconocen que muchas veces el servicio es deficiente y “tiene relación con "el desconocimiento de los ciudadanos de sus derechos y deberes de lo cual se aprovechan las aseguradoras; la negligencia de muchos funcionarios y deficiencias en la atención de las instituciones prestadoras de servicios; la falta de autonomía administrativa y financiera para tomar decisiones y presupuestos insuficientes”<sup>61</sup>.

Es evidente que el sistema de salud presenta grandes falencias por la que se hace necesaria una inclusión de los usuarios como parte activa y para ello se debe partir de lo que conocen hoy en día sobre el sistema de salud al que hacen parte por ello son de gran utilidad partir desde lo que conocen y hacen, para poder corregir y disminuir o anular por completo la desinformación de los afiliados haciendo que estos conozcan sus derechos y deberes mejorando así el funcionamiento del sistema y dándole un correcto uso permitiendo de igual manera descongestionarlo y evaluarlo de una manera ya objetiva se hagan mejoras que realmente aporten a mejorar la calidad de vida de la población colombiana.

---

<sup>60</sup> CARDONA, Jose y HERNANDEZ, Amparo. La reforma a la seguridad social en salud en Colombia ¿avances reales? En: Revista gerencia y políticas de salud. Diciembre 2005, vol 1, no 9, p 97.

<sup>61</sup>VELEZ ARANGO, Alba L, et al. Acción de Tutela, Acceso y Protección del Derecho a la Salud en Manizales, Colombia. En: Rev. salud públic. 2007, vol.9, no.2, p 300. ISSN 0124-0064.

## **8. CONCLUSIONES**

En los habitantes de las comunidades de Tierra Baja, Manzanillo y Boquilla aledaños a la ciudad de Cartagena presentó un nivel aceptable de conocimiento sobre las políticas de salud bucal. En cuanto a las prácticas en esta temática se establece una buena situaciones y servicios odontológicos. Sumado a esto, los mismos habitantes son consciente de la necesidad de aumentar su nivel de información sobre las políticas de salud bucal y es imperativo resaltar que el futuro rol de las entidades promotoras de salud frente a las políticas de salud bucal, el cual debe contribuir al aumento del conocimiento de los habitantes para que identifiquen los servicios a los que tienen derecho; y así continuar con unas adecuadas practicas con relación a los servicios, multas y reclamos asociados a los procedimientos odontológicos.



## 9. RECOMENDACIONES

Es importante destacar el papel que juega el odontólogo no solo para modificar hábitos de salud oral como técnicas de cepillado sino también que somos odontólogos integrales capacitados para divulgar todo acerca de la normativa del sistema de salud Colombiano a las poblaciones y los servicios y procedimientos odontológicos a los que pueden acceder con el POS.

Continuar realizando educación sobre la temática de políticas públicas de salud bucal en las comunidades de Tierra Baja, Manzanillo y Boquilla y aumentar los esfuerzos en la adquisición de conocimientos acerca de las políticas de salud bucal que nos ofrece el sistema.

En próximas investigaciones se aconseja aumentar el tamaño de la muestra, en otras comunidades aledañas a la ciudad de Cartagena. Realizar estudios más detallados que indiquen las causa del porque se presentan conocimientos de nivel aceptable en la temáticas y existe una presencia de adecuadas prácticas y realizar el análisis del estado de salud bucal de los habitantes para compararlos con el nivel de conocimientos de estos..

## BIBLIOGRAFIA

AGUDELO CALDERON, Carlos, et al. Sistema de salud en Colombia: 20 años de logros y problemas. En: Ciencia & Salude Colectiva. 2011, vol. 16, no 6, p 2817-2828

ARANGO VELEZ, Alba. El derecho a la salud: políticas públicas y percepción de actores y grupos de población. Del papel a la realidad. Manizales, 2008.

AREVALO, Astrid. Participación comunitaria y control social en el sistema de salud. En: Revista Salud Pública. Enero de 2004, vol 6, no 2, p 1 – 33.

BARAJAS, Cesar y RIOS, Nelcy. Diagnóstico sobre la utilización del Plan Obligatorio de Salud por parte de los usuarios del servicio de consulta externa de E.S.E Hospital Regional Manuela Beltrán en el Municipio del Socorro.

CARDONA, Jose y HERNANDEZ, Amparo. La reforma a la seguridad social en salud en Colombia ¿avances reales? En: Revista gerencia y políticas de salud. Diciembre 2005, no 9, p99

CESPEDES, Juan y JARAMILLO, Ivan. Impacto de la reforma del sistema de seguridad social sobre la equidad en los servicios de salud en Colombia En: Revista de salud pública. Agosto 2002, vol 18, no 4.

CENTRO de investigación de las telecomunicaciones. Apropiación de Tic para la inclusión social 2009. Marzo de 2010.

COLOMBIA, COMISION DE REGULACION EN SALUD. ACUERDO NUMERO 029 (28, Diciembre, 2011). Por la cual se define, aclara y actualiza

integralmente el Plan Obligatorio en Salud de los Regímenes contributivo y Subsidiado. Bogotá: Comisión., 2011.p 1-28.

COLOMBIA, COMISION DE REGULACION EN SALUD. ACUERDO NUMERO 029 (28, Diciembre, 2011). Por la cual se establecen metodología para la actualización integral del Plan Obligatorio de salud del sistema General de seguridad social en salud.. Bogotá: Comisión., 2011.p 1-38.

COLOMBIA, COMISION DE REGULACION EN SALUD. Acuerdo número 032. (17, Mayo, 2012). Por el cual se unifican los Planes Obligatorios en salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado a nivel nacional, para las personas de dieciocho (18) a cincuenta y nueve (59) años de edad y se define la Unidad de Pago por Capitación UPC del Régimen Subsidiado. Bogota: La comisión, 2012.3p.

COLOMBIA. COMISION DE REGULACION EN SALUD. Estudio técnico para la estimación de la UPC del régimen subsidiado para la unificación de los planes de beneficios del grupo de 18 a 59 años. Bogotá. D.C, Carlos Garzón, 2012.

COLOMBIA, COMISION DE REGULACION EN SALUD. Informe técnico de Actualización integral del plan obligatorio de salud del sistema general de seguridad social en salud Año 2011. Bogotá D, C. 2011.

COLOMBIA, COMISION DE REGULACION EN SALUD. ACUERDO NUMERO 029 (28, Diciembre, 2011). Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio en Salud de los Regímenes contributivo y Subsidiado. Bogotá: Comisión., 2011, p 1-38.

COLOMBIA, CONGRESO DE LA REPUBLICA. LEY 100 (23 de Diciembre de 1993). Por la cual se crea el Sistema General de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial, Bogotá, D.C., 1993, no 4114, p 1-168.

COLOMBIA, MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL. Encuesta de evaluación De los servicios de las EPS. Noviembre, 2012. Bogotá D, C.

COLOMBIA, MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL. Resolución 1552. (14, Mayo, 2013). Por la cual se reglamentan parcialmente los artículos 123 y 124 del Decreto – Ley 019 de 2012 y se dictan otras disposiciones. Bogotá: El Ministerio, 2013. 3p.

COLOMBIA, MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL. Resolución 1817. (29, Mayo, 2009) Por medio de la cual se definen los lineamientos de la Carta de Derechos de los Afiliados y de los Pacientes en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y de la Carta de Desempeño de las entidades promotoras de salud de los regímenes contributivo y subsidiado, y se dictan otras disposiciones. Bogotá: El Ministerio. 2009. 5p.

DEFENSORIA DEL PUEBLO. Evaluación de los servicios de salud que brindan las empresas promotoras de salud. p 1-161

DELGADO, María; VASQUEZ, Luisa. Barreras y Oportunidades para la Participación Social en Salud en Colombia: Percepciones de los Actores Principales. En: Revista de Salud Pública. 2006, vol 2, no 8, p 132-133.

DELGADO, María; VASQUEZ, Luisa. Conocimientos, Opiniones y Experiencias con la Aplicación de las Políticas de Participación en Salud en Colombia. En: Revista Salud Pública. Noviembre 2006. Vol 8. Nº 3.p 156-157.

DELGADO, Maria y VASQUEZ, Maria. participación social en salud: conceptos de usuarios, líderes comunitarios, gestores y formuladores de políticas en Colombia. una mirada cualitativa. En: Revista de salud pública. Diciembre 2005, vol 79, no 6,p 1-11.

DIAZ, Shirley. Pobreza, miseria y salud bucal en las comunidades de tierra baja, manzanillo y boquilla. En: Trabajo de Grado para optar el título de odontólogo genera. Cartagena: Universidad de Cartagena. Facultad de Odontología. 2013. p 47.

FRANCO, Álvaro. La última reforma del sistema general de seguridad social en salud Colombiano. En: Revista Salud Pública. 2012, vol. 14, no 5, p 865-877.

GAVIRIA Uribe, Alejandro. Proyecto de ley de reforma al sistema de salud 2013. p 36

GOMEZ, Alfonso. La seguridad social, una realidad evolutiva: La seguridad social, según expertos. 2004, vol1, no 2, p 1-10.

GONZALEZ, Farith, SIERRA CARMEN y MORALES, Luz. Conocimientos, actitudes y prácticas en salud bucal de padres y cuidadores en hogares infantiles, Colombia. En: Revista salud pública de México. Junio 2011. vol. 53, no. 3, p 248.

GUERRERO, Ramiro; GALLEGO, Ana Isabel; BECERRIL, Víctor. Sistema de salud de Colombia. En: Salud Pública de México. 2011, vol 53, no 2, p 153-154.

GUZMAN, Nelson, ESTRADA, Luis y OROZCO, Julio. Percepción sobre el Derecho a la Salud y Acceso a Servicios en Usuarios del Régimen Subsidiado en un Municipio Colombiano. En: Revista Salud Pública. 2005, vol 3, no 10,p 389-391.

HOMEDES, N, UGALDE, A. Why neoliberal health reform have failed in Latin America. Health Policy. 2005,vol. 71, p 83-96.

INFANTE, A, LOPEZ, D. Reforma de los sistemas de salud en América Latina y el Caribe: situación y tendencias. En: Revista de Salud Pública de Panamá. 2000, vol. 8, no 1,p 13–20.

MARIN, Adiela, et al. Lineamiento de política nacional para la gestión del conocimiento en salud pública. Diciembre, 2005, p 22-23.

MARTINEZ, Roxana. Editorial. Junio 2008. [En línea] [http://www.miboquilla.com/index.php?option=com\\_content&view=category&layout=blog&id=8&Itemid=15](http://www.miboquilla.com/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=8&Itemid=15) [Citado el 3 de Noviembre de 2013].

MEJÍA , Aurelio y SANCHEZ, Andres. Equidad en el Acceso a Servicios de Salud en Antioquia, Colombia. En: revista de salud publica . Marzo 2007, vol. 9. no 1, p 1- 34.

PINTO, Diana y MUÑOZ, Ana Lucia. Colombia: Sistema General de Seguridad social en Salud. Junio 2010. # IDB – TN 246.

PEREZ, Jorge. La necesaria reforma de los Sistemas de Salud en América Latina. En: Revista Gaceta Laboral. 2007, vol 13, no. 1, p 1-15.

PUERTA, Claudia; DOVER, Robert. Developing an interlocution model for the health system based on studying the Colombian Guajira. En: Revista de Salud Pública. 2007, vol. 9, no 3, p 353 – 368.

RAMIREZ, Humberto, VELEZ, Sierra y VARGAS, Virgilio. Evaluación de la cobertura en aseguramiento y accesibilidad a los servicios de salud de los afiliados al régimen subsidiado en el municipio de Medellín. En: Colombia Médica. 2001, vol 32, no 1 ,p 1-11.

REALPE, Cecilia, et al. Utilización del programa de promoción y prevención en las empresas promotoras de salud y administradoras del régimen subsidiado de Manizales, Colombia, 2001-2002. En: Colombia Medica. 2002, vol 33, no 3, p 6.

RIVEROS, Efraín y AMADO, Laura. Modelo de salud en Colombia: ¿financiamiento basado en seguridad social o en impuestos? En: Revista Gerencia y Políticas de Salud. Julio 2012, vol. 11, no 23, p. 111-120.

SANTOS, José y FRANCO, Carlos. Iniciativas de salud en Latinoamérica: de la Oficina Sanitaria Panamericana a la Iniciativa Mesoamericana de Salud Pública. En: Revista Salud pública de México. 2011, vol. 53, no.3, p 289-294.

SILVA, Marcus. Sistema único de salud: la experiencia brasileña en Trabajo de Grado para optar el título de especialista en Gerencia en Salud. Bucaramanga: Universidad Industrial de Santander. Facultad de Ciencias Humanas. Escuela de Economía y Administración, 2010. 137p.

Universalización del acceso a la salud. En: Revista Peru Med Exp Salud Pública. 2009, vol 26, no 2, p 251-57.

SOJO, Ana. Reformas de gestión en salud en América Latina: los cuasimercados de Colombia, Argentina, Chile y Costa Rica. En: CEPAL-SERIE políticas sociales, no 39, p59.

TAN SUAREZ, Nerys, ALONSO, C y MARTINEZ, S. Promoción de salud: un camino para la estomatología del futuro. En: Revista Humanidades Médicas. Abril 2005, vol. 5.

VARELA, Alejandro y CARASQUILLA, Gabriel. Asimetría en la información: barreras para la implementación de la reforma de salud en Colombia. En: Colombia médica. 2002, vol. 33, no 3, p 1- 6.

VARGAS, Ingrid y VAZQUEZ, María. Acceso a la atención en salud en Colombia. En: Revista salud pública. 2010, vol.12, no. 5, p.701-712,

VELEZ, Alba. El derecho a la salud: políticas Públicas y percepción de actores y Grupos de población. Del papel a La realidad. Manizales 2008. Junio 2009, vol 1, no 1, p 68-92.

VELEZ ARANGO, Alba L; CECILIA REALPE, Delgado; GONZAGA-VALENCIA, Javier and CASTRO-CASTRO, Ana P. Acción de Tutela, Acceso y Protección del Derecho a la Salud en Manizales, Colombia. En: Rev. salud públic. 2007, vol.9, n.2, p. 297-307. ISSN 0124-0064.



VELEZ, Alba Lucía. La acción de tutela: ¿un mecanismo de protección del derecho a la salud y un proceso alternativo para acceder a servicios de salud?. En: *Colomb. Med.* 2005, vol.36, n.3, p. 199-208. ISSN 1657-9534.

YEPES, Carlos. Atención primaria en salud más pertinente que nunca. Septiembre 2006, vol 26, no 2, p 7.

YEPEZ, Francisco. Luces y sombras de la reforma de la salud en Colombia. Ley 100 de 1993. En: *Revista Gerencia Política en Salud.* Junio 2010, Vol. 9, no 18, p 118-123.

YEPES, Francisco y SANCHEZ, Luz. La reforma del sector de la salud en Colombia: ¿un modelo de competencia regulada?. En: *revista panamericana de salud pública.* Agosto 2000, vol. 8, no 1-2, p 9.

ZAMBRAO, Andres y RAMIREZ, M. ¿Qué muestran las encuestas de la calidad de vida sobre el sistema de salud de Colombia? En: *Revista salud pública.* Enero 2008, p 1 -9.

## **ANEXO A**

### **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo \_\_\_\_\_ mayor de edad, identificado con cedula de ciudadanía número: \_\_\_\_\_ en pleno uso de mis facultades mentales libre y conscientemente declaro que autorizo al grupo de estudiantes asignados, con la asesoría y supervisión de la Dra. Shirley Díaz Cárdenas docente investigadora de la Facultad de Odontología de la universidad de Cartagena para que se realicen en mí los siguientes procedimientos:

1. Encuesta para evaluar los conocimientos y prácticas acerca de las políticas de salud bucal y estado socioeconómico en mi población.

Lo anterior con el fin de participar en el estudio que adelanta la facultad de odontología de la universidad de Cartagena cuyo propósito es identificar y establecer la relación existente entre los conocimientos acerca del Plan Obligatorio en salud y su estado bucal.

Declaro que me han explicado los procedimientos del programa y soy consciente que estos no generan ningún riesgo para mí, ningún costo, a su vez se me han aclarado todas las dudas sobre las actividades que se realizaran.

NOMBRE: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Firma del investigador: \_\_\_\_\_

Fecha:

## ANEXO B

### CONOCIMIENTO, Y PRÁCTICAS SOBRE POLÍTICAS DE SALUD BUCAL EN ADULTOS DE LA COMUNIDAD DE TIERRA BAJA, BOQUILLA Y MANZANILLO.

Fecha: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Rol dentro de la familia \_\_\_\_\_

1. Edad: \_\_\_\_\_ 2. Sexo: F ( ) M ( )
3. Procedencia: Rural ( ) Urbana ( )
4. Antigüedad de residencia en la comunidad? \_\_\_\_\_
5. Estado civil: Soltero ( ) Casado ( ) Unión libre ( ) Separado ( ) Divorciado ( ) Viudo ( )
6. Nivel Académico: Analfabeta ( ) Primaria Incompleta ( ) Primaria completa ( ) Secundaria Incompleta ( ) Secundaria completa ( )  
Técnico ( ) Tecnológica ( ) Universitario ( )
7. Ocupación: \_\_\_\_\_
8. Cuenta con servicio de salud: Si ( ) No ( ) Régimen: \_\_\_\_\_
9. Nombre de la EPS \_\_\_\_\_
10. Sisben: Si ( ) No ( ) Nivel: 1 ( ) 2 ( ) 3 ( )
11. Estrato socioeconómico según servicios públicos: 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( ) 6 ( )
12. Ingresos socioeconómicos: Hasta \$566700 ( ) Mas de \$566700 a \$1133400 ( ) Mas de \$1133400 a \$1700100 ( )  
Mas de \$1700100 ( )
13. Antecedentes Médicos Personales: Diabetes ( ) Hipertensión ( ) Problemas Cardiacos ( ) Problemas respiratorios ( )  
Problemas esqueléticos ( ) Otros problemas \_\_\_\_\_
14. Usted ha asistido a consulta odontológica: Si \_\_\_ No \_\_\_ 15. Fecha de la última visita \_\_\_\_\_
16. Con que frecuencia asiste a consulta odontológica \_\_\_\_\_
17. Que es el Plan Obligatorio en salud?
  - a) Es el conjunto de servicios de atención en salud a que tienen derecho, todos los afiliados de los regímenes contributivo y subsidiado.
  - b) Es un paquete de servicios que solo tienen derecho los afiliados al régimen contributivo.
  - c) Es un estatuto que se encuentra estipulado con referente a las leyes que rigen la salud.
  - d) Es una ley que saca el gobierno para los servicios de salud para favorecer a las personas de bajos recursos.
18. Ha recibido información sobre los servicios y procedimientos odontológicos a los que puede acceder con el POS.  
Sí \_\_\_ No \_\_\_
19. De cuál de estas entidades ha recibido usted información? a) Puesto de salud b) EPS c) Odontólogo d) Vecino e) Familia Otros \_\_\_\_\_
20. Sabe usted que es el régimen contributivo y subsidiado? Sí \_\_\_ No \_\_\_
21. Existe diferencia entre los servicios del Régimen contributivo y el subsidiado? Si \_\_\_ No \_\_\_
22. Que es una cuota moderadora?
  - a) Aporte en dinero que hacen los beneficiarios y cotizantes cada vez que utiliza un servicio en su EPS.
  - b) Aporte en dinero que hacen los beneficiarios y corresponden a una parte del valor del servicio.
  - c) Una cuota en dinero que le paga al médico directamente por sus servicios
  - d) Es aquella cuota que se paga para poder asistir a una cita.
  - e) No sabe
23. Que es un copago?
  - a) Una cuota mínima que se paga cuando utilizamos un servicio medico
  - b) Es un dinero que se paga adicional por servicio de hospitalización.
  - c) dinero que pagan los beneficiarios por cualquier servicio que utilicen.

- d) Aporte en dinero que hacen los beneficiarios y corresponden a una parte del valor del servicio por hospitalización y primer y segundo nivel de imagenología.
- e) No sabe
24. Cuanto es el tiempo máximo para asignar una cita: a) El mismo día b) Hasta los 3 días siguiente c) Hasta 15 días d) Otro cual\_\_\_\_\_ e) No sabe
25. Para acudir a consulta odontológica que hace: a) Aparta un acita por teléfono b) Acude a su EPS y aparta la cita allá C) Acude a la consulta si cita previa d) No acude a odontología e) No sabe si tiene derecho a servicio odontológico.
26. Sabe usted cuanto es el tiempo que dura la consulta odontológica: Tiempo: \_\_\_\_\_ No Sabe \_\_\_
27. Cree usted que es suficiente el tiempo que dura la consulta odontológica: Si \_\_\_ No \_\_\_
28. Cuando a usted le niegan una consulta odontológica que hace: a) Se queja con su EPS b) Se queja con el odontólogo c) No hace nada d) Acude a consulta particular.
29. Cuando usted necesita una consulta con un especialista en odontología acude a: a) El especialista b) EPS c) No se realiza la consulta d) Cita odontólogo general e) Pide la remisión luego de ser valorado por el odontólogo general
30. A cuantos controles tiene derecho en odontología: a) Cada 3 meses b) Cada seis meses c) 1 vez al año d) 1 vez cada 2 años
- 31.Cuál de estos procedimientos se realiza en la primera consulta odontológica que no amerite urgencia: a) Historia clínica y P y P b) Exodoncias c) Amalgama d) Tratamiento de conducto e) No sabe
32. A cuantos procedimientos tiene derecho en una consulta odontológica: a) 2 b) Solamente 1 c) Más de dos d) Los que necesite.
33. Cuando usted acude a consulta odontológica y le realizan actividades de promoción y prevención tales como: aplicación de flúor, sellantes, enseñanza de técnicas de cepillado, remoción de cálculos dentales, le exigen que debe pagar: Si \_\_\_ No \_\_\_
34. Si para iniciar el tratamiento de ortodoncia le piden la extracción de premolares usted se la realiza en: a) EPS b) Odontólogo particular c) Mecánico dental d) No acude a nadie e) No sabe
35. Según el Plan Obligatorio de Salud las calzas en resina son solo para dientes: a) Anteriores b) Premolares c) Molares d) Todos e) Ninguno
36. A cuál de las especialidades tiene derecho en odontología: a) \_\_\_\_\_ b) Solo odontología general c) Ninguna d) No sabe  
(1Periodoncia – 2Endodoncia – 3 Ortodoncia – 4Rehabilitacion)
37. Cuando usted presenta una urgencia odontológica a donde acude: a) IPS o Puesto de salud b) Odontólogo particular c) Mecánico Dental d) No acude y se queda con el dolor e) Médico
38. Cuando usted no se siente satisfecho con el servicio odontológico recibido acude: a) Al odontólogo tratante b) A la auxiliar de odontología c) a la administración del lugar donde esta siendo atendido d) se queja en su EPS e) No reporta su inconformidad
39. Si usted desea conocer más sobre los servicios de odontología a los que tienen derecho acude: a) Su EPS b) Un vecino c) el odontólogo del lugar donde lo atienden d) un amigo odontólogo e) otro medio cuál? \_\_\_\_\_
40. Para conocer sus derechos y deberes como usuario de su EPS en relación con los servicios odontológicos que esta ofrece usted acude a: a) Su EPS b) Un vecino c) el odontólogo del lugar donde lo atienden d) Un amigo odontólogo e) Internet f) otro medio cuál? \_\_\_\_\_
41. Si usted tiene cita odontológica y no puede asistir usted que hace: a) Llama y cancela la cita b) No avisa que no puede ir c) Va en una hora distinta a la de su cita y espera que lo atiendan d) Siempre que pide una cita acude puntual.

42. Si usted tienen una sugerencia que ayuda mejorar la calidad de la atención odontológica usted que hace: a) La manifiesta de inmediato en la consulta b) Se lo hace saber a otra persona de su EPS c) Lo coloca en el buzón de sugerencias d) No dice nada.
43. Si usted tiene cita odontológica y no asiste, le cobran una multa en dinero en su EPS: Si\_\_ No \_\_
44. Cuando asiste por urgencia odontológica, le cobran algún dinero en su EPS: Si\_\_ No\_\_
45. Marque con una X cuales de los siguientes procedimientos se encuentran cubiertos por el plan obligatorio de salud.

Corrección de paladar y labio fisurado	
Biopsias ( Encía, lengua, amígdala, úvula )	
Cambio de amalgama por resina	
Escisión de tumores benignos y malignos	
Ortodoncia	
Frenillectomias	
Prótesis fijas, removibles y coronas individuales	
Detartraje supragingival	
Exodoncias de dientes anteriores y molares	
Alargamiento coronal	
Detartraje subgingival	
Prótesis totales	
Obturación con amalgama	
Obturación con resina	
Obturación con ionomero de vidrio	
Tratamiento de conductos en dientes anteriores	
Tratamiento de conductos en dientes posteriores	
Blanqueamiento dental	
Implantes	
Carilla estéticas	
Flúor	
Sellantes	
Ortopedia	
Exodoncias de terceros molares	
Radiografía Panorámica	