

LIMITACIONES DE LA AUTONOMÍA DE LOS ODONTOLOGOS EN EL  
SISTEMA DE SALUD COLOMBIANO ACTUAL

MARÍA JOSÉ VILLALOBOS CASTRO

PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA  
INSTITUTO DE BIOÉTICA  
Bogotá, D.C.  
2011

LIMITACIONES DE LA AUTONOMÍA DE LOS ODONTOLOGOS EN EL  
SISTEMA DE SALUD COLOMBIANO ACTUAL

MARÍA JOSÉ VILLALOBOS CASTRO

TRABAJO DE GRADO PARA OPTAR EL TÍTULO DE MAGISTER EN BIOÉTICA

DIRECTOR: ÁNGEL LUIS ROMÁN TAMEZ

PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA  
INSTITUTO DE BIOÉTICA  
Bogotá, D.C.  
2011

A María Paz mi tesoro más preciado y mi motorcito para seguir adelante.

## **AGRADECIMIENTOS**

Al Profesor Ángel Román por su colaboración durante todo este tiempo y su comprensión y esfuerzo en el desarrollo del documento.

A los profesores y personal administrativo del Instituto de Bioética por acompañarme en todos estos años de formación.

A las directivas de la Universidad Antonio Nariño por su colaboración durante todo el desarrollo de la maestría.

A los profesores de la Facultad de Odontología de la Universidad Antonio Nariño por su apoyo y colaboración durante todo este tiempo.

A la Ms. Liliana Báez por su amistad incondicional, por colaboración, comprensión y orientación metodológica en el desarrollo de la investigación.

## TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN.....	7
CAPÍTULO I.....	20
LA CONDICIÓN DE LA AUTONOMÍA.....	20
1.1. LA CONDICIÓN DE AUTONOMÍA EN LA TEORÍA KANTIANA.....	21
1.2. LA BIOÉTICA Y LA CONDICIÓN DE AUTONOMÍA EN BEAUCHAMP Y CHILDRESS .....	28
1.3. EL RESPETO A LA AUTONOMÍA .....	33
CAPÍTULO II.....	39
LA CONDICION DE LA AUTONOMÍA EN EL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD .....	39
2.1. CONTEXTUALIZACIÓN DE LA CONDICIÓN DE AUTONOMÍA EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD COLOMBIANO.....	39
2.2. RELACION ENTRE LAS POLÍTICAS DE SALUD Y EL PRINCIPIO DEL RESPETO DE LA AUTONOMÍA.....	51
CAPITULO III .....	59
ACERCAMIENTO EN LA NARRATIVA DE LAS EXPERIENCIAS PROFESIONALES DE LOS ODONTÓLOGOS DENTRO DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD ACTUAL.....	59
3.1. LAS LIMITACIONES EN LA RELACIÓN ODONTÓLOGO – PACIENTE Y SU AUTONOMÍA PROFESIONAL .....	60
3.2. LA CONTRATACIÓN DE LOS PROFESIONALES POR LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD.....	61
3.3. EL PROFESIONAL CONSIDERADO COMO VENDEDOR Y COMO OPERARIO DE SALUD .....	63
3.4. LA PRÁCTICA PRIVADA.....	65
CONCLUSIÓN .....	66
BIBLOGRAFÍA .....	71

ANEXO 1 .....	74
ANEXO 2.....	77
ANEXO 3.....	82

## INTRODUCCIÓN

Donde quiera que hubiera una acción humana para obtener algo, para lograr un fin, el ser humano probó alguna forma de organización y de racionalización del trabajo. A estas formas de organización se les conoce en la actualidad como formas de Administrativas. La historia suministra datos que permiten deducir cómo eran las formas administrativas en la sociedades del pasado; aunque la administración va siempre acompañada de fenómenos de índole distinta (educativos, de gobierno, culturales, entre otros), ésta es reconocible en la historia de las comunidades humanas en la manera en la que el hombre tomaba decisiones para la organización de las actividades destinadas a alcanzar un objetivo, en las reglas que establecía para desempeñar sus labores, en los principios que aplicaba, en las conductas que exigía a cada quién según el papel que le correspondía en los procesos de un trabajo<sup>1</sup>.

Esta investigación busca estudiar dentro del concepto de Bioética las limitaciones de la autonomía de los odontólogos en el ejercicio profesional institucional enmarcado en el desarrollo del Sistema General de Seguridad Social en Salud colombiano. Por ello es importante tomar el tema desde el enfoque histórico administrativo en el que a partir de la consciencia de la existencia de la administración a través del tiempo como actividad humana individual y colectiva, que si bien no existió desde *el principio* como ciencia, existió como acción humana y como práctica social; permite suministrar datos que identifican numerosos conceptos, principios, técnicas y métodos administrativos en las comunidades de todos los continentes, sólo fue en el siglo XIX cuando se concentraron los esfuerzos para integrar y sistematizar una teoría que explicara el comportamiento en términos de fenómenos administrativos y que fueran sometidos a estudio, es decir, se convirtiera en objeto de estudio concreto<sup>2</sup>.

Durante varios siglos, desde bien entrada la edad media y casi hasta fines del siglo XIX, la forma dominante de organización productiva urbana fue el taller artesanal que perduró y culminó en las “cooperaciones de oficio”. El desarrollo del intercambio mercantil de

---

<sup>1</sup>Las ideas anteriores fueron tomadas del libro RAMIREZ, Cardona Carlos. FUNDAMENTOS DE ADMINISTRACION. ECOE Ediciones. 2002

<sup>2</sup>RAMIREZ, Cardona Carlos. FUNDAMENTOS DE ADMINISTRACION. ECOE Ediciones. 2002.

productos, contribuyó progresivamente a que el modo de producción basado en la esclavitud diera paso a diversas formas de alquiler de las fuerzas de trabajo en diferentes profesiones<sup>3</sup>.

En el siglo XVIII se institucionalizan los sistemas de cooperaciones de oficio que no era más que la reunión de individuos que poseían el derecho de ejercer una profesión industrial, garantizando cierta seguridad de empleo, adecuadas condiciones de trabajo y remuneraciones mínimas codificadas. Los cambios políticos, tecnológicos y económicos ocurridos al final del siglo XVIII en los países hoy día desarrollados, coinciden con el nacimiento del capitalismo industrial y con la decadencia de las organizaciones cooperativas<sup>4</sup>.

Hacia el último tercio del siglo XIX, existía una coyuntura de fuerte crecimiento económico con una demanda efectiva que iba creciendo y diversificándose, pero la oferta del sistema productivo era rígido, el uso de herramientas manuales para hacer las mismas tareas y la tecnología estaba concentrada en un grupo reducido de sectores industriales grandes y dinámicas empresas; bajo este contexto nace el Taylorismo, con una denominación de “organización científica del trabajo” y “dirección científica de empresas”. El hecho de ser una propuesta teórica por parte de los ingenieros y técnicos consejeros responsables de la producción, creó una aureola científica de racionalidad, eficiencia, objetividad y neutralidad. Por lo que constituyó una verdadera innovación organizacional con repercusiones económicas<sup>5</sup>.

A finales del siglo XIX y primeras décadas del XX, las formas tayloristas de organizar y de controlar el trabajo asalariado encontraron resistencia por parte de los trabajadores; a partir de los años 60, estas resistencias se hacen sentir de manera particular en ciertos sectores de trabajadores de las sociedades más desarrolladas. Un mayor nivel de educación entre las generaciones jóvenes, la mejora del estándar de vida y un mercado laboral más favorable a

---

<sup>3</sup>RAMIREZ, Cardona Carlos. FUNDAMENTOS... ECOE Ediciones. 2002

<sup>4</sup>CARRILLO, Ana. NUEVAS FORMAS Y ORGANIZACIONES DE TRABAJO EN LOS SERVICIOS MÉDICOS EMPRESARIALES. Postgrado de Salud Ocupacional. Área de Estudios de Postgrado. Universidad de Carabobo. Mañongo. Sector Trigo Norte. Valencia.

<sup>5</sup>CARRILLO, Ana. NUEVAS FORMAS.. Postgrado de Salud Ocupacional. Área de Estudios de Postgrado. Universidad de Carabobo. Mañongo. Sector Trigo Norte. Valencia.



los trabajadores, beneficiaron el desarrollo de un cierto clima de insatisfacción con las condiciones laborales y la organización del trabajo propio del taylorismo<sup>6</sup>.

En los años 60 y 70 los cambios administrativos con intentos de las reformas produjeron la humanización de las condiciones de trabajo que permitiera evitar las consecuencias negativas de las prácticas tayloristas. Se puede señalar que los factores principales que intervienen en este cambio son: la transformación de los mercados y el desarrollo de nuevas tecnologías basadas en la microelectrónica<sup>7</sup>. Al mismo tiempo aparecen nuevas formas de organización del trabajo de gestión de la mano de obra a lo largo de los años 80 y 90 la combinación del denominado “outsourcing” (término empleado para hacer referencia a la subcontratación) con la reducción de personal en diferentes fases de los procesos productivos. Ya sean las fusiones empresariales o las políticas de racionalización en el uso de la fuerza laboral. A medida que se ha intensificado la competencia internacional en todos los mercados de bienes y servicios, hay un esfuerzo empresarial dirigido a reducir las plantas de personal estables y con empleos de por vida en las grandes y medianas empresas de los países de capitalismo avanzado<sup>8</sup>.

A lo largo de las tres últimas décadas se han dado una serie de cambios significativos en la organización del trabajo y en la constitución de la estructura ocupacional de las sociedades industriales. Algunos factores como la calidad de la productividad se pone en acción con los factores sociales y las nuevas formas de trabajo son una alternativa para alcanzar parámetros de calidad total, han repercutido en sectores cuyo desarrollo económico es inferior al de los países industrializados.

Ejemplo de ello, es América Latina en donde la reestructuración productiva también se presenta desde los años 90 pero su extensión y forma no han impactado tanto la estructura de las ocupaciones. Los datos muestran que la extensión de ejecutivos y técnicos es limitada y que si bien ha disminuido el trabajo asalariado (a diferencia de Europa donde el

---

<sup>6</sup>CARRILLO, Ana. NUEVAS FORMAS... Postgrado de Salud Ocupacional. Área de Estudios de Postgrado. Universidad de Carabobo. Mañongo. Sector Trigal Norte. Valencia.

<sup>7</sup>CARRILLO, Ana. NUEVAS FORMAS... Postgrado de Salud Ocupacional. Área de Estudios de Postgrado. Universidad de Carabobo. Mañongo. Sector Trigal Norte. Valencia.

<sup>8</sup>CARRILLO, Ana. NUEVAS FORMAS... Postgrado de Salud Ocupacional. Área de Estudios de Postgrado. Universidad de Carabobo. Mañongo. Sector Trigal Norte. Valencia.

trabajo por cuenta propia es muy bajo), ha sido más por la informalidad de los empleos y la incapacidad del sector formal para crear suficientes puestos de trabajo a desempleados y nuevas generaciones de demandantes. El autoempleo en América Latina ha sido catalogado como una salida de largo plazo para el mercado de trabajo; este autoempleo es de baja productividad, precario en muchos aspectos y reducido a unas cuantas ramas de los servicios y de la industria, por tal motivo, se piensa que una economía no puede basar su crecimiento en este tipo de actividades.

Ahora bien, la relación de trabajo clásica entre empleador autónomo y trabajador dependiente se ha ido perdiendo. Los cambios en el contenido del trabajo y en la organización de la producción y los servicios, han hecho que ese vínculo (la relación salarial) se rompa. Surgen múltiples formas de empleo que requieren de nuevos esfuerzos teóricos para explicarlos como fenómenos del mundo globalizado. Lo que sí está claro es que el capitalismo del siglo XXI no tendrá como eje el trabajo asalariado con protección social que fue la característica del Estado de Bienestar. Sin embargo los conceptos de las disciplinas que estudian el trabajo no se han adecuado cabalmente a estos cambios, ni tampoco las instituciones”<sup>9</sup>.

Ahora bien, sí se observa en forma particular el ejercicio de la profesión odontológica y la prestación de los servicios de salud en general a la luz de lo anterior, el desarrollo de esta profesión ha sido tradicionalmente una práctica liberal, que no tenía una influencia tan significativa como la medicina dentro de las políticas del sector de la salud por catalogarse una disciplina distanciada de la práctica médica. Durante el siglo XX la odontología cobró fuerza dentro del sector de la salud con relación a los informes de los estudios epidemiológicos realizados identificando las patologías más frecuentes en la población. Esto generó un proceso de gestión pública importante en la que la odontología se convirtió en una disciplina de la salud fundamental para el bienestar de la población.

En el caso colombiano se incluyeron programas importantes de salud pública enfocados a la salud bucal y el bienestar de la comunidad. Durante el siglo XX los servicios de salud

---

<sup>9</sup>CARRILLO, Ana. NUEVAS FORMAS.. Postgrado de Salud Ocupacional. Área de Estudios de Postgrado. Universidad de Carabobo. Mañongo. Sector Trigo Norte. Valencia.

oral estaban incluidos dentro de la oferta integral de servicios de salud que cubría el Sistema Nacional de Salud colombiano, esta oferta estaba condicionada por el desarrollo progresivo de la profesión odontológica. Con la implantación del nuevo Sistema de Seguridad Social en Salud (Ley 100 de 1993) se incluyeron las actividades a desarrollar en el campo de la salud bucal, tanto en el régimen contributivo como en el régimen subsidiado, a través de las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS), las cuales son de carácter privado o público.

El nuevo modelo de prestación de servicios de salud en Colombia ha cambiado la forma del ejercicio profesional odontológico debido a que la práctica privada individual tradicional tiende a desaparecer por la influencia de las nuevas normas para la prestación del servicio de atención en salud bucal y las leyes del mercado que ejercen una presión significativa en oferta y aceptación de los servicios de salud oral.

Este modelo de seguridad social ha incentivado la generación de la venta de los servicios de salud desde el sector privado y la mercantilización de la salud, esto repercute en forma directa en los profesionales de la odontología, modificando la forma de contratación por las IPS privadas y públicas.

Este fenómeno también se ha dado en otros países latinoamericanos como Argentina, Chile, Brasil, entre otros. El modelo de las nuevas formas de organización del trabajo, entre las modalidades informales de privatización de los servicios de atención en salud, proceso denominado "muerte lenta", ha estado en práctica en Latinoamérica desde hace una década. Se ve afectada esta modalidad de prestación de servicios por la falta de inversión para la reposición y mantenimiento de equipos, la reducción constante del presupuesto de gastos corrientes, deficiencias en los modelos de dirección y el deterioro progresivo de las condiciones de trabajo, especialmente en las instituciones prestadoras de servicios de salud del sector público (Empresas Sociales del Estado (ESE)).

Durante los años 80 y 90 hubo un interés sin precedentes en la reforma de la atención de la salud en el ámbito mundial. El componente de producción en los servicios de salud es

crucial en la nueva estrategia de atención en salud puesto que en ella se basa los propósitos de cobertura, eficiencia y eficacia de sus acciones. El proceso de replanteamiento en las políticas y estrategias de salud en América Latina nace alrededor de la política originaria de la Organización Mundial de la Salud (OMS) denominada “Salud para Todos en el Año 2.000” establecida en 1.978<sup>10</sup>. Además en Colombia la reforma de la Constitución de 1.991 fundamentó el proceso del cambio en las políticas y estrategias para asegurar niveles de salud adecuados a la población colombiana. Pero estas políticas se fundamentan en el concepto de “justicia distributiva” en la que se realiza una distribución igual, equitativa y apropiada dentro de una comunidad o grupo social. Durante los últimos años se ha identificado significativas diferencias en el estado de la salud de la población teniendo en cuenta las características socioeconómicas, geográficas, étnicas, de género, sociodemográficas, han permitido trabajar y elaborar procesos de diseño de objetivos por parte de los entes gubernamentales y organismos internacionales encaminados a la equidad en la prestación de los servicios de salud. Entendiendo la equidad desde la óptica de justicia argumentada Rawls donde se estable un pacto social en donde los diferentes actores definen libremente las reglas para la distribución de cargas y beneficios<sup>11</sup>.

Ferrer explica la compleja situación para poder establecer una definición de equidad dentro de lo ético de:

“...las inequidades en salud es una tarea extremadamente difícil, existiendo una mínima posibilidad, si alguna, de llegar a un acuerdo respecto de una definición universal. Describir una situación como “equitativa” requiere identificar lo moralmente adecuado de ciertas distribuciones, ya sean desiguales o iguales. Esto implica que la justicia se refiere a la igualdad, pero no exclusivamente a ella. La igualdad respondería a otras propiedades de relevancia moral: los iguales debieran recibir igual tratamiento, mientras que los

---

<sup>10</sup>BLANCO, Restrepo Jorge H., MAYA, Mejía José M. FUNDAMENTOS EN SALUD PÚBLICA. Corporación para Investigaciones Biológicas. 1997. P. 29

<sup>11</sup> Rawls, J. El constructivismo kantiano en la teoría moral. En J. Rawls, Justicia como equidad. Madrid: Tecnos. 1999.

desiguales debieran recibir un tratamiento desigual, en proporción a las desigualdades moralmente relevantes”<sup>12</sup>.

Al comprender que la relación médico – paciente depende en gran parte de la estructura de prestación de los servicios en salud, legitimó el interés de la Bioética en el tema de la justicia sanitaria”. El hecho de reconocer que el acceso a los servicios de salud es uno de los factores que inciden en las condiciones de salud, por ende es una de las mayores contribuciones a los estudios de desigualdades en salud, donde permite legitimar el trabajos realizado desde la Bioética en el tema de la equidad en salud<sup>13</sup>.

Otro factor importante a considerar es el pluriempleo en América Latina, especialmente en Argentina, Brasil, Uruguay, Perú y en menor medida Chile. En el caso de Perú un estudio detectó que el 71% del personal médico tiene dos o más relaciones laborales. En Uruguay, desde principios de los 90, a pesar del incremento en el número de profesionales, se mantiene un promedio de 2,6 trabajos por profesional, y entre los odontólogos, del 2,26. El tema del pluriempleo fue detectado también en Panamá y El Salvador; hecho ligado a causas diferentes, entre ellas se puede citar la oferta de fuentes de trabajo a tiempo parcial, las bajas remuneraciones que determina la necesidad de disponer de múltiples fuentes de ingreso. Por último, el desarrollo de un mercado “dual” de trabajo, lo viabiliza, combinando mejores salarios y condiciones de trabajo en el sector privado, protección social y otros beneficios, pero bajos salarios, en el público. El diferencial de remuneraciones induce un importante desplazamiento del sector público al privado, perdiendo aquel su personal más capacitado y con mayor experiencia<sup>14</sup>.

En Colombia un estudio realizado por la Universidad de Antioquia, en la ciudad de Medellín en el 2000, analizó el perfil sociodemográfico y laboral de los odontólogos, reportando que el 39% de los odontólogos laboraba en dos o más instituciones sin exceder las jornadas laborales normales de 8 horas. Además reporta que el 77% de los profesionales

---

<sup>12</sup>FERRER, Lues Marcela. Equidad y justicia en salud. Implicaciones para la Bioética. Acta Bioethica versión on-line ISSN 1726-569X. v. 9 n.1 Santiago 2003

<sup>13</sup>FERRER, Lues Marcela. Equidad y ... Acta Bioethica versión on-line ISSN 1726-569X. v. 9 n.1 Santiago 2003

<sup>14</sup>BRITO, Pedro (2000) Relaciones Laborales, Condiciones de Trabajo y Participación en el Sector Salud. OPS/OMS .CONICET/ UNGS. Web consultada en Febrero 2010

trabajan menos de 45 horas a la semana. Igualmente el 45% de odontólogos se consideran como subempleados desempeñando funciones en tiempos parciales y salarios bajos.<sup>15</sup>

La contratación a través de terceros (externalización - outshoursing) que intrínsecamente está ligada a precarización laboral por tener menores salarios, disminución o ausencia de los niveles de protección de trabajo, ausencia de beneficios como la asistencia médico - odontológica y mayor rotación de personal, es uno de los indicadores de una nueva forma en la fragmentación y movilización de trabajadores. El empleado acepta las contrataciones establecidas por los dueños de estas empresas sin el cumplimiento de los requerimientos mínimos que dispone la Ley Orgánica del Trabajo: como cotizaciones a la Seguridad Social, Prestaciones, vacaciones y cesantías ya que la figura de contratos a tiempo fijo no gozan de ningún beneficio de los anteriormente mencionados y estos deben ser asumidos directamente por los trabajadores.<sup>16</sup>

En otros términos, al insistir en el libre mercado de la salud se obliga a que los médicos y odontólogos enfrenten la disyuntiva de escoger entre sus pacientes y el rendimiento económico de las "empresas de salud" donde trabajan; entre el diagnóstico y tratamiento necesarios y el margen de ganancia para la empresa. Cabe decir que estas disyuntivas terminan haciendo cínicos, en vez de clínicos a algunos profesionales de la salud<sup>17</sup>.

Problemáticas como las antes mencionadas, llevan al profesional en salud a cuestionarse sobre el impacto de las relaciones administrativas derivadas de formas económicas de organización, sobre la actividad misma de ser un profesional en salud, y sobre todo en el desarrollo y ejercicio ético profesional. Para ello se hace uso de un concepto de Bioética que relaciona el sentido ético de la responsabilidad profesional con el concepto de vida integral del ser humano, con el ánimo de estudiar y generar respuestas a tales problemáticas. Históricamente se han dado unos principios fundamentales en la bioética

---

<sup>15</sup>NIETO, López Emmanuel; Montoya, Gloria Marina; Cardona, Elkin Mario; Bermudez, Luis Fernando. PERFIL SOCIODEMOGRAFICO Y LABORAL DE LOS ODONTOLOGOS EN LA CIUDAD DE MEDELLIN. Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2000; 18(2): 41- 53

<sup>16</sup>CARRILLO, Ana. NUEVAS FORMAS Y ORGANIZACIONES DE TRABAJO EN LOS SERVICIOS MÉDICOS EMPRESARIALES. Postgrado de Salud Ocupacional. Área de Estudios de Postgrado. Universidad de Carabobo. Mañongo. Sector Trigal Norte. Valencia.

<sup>17</sup>CARRILLO, Ana. NUEVAS FORMAS... Postgrado de Salud Ocupacional. Área de Estudios de Postgrado. Universidad de Carabobo. Mañongo. Sector Trigal Norte. Valencia.

que sirven de soporte inicial para la investigación en humanos y que posteriormente han dado un piso en el manejo y cuidado médico a los pacientes en los servicios de salud.

Este proceso se ha generado a raíz de las atrocidades cometidas durante la II Guerra Mundial defendiendo la necesidad de dejar claros una serie de principios con relación al uso de humanos en investigaciones médicas para que quedara asegurada la ética de la investigación. Así surge el famoso *Código de Nuremberg* (1946). En 1964 la Asociación Médica Mundial publica la *Declaración de Helsinki*, donde se insiste en la distinción entre investigación terapéutica y no terapéutica. Este documento fue modificado en 1975, señalando por primera vez la necesidad de una comisión que controlara el aspecto ético de los experimentos con humanos antes de que fueran llevados a cabo (la última modificación data de 1989). Creada una comisión nacional, se emite el *Informe Belmont* en 1978<sup>18</sup>.

Como fruto de investigaciones al respecto, la filosofía desde la bioética aporta algunas teorías éticas para resolver problemas concretos en el ámbito de la salud. El “principialismo” es uno de ellos. En el año 1979 se publicó el libro “Principios de la Ética Biomédica” de los autores Tom Beauchamp y James F. Childress. En este libro se establecen y fundamentan los cuatro principios básicos de lo que hoy se conoce como “principialismo” y que son: autonomía; justicia; beneficencia y no-maleficencia<sup>19</sup> que definen los comportamientos esperados, derechos y deberes para las diferentes personas que desarrollan roles específicos de acuerdo con la relación que tiene con los profesionales de la salud o los investigadores<sup>20</sup>. Diego Gracia enuncia que “El ejercicio de la medicina siempre ha planteado problemas éticos y exigido del médico una elevada calidad moral, como lo demuestra la ininterrumpida serie de documentos, desde sus inicios en la época hipocrática hasta la actualidad. Sin embargo, en ninguna otra época como en la nuestra se han planteado tantos y tan complejos problemas morales a los médicos, y nunca como ahora se ha requerido una adecuada formación ética de los profesionales sanitarios.”<sup>21</sup> Así, la odontología enfrenta dilemas éticos importantes, la relación odontólogo – paciente, el

---

<sup>18</sup>CAMPOS Serena Olga. BIOÉTICA PRINCIPIALISTA. EL PAPEL DE LA TRADICIÓN NORTEAMERICANA., Universidad de Granada, España.

<sup>19</sup>CELEDON, CARLOS L1 Ética de la medicina gestionada. ARTÍCULO DE ÉTICA. Rev. Otorrinolaringol. Cir. Cabeza Cuello 2009; 69: 37-40

<sup>20</sup>FERRER, Lues Marcela. Equidad y justicia en salud. Implicaciones para la Bioética. Acta Bioethica versión on-line ISSN 1726-569X. v. 9 n.1 Santiago 2003

<sup>21</sup>GRACIA, Diego. FUNDAMENTACION Y ENSEÑANZA DE LA BIETICA. Edit. Búho.

acceso a la salud bucal, la conciencia de la necesidad de la población, entre otros, atraen a la discusión y se debe abordar sobre la base de la ética profesional.

Retomando lo acontecido en los años 1970-1980 se incorpora el concepto de “beneficencia no paternalista” al surgir el “consentimiento informado” (autonomía); el principio de beneficencia propio de la cultura occidental desde la época de Hipócrates, se ve nuevamente acorralada, ahora no por el principio de autonomía sino que también por la economía<sup>22</sup>. La asistencia en salud deja de ser una cosa entre privados y pasa a ser un asunto de justicia social, primando el derecho moral a la asistencia en salud, basado en la idea de justicia social. La asistencia en salud pasa a ser una exigencia ética de justicia. En otras palabras queda aún más claro que la economía es un medio para la justicia social y no un fin en sí mismo. Desgraciadamente en la actualidad muchas veces se confunde el rol de la economía en la atención de salud ya que se pone los principios económicos al servicio del lucro en la atención de salud y no al servicio de la “asistencia sanitaria.” Conceptos como cliente en vez de paciente o empresa en vez de hospital o clínica, ha llevado a un choque conceptual entre los profesionales de la salud y economistas acerca de lo que se entiende por “atención sanitaria”<sup>23</sup>.

Esta asistencia sanitaria está soportada por el concepto de “justicia sanitaria” que se relaciona con la situación en que un país distribuye las posibilidades de acceso de los ciudadanos a los diferentes tipos de servicios que constituyen un sistema de salud, con la forma en que se distribuyen las obligaciones y los beneficios con el objeto de lograr un nivel adecuado de salud a la población. Para lograr este cometido, es necesaria una importante canalización y organización del recurso humano, financiero, político, gerencial para lograr la satisfacción de las diferentes demandas de salud de la población.

Ahora bien, de acuerdo con el concepto de “justicia distributiva”, hoy en día ha sido necesario establecer unos límites a la demanda de atención en los servicios de salud, ya que por la incapacidad para poder cumplir con lo exigido por la población por parte de los Estados. Esta situación es producto de los factores asociados a los diferentes desarrollos

---

<sup>22</sup>GRACIA, Diego. FUNDAMENTACION... Edit. Búho.

<sup>23</sup>GRACIA, Diego. FUNDAMENTACION... Edit. Buho.



biotecnológicos, al carácter de derecho negativo (ya que es previo al contrato social y el Estado debe protegerlo), el tipo de organización de la prestación de los servicios de salud, y los costos de la asistencia sanitaria, donde se ha presentado un notorio incremento del gasto en el sector de la salud en las últimas décadas<sup>24</sup>.

En la actualidad la forma en que se desarrolla la prestación de los servicios de salud en Colombia y en América Latina, con relación a la reglamentación del Sistema General de Seguridad Social en Salud y con las políticas de mercado que se desarrollan en el país, han generado nuevas formas de trabajo en el sector de salud. Por esta razón se debe abordar cómo ha sido el desarrollo del proceso organizacional a nivel empresarial en general para poder comprender este fenómeno.

Estas nuevas formas de organización del trabajo implican tanto riesgos como oportunidades en el marco de las condiciones laborales, ya que en las mismas empresas se observa una intensificación del trabajo y una mayor autonomía. No escapando de esta realidad los servicios de salud, ya que éstos han sufrido transformaciones en los últimos años, buscando equipar y estar a la altura de las modificaciones de las nuevas formas de organización de trabajo, que han repercutido en las relaciones laborales entre profesionales de la salud, tales como, alteraciones de los contratos de trabajo, precariedad laboral, subempleo, flexibilidad laboral, tercerización entre otros que lejos de aventajar las condiciones de empleo influyen negativamente en las relaciones de trabajo y estabilidad laboral<sup>25</sup>.

Los esfuerzos realizados por la dirección de las empresas en todo el mundo para satisfacer las cambiantes exigencias de la producción de bienes y servicios han dado lugar a nuevas formas de organización del trabajo. Siendo su objetivo principal crear organizaciones eficientes y flexibles para las principales actividades de las empresas. Así, como las actividades que no se consideran principales son y subcontratadas, por lo que un número cada vez mayor de pequeñas y medianas empresas ofertan sus servicios especialmente en el área industrial siendo suplidores de personal calificado y no calificado técnicamente, con

---

<sup>24</sup>GALVIS, Cristian. BIOÉTICA, JUSTICIA Y SALUD. LA JUSTICIA SANITARIA EN COLOMBIA, UN PROYECTO INCONCLUSO. Colección Bíos y Ehtos. No. 25. Universidad El Bosque, Departamento de Bioética. 2006. P. 123.

<sup>25</sup>CARRILLO, Ana. NUEVAS FORMAS Y ORGANIZACIONES DE TRABAJO EN LOS SERVICIOS MÉDICOS EMPRESARIALES. Postgrado de Salud Ocupacional. Área de Estudios de Postgrado. Universidad de Carabobo. Mañongo. Sector Trigal Norte. Valencia.

un entrenamiento dentro del ramo industrial donde dichas empresas se ayudan mutuamente cuando es necesario.<sup>26</sup>

Se puede afirmar que la aparición y desarrollo de nuevas formas de organización del trabajo es un proceso complejo, donde intervienen una variedad de factores íntimamente superpuestos entre sí, en los cuales se puede mencionar la competitividad de los mercados, las transformaciones en los productos, los diferentes sectores de producción y de servicios, la utilización de nuevas tecnologías, el nivel de cualificación y competencia profesional de la fuerza de trabajo, el modelo de relaciones industriales dominante entre otros que repercuten en el desempeño laboral.

Para poder comprender las nuevas formas de organización del trabajo en los servicios de prestación de salud, su aplicabilidad, ventajas, desventajas de dichos sistemas y las connotaciones implícitas dentro de la relación laboral, se debe hacer un recuento histórico del proceso que se ha llevado en la industrialización de las empresas, su desarrollo y consecuencias a través de los años y cómo el modelo económico ha influido en este proceso de cambio.

De acuerdo con todo lo anteriormente expuesto y con relación a los principios bioéticos definidos por Buchamps y Childress, se precisarán inicialmente para poderlos interrelacionar con la normatividad establecida en el Sistema de General de Seguridad Social en Salud, las nuevas formas de organización del trabajo en el sector de la salud y la operativización de la prestación de los servicios de salud en Colombia. El análisis que se presenta a continuación busca ofrecer una explicación en primera instancia teórica, esto es, sobre los fundamentos del concepto de Bioética, sustentado en un principio de respeto a la autonomía; para luego aplicarla sobre el caso Colombiano en particular, preguntando ¿Cómo se evidencia dentro del ejercicio profesional de la odontología el que haya o no un concepto claro y aplicable, tanto de Bioética como del principio de respeto a la autonomía? Adicionalmente se plantea una propuesta de modelo de análisis preliminar para estudiar en próximas investigaciones el comportamiento de los principios éticos inscritos en la ley

---

<sup>26</sup>CARRILLO, Ana. NUEVAS FORMAS... Postgrado de Salud Ocupacional. Área de Estudios de Postgrado. Universidad de Carabobo. Mañongo. Sector Trigal Norte. Valencia.

colombiana en su relación con los postulados teóricos de dichos principios en la teoría principalista de Buchamps y Childress.

## CAPÍTULO I

### LA CONDICIÓN DE LA AUTONOMÍA

El objetivo de la presente investigación fue analizar ‘la Condición de la Autonomía’ a partir de los postulados de la Bioética dentro de un grupo de profesionales odontólogos que prestan sus servicios bajo el Sistema General de Seguridad Social en Salud actual en Colombia (Ley 100 de 1993). Para estudiar la relación entre el ejercicio profesional con el cumplimiento de la condición de autonomía fue necesario en primer lugar describirla a partir de la teoría Kantiana interpretada por el principialismo de Beauchamp y Childress, en el que se definen cuatro principios básicos que fundamentan la idea de Bioética: respeto a la autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia; en segundo lugar, se analizaron estos principios dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud y por último se realizó un acercamiento a la realidad a través de un análisis de narrativas de entrevistas a estudiantes de postgrado de odontología de dos universidades que ejercen en diferentes ciudades del país.

En el desarrollo de esta investigación se requiere de la precisión en el uso de los conceptos clásicos sobre ética establecidos en el pensamiento kantiano. Por eso es importante esclarecer qué significa hablar de voluntad y autonomía en Kant y de cómo Beauchamp y Childress dan su propia interpretación de tales conceptos. Además también se evidenciará, cómo el utilitarismo de Mill hace parte de la fundamentación de la teoría principialista de estos autores. Con lo anterior se pretende dar un soporte teórico dentro de algunos de los principios que en la práctica influyen en la relación entre el profesional de la salud y el paciente.

Relación, que puede ser estudiada desde conceptos como la responsabilidad o la eticidad del profesional, del *buen o mal actuar* del mismo y del *compromiso social* entre otros; que adicionalmente puede plantearse como un problema moral, político, económico y administrativo a nivel institucional.

Como existen múltiples posibilidades que pueden enmarcar el análisis propuesto, se hace necesario precisar a continuación el contexto desde el cuál en bioética se hablará de “la condición de Autonomía”.

## 1.1. LA CONDICIÓN DE AUTONOMÍA EN LA TEORÍA KANTIANA

Para abordar el problema de la moralidad específicamente desde la estructura de Beauchamp y Childress se deben ver cuáles son los fundamentos Kantianos que abordan estos dos autores en su propuesta bioética.

Desde el punto de vista de la comprensión habitual se puede observar que la postura de los autores es principialista y tiene una parte utilitarista, pero también se requiere un enfoque kantiano para lograr comprender el concepto de autonomía en el proceso de la prestación del servicio de salud bucal inmerso en el Sistema de salud colombiano. Para tal efecto se partirá de la descripción y análisis de los cuatro principios enunciados anteriormente basados tanto en la teoría kantiana como en la utilitarista, que son: respeto a la autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia.

Para comenzar es preciso ver en Kant que el principio para el actuar del ser humano debe ser moral y lo práctico o lo verdaderamente moral deriva de la buena voluntad, que se sustenta en imperativos (obligación) que están presentes en todo momento. La voluntad humana es aquella capaz de auto-legislarse, en donde esa voluntad no se somete a una ley exterior (heteronomía), sino que está en capacidad de darse a sí misma la ley moral a través de un uso exclusivo de la propia razón que es práctica (autonomía)<sup>27</sup>.

Idea que reafirma Kant cuando expone su concepto de voluntad que se auto-legisla, enuncia que ésta para conducir el actuar no depende de ningún tipo de interés que la lleve a actuar moralmente; o sea, es independiente de cualquier influencia como fundamento subjetivo. En consecuencia, la obligación de seguir la ley (lo moral) se le presenta a la voluntad como un imperativo categórico; esto significa que el principio de auto-legislación de la voluntad es obligatorio e incondicionado, puesto que no se funda en ningún impulso o utilidad que conduzcan a un beneficio inmediato por seguir la ley, sino que el ser humano por su capacidad de ser racional reconoce que está sometido a su propia ley<sup>28</sup>.

---

<sup>27</sup>KANT, Emmanuel. FUNDAMENTACION DE LA METAFISICA DE LAS COSTUMBRES. Editorial Tecnos, 2005

<sup>28</sup>KANT, Emmanuel. FUNDAMENTACION... Editorial Tecnos, 2005.

Si bien es cierto que para Kant los imperativos categóricos (morales) no están condicionados por intereses o principios de acción subjetivos, el hecho de que éstos sean racionales, condiciona el que no sea cualquier tipo de principio el que obligue a una acción determinada. La formulación del imperativo categórico enuncia que un individuo debería actuar de acuerdo a una máxima que pueda desear que se convierta en ley universal, en donde todos nos convertimos en fines u objetivos y no sólo instrumentos en manos de otros<sup>29</sup>. El objetivo de la fundamentación de Kant para la acción moral “consiste en hallar el principio moral que subyace a la razón humana utilizando un método de investigación analítico, ya que parte del concepto común de moralidad y se encamina por una reflexión en torno a un concepto de “razón” que le resulta evidente lo que en palabras de Moreno refiere al respeto de la dignidad humana”<sup>30</sup>.

Lo expresado en el párrafo anterior se complementa con lo escrito en el capítulo de Claves para la lectura de la Fundamentación de la Metafísica de las Costumbres de Manuel Garrido, donde se explica el concepto de autonomía definido por Kant:

"Su proyecto ético consiste en hacer valer la convicción de que el hombre es su propio legislador, que no es heterónomo, sino autónomo (autos significa en griego "uno mismo", y el término "autónomo" alude, por tanto, al que se legisla a sí propio). La autonomía es para Kant la gloria de nuestra libertad y el sello de nuestra dignidad"<sup>31</sup>.

Para comprender la condición de autonomía<sup>32</sup> en relación con la dignidad del ser humano se puede partir de la siguiente reflexión que hace Kant: "La autonomía es, pues, el fundamento de la dignidad de la naturaleza humana y de toda naturaleza racional"<sup>33</sup>. La dignidad es aquel valor interior que posee todo ser racional siempre y cuando se constituya a sí mismo como fin último, como auto-legislador de su voluntad y entonces como un ser capaz dentro de un contexto moral. Desde la visión de Kant es definida como un principio en el que el

---

<sup>29</sup>KANT, Emmanuel. FUNDAMENTACION... Editorial Tecnos, 2005.

<sup>30</sup>MORENO, Urán Carlos Andrés, Esponda Contreras Katerine. EL CONCEPTO DE AUTONOMIA EN LA FUNDAMENTACIÓN DE LA METAFISICA DE LAS COSTUMBRES DE I. KANT. Cuadrantephi. No. 17. Junio – diciembre de 2008. Bogotá, Colombia.

<sup>31</sup>KANT, Emmanuel. FUNDAMENTACION... Editorial Tecnos, 2005. P. 16

<sup>32</sup>KANT, Emmanuel. FUNDAMENTACION... Editorial Tecnos, 2005. P. 126

<sup>33</sup>KANT, Emmanuel. FUNDAMENTACION... Editorial Tecnos, 2005. P. 126

ser humano actúa como fin en sí mismo, esto es, una condición de la libertad de las acciones de todo ser humano. La autonomía:

“(…)no se deriva de la experiencia: primero por su universalidad, puesto que se extiende a todos los seres racionales y no hay experiencia que alcance a determinar tanto; segundo, porque en él la humanidad es representada, no como fin del hombre – subjetivo -, esto es, como objeto que nos propongamos en realidad como fin espontáneamente, sino como fin objetivo, que, sean cualesquiera los fines que tengamos, constituya como ley de la condición suprema limitativa de todos los fines subjetivos, y por tanto, debe originarse de la razón pura”<sup>34</sup>.

En conclusión, con lo expuesto por Kant la base fundamental es la buena voluntad que se transforma en máxima y luego en ley universal que no puede contradecirse. Considerado este principio como una ley suprema: “obra siempre por tal máxima, que puedas querer al mismo tiempo que su universalidad sea ley”<sup>35</sup>. En conclusión, con lo expuesto por Kant la base fundamental es la buena voluntad que se transforma en máxima y luego en ley universal que no puede contradecirse. Considerado este principio como una ley suprema: “obra siempre por tal máxima, que puedas querer al mismo tiempo que su universalidad sea universales”<sup>36</sup>. Constituyéndose así la “fórmula de una voluntad absolutamente buena”<sup>37</sup>. Lo que invita a que se respete al otro en sus decisiones autónomas dentro del concepto de libertad definido por Kant.

Así, en el actuar utilizando los medios para todo fin se debe limitar su máxima a la condición de su validez universal como ley para todo individuo, esto quiere decir que el sujeto no debe ponerse como medio para fundamentar las acciones, sino como “suprema condición limitativa en el uso de todos los medios”<sup>38</sup>, por tanto, el sujeto siempre debe ponerse simultáneamente como medio y como fin<sup>39</sup>.

---

<sup>34</sup>KANT, Emmanuel. FUNDAMENTACION... Editorial Tecnos, 2005. P. 120

<sup>35</sup>KANT, Emmanuel. FUNDAMENTACION... Editorial Tecnos, 2005. P. 128

<sup>36</sup>KANT, Emmanuel. FUNDAMENTACION... Editorial Tecnos, 2005.

<sup>37</sup>KANT, Emmanuel. FUNDAMENTACION... Editorial Tecnos, 2005.

<sup>38</sup>KANT, Emmanuel. FUNDAMENTACION... Editorial Tecnos, 2005. P. 131

<sup>39</sup>KANT, Emmanuel. FUNDAMENTACION... Editorial Tecnos, 2005.

De acuerdo con lo anterior se debe considerar al sujeto como legislador universal que está sometido a sus propias máximas y leyes, y como fin en sí mismo. Pero además de esto se debe considerar la dignidad del sujeto para actuar de acuerdo con sus propias máximas y leyes, no obstante el individuo debe respetar las leyes y máximas de otros dentro de la sociedad en que vive para lograr sus propios fines.

Así bien, otro factor que interviene en lo moral es la relación de las acciones con la autonomía de la voluntad, el actuar no con miedo o inclinación, solamente con respeto a la ley es el objeto que le puede dar a la acción un valor moral, para esta afirmación es importante resaltar lo planteado por Kant:

“Nuestra propia voluntad, en cuanto que obrase sólo bajo la condición de una legislación universal posible por sus máximas, esa voluntad posible para nosotros en la idea, es el objeto propio del respeto, y la dignidad de la humanidad consiste precisamente en esa capacidad de ser legislador universal, aun cuando con la condición de estar al mismo tiempo sometido justamente a esa legislación”<sup>40</sup> .

La autonomía de la voluntad es para la moral una ley con independencia en relación a los diferentes objetos que constituyen el querer, por lo que define Kant como:

“el principio de la autonomía es, pues, no elegir de otro modo sino de éste: que las máximas de la elección, en el querer mismo, sean al mismo tiempo incluidas como ley universal. Que esta regla práctica es un imperativo, es decir, que la voluntad de todo ser racional está atada a ella necesariamente como condición, es cosa que por mero análisis de los conceptos presentes en esta afirmación no puede demostrarse, porque es una proposición sintética, habría que salir del conocimiento de los objetos y pasar a una crítica del sujeto, es decir, de la razón pura práctica; pues esa proposición sintética, que

---

<sup>40</sup>KANT, Emmanuel. FUNDAMENTACION... Editorial Tecnos, 2005. P. 131



manda apodócticamente, debe poderse conocer enteramente a priori”<sup>41</sup>.

Pero también hay que tener en cuenta que la voluntad pura no debe estar influenciada por factores externos o por deseos individuales y por ende la autonomía puede generar un fenómeno de heteronomía en el cual el sujeto no puede actuar autónomamente. Kant explica este concepto de la siguiente forma:

“Donde quiera que un objeto de la voluntad se pone en fundamento para prescribir a la voluntad la regla que la determina, es ésta regla heteronomía; el imperativo está condicionado a saber: si o porque se quiere este objeto, hay que obrar de tal o cual modo, por tanto no puede nunca mandar moralmente, es decir categóricamente.”<sup>42</sup>

Sin embargo, esto último indica dentro del análisis de la condición de autonomía que debe contemplarse una idea de moral heterónoma, debido a que dentro del ejercicio profesional el objeto de lo moral se presenta efectivamente como un objeto externo a la voluntad del individuo. Así, se debe ponderar el deber respecto al beneficio o perjuicio, por ejemplo, de modo que existe un concepto de utilidad que subyace y que es precisamente el que abordan Beauchamp y Childress partiendo de la teoría utilitarista de Mill. En efecto John Stuart Mill en su libro “EL UTILITARISMO” define la teoría utilitarista como:

“el conjunto de reglas y preceptos de humana conducta por cuya observación puede asegurarse a todo el género humano una existencia como la descrita en la mayor extensión posible; y no sólo al género humano, sino hasta donde la naturaleza de las cosas lo permita a toda la creación consciente”<sup>43</sup>.

No obstante es importante aclarar que como afirma Mill “la utilidad no sólo incluye la búsqueda de la felicidad, sino también la prevención o mitigación de la desgracia”<sup>44</sup>. El

---

<sup>41</sup>KANT, Emmanuel. FUNDAMENTACION... Editorial Tecnos, 2005. P. 132

<sup>42</sup>KANT, Emmanuel. FUNDAMENTACION... Editorial Tecnos, 2005. P. 136

<sup>43</sup>MILL, John Stuart. EL UTILITARISMO. Fuente: esnips. <http://www.esnips.com/doc/a1f2638a-ffea-4711-b94e-3ae49bb0f908/John-Stuart-Mill---El-Utilitarismo>. P.9

<sup>44</sup>MILL, John Stuart. EL UTILITARISMO. Fuente: esnips. <http://www.esnips.com/doc/a1f2638a-ffea-4711-b94e-3ae49bb0f908/John-Stuart-Mill---El-Utilitarismo>. P.9

utilitarismo se enfoca más en el bien común que en el particular, así como en el sacrificio particular por el beneficio de otros. De esta manera el principio de utilidad en el momento de hacer diferencia entre el bien y el mal, es determinante, pero no es aún claro si se puede aplicar en actos o circunstancias concretas o a las reglas generales que establecen los actos correctos e incorrectos<sup>45</sup>.

“La moral utilitarista reconoce al ser humano el poder de sacrificar su propio bien por el bien de los otros. Sólo rehúsa admitir que el sacrificio sea un bien por sí mismo. Un sacrificio que no aumenta ni tiende a aumentar la suma total de la felicidad, o alguno de los medios para conseguir la felicidad de los demás: ya de los hombres considerados colectivamente, ya de los individuos dentro de los límites impuestos por los intereses colectivos de la humanidad”<sup>46</sup>.

Si el anterior concepto de autonomía, comprendido como la capacidad de auto-legislación racional es analizado desde la visión de Beauchamp y Childress en los principios del respeto a la autonomía y beneficencia, se evidencia cómo se ajusta a lo expuesto por Kant ya que lo que pretenden los autores es tratar el concepto de autonomía en la relación del profesional de la salud y el paciente, como un principio básico para la acción voluntaria y libre que debe tener cada individuo al tomar decisiones durante el proceso de la atención odontológica.

Por lo tanto la autonomía debe ser respetada dentro de una relación interpersonal que se basa en el interés general sin que prime el particular. Esta afirmación se relaciona con lo que exponen Beauchamp y Childress en relación a los principios de no maleficencia y justicia donde prima el beneficio de la sociedad sobre el particular especialmente con relación a la prestación de los servicios de salud en general. Estos principios están cimentados en la teoría utilitarista, en la que se establece que se debe proceder siempre de

---

<sup>45</sup>BEAUCHAMP, Tom, CHILDRESS, James. PRINCIPIOS... Edit. MASSON. 1999.

<sup>46</sup>MILL, John Stuart. EL UTILITARISMO. Fuente: esnips. <http://www.esnips.com/doc/a1f2638a-ffe4-4711-b94e-3ae49bb0f908/John-Stuart-Mill---El-Utilitarismo>. P. 12

la forma que permita obtener el máximo beneficio; o por lo menos el menor perjuicio posible si no se pueden obtener los resultados deseados<sup>47</sup>.

Pero es necesario ahondar más en el concepto de justicia desde la perspectiva que plantea Diego Gracia y más aún como lo expone Gracia desde el concepto de John Rawls “la justicia no puede definirse como proporcionalidad natural, ni como libertad contractual, ni tampoco como igualdad social, sino como <<equidad>>”<sup>48</sup>, este concepto orientado a la “justicia como bienestar colectivo”, que se complementa con lo que expone Gracia sobre el concepto de una <<sociedad bien ordenada>>, que tiene dos características principales que son:

“1) Estará regulada de forma efectiva por una concepción pública de la justicia; esto es, será una sociedad en la que todos acepten, y sepan que los demás también aceptan, los mismos principios de lo recto y de la justicia. 2) Los miembros de una sociedad bien ordenada serán personas morales libres e iguales, y como tales se verán a sí mismas y unas a otras en sus relaciones políticas y sociales. Por tanto, sobre la base de la persona moral es posible pensar una sociedad bien ordenada, que estará regida por los principios de libertad e igualdad”<sup>49</sup>.

Para que estas características se cumplan dentro de una sociedad bien ordenada como lo plantea Gracia, esta sociedad debe tener una estructura básica en la que los ciudadanos puedan “vivir y actuar como personas morales libres e iguales”<sup>50</sup>.

“La justicia no consiste sólo en el respeto de los principios morales, sino también en la maximización de las consecuencias buenas de los actos”<sup>51</sup>

---

<sup>47</sup>BEAUCHAMP, Tom, CHILDRESS, James. PRINCIPIOS DE ETICA BIOMEDICA. Edit. MASSON. 1999. P. 46

<sup>48</sup>GRACIA, Diego. PROFESIÓN MÉDICA, INVESTIGACIÓN Y JUSTICIA SANITARIA. Ética y Vida. Estudios de Bioética. Edit. El Búho. 2002. P. 165.

<sup>49</sup>GRACIA, Diego. PROFESIÓN MÉDICA... Ética y Vida. Estudios de Bioética. Edit. El Búho. 2002. P. 165

<sup>50</sup>GRACIA, Diego. PROFESIÓN MÉDICA... Ética y Vida. Estudios de Bioética. Edit. El Búho. 2002. P. 166

<sup>51</sup>GRACIA, Diego. PROFESIÓN MÉDICA... Ética y Vida. Estudios de Bioética. Edit. El Búho. 2002. P. 168

Ahora bien si se relaciona la justicia sanitaria con lo expuesto anteriormente, es evidente que el derecho a la asistencia sanitaria tendrá que cumplirse bajo las normas establecidas por la sociedad en el marco de una “justicia como bienestar colectivo”, en la que los servicios sean prestados dentro del contexto de “equidad”.

En conclusión tanto la teoría kantiana como la utilitarista se ven reflejadas en los cuatro principios básicos de la bioética expuestos por Beauchamp y Childress y que en el desarrollo del ejercicio de las ciencias de la salud son importantes para la relación profesional de la salud y el paciente como en la operativización del sistema de salud actual para poder obtener una prestación de los servicios adecuada y justa, que a continuación se tratará más específicamente con el concepto de autonomía desde la visión de Beauchamp y Childress con respecto a la relación profesional – paciente.

## 1.2. LA BIOÉTICA Y LA CONDICIÓN DE AUTONOMÍA EN BEAUCHAMP Y CHILDRESS

Dentro de la práctica médica y odontológica la Bioética ha aportado los principios del actuar en la relación médico – paciente. A raíz de lo acontecido en la segunda guerra mundial con los experimentos de los médicos nazis en humanos; en 1.946 se firma el Código de Nuremberg, en 1.964 la Asociación Médica Mundial publica la Declaración de Helsinki en la que se enfatiza sobre la investigación terapéutica y la no terapéutica.

En 1.975 se modificó por primera vez y se incluyó una comisión evaluadora del aspecto ético de los proyectos de investigación en humanos antes de llevarlos a cabo. Una vez creada dicha comisión emite el Informe de Belmont, y en 1.978 y se establecen tres principios bioéticos que se deben seguir para este tipo de investigaciones<sup>52</sup>. Posteriormente, los filósofos Beauchamp y Childress crearon la teoría principialista en la práctica médica y la relación médico - paciente, donde definieron los principios de: respeto a la autonomía, beneficencia y justicia del Informe Belmont, e incluyeron uno nuevo, el de no maleficencia.

De acuerdo con lo anterior y con lo propuesto por Kant con respecto a “el principio del respeto a la autonomía” de Beauchamp y Childress, es necesario evidenciar el sistema de

---

<sup>52</sup>BEAUCHAMP, Tom, CHILDRESS, James. PRINCIPIOS DE ETICA BIOMEDICA. Edit. MASSON. 1999. P. 46

principios y el procedimiento de toma de decisiones como deberes prima facie y deberes efectivos. Para los autores, los cuatro principios obligan prima facie porque en circunstancias particulares si se presenta algún conflicto entre dos o más de ellos, se debe hacer una evaluación de la situación específica para establecer cuál de estos principios es el prioritario para no afectar los intereses de la comunidad sin anteponer los particulares. Esto es que, según los autores, sean las circunstancias particulares y sus consecuencias las que permitan ordenarlos jerárquicamente. Esto llevado a la práctica describe cómo los seres humanos realizan juicios morales y resuelven sus conflictos, con independencia de la teoría ética que acepten como válida<sup>53</sup>.

La teoría de Beauchamp y Childress también se fundamenta en la Ética de la Responsabilidad, en la cual se orienta la ética no sólo en los valores sino también en los fines:

“la Ética de la responsabilidad basa su racionalidad en el análisis del binomio medios-fines, en tanto que en la ética de la convicción la acción social se halla fundamentalmente dirigida por valore. [...] La ética de la responsabilidad intenta justificar siempre racionalmente los fines de la acción y los medios utilizados, a la vista de las circunstancias concretas y habida cuenta de las consecuencias previstas”<sup>54</sup>.

En el libro “Principios de Ética Biomédica” de Beauchamp y Childress se analizan diferentes teorías éticas que se entrelazan para explicar los cuatro principios que fundamentan en la bioética, estas teorías son: la Teoría Kantiana, la Teoría Utilitarista, la Teoría del Carácter, el Individualismo Liberal, el Comunitarismo, la Ética del Cuidado, la Casuística, Teorías de la Moral Común. Estas teorías soportan los cuatro principios en sus diferentes enfoques dando respuesta a los dilemas que se pueden presentar en el desarrollo de la bioética enfocada a la salud<sup>55</sup>.

---

<sup>53</sup>BEAUCHAMP, Tom, CHILDRESS, James. PRINCIPIOS... Edit. MASSON. 1999. P. X (Prólogo a la edición española).

<sup>54</sup>BEAUCHAMP, Tom, CHILDRESS, James. PRINCIPIOS... Edit. MASSON. 1999. P. XI - XII

<sup>55</sup>Aunque los cuatro principios se interrelacionan, para este estudio sólo se tendrá en cuenta el principio del respeto a la autonomía con relación al ejercicio profesional odontológico dentro del marco que lo rige en el Sistema de Seguridad Social en Salud actual y cómo es el comportamiento de este principio en el desarrollo de la prestación del servicio en la relación odontólogo - paciente

Ahora bien, una vez expuestas las teorías filosóficas principales que fundamentan la teoría principialista de Beauchamp y Childress, para esta investigación se tendrá en cuenta primordialmente cómo los autores definen la condición de autonomía como:

Principio del Respeto a la autonomía:

“Respetar a un agente autónomo implica, como mínimo, asumir su derecho a tener opiniones propias, a elegir y a realizar acciones basadas tanto en sus valores como en sus creencias personales. Este respeto debe ser activo, y no simplemente una actitud. Implica no sólo la obligación de no intervenir en los asuntos de otras personas, sino también la de asegurar las condiciones necesarias para que su elección sea autónoma, mitigando los miedos y todas aquellas circunstancias que puedan dificultar o impedir la autonomía del acto”<sup>56</sup>.

Pero como se había expuesto anteriormente el principio del respeto de la autonomía se interrelaciona con los otros tres principios, ya que éstos interactúan en forma importante en el proceso de la toma de decisiones durante la prestación del servicio de salud. A continuación se definirán los tres principios faltantes para establecer cómo interactúan entre sí:

Beneficencia:

“se refiere a la obligación de actuar en beneficio de otros”. “Un principio de beneficencia, tal y como nosotros lo entendemos, impone una obligación de ayudar a otros a promover sus importantes y legítimos intereses”<sup>57</sup>.

Justicia: se puede interpretar justicia como trato igual, equitativo y apropiado a la luz de lo que se debe a las personas o es propiedad de ellas. Esto es el respeto a los beneficios que tienen derecho las personas.

---

<sup>56</sup>BEAUCHAMP, Tom, CHILDRESS, James. PRINCIPIOS... Edit. MASSON. 1999. P. 117-118

<sup>57</sup>BEAUCHAMP, Tom, CHILDRESS, James. PRINCIPIOS... Edit. MASSON. 1999. P. 246.

“El término justicia distributiva se refiere a la distribución igual, equitativa y apropiada en la sociedad, determinada por normas justificadas que estructuran los términos de cooperación social”<sup>58</sup>.

No obstante, dentro del concepto de justicia distributiva como bien lo define Ferrer,

“el principio de justicia se refiere también a individuos concretos y establece que cada uno de ellos debe ser tratado en forma justa. Pese a tener esta base individual, incluye también una clara referencia a otros pacientes/participantes, sus grupos de pertenencia y a la sociedad en su conjunto. Esto porque determinar la justicia de una distribución requiere, necesariamente, considerar las posiciones relativas de los miembros de la sociedad con respecto al objeto o bien específico que se quiere distribuir”<sup>59</sup>.

Dentro de este contexto, se puede decir que tanto el principio de justicia como de autonomía no se contraponen sino que son complementarios porque, al garantizar tanto el respeto a la autonomía como las condiciones de su uso pleno, se establece también como un asunto de justicia<sup>60</sup>.

No maleficencia: está fundamentada en el objeto de la obligación a no hacer daño intencionalmente, esto implica “abstenerse intencionalmente a realizar acciones que puedan causar daño”<sup>61</sup>. La no maleficencia está vinculada al dictum Hipocrático “primum non nocere: En primer lugar, no hacer daño y “obliga a no hacer daño intencionalmente”<sup>62</sup>. En el campo específico de la prestación de servicios de salud, es una obligación de hacer el máximo bien a los pacientes, esto demanda minimizar o eliminar los efectos nocivos de las intervenciones que se realicen. Diego Gracia ha señalado en su tesis doctoral “Persona y enfermedad: una introducción a la Historia y Teoría de la Antropología Médica”<sup>63</sup>, que el principio de No-Maleficencia es el fundamento de la ética médica.

---

<sup>58</sup>BEAUCHAMP, Tom, CHILDRESS, James. PRINCIPIOS... Edit. MASSON. 1999. P. 312

<sup>59</sup>FERRER, Lues Marcela. Equidad y justicia en salud. Implicaciones para la Bioética. Acta Bioethica versión on-line ISSN 1726-569X. v. 9 n.1 Santiago 2003

<sup>60</sup>FERRER, Lues Marcela. Equidad... Acta Bioethica versión on-line ISSN 1726-569X. v. 9 n.1 Santiago 2003

<sup>61</sup>BEAUCHAMP, Tom, CHILDRESS, James. PRINCIPIOS... Edit. MASSON. 1999. P. 179

<sup>62</sup>BEAUCHAMP, Tom, CHILDRESS, James. PRINCIPIOS... Edit. MASSON. 1999. P. 179

<sup>63</sup>BEAUCHAMP, Tom, CHILDRESS, James. PRINCIPIOS... Edit. MASSON. 1999.

Teniendo en cuenta el actuar de los cuatro principios antes señalados se pueden ordenar estos en dos categorías, agrupados en dos niveles de acuerdo con el carácter privado y el carácter público. En el primero están los principios del respeto a la autonomía y el principio de beneficencia, en el segundo están el principios de no maleficencia y el de justicia. El autor analiza lo anterior desde el enfoque de la moral individual y colectiva en lo que respecta a los dos niveles. El primero o privado se define básicamente desde la vida moral en la que se debe respetar la diversidad de los individuos, en el segundo o público los deberes morales deben ser iguales y comunes para todos los miembros que conforman la comunidad<sup>64</sup>. Así, para Diego Gracia:

“La vida moral es un carácter propio de los seres humanos o de las personas conscientes autónomas. La moral comienza con la autonomía. Por tanto, desde el punto de vista genético, los principios privados de autonomía y beneficencia tienen prioridad sobre los otros dos. El contenido de los otros dos principios es siempre la consecuencia de un acuerdo entre los miembros de una sociedad”<sup>65</sup>.

Es importante aclarar que desde el punto de vista genético, como lo expresa Gracia, los principios del nivel privado tiene prioridad sobre los del nivel público, pero jerárquicamente los segundos tienen prioridad sobre los primeros cuando se presenta conflicto entre el deber privado y el público<sup>66</sup>.

Al enfrentar el fenómeno de las políticas del Sistema de Seguridad Social en Salud con los principios bioéticos expuestos por Beauchamp y Childress, es inquietante que la relación adecuada de odontólogo – paciente esté siendo afectada en forma negativa por lo normado en el sistema. Así bien, es necesario determinar, en ambas partes los factores predominantes en el resultado de la prestación del servicio; primero por parte del profesional y su autonomía en la toma de decisiones para un resultado óptimo en su ejercicio profesional. Y segundo, la satisfacción o insatisfacción del usuario al finalizar el tratamiento para evaluar el proceso según el servicio recibido.

---

<sup>64</sup>GRACIA, Diego. FUNDAMENTACION Y ENSEÑANZA DE LA BIOETICA. Edit. Buho. 2004. P. 98

<sup>65</sup>GRACIA, Diego. FUNDAMENTACION... Edit. Búho. 2004.

<sup>66</sup>GRACIA, Diego. FUNDAMENTACION... Edit. Búho. 2004. P. 99



Centrando todo lo expuesto anteriormente en el ejercicio de la odontología desde la óptica de la bioética, se han planteado dilemas éticos y se ha exigido de parte del profesional una elevada calidad ética, como lo demuestra la historia de la odontología desde sus inicios hasta la actualidad. Sin embargo, probablemente en ninguna otra época como en la actual se habían planteado tantos y tan complejos problemas éticos a los odontólogos, donde se requiere en forma inmediata la evaluación e implementación de la formación ética y bioética de los estudiantes y profesionales para que puedan ejercer dentro de un ámbito laboral y económico que en ocasiones es adverso para su desarrollo profesional.

En la práctica de la odontología surgen cuestionamientos sobre el actuar profesional y la actividad odontológica como tal; estos se pueden descubrir en la relación entre odontólogo –paciente, con los compañeros de profesión, con la comunidad, con la institución de salud donde se labora, con otras personas relacionadas con el área de la salud, con instituciones educativas y por último con las instituciones gubernamentales.

Por último, el respeto a la autonomía no sólo se debe ver desde la perspectiva del derecho del paciente sino también desde la visión del profesional quien también debe tomar ciertas decisiones en forma autónoma o consensuada con el paciente durante el desarrollo de la prestación del servicio de salud bucal.

### 1.3. EL RESPETO A LA AUTONOMÍA

El principio del respeto a la autonomía expuesto por Beauchamp y Childress se refiere al trato del profesional de la salud con el paciente, a la decisión libre y autónoma que debe tomarse frente a una opción particular de tratamiento de acuerdo con la información que le ha suministrado el profesional al paciente<sup>67</sup>.

Pero este principio también se puede ver desde la óptica del profesional en cuanto a que él actúa en forma autónoma y libre para tomar decisiones con relación a su obrar ético profesional y poder brindar la mejor atención a su paciente. El profesional debe tomar en cuenta en todos los procesos involucrados en el acto odontológico como es el diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento; todo lo relacionado en el ámbito técnico – científico y

---

<sup>67</sup>BEAUCHAMP, Tom, CHILDRESS, James. PRINCIPIOS... Edit. MASSON. 1999. P. 379 – 424

dentro de un marco ético, para lograr obtener la mayor y mejor información. Luego exponer la situación en que se encuentra el paciente y sus posibles soluciones, ya sea alguna opción de tratamiento o la negación del mismo, con el fin de dar herramientas útiles y comprensibles para que pueda tomar una decisión adecuada para su salud.

Al observar la teoría expuesta por Beauchamp y Childress con relación al principio del respeto a la autonomía, son expuestos cuatro factores básicos para el desarrollo de la relación odontólogo paciente, que son<sup>68</sup>:

- Veracidad: Tres argumentos contribuyen a justificar la obligación de veracidad: primero, el deber de la veracidad está basado en el respeto hacia a los demás. Segundo, tiene una conexión íntima con las obligaciones de fidelidad y de mantenimiento de las promesas. Tercero, las relaciones de confianza entre las personas son necesarias para una interacción y cooperación fructífera. Estas relaciones se basan en la confianza y la creencia de que otros sean veraces. Por tanto, la mentira y la revelación de información inadecuada, muestran falta de respeto hacia las personas, violan los contratos implícitos y amenazan las relaciones de confianza<sup>69</sup>.
- Intimidad: la justificación del derecho a la intimidad está relacionada con el principio de respeto a la autonomía: los derechos derivados de la intimidad son pretensiones válidas frente al acceso no autorizado, que tiene su base en el derecho a autorizar o denegar dicho acceso. Estos derechos están justificados por los derivados de las decisiones autónomas, correlativos a las obligaciones expresadas en el principio de respeto a la autonomía<sup>70</sup>.
- Confidencialidad: hay confidencialidad siempre que una persona revela información a otra, ya sea de palabra o mediante un examen y la persona a la que se revela la información promete no divulgarla a un tercero sin el

---

<sup>68</sup>BEAUCHAMP, Tom, CHILDRESS, James. PRINCIPIOS... Edit. MASSON. 1999.

<sup>69</sup>BEAUCHAMP, Tom, CHILDRESS, James. PRINCIPIOS... Edit. MASSON. 1999.

<sup>70</sup>BEAUCHAMP, Tom, CHILDRESS, James. PRINCIPIOS... Edit. MASSON. 1999.

permiso del que se ha confiado. La información confidencial es tanto privada como impartida voluntariamente en confianza y en confidencia<sup>71</sup>.

- Fidelidad: La obligación de fidelidad se entiende mejor como una norma moral especialmente en los principios del respeto a la autonomía, el de justicia y el de utilidad en los que se justifica la obligación de actuar de buena fe para mantener votos y promesas, cumplir acuerdos, mantener relaciones y responsabilidades fiduciarias. La relación médico – paciente es una relación fiduciaria porque se basa en la confianza o confidencia, donde el médico es un administrador del bienestar del paciente con relación a su salud; esta relación está basada principalmente en la lealtad y confianza que en responder a la propia palabra dada<sup>72</sup>.

Teniendo en cuenta la relación odontólogo – paciente estos cuatro puntos se pueden convertir en tres factores de análisis en los cuales se observa el actuar del profesional con el paciente dentro del acto clínico, son:

- La actitud del profesional de la salud: se orienta a su autoconciencia dirigida al deber como odontólogo, que es el tema que importa en este momento, en el cual el profesional reflexiona sobre su quehacer profesional dentro de un contexto social, político, humano y principalmente ético para dar solución a las necesidades específicas en su campo de acción a la población que está bajo su responsabilidad. En los términos kantianos ya vistos, esto significa la capacidad de auto-legislación del profesional.
- La actitud activa del profesional de la salud hacia el paciente: está enmarcada dentro de la relación directa de odontólogo – paciente en la cual el profesional actúa en una forma consciente de que está siendo observado y calificado por su interlocutor así como él también observa y califica el actuar del otro, siendo una relación de doble vía en la que se busca satisfacer las necesidades particulares dentro del convenio pactado entre ambos actores.

---

<sup>71</sup>BEAUCHAMP, Tom, CHILDRESS, James. PRINCIPIOS... Edit. MASSON. 1999.

<sup>72</sup>BEAUCHAMP, Tom, CHILDRESS, James. PRINCIPIOS... Edit. MASSON. 1999.

- Por parte del profesional, permitir la autonomía del paciente: en esta relación odontólogo – paciente, el profesional es consciente de que tiene el deber de permitir que el paciente tome una decisión en una forma autónoma y responsable sobre su enfermedad y las alternativas de tratamientos expuestas dentro de sus propios criterios y los de su entorno inmediato (familia) si él lo considera necesario. Aquí se puede observar el principio de utilidad como la búsqueda de la maximización del beneficio general más allá del beneficio particular. En términos de Kant el desarrollo de la autonomía particular desencadena en el beneficio general, debido a que es en la capacidad de autolegislar en donde los individuos encuentran su espacio para ejercer su acción como seres libres, que es lo que en Beauchamp y Childress se expresa en la relación médico- paciente en general como consentimiento.

Dentro de estos tres factores también están inmersas las siguientes características que los complementan: 1. la Intencionalidad, 2. el Conocimiento y 3. La Ausencia de interferencias. Estos contribuyen en el proceso de la atención odontológica y en el respeto de la autonomía tanto para el profesional como para el paciente dando oportunidad de poder viabilizar una toma de decisiones más autónoma por parte de los actores que intervienen en el proceso clínico.

En conclusión para este primer capítulo, respecto al respeto a la autonomía, la teoría kantiana y la teoría principialista de Beauchamp y Childress (ambas buscando un principio seguro a través del establecimiento de principios generales objetivos para la acción) se entrelazan íntimamente en defensa del actuar autónomo de la persona de acuerdo con principios éticos y morales en el marco de la racionalidad humana, para el logro de una satisfacción individual que se refleje en el colectivo.

Este concepto del principio de respeto a la autonomía expuesto dentro del ámbito de la relación profesional - paciente de acuerdo con las teorías kantiana y de Beauchamp y Childress es importante para el ejercicio profesional actual, en el sentido en que ofrece una idea clara de que la ética profesional trasciende los meros principios del actuar individual del médico (odontólogo) con el paciente, y vincula al paciente como individuo activo y

responsable dentro del proceso de toma de decisiones para la consecución de su propia salud.

Pero, si lo anterior se observa dentro del contexto del modelo de seguridad social en salud actual en Colombia es muy difícil que se logre a cabalidad cumplir con los principios anteriormente expuestos, debido a los diferentes factores externos, económicos, de gestión (tanto administrativa como operativa) que influyen en el desarrollo de las consultas odontológicas que coartan el actuar del odontólogo para el desarrollo adecuado del ejercicio profesional, dentro de un marco ético vulnerando tanto los derechos del paciente como los del profesional y repercutiendo también en el resultado final en cuanto a la satisfacción mutua, tanto del odontólogo como del paciente con relación a la solución de las necesidades particulares de los mismos.

El respeto a la autonomía no sólo se puede enfocar al paciente sino también al profesional en donde, éste en su ejercicio profesional es autónomo de tomar decisiones en el ámbito técnico-científico actual y adecuado para el cuidado integral del paciente, respetando los parámetros establecidos por la ética profesional y los criterios científicos. Así el respeto a la autonomía, para Kant constituiría el objeto de la buena voluntad:

“La voluntad absolutamente buena, cuyo principio tiene que ser un imperativo categórico, quedará, pues, indeterminada respecto a todos los objetos y contendrá sólo la forma del querer en general, como autonomía; esto es, la aptitud de la máxima de toda buena voluntad para hacerse a sí misma ley universal es la única ley que se impone a sí misma la voluntad de todo ser racional, sin que intervenga como fundamento ningún impulso o interés”<sup>73</sup>.

En consecuencia, actuar desde una buena voluntad garantiza la razonabilidad y universalidad de la acción, y en la medida en la que se expresa como un imperativo categórico no establece ningún contenido conceptual que pueda conducir tal acción con fines meramente particulares, incluso ante una acción que deba ser tomada como generalidad, no sería posible adjudicarle un contenido preciso, por eso “contendrá sólo la

---

<sup>73</sup>KANT, Emmanuel. FUNDAMENTACION... Editorial Tecnos, 2005. P. 137

forma del querer en general”. La expresión de la buena voluntad conduce a la libertad del sujeto para llevar a cabo una acción, debido a que no tiene contenido más allá de su simple querer.

## CAPÍTULO II

### LA CONDICION DE LA AUTONOMÍA EN EL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

Siguiendo la teoría Kantiana fundamentalmente con el concepto de autonomía y la teoría principialista de Beauchamp y Childress donde definen el principio de respeto a la autonomía desde la visión de la participación de las personas en investigaciones científicas y lo que expone Diego Gracia con respecto al mismo principio pero enfocado a la atención en salud y la relación médico – paciente; se realizará un análisis del ejercicio de la odontología enfocado a la condición de la autonomía con relación al sistema de Seguridad Social en Salud en Colombia.

#### 2.1. CONTEXTUALIZACIÓN DE LA CONDICIÓN DE AUTONOMÍA EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD COLOMBIANO

Es importante iniciar haciendo relación con lo establecido en el Código de Ética del Odontólogo Colombiano, donde se define la Odontología como:

“Se entiende por el ejercicio de la Odontología la utilización de medios y conocimientos para el examen, diagnóstico, pronóstico con criterios de prevención, tratamiento de la enfermedades, malformaciones, traumatismos, las secuelas de los mismos a nivel de los dientes, maxilares y demás tejidos que constituyen el sistema estomatognático”<sup>74</sup>.

Esto para resaltar lo normado en el contexto del Sistema de Salud Colombiano teniendo en cuenta que la responsabilidad del profesional de la Odontología es un tema que reviste gran importancia en la actualidad, por ello, es necesario conocer las normas que regulan el ejercicio profesional, máxime si se tiene en cuenta que la Odontología es una actividad que involucra derechos fundamentales como la vida y la integridad personal.

---

<sup>74</sup>Ley 35 del 8 de marzo de 1.989. “CODIGO DE ETICA DEL OGONTOLOGO COLOMBIANO”. Artículo 1º. Literal A.

Si bien es cierto que la situación de la salud ideal en el contexto del Sistema de Seguridad Social en Salud colombiano actual determina el papel que debe desarrollar el odontólogo como un buen técnico, un buen gestor en el área administrativa y un buen humanista, o en palabras de Cely "...no basta ser un buen odontólogo. Fundamentalmente hay que ser un odontólogo bueno..."<sup>75</sup>, donde no sólo prima lo económico, sino también lo humano. El ser buen odontólogo significa que debe ser competente dentro de la profesión, tener la destreza técnico-científica para resolver los problemas y exigencias que demanda su paciente en forma adecuada<sup>76</sup>. Y ser un odontólogo bueno significa que es una buena persona, con valores morales como la honestidad, la compasión y el altruismo; es una persona de fiar porque demuestra sus cualidades humanas, su riqueza espiritual y por sus valores personales que se ajustan a sus valores profesionales. Pero este concepto también se debe ver desde el criterio bioético del bien en la odontología que comprende tanto la profesión como la persona que la ejerce con un enfoque de servicio a la comunidad<sup>77</sup>.

Ahora bien, si se toma lo expuesto por Beauchamp y Childress en la teoría de la moral común, sustentada en principios se puede evidenciar cómo durante el acto odontológico se crean interacciones entre paciente y profesional de las cuales surgen derechos y deberes como relaciones recíprocas, lo que implica responsabilidad de ambas partes. Esto se refiere a que al odontólogo le corresponde garantizar la seguridad, prevención, tratamiento y control de procesos y procedimientos relacionados con las patologías de su competencia, lo que le obliga al manejo adecuado de normas éticas, sanitarias, comunicacionales y técnicas, y a adoptar las precauciones necesarias para evitar daños innecesarios al paciente.

Por otra parte, al paciente le corresponde el deber de observar y seguir los reglamentos institucionales, las indicaciones y los cuidados que el odontólogo le recomiende, además de la obligación de retribuir económicamente la prestación del servicio recibido según los términos previamente acordados<sup>78</sup>. Aquí se puede cuestionar la idea de libertad como expresión de la autonomía expuesta al final del capítulo anterior, preguntando hasta dónde

---

<sup>75</sup>CELY, Galindo Gilberto, HERZO, Acuña Benjamín. BIOETICA PARA ODONTOLOGOS. Fundación Javeriana de Artes Gráficas –JAVEGRAF-. 2005. P. 10

<sup>76</sup>CELY, Galindo Gilberto, HERZO, Acuña Benjamín. BIOETICA... Fundación Javeriana de Artes Gráficas –JAVEGRAF-. 2005.

<sup>77</sup>CELY, Galindo Gilberto, HERZO, Acuña Benjamín. BIOETICA... Fundación Javeriana de Artes Gráficas –JAVEGRAF-. 2005.

<sup>78</sup>BORQUEZ, Pollini Blanca, y Triana Estrada Jorge. ETICA Y ODONTOLOGIA. UNA INTRODUCCION. Odontología: profesión de riesgo. Centro Interdisciplinario de Estudios en Bioética (CIEB). Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo, Universidad de Chile. 2.006. p. 33.



el paciente es consciente de la necesidad de las recomendaciones del odontólogo además de la correspondencia entre el servicio prestado y el pago que se le debe por el mismo al profesional de la salud. El pacto entre el paciente y la institución (en consecuencia con el odontólogo) limita la autonomía del paciente precisamente porque la decisión de someterse a un tratamiento no implica una decisión de autodeterminación de su condición como paciente sino simplemente el asentimiento al pacto, y esto sucede normalmente sin que el paciente conozca o pueda interpretar la situación en la que uno u otro procedimiento debe ser llevado a cabo.

De acuerdo con lo anterior, es importante tener en cuenta el perfil que debe tener el odontólogo para el ejercicio de la profesión, que es: “La misión del odontólogo consiste en promover y conservar la salud maxilar, bucal y dental de la población, de las comunidades y las personas, a la vez que debe atender con eficiencia y eficacia a quienes se enfermen, para devolverles la salud y tratar de mejorar su calidad de vida con tratamientos adecuados”<sup>79</sup>. Pero esta definición va más allá porque el odontólogo también debe ser un excelente ciudadano, debe cumplir con sus principios éticos y morales, sociales y políticos dentro del entorno donde se desarrolla como ser humano y profesional<sup>80</sup>.

Teniendo en cuenta lo anterior son derechos del usuario y del profesional: el paciente tiene el derecho de exigir la atención convenida y el odontólogo el de exigir su pago. Ambos tienen derecho a ejercer su autonomía, de tal suerte que el paciente no pueda ser coaccionado por el profesional en la toma de las decisiones con relación a la autorización de la realización del tratamiento ofrecido o alguna de las alternativas que le ha planteado previamente el odontólogo, ni el profesional pueda ser obligado a realizar una prestación contraria a sus principios y valores, exigida por el usuario<sup>81</sup>. Esto explica claramente cómo se interrelacionan las reglas del ejercicio profesional y los principios bioéticos para el actuar del profesional en la atención odontológica, y cómo el paciente también debe seguir

---

<sup>79</sup>CELY, Galindo Gilberto, HERZO, Acuña Benjamín. BIOETICA PARA ODONTOLOGOS. Fundación Javeriana de Artes Gráficas –JAVEGRAF-. 2005. P. 15

<sup>80</sup>CELY, Galindo Gilberto, HERZO, Acuña Benjamín. BIOETICA... Fundación Javeriana de Artes Gráficas –JAVEGRAF-. 2005. P. 15

<sup>81</sup>BORQUEZ, Pollini Blanca, y Triana Estrada Jorge. ETICA... Centro Interdisciplinario de Estudios en Bioética (CIEB). Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo, Universidad de Chile. 2.006.

las reglas y principios establecidos con relación a las recomendaciones que debe seguir y los compromisos que ha adquirido con el profesional.

Ahora bien, desde la perspectiva legal, la odontología ha sido calificada como una profesión de riesgos diarios, especialmente desde el punto de vista jurídico – sanitario<sup>82</sup> debido a que si se ve desde la óptica de las aseguradoras, el ejercicio odontológico está enmarcado en un ámbito de riesgo en el cumplimiento de las expectativas del paciente, especialmente en el factor económico, teniendo en cuenta los conceptos actuales de salud – enfermedad, responsabilidad, proyección social y pertinencia de la odontología que está inmersa en el concepto de derecho a la salud.

Pero si se enfoca la relación odontólogo – paciente dentro del ambiente institucional bajo unas reglas internas específicas es preciso retomar lo que expone Diego Gracia con relación a la justicia como libertad contractual donde hace referencia a los derechos humanos como “el derecho a la vida, a la salud o integridad física, a la libertad y a la propiedad, además del derecho a defenderlos cuando los considere amenazados”<sup>83</sup>, pero estos derechos son considerados como bienes individuales e irrenunciables, y para transformarlos en bienes comunes es necesario realizar “un contrato social” en el que se establece una ley que reglamente en consenso lo relacionado a “lo justo” y a “lo injusto” para proteger los derechos que tienen las personas desde un principio<sup>84</sup>, con este pacto social se protegen los derechos civiles y políticos de los individuos.

La anterior relación se traduce en que el paciente espera que el profesional cumpla a cabalidad con lo que le ha ofrecido dentro de los términos pactados: de desarrollo técnico científico, de calidad y de estética. En ocasiones han surgido conflictos entre los actores por la apreciación subjetiva por parte del paciente o la información no clara e incompleta por parte del profesional dando finalmente una sensación de insatisfacción de ambas partes

---

<sup>82</sup>BORQUEZ, Pollini Blanca, y Triana Estrada Jorge. ETICA... Centro Interdisciplinario de Estudios en Bioética (CIEB). Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo, Universidad de Chile. 2.006.

<sup>83</sup>GRACIA, Diego. PROFESIÓN MÉDICA, INVESTIGACIÓN Y JUSTICIA SANITARIA. Ética y Vida. Estudios de Bioética. Editorial El Búho, 2002. P. 156.

<sup>84</sup>GRACIA, Diego. PROFESIÓN MÉDICA... Ética y Vida. Estudios de Bioética. Editorial El Búho, 2002. P. 156.

inicialmente, pero que es susceptible de solucionar dentro de un ambiente de diálogo y conciliación de las mismas.

Desde el punto de vista de las políticas sanitarias y teniendo en cuenta lo que dice Diego Gracia con relación al tema de justicia sanitaria, que se refiere a la justicia distributiva de los recursos en el sector de la salud y a la administración de la prestación de los servicios, el tema de la eficiencia de la salud es un problema central de ética; cada día se hace evidente la necesidad de integrar la dimensión bioética a las organizaciones sanitarias porque se encuentra relacionada con la gestión de los recursos sanitarios y el reclamo de los usuarios por lo limitado del acceso a los servicios de salud<sup>85</sup>.

---

<sup>85</sup>Para contextualizar la anterior situación, se hará una referencia de lo establecido en la Constitución Política Colombiana de 1.991, en la Ley 100 de 1.993 en la que se establece el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), la Ley 1438 de 2.011 “Por medio de la cual reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones”, la Resolución 5261 de 1.994 en la que se instaura el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y la Ley 1164 de 2.007 que reglamenta todo lo relacionado con el talento humano en salud. Se citarán textualmente tanto los derechos constitucionales de la población a nivel social, como los lineamientos para la distribución y administración de los recursos; los principios generales establecidos en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), fundamentos y características del sistema, y por último las definiciones y características de calidad que debe tener la prestación de los servicios de salud. La Constitución Política Colombiana de 1.991 establece como un derecho la salud de la población, como una obligación la prestación de los servicios integrales de salud enmarcados dentro de los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. La cobertura de la Seguridad Social en Salud es prestada a través de entidades públicas o privadas quienes garantizan la prestación de los servicios de salud integrales normados por la ley.

A la luz de la Constitución Política se norma el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) el cual establece los lineamientos generales de la estructura, la operatividad y financiación del sistema. La prestación de los servicios de salud está sujeta a los siguientes principios: Eficiencia, Universalidad, Solidaridad, Integralidad, Unidad y Participación.

Adicionalmente la Ley 100 de 1.993 en la que establece el Sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS), se fundamenta además de los principios consagrados en la Constitución Política en las siguientes reglas rectoras para la prestación de los servicios públicos de salud: Equidad, Obligatoriedad, Protección integral, Libre escogencia, Autonomía Institucional, Descentralización administrativa, Participación social, Concertación y Calidad.

Ahora bien, la Ley 1438 de 2.011 establece los principios rectores del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), se modifica el artículo 153 de la Ley 100 de 1.993 dando un enfoque más económico para poder proteger la viabilidad financiera y la sostenibilidad de los diferentes actores que participan en la operativización del sistema.

Con la enunciación de los principios y su modificación o ampliación en la ley se busca mostrar, cómo la interpretación de las necesidades en la prestación de los servicios de salud, ha sido el producto de observaciones coyunturales en el contexto socioeconómico colombiano cuyas repercusiones llegaron a niveles políticos y legislativos propiamente. En otras palabras, que el desarrollo de las leyes respecto a la prestación de servicios de salud han sido en gran medida la consecuencia del desarrollo de la práctica médica, no como ejercicio de la profesión en salud, sino como una práctica con fines económicos y medios administrativos propiamente.

Al comparar la Ley 100 de 1993 con la Ley 1438 de 2011 se observa cómo se enfatiza todo lo relacionado con la financiación del sistema protegiendo aún más las empresas que administran los recursos de los usuarios. Con relación a los principios establecidos en la Ley Marco y los establecidos en la reforma se observan diferencias significativas como: se eliminan los principios de Equidad, Protección integral, Autonomía Institucional y Concertación. Se agregan los principios de Solidaridad, Igualdad, Prevalencia de derechos, Enfoque diferencial, Eficiencia, Progresividad, Sostenibilidad, Transparencia, Complementariedad y Concurrencia, Corresponsabilidad, Irrenunciabilidad, Intersectorialidad, Prevención y Continuidad. Con este cambio se consolida la estabilidad tanto financiera como operativa del sistema de salud y de acuerdo con estas reglas se garantiza el cumplimiento de lo normado en la Constitución Política sobre los derechos a la salud de la población colombiana.

En la Resolución 5261 de 1.994 que es el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, se dispone todo lo que cubre a través de la prestación de los servicios médico - asistenciales en los diferentes niveles de complejidad y determina a través de la definición de las características de calidad de la prestación de los mismos. Estas características son: Oportunidad, Agilidad, Accesibilidad, Continuidad, Suficiencia, Seguridad, Integralidad e Integridad, Racionalidad Lógico - científica, Costo – Efectividad, Eficiencia, Humanidad, Información, Transparencia, Consentimiento, Grado de satisfacción de los usuarios.

El cumplimiento de estas características exigidas por la norma garantiza una óptima calidad de la prestación de los servicios médico – asistenciales por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de salud.

Pero para entender mejor la situación que se presenta en el desarrollo de la asistencia sanitaria es importante definir el concepto de “eficiencia” como lo hace Diego Gracia: “La eficiencia es un criterio de racionalidad y racionalización económica, que tiene que ver con la optimización del beneficio en relación al coste”<sup>86</sup>, esta idea se relaciona necesariamente con el principio de justicia mediante una relación moral, por cuanto es obligación de todos los actores del sistema de optimizar los recursos, obteniendo el máximo beneficio posible, dado que los recursos siempre son limitados. El no optimizar dichos recursos “supone beneficiar a unos en perjuicio de otros”<sup>87</sup>, dando como resultado un acto injusto.

Teniendo en cuenta todo lo anterior y concretamente en el proceso de la prestación del servicio de salud bucal, el análisis técnico - científico y la reflexión ética son componentes esenciales en la toma de decisiones de los odontólogos y de los profesionales de la salud en general, en términos de la planeación y prestación efectiva del servicio de salud. Todas las recomendaciones y procedimientos para la realización de tratamientos tienen una base ética y una consecuencia en el mismo orden. Los odontólogos, en cada momento durante su ejercicio profesional, se ven enfrentados a conflictos de valores tanto científicos, morales, éticos y administrativos, donde la decisión final afectará el bienestar de sus pacientes en forma importante, por lo que se trata de una elección moral y ética. Por cuanto el ejercicio de la odontología es considerada "una profesión", es decir, un trabajo aprendido, mediante el cual el individuo trata de solucionar sus necesidades materiales y de las personas a su cargo, servir a la sociedad y perfeccionarse como ser moral<sup>88</sup>.

Con este concepto de profesión, los odontólogos son reconocidos socialmente como expertos en conocimientos elevados y habilidades específicas, comprometidos individual y colectivamente a dar prioridad al bienestar de sus pacientes. Consecuentemente, cuando un estudiante se gradúa como de odontólogo toma un compromiso con la comunidad y acepta las normas y obligaciones de su profesión. Éstas constituyen la esencia de la ética odontológica y que está respaldada por el código de ética del odontólogo.

---

<sup>86</sup>GRACIA, Diego. FUNDAMENTACION Y ENSEÑANZA DE LA BIOETICA. Edit. Búho. 2004. P. 184

<sup>87</sup>GRACIA, Diego. FUNDAMENTACION Y ENSEÑANZA DE LA BIOETICA. Edit. Búho. 2004. P. 185

<sup>88</sup>IBARRA, Barrón C. ELEMENTOS FUNDAMENTALES DE ÉTICA. México: Alhambra Mexicana; 1996: p. 137

Prácticamente desde sus inicios el ejercicio de la profesión ha estado basado en la búsqueda del bien del paciente. Sin embargo, debido al gran desarrollo científico y tecnológico de la medicina, a la institucionalización y especialización de los cuidados en salud, al incremento de una sociedad pluralista, al aumento de la presión sobre los recursos limitados y al rol creciente del uso de la ley para resolver los conflictos, se ha replanteado la ética odontológica en el mundo entero. El completo orden de las valoraciones éticas en odontología y los diferentes planteamientos para su posible resolución no han sido aún bien definidos<sup>89</sup>.

En la relación odontólogo – paciente por largo tiempo se ha generado una situación de dependencia del paciente en mayor grado respecto del odontólogo, dado el alto nivel de conocimiento especializado relacionado con el tratamiento comprensivo de las enfermedades bucales. La calidad de la atención está directamente relacionada con el tratamiento y mantenimiento posterior por parte del odontólogo y un elevado nivel profesional, ideales altruistas y un esmerado desempeño profesional y humano.

Este tipo de relación con el paciente ha perdurado históricamente, pero el extraordinario avance tecnológico ha repercutido en la sociedad y en la medicina. El advenimiento de una sociedad pluralista y de los movimientos liberales ha aumentado las diferencias individuales respecto de valores morales fundamentales y de la interpretación del significado de la vida, la muerte, el sufrimiento, la dependencia y la atención en salud. Esto ha redundado en una disminución en la confianza de los pacientes en la integridad personal y profesional de médicos y odontólogos. Estos hechos han afectado la tradicional relación odontólogo - paciente, en la que la decisión sobre "lo bueno" en una intervención clínica está determinada actualmente por algo más que la información científica y tecnológica: la elección y demanda del paciente deben equilibrarse con las obligaciones profesionales para el "no daño" y "beneficio"<sup>90</sup>.

---

<sup>89</sup>TORRES-QUINTANA, María Angélica, ROMO O., Fernando. BIOETICA Y EJERCICIO PROFESIONAL DE LA ODONTOLOGIA. Acta Bioethica 2006, v.12 n.1 Santiago ene

<sup>90</sup>TORRES-QUINTANA, María Angélica, ROMO O., Fernando. BIOETICA... Acta Bioethica 2006, v.12 n.1 Santiago ene.

Los cambios en los sistemas de seguridad social en salud han enfrentado al odontólogo a nuevos esquemas de atención: del ejercicio individual, dentro de un consultorio, en el que muchas veces el profesional estaba solo con el paciente, se ha pasado a los servicios colectivos donde se comparte el mismo espacio no sólo con otros especialistas sino con profesionales del equipo de salud que tratan de dar solución a los múltiples problemas que aquejan a la comunidad<sup>91</sup>. Además, la interrelación entre la causalidad individual tanto interna como externa, mitos, creencias y conocimientos de las personas, y las alteraciones, cambios, ajustes o terapéutica oral promueven una postura que obliga al odontólogo a pensar no sólo en el tratamiento puntual de una lesión, sino en acciones colectivas que susciten cambios sustanciales en la calidad de vida de la población que tiene a cargo dentro de un programa de salud pública establecido por los entes gestores en el plan de salud nacional de salud bucal vigente.

Dentro de esta situación, el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) está diseñado para que el profesional de la salud sea tanto gestor en el ámbito administrativo como en la práctica clínica. Pero se debe interrelacionar este actuar con un modelo ético de gestión adecuado, en el que el profesional actual pueda ejercer en una forma autónoma cumpliendo con los principios científicos propios de su disciplina y sus propios principios bioéticos de tal forma que esté integrado a la dimensión ética de las organizaciones sanitarias.

Esta ética organizacional, que indispensablemente implica una bioética de la organización, no sólo establece unos criterios mínimos éticos de la gestión sanitaria, sino que puede incentivar las responsabilidades para hacer que dicha gestión sea una tarea común y un compromiso compartido. A los odontólogos se les deben dar las herramientas necesarias para que puedan comprender que son responsables de los actos clínicos individuales y también de gestión sanitaria completa con la sociedad<sup>92</sup>.

En la actualidad la formación profesional no sólo puede tener una visión técnica sino también el enfoque de gestión, visión global del sistema, de eficiencia y de comunicación

---

<sup>91</sup>CARDOZO, Carmen Alicia. ETICA Y ODONTOLOGIA. UNA INTRODUCCION. Centro Interdisciplinario de Estudios en Bioética. Vicerrectoría de investigación y Desarrollo, Universidad de Chile. Nov. 2006. 16.

<sup>92</sup>MORATALLA, Agustín Domingo. ETICA Y NEGOCIO SANITARIO. Universidad Pontificia Comillas de Madrid. 2000. P. 23

humana, porque los profesionales de la salud no interactúan únicamente como clínicos sino también como gestores administrativos y directivos en entidades de salud. La coordinación entre la gestión administrativa y los actos clínicos de las profesiones de la salud es un proceso complejo y una fuente de conflictos en la prestación de los servicios, porque se establece una separación en las responsabilidades tanto administrativas como clínicas. La eficiencia de la atención en salud será un problema de ética económica o de ética médica, como también de ética básica para el cumplimiento y respeto de los derechos de los usuarios en la atención de salud<sup>93</sup>.

La administración de una institución de salud no debe ser un problema éticamente neutro porque establece las prioridades de atención, de organización y coordinación de los servicios, así como de la aplicación de la normatividad vigente y de actividades mecánicas, dando a entender que su finalidad es la de cumplir la atención dentro del tiempo establecido por la institución. Es errónea la simplificación administrativa ya que no tienen en cuenta otros factores como las relaciones humanas básicas como la confianza, la salud y la calidad de vida.

Ahora bien, como expone Moratalla, también es frecuente utilizar la gestión para moralizar las instituciones, donde se considera ésta (la gestión) como un instrumento adecuado para la renovación moral del sistema. “Hay gestores con vocación de moralistas para quienes la gestión es el único ámbito de la sanidad desde el que puede hablarse en serio de ética y responsabilidad. Amparándose en el cálculo, la distribución racional, la escasez de recursos o el corporativismo de las profesiones sanitarias se atribuyen el poder de introducir racionalidad en un sistema caótico”<sup>94</sup>.

Dado que la asistencia en salud tiene que enfrentarse al hecho de la escasez de los recursos, se cae en la idea de la racionalización, que se enfoca como reducción de los costos, llegando incluso a constreñir el acto odontológico. En términos de los economistas y reduccionistas, la supervisión se dirige sólo a la reducción de costos y control de gastos que

---

<sup>93</sup>MORATALLA, Agustín Domingo. ETICA... Universidad Pontificia Comillas de Madrid. 2000. P. 24

<sup>94</sup>MORATALLA, Agustín Domingo. ETICA... Universidad Pontificia Comillas de Madrid. 2000. P. 25

también se orienta como racionalidad ética en términos de los bienes públicos que en la realidad se aplica con un criterio reduccionista basado en los costos y el control de gastos<sup>95</sup>.

Uno de los grandes desafíos de la economía en salud y la medicina gestionada es el de orientar sus propuestas según principios de justicia social; esto es, no toda racionalización tiene que ser economicista, es decir, la eficiencia debe ser orientada a la justicia social<sup>96</sup> y no solamente a la optimización del servicio a través de la reducción de costos operativos.

De cara a la eficiencia, siempre se debe explorar las connotaciones éticas que plantea el hecho de inducir al odontólogo como gestor de recursos sanitarios, ya que con esto se puede romper la frágil estructura de confianza en la relación odontólogo – paciente. Esto se puede observar en los primeros niveles de atención donde la presión es más alta en cuanto a la exigencia de la racionalización del gasto, hay más control en cuanto a los procesos, surge la figura del auditor médico como medio de fiscalización que va repercutiendo en la relación de confianza odontólogo – paciente y también de la institución, generando un deterioro de esta relación<sup>97</sup>.

El prestador del servicio de salud enfoca el objeto primario en el lucro a expensas de disminuir el costo de la prestación del servicio para generar mayor ganancia y se involucra el valor ético en cuanto al objeto primario de la prestación del servicio de salud. En consecuencia se da pie a la impunidad de los agentes que pueden convertir el negocio de la salud en un escándalo moral, por la debilidad de los sistemas de control en los diferentes procesos del sistema de salud, como se puede ver en la desviación de los recursos.

Adicionalmente, los enfoques puramente economistas corren el riesgo de llevar a una mercantilización de los bienes públicos tan críticos como la salud y la profesión médica y odontológica, que conduce al mismo tiempo a una situación que puede llevar a escándalos morales. La racionalización como enfoque de reducción de costos debe incorporar la diferencia entre la salud como acceso a los servicios sanitarios y la prestación de otro tipo

---

<sup>95</sup>MORATALLA, Agustín Domingo. ETICA... Universidad Pontificia Comillas de Madrid. 2000.

<sup>96</sup>RUIZ, Ferran Julián. MEDICINA GESTIONADA Y BIOETICA. Universidad Pontificia Comillas de Madrid. 2000.

<sup>97</sup>MORATALLA, Agustín Domingo. ETICA Y NEGOCIO SANITARIO. Universidad Pontificia Comillas de Madrid. 2000.



de bienes y servicios (educación, comunicación, y otros) pues se aplica actualmente sólo como reducción de costos sobre la salud pública abandonando el concepto amplio de la salud en el país.

Con base en lo anterior se observa el comportamiento del sistema de salud que está afectado por una patología estructural como es en primer lugar el fenómeno del reduccionismo de racionalidad de los servicios, que está enfocado al control de gastos, y en segundo lugar por un reduccionismo eficaz reflejado en un cumplimiento de metas en lo financiero y organizativo, pero se olvida la eficiencia desde el punto de vista de la motivación profesional y salud ocupacional, así como la noción de salud con relación de la calidad de vida de los usuarios, enfocándose simplemente en la imagen de que es un buen sistema de salud si toda la población está inscrita (ampliar cobertura) sin tener en cuenta la calidad y la oportunidad de la prestación de los servicios integrales de salud.

Se debe favorecer la excelencia con visión amplia de sistema y profundo componente humanista. La gestión es el proceso por el cual se elabora un camino para lograr un fin, teniendo en cuenta los valores éticos. En la gestión moderna siempre se debe tener en cuenta la pregunta sobre lo que es bueno para lograr la visión económica adecuada teniendo en cuenta la integralidad y/o la totalidad en la práctica odontológica enfocada a la concepción manejar al paciente como un ser integral.

Dentro de este contexto, uno de los principios que expone Diego Gracia es el de “la justa adquisición” que se refiere al trabajo como título primario de la propiedad porque el trabajador pone como parte del contrato su saber, destreza y responsabilidad que son sus bienes propios e intransferibles, por tanto la adquisición será justa si es resultado del mismo trabajo<sup>98</sup>. Pero dentro del desarrollo de la prestación de los servicios de salud se podría plantear la pregunta ¿qué tanto se acerca este concepto de “la adquisición justa” en la relación de la entidad prestadora de salud y el odontólogo como su empleado? ahora bien, en el sistema actual de salud se está viendo el factor de reducción de costos y también el de producción en el menor tiempo posible para compensar los bajos costos con que son

---

<sup>98</sup>GRACIA, Diego. PROFESIÓN MÉDICA, INVESTIGACIÓN Y JUSTICIA SANITARIA. Ética y Vida. Estudios de Bioética. Editorial El Búho, 2002. P. 157.

contratados los servicios de salud de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, por los intermediarios que son las Empresas Promotoras de Salud, que son las responsables de garantizar la red prestadora de los servicios a sus afiliados. Esto redundaría en la calidad del servicio prestado por los diferentes profesionales quienes deben cumplir con las exigencias de estas instituciones realizando un número determinado de consultas, en este caso odontológicas, en un ambiente de mucha presión para poder alcanzar las metas exigidas. Además, el modelo de contratación ofrecido por estas instituciones por periodos cortos, vulnera todos los derechos que tiene un profesional con relación a sus prestaciones sociales obligatorias de ley, generando una insatisfacción por parte de los odontólogos con relación a su estabilidad laboral en general.

El odontólogo debe atender a un paciente en 15 o 20 minutos de acuerdo con lo establecido por la institución en la cual trabaja. Durante ese tiempo debe realizar el acto clínico que incluye el examen, interrogatorio y el procedimiento programado, debe además diligenciar la historia clínica y el registro diario de procedimientos, generando una insatisfacción tanto del profesional como del paciente porque en tan corto tiempo no se puede realizar una adecuada atención cumpliendo con todos los estándares de calidad técnica necesarios.

Al observar lo establecido en las normas del Gobierno Nacional, el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) está diseñado para el aumento de la cobertura de los servicios de salud a la población colombiana con un énfasis muy importante en lo económico para el aseguramiento de esta cobertura, pero si se presta atención particularmente al desarrollo del proceso de la prestación de los servicios médicos asistenciales, se evidencia que el mercantilismo y el lucro de las entidades involucradas es el factor primordial por el que se ven afectados en forma negativa tanto los usuarios como los profesionales contratados.

Dentro de esta problemática, la confianza no debe ser una virtud exclusiva de la relación odontólogo - paciente, sino un valor social que genere cooperación. Es decir, los deberes profesionales deben ser vistos en un contexto amplio, dentro de un marco axiológico,

normativo e institucional, donde la relación odontólogo - paciente cobra todo su sentido. En otras palabras lo que se quiere implicar aquí, es que, dentro de los ideales éticos del profesional de la salud, así como todos aquellos que corresponden al bienestar general de la ciudadanía, la relación entre médico-paciente u odontólogo –paciente, debe conducir al bienestar general en términos de prestación efectiva de los servicios de salud y garantía de mejoramiento de calidad de vida de la población. Respecto a la autonomía esto significaría que el derecho a la salud, como derecho y obligación a ejercer una profesión destinada a ello, así como un derecho y una obligación de recibirla, debe estar inscrito dentro de una política pública que prime el derecho al respeto a la autonomía como condición para una prestación adecuada de los servicios. Se trata de encontrar en el respeto a la autonomía la garantía del ejercicio profesional en salud de manera integral, que tome en cuenta la realidad del paciente como ser autónomo en la escogencia de la institución, servicios, y profesionales de la salud, como de la autonomía del profesional para generar con su labor calidad de vida efectivamente a la población que es su responsabilidad.

## 2.2. RELACION ENTRE LAS POLÍTICAS DE SALUD Y EL PRINCIPIO DEL RESPETO DE LA AUTONOMÍA

Al relacionar las políticas establecidas en el Sistema General de Seguridad Social en salud (SGSSS) con el principio del respeto a la autonomía desde la óptica de los profesionales de la odontología y su práctica profesional se puede evidenciar que, como ya se había expuesto anteriormente, el sistema está orientado a la ampliación de la cobertura de la prestación de los servicios de salud a la totalidad de la población colombiana, con un enfoque netamente economicista, en el cual se establecieron una serie de normas, principios y características fundamentales para su operativización.

Retomamos ahora la definición que dan Beauchamp y Childress sobre el principio del respeto a la autonomía:

“Respetar a un agente autónomo implica, como mínimo, asumir su derecho a tener opiniones propias, a elegir y a realizar acciones basadas tanto en sus valores como en sus creencias personales. Este

respeto debe ser activo, y no simplemente una actitud. Implica no sólo la obligación de no intervenir en los asuntos de otras personas, sino también la de asegurar las condiciones necesarias para que su elección sea autónoma, mitigando los miedos y todas aquellas circunstancias que puedan dificultar o impedir la autonomía del acto”<sup>99</sup> .

Teniendo en cuenta esta definición y el desarrollo de la prestación del servicio odontológico dentro del Sistemas de Seguridad Social en Salud, se pueden identificar varias situaciones preocupantes desde la posición del ejercicio profesional odontológico, por lo cual en se considera importante hacer mención a lo establecido en la Ley 1164 de 2007 de Talento Humano en Salud, CAPITULO VI, sobre la prestación ética y bioética de los servicios, donde se norman los principios éticos y bioéticos para el ejercicio de las profesiones de salud:

1. De veracidad: El personal de salud debe ser coherente con lo que se es, piensa, dice y hace con todas las personas que se relaciona en el ejercicio de su profesión u ocupación.
2. De igualdad: Se debe reconocer el mismo derecho a todos, por ser igualmente humanos, a la buena calidad de atención en salud, y a la diferencia de atención conforme a las necesidades de cada uno.
3. De autonomía: El personal de salud debe ejercer su capacidad para deliberar, decidir y actuar. Las decisiones personales, siempre que no afecten desfavorablemente a sí mismo y a los demás, deberán ser respetadas.
4. De beneficencia: Se debe hacer lo que conviene a cada ser humano respetando sus características particulares, teniendo más cuidado con el más débil o necesitado y procurando que el beneficio sea más abundante y menos demandante de esfuerzos en términos de riesgos y costos. La cronicidad, gravedad o incurabilidad de la

---

<sup>99</sup>BEAUCHAMP, Tom, CHILDRESS, James. PRINCIPIOS DE ETICA BIOMEDICA. Edit. MASSON. 1999. P. 117-118

enfermedad no constituye motivo para privar de la asistencia proporcionada a ningún ser humano; se debe abogar por que se respeten de modo especial los derechos de quienes pertenecen a grupos vulnerables y estén limitados en el ejercicio de su autonomía.

5. Del mal menor: Se deberá elegir el menor mal evitando transgredir el derecho a la integridad, cuando hay que obrar sin dilación y las posibles decisiones puedan generar consecuencias menos graves que las que se deriven de no actuar.

6. De no maleficencia: Se debe realizar los actos que, aunque no beneficien, puedan evitar daño. La omisión de actos se sancionará cuando desencadena o pone en peligro de una situación lesiva.

7. De totalidad: Se deben eliminar las partes de un individuo humano siempre que sea necesario para su conservación, teniendo en cuenta los siguientes requisitos:

Que el órgano o parte, por su alteración o funcionamiento, constituya una seria amenaza o cause daño a todo el organismo; que este daño no pueda ser evitado o al menos disminuido notablemente, sino con la mutilación en cuestión; que el porcentaje de eficacia de la mutilación, según el avance científico y recursos del momento, haga deducir que es razonable la acción; que se prevea, por la experiencia y los recursos con que se cuenta, que el efecto negativo, es decir, la mutilación en cuestión y sus consecuencias, será compensado con el efecto positivo.

8. De causa de doble efecto: Es éticamente aceptable realizar una acción en sí misma buena o indiferente que tenga un efecto bueno y uno malo, si:

La acción en sí misma, es decir, sin tener en cuenta las circunstancias, es buena o indiferente; la intención es lograr el efecto bueno; el efecto bueno se da al menos con igual inmediatez que el malo, no mediante el efecto malo; debe haber una razón urgente para actuar y el bien que se busca debe superar el mal que se permite. No

es ético conseguir un bien menor a costa de un mal mayor; si el efecto bueno pudiera obtenerse por otro medio, no es ético hacerlo por un medio que implique un efecto malo.

Estos principios que facilitan el desarrollo los procesos de atención en salud, están encaminados a la ejecución como tal del ejercicio profesional en función de los derechos de los usuarios. También es conveniente observar lo que se establece en la Ley 1438 con relación al acto médico o del profesional de la salud definiéndolo así:

“ACTO PROPIO DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD. Es el conjunto de acciones orientadas a la atención integral de salud, aplicadas por el profesional autorizado legalmente para ejercerlas. El acto profesional se caracteriza por la autonomía profesional y la relación entre el profesional de la salud y el usuario. Esta relación de asistencia en salud genera una obligación de medio, basada en la competencia profesional”<sup>100</sup> .

Dentro de la misma ley también se define el concepto de Autonomía con respecto a los profesionales de la salud:

“AUTONOMÍA PROFESIONAL Entiéndase por autonomía de los profesionales de la salud, la garantía que el profesional de la salud pueda emitir con toda libertad su opinión profesional con respecto a la atención y tratamiento de sus pacientes con calidad, aplicando las normas, principios y valores que regulan el ejercicio de su profesión”<sup>101</sup> .

Estas definiciones entienden que el profesional durante la prestación del servicio está obligado a cumplir con las normas que ha establecido la institución, las cuales en primera

---

<sup>100</sup>Ministerio de la Protección Social. Ley 1438 de 19 de enero de 2011. "Por medio de la cual se reforma el sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones", Artículo 1040 Autorregulación profesional

<sup>101</sup>Ministerio de la Protección Social. Ley 1438 de 19 de enero de 2011. "Por medio... Artículo 1050

instancia deben corresponder con lo dictaminado por la ley, pero que en un segundo momento, y que además constituye una de las situaciones preocupantes, coartan en el ejercicio ético, técnico – científico y autónomo del odontólogo generando una relación con el paciente poco amable, impersonal y en ocasiones conflictiva. Así, lo que en la ley se pretende proteger como derecho constitucional a la salud, incluso a la libertad del ciudadano, queda restringido a relaciones en las cuales el bien general corresponde al bien generado a la institución como ganancia y no como mejoramiento de la calidad de vida de los usuarios.

Se puede ilustrar esta cuestión mencionando el principio del mal menor. En él se establece que toda acción encaminada al mejoramiento de la salud debe priorizar toda acción cuyo efecto sea benéfico en comparación con la omisión de la misma. En caso de una emergencia se ejecutan las acciones mínimas para la estabilización del paciente y acto seguido se remite el paciente a la instancia pertinente. Ahora, dentro del contexto odontológico la urgencia se entiende como quitar el dolor, para posteriormente referir al paciente al profesional o servicio correspondiente para instaurar el tratamiento necesario. Sin embargo, dentro de la prestación del servicio odontológico la urgencia no es de carácter vital, por lo cual la atención se realiza dentro de la exigencia institucional de la programación de pacientes. El odontólogo debe cumplir y atender con la emergencia que va más allá de la programación habitual, pero no puede incumplir con el número de consultas programadas independientemente de las urgencias. En consecuencia se reduce el tiempo para la atención tanto de la urgencia como de los pacientes ya programados, y por lo tanto la calidad del servicio queda expuesta a riesgo.

Si hablamos del profesional y respecto a su autonomía, se podría decir que, en la toma de decisiones con relación a la posibilidad de ofrecer al paciente las alternativas de tratamiento más adecuadas dentro de la consulta habitual, está sujeto a lo exigido por la institución en cuanto a la calidad y variedad de materiales, laboratorios y técnicas que se pueden ofrecer de acuerdo con lo establecido por el POS y los costos que generan los diferentes procedimientos; pero cuando debe prestar un servicio fuera de lo habitual, se ve obligado (no ya por la ley) a ejercer su profesión bajo parámetros que lo inhabilitan para cumplir con

los estándares mínimos de calidad y al mismo tiempo con los procedimientos necesarios de manera adecuada y completa, incumpliendo con los principios bioéticos establecidos por la ley. Esta situación va en contra del principio de autonomía definido en la Ley de Talento Humano y en la Ley 1438 de 2011.

Al observar el comportamiento particular de la organización de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) tanto públicas como privadas, se encuentra cómo en el afán de generar ganancias institucionales sacrifican el bienestar del paciente. En ocasiones incurren (las IPS) en la negación de algunos servicios que están establecidos en el Plan Obligatorio de Salud (POS) argumentando la no cobertura de los mismos por parte de las Empresas Promotoras de Salud (EPS) a los usuarios inscritos a ellas generando malestar en los mismos. Si se analiza con cuidado este conflicto, se encuentra que hay una posible violación al principio de igualdad debido a que: la EPS debe cumplir con lo establecido en la norma (POS), en consecuencia la IPS debe prestar los servicios establecidos por la contratación con la EPS, sin embargo la negación se realiza debido a que hay procedimientos que implican un gasto superior para la IPS, al correspondiente pago del servicio por parte de la EPS. Siendo éste un problema concreto entre instituciones prestadoras de servicios, es el paciente el que se ve afectado directamente, es en su calidad de usuario en dónde su condición de igual se ve afectada. La IPS no puede priorizar y en consecuencia negar servicios o procedimientos que estén inscritos en el POS, por costos (entendidos como pérdidas o ganancias) generados en su relación con la EPS. El usuario, como ciudadano tiene derecho a un trato igualitario independientemente de los beneficios que le pueda generar o no a una institución, si su atención está contemplada dentro del Plan Obligatorio de Salud que es conforme a la constitución nacional.

En este sentido los odontólogos se enfrentan a unas condiciones laborales en las que se contraponen a los principios enunciados por Beauchamp – Childress en la escuela principialista (beneficencia, respeto de la autonomía del paciente, no maleficencia y justicia) que se pueden aplicar en el área laboral, bajo el concepto del derecho laboral, que deberá ser el derecho a un trabajo digno, con autonomía profesional, con justicia laboral y con beneficencia, ya que las instituciones prestadoras de servicios de salud lo que buscan



finalmente es un lucro contraponiendo el bienestar de los profesionales en muchas ocasiones y vulnerando los principios anteriormente enunciados. El odontólogo debe seguir las directrices demandadas por su contrato laboral con la IPS por ejemplo, y al mismo tiempo debe negar el servicio a la salud si dichas directrices están en contradicción con los requerimientos o necesidades de los usuarios. El conflicto entonces es evidente entre la ética laboral del profesional en su contrato laboral, con su ética derivada del contrato social como profesional de la salud, que lleva directamente a un sentimiento de la violación del principio de autonomía en los términos ya expuestos.

Pero teniendo en cuenta las características del ejercicio profesional de acuerdo con las leyes del mercado actual, en las que se observa una contratación entre las instituciones prestadoras de servicios de salud y el ejercicio profesional, se puede hacer evidente que una nueva visión de la odontología no puede alejarse de esa idea de bienestar inicial, sobre todo cuando se observan problemas relacionados con el tiempo asignado para el cumplimiento adecuado de la atención del paciente, remuneración del profesional no acorde a su nivel de capacitación; además de que las instituciones trasladan la obligación del pago de todas las obligaciones de ley como seguridad social, pensión, prima, vacaciones y cesantías al odontólogo, quien además, debe asumir los costos de las pólizas obligatorias por ley como la de responsabilidad civil y la de riesgo biológico entre otras, donde la institución se excluye de responder con dichas responsabilidades laborales cuando se firma el contrato temporal.

El bienestar del paciente por cuenta del odontólogo podría también transformarse en su propio bienestar tanto laboral como personal, en especial cuando las instituciones prestadoras de salud dentro de la dinámica de cambio y reestructuración de las políticas de salud, han generado un ambiente organizacional en el cual buscan optimizar los recursos de tal forma que se ven involucrados los diferentes actores, como son los usuarios y el recurso laboral que las conforman, operativizando la prestación de los servicios con el objetivo de generar menor gasto y mayor lucro, ocasionando así insatisfacción tanto del cliente interno como del cliente externo que finalmente es el que recibe el producto final del servicio de salud bucal a través de los profesionales.

Del desarrollo, aplicación y cumplimiento del odontólogo en su ejercicio profesional institucional, se concluye que el principio de autonomía es un presupuesto ético para la conformación de las empresas prestadoras de servicios de salud, y en consecuencia para la contratación y ejercicio mismo de las actividades con miras la buena salud, que sin embargo no es tenido en cuenta por la infraestructura administrativa de estas instituciones al momento concreto de prestación de servicios, incumpliendo con lo establecido por las normas legales vigentes. Es lamentable que el concepto de autonomía sólo sea aplicado por las instituciones en lo relacionado a la autonomía administrativa de ellas mismas y no se tenga en cuenta la autonomía profesional como un elemento importante en la relación particular del odontólogo – paciente, que en definitiva cristaliza el objetivo principal de dichas instituciones.

Después de este análisis de cómo opera o se ve el concepto aplicado de respeto a la autonomía en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, se presentará a continuación un acercamiento a la realidad que viven los odontólogos en diferentes ciudades del país y su desarrollo de la práctica profesional dentro del sistema de salud.

### CAPITULO III

#### ACERCAMIENTO EN LA NARRATIVA DE LAS EXPERIENCIAS PROFESIONALES DE LOS ODONTÓLOGOS DENTRO DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD ACTUAL

Para lograr un acercamiento práctico de lo planteado teóricamente en los dos capítulos anteriores se realizaron entrevistas a estudiantes de los postgrados de Ortodoncia, Periodoncia y Oseointegración, y Ortopedia Maxilar y Ortodoncia de las Universidades Antonio Nariño y Cooperativa de Colombia en la ciudad de Bogotá durante el primer periodo académico del 2011, quienes ejercen como odontólogos generales en diferentes ciudades del país en Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de carácter público y privado, y en la práctica privada. Además se tuvo en cuenta los ensayos realizados por un grupo de estudiantes del postgrado de Ortopedia Maxilar y Ortodoncia como trabajos en la cátedra de Bioética de la Universidad Cooperativa de Colombia con el tema primario de justicia y seguridad social en salud.

En la universidad Antonio Nariño participaron 6 estudiantes del post grado de Ortodoncia; en la Universidad Cooperativa de Colombia colaboraron 8 estudiantes del post grado de Periodoncia y Oseointegración, 12 estudiantes del post grado de Ortopedia Maxilar y Ortodoncia, para un total de 26 profesionales. Además se analizaron 12 ensayos de un grupo de estudiantes del post grado de Ortopedia Maxilar y Ortodoncia.

Del total de entrevistados 8 profesionales se dedican a la práctica privada, 15 realizan su práctica profesional en IPS privadas y 3 en ESE.

### 3.1. LAS LIMITACIONES EN LA RELACIÓN ODONTÓLOGO – PACIENTE Y SU AUTONOMÍA PROFESIONAL

Los odontólogos que trabajan en Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud –IPS- privadas manifiestan que en los procesos de las consultas están muy limitados por el tiempo asignado ya que es de 20 minutos y en algunas instituciones es de 15 minutos, lapso en el que tienen que realizar el procedimiento clínico y diligenciar toda la papelería exigida por la institución reduciendo el tiempo de atención al paciente a aproximadamente 10 minutos en el que no se puede dar un servicio adecuado y atender las necesidades del usuario. Situación que en ocasiones genera procedimientos inconclusos con obturaciones temporales porque el tiempo no es suficiente para culminarlo adecuadamente creando situaciones adversas para la salud del usuario que debe solicitar más citas dilatando el tiempo del tratamiento, adicionalmente, la imagen del profesional también se ve afectada ante el paciente que queda inconforme con el servicio. Además en las instituciones del Estado se enfatiza más en el cumplimiento de actividades de promoción y prevención incluidas en el Plan de Atención Básica –PAB- (actualmente Plan de Intervenciones Colectiva –PIC-) como lo comenta una odontóloga de la región del Caquetá:

“ellos se preocupan mucho en cumplir las metas, que se realicen las actividades de P y P sin importar las necesidades del paciente porque es donde ellos más ganan” Odontóloga, Florencia, Caquetá)

Los profesionales que trabajan o han trabajado con el Estado expresan que en el desarrollo de la práctica clínica la exigencia de cumplimiento de metas en especial en el programa de P y P es lo más importante para la ESE, quedando en un segundo plano la rehabilitación del paciente; en todos los casos la ESE exige la consignación de las actividades de este programa en los RIPS aunque no se hayan realizado, como lo manifiestan los entrevistados “lo importante es cumplir la meta”.

En la tabla 1 se presentan aquellos aspectos de la relación odontólogo – paciente y su autonomía profesional que fueron percibidos como limitaciones en la práctica clínica.

Tabla 1. Características identificadas en la relación odontólogo – paciente contratados por entidades de salud

Aspecto / categoría	Fundamentación (NUA)
Limitación del tiempo de consulta	15
Tiempo de consulta sin restricciones	3
Cumplimiento de las metas de P y P	18
Diligenciamiento de los formatos de reporte “hay que reportar las actividades de P y P aunque no se hayan realizado”	16

NUA: número de unidades de análisis (palabras o frases) que se ubicaron bajo dicha categoría durante el análisis de las narraciones<sup>102</sup>.

### 3.2. LA CONTRATACIÓN DE LOS PROFESIONALES POR LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD

Los profesionales que trabajan en las IPS privadas, manifiestan que el tipo de contratación no es justo porque no tienen un salario adecuado, ya que el tipo de contratación no es adecuado porque es por porcentaje, prestación de servicios o salario integral, donde las IPS no se responsabilizan por las prestaciones sociales, no tienen vacaciones y las pólizas de riesgos profesionales las asumen ellos:

“tengo un contrato de prestación de servicios por porcentaje pero tengo que cumplir con un horario establecido, tengo que pedir permiso y si no lo hago es un problema, tengo que pagar mi seguridad social y la ARP” (Odontóloga, Quibdó).

Con respecto a otros profesionales de otras áreas se sienten en desventaja ya que el nivel salarial es más bajo. Uno de los entrevistados manifestó que es tal la diferencia en lo laboral que en la IPS en la que trabaja:

<sup>102</sup>FRANCO, Agudelo Saúl, Urrego Mendoza Zulma, Tejada Paola Andrea, Báez Liliana. APROXIMACIÓN NARRATIVA A LAS INTERVENCIONES EN LA SALUD PARA MUJERES Y NIÑAS SUPERVIVIENTES DE VIOLENCIA SEXUAL EN LA RED SUROCCIDENTAL DE BOGOTÁ, 2003 – 2004. Revista colombiana de psiquiatría, octubre, año/vol. XXXVI, número 003. Asociación Colombiana de Psiquiatría. Bogotá, Colombia. Pp. 390 – 401.

“están mejor remuneradas las auxiliares que los profesionales, ya que ellas tienen contratos en los que les reconocen todo lo de ley y en cambio a los profesionales ni siquiera les pagan las horas extras que deben trabajar para cubrir los servicios a cabalidad” (Odontólogo, Medellín).

Los odontólogos que trabajan desde hace tiempo o han trabajado en ESE refieren que han tenido buenas experiencias con relación al tipo de contratación y estabilidad laboral, pero manifiestan que los profesionales que actualmente son contratados están en condiciones inferiores tanto por el tipo de contratos que son de prestación de servicios por periodos muy cortos y con un nivel salarial muy inferior al que ellos tienen como lo comenta:

“estuve contratado por una ESE a través de una cooperativa y no tenía derecho a vacaciones, prestaciones sociales, lo llamaban un sueldo integral, el sueldo era muy bajito, le demoraban el pago 4 o 5 meses” (Odontólogo, Pamplona).

En la tabla 2 se exponen aquellos aspectos de la contratación de los odontólogos que fueron percibidos como injustos por parte de las entidades que los contratan.

Tabla 2. Aspectos relevantes en la contratación de los odontólogos por las entidades de salud.

<b>Aspecto / categoría</b>	<b>Fundamentación (NUA)</b>
Contratos por prestación de servicios por porcentaje y deben cumplir horarios	16
No tiene derecho a prestaciones sociales	18
La entidades exigen que ellos mismos paguen sus afiliaciones a salud y pensiones	15
Con relación a otros profesionales sus salarios son menores	15

NUA: número de unidades de análisis (palabras o frases) que se ubicaron bajo dicha categoría durante el análisis de las narraciones<sup>103</sup> .

### 3.3. EL PROFESIONAL CONSIDERADO COMO VENDEDOR Y COMO OPERARIO DE SALUD

Los odontólogos expresan el inconformismo que sienten con relación a que se sienten como vendedores que tienen que cumplir metas de mercadeo:

“yo no me siento como odontóloga sino como la vendedora, la jefe de nosotros al terminar el día siempre pregunta “¿cuánto hizo esta unidad?, si los pacientes no necesitan la corona o el blanqueamiento y siempre dice ¿por qué no le ofreció la corona?, ¿por qué no le ofreció el blanqueamiento?, lo que quieren es cumplir más es con un requisito a nivel económico y no con lo que necesita el paciente, siempre nos están calificando cuanto fue lo que se vendió y no la calidad del servicio”, (Odontóloga, Villavicencio y Bogotá).

Se sienten que son unos simples técnicos que también deben cumplir con las metas de producción impuestas por las IPS, esto se refleja en las evaluaciones que les realizan teniendo en cuenta sólo estos criterios y no la calidad de atención y tratamientos que realicen, pudiendo cobrar lo correspondiente a las EPS con las que tienen contrato para la prestación de los servicios a los afiliados:

“Usted es un buen doctor porque es el que más metas lleva, es una excelente persona y lo tratan muy bien porque vendió bastante en el día de hoy, entonces usted deja de ser un profesional, en el tiempo

---

<sup>103</sup>FRANCO, Agudelo Saúl, Urrego Mendoza Zulma, Tejada Paola Andrea, Báez Liliana. APROXIMACIÓN NARRATIVA... Revista colombiana de psiquiatría, octubre, año/vol. XXXVI, número 003. Asociación Colombiana de Psiquiatría. Bogotá, Colombia. Pp. 390 – 401.

de trabajo uno no tiene derecho a contestar el teléfono, a comer algo, a conversar con el compañero, sólo tiene que estar en el consultorio, el autoestima se la baja de tal manera que uno pierde la conciencia de que “yo valgo”; en todo momento es estar con una calculadora haciendo cuentas de lo que vale un tratamiento para venderlo; “uno se degrada como profesional”. (Odontóloga, Bogotá)

“Yo sé que es un error de nosotros y todos en lo mismo dos caemos en esto porque necesitamos trabajar” (Odontóloga, Villavicencio y Bogotá).

En la tabla 3 se expresan aquellos aspectos relevantes con relación a las exigencias de cumplimiento por las entidades de salud a los odontólogos.

Tabla 3. Características identificadas en las exigencias de cumplimiento por parte de las entidades de salud a los odontólogos

<b>Aspecto / categoría</b>	<b>Fundamentación (NUA)</b>
“Los odontólogos somos uno simples vendedores”	15
A las entidades lo que les importa es que se cumplan las metas	18
“Nos evalúan por las metas de ventas”	15
“No importa lo que realmente necesite el paciente, lo importante es vender”	14

NUA: número de unidades de análisis (palabras o frases) que se ubicaron bajo dicha categoría durante el análisis de las narraciones<sup>104</sup>.

<sup>104</sup>FRANCO, Agudelo Saúl, Urrego Mendoza Zulma, Tejada Paola Andrea, Báez Liliana. APROXIMACIÓN NARRATIVA... Revista colombiana de psiquiatría, octubre, año/vol. XXXVI, número 003. Asociación Colombiana de Psiquiatría. Bogotá, Colombia. Pp. 390 – 401.



### 3.4. LA PRÁCTICA PRIVADA

Lo profesionales que sólo ejercen la práctica privada comentan que en su ejercicio profesional no tienen todas las presiones que manifiestan sus compañeros, que son autónomos junto con sus pacientes para tomar las decisiones pertinentes con relación a los tratamientos, costos y duración de los mismos:

“Uno tiene la autonomía para dedicar el tiempo necesario de consulta a un paciente, así como programar los turnos en el día de acuerdo a la complejidad de los tratamiento que va a realizar, poder dedicar el tiempo suficiente a su familia que es un tema muy importante dentro de la vida profesional”. (Odontólogo, Bucaramanga)

En consenso todos los entrevistados manifiestan la desunión entre los odontólogos con relación a la negociación de las ofertas de trabajo actuales tanto en las empresas del estado como en las privadas y las condiciones laborales dignas para un buen desarrollo de la prestación del servicio de salud bucal así como una buena calidad de vida tanto humana como profesional.

Es evidente que el desarrollo profesional de los odontólogos que trabajan en las diferentes entidades de salud en el país están sujetos a unas políticas institucionales que general conflicto tanto ético como profesional entre lo que realmente debe hacer el odontólogo para beneficiar a su paciente y lo que debe cumplir de acuerdo con las políticas internas de la institución para generar el lucro deseado por la misma.

## CONCLUSIÓN

Con lo expuesto en el trabajo se puede observar cómo la influencia de la visión economicista en el mercado de la salud es predominante en el desarrollo de la prestación de los servicios de salud generando en ocasiones insatisfacción tanto para el profesional que es quien presta directamente el servicio, como para el usuario (paciente) que es quien lo recibe. Esta situación se presenta en la forma de deshumanización de los servicios de salud reflejada en la reducción de los servicios por parte de las instituciones. Con la deshumanización se indica el papel distante en la relación odontólogo –paciente, en donde el servicio no se entiende en la forma de acto clínico que sirve para restituir o generar salud, sino como una acción que cumple con ciertos parámetros administrativos conformes a la ley.

El ambiente en el que se desarrollan los profesionales de la odontología en Sistema General de Seguridad en Salud da lugar a cuestionar la actividad de estos como adecuada a las exigencias de las instituciones en que trabajan, así como también la relación entre el factor de producción y el factor económico, en donde no se prioriza la calidad tanto técnica como humana en el desarrollo de la prestación de los servicios de salud, a luz de los principios éticos del profesional que presta el servicio como tal. De esta manera se ha querido contribuir a un cuestionamiento desde la base misma del Sistema o sea, desde sus propios postulados, esperando que se haya presentado un análisis satisfactorio a tales, en cuanto al uso de los conceptos y las implicaciones teóricas sobre el tema.

Es posible que el derecho a la Salud en Colombia, en lo que respecta al principio de autonomía, no sea funcional, o mejor, que el principio a la autonomía no es propiamente el respeto a la autonomía. La autonomía del profesional de la salud y el usuario así como la de la institución están protegidas por la ley, pero en el desarrollo de las relaciones humanas, la ley misma no contribuye a que el fin último del servicio de salud sea el bienestar a causa del restablecimiento o protección de los ciudadanos.

El principio del respeto a la autonomía sería el resultado de entender la autonomía como garante de la relación médico-paciente, porque allí se refleja el bien de la voluntad individual como un bien colectivo. En la libre escogencia o en la capacidad de auto-legislación del odontólogo y el paciente, el bien particular generado del acto clínico, se traduce gracias a las políticas de cobertura por ejemplo, en un bien colectivo. En este sentido no es que en la ley colombiana de salud el principio de la autonomía no juegue un papel fundamental dentro de la reglamentación de las instituciones así como del quehacer profesional, sino que el aparato administrativo con intereses o fines económicos, lleva a una pérdida en el sentido y el significado de la autonomía como valor humano y por tanto su reformulación como principio requiere de una noción de respeto. Ese respeto se genera en la protección del límite entre el quehacer del profesional de la salud como odontólogo con su paciente, y su quehacer como empleado con la institución que lo contrata<sup>105</sup>.

Las instituciones prestadoras de servicios de salud, necesitan adquirir conciencia de la importancia de la relación médica para efectos de calidad, más allá del cumplimiento de metas o eficiencia en el servicio. Pero para ello es necesario que sean los mismos involucrados en el proceso de prestación y recepción de servicios, quienes encaminen sus esfuerzos para una adecuada evaluación, no sólo de los servicios que actualmente se prestan así como de las instituciones que los ofrecen, sino también de la ley que los sustenta.

Por ello, desde el punto de vista filosófico en Bioética, se supone una relación teórica entre los principios del acto clínico y la práctica profesional que se lleva a cabo en el área de la salud, contemplando una política de *calidad* que incluye formas de evaluación, dando así, una base sólida para el actuar ético del odontólogo en su práctica institucional dentro de los parámetros del sistema de salud actual colombiano. Pero factores como la formación profesional exigida tanto por la norma como por las instituciones, para el desarrollo de las diferentes actividades propias de la prestación de los servicios de salud, como el mercado laboral que oferta la disponibilidad de contratación en condiciones poco favorables (con relación al tipo de contratos que la misma ley permite generando una carga en el

---

<sup>105</sup>A este respecto se recuerda en la Ley 35 de 1989. CÓDIGO DE ÉTICA DEL ODONTÓLOGO COOMBIANO. CAP VI, ARTICULO 37. “Las entidades públicas o privadas pueden utilizar los servicios del odontólogo para distintas funciones. La búsqueda o aceptación de cargos estará sujeta a las reglas profesionales, destinada a salvaguardar la dignidad e independencia del odontólogo, así como también los intereses gremiales o sociales”.

cumplimiento del pago de las obligaciones propias de ley a los odontólogos y exonerando a las empresas de dichas obligaciones) y la legislación que racionaliza los servicios médico – asistenciales a través del Plan Obligatorio de Salud (POS), generan que las instituciones prestadoras de los servicios de salud restrinjan, en el desarrollo de las actividades clínicas, a los profesionales para dar mejores alternativas de solución a las necesidades de sus pacientes. A esto se le podría llamar bien, como una falta de respeto a los principios básicos de la actividad profesional en salud, pero se requiere ampliar y diversificar los puntos de vista al respecto, para tomar las decisiones que contribuyan al mejoramiento de esta situación.

Ahora bien, dentro del objetivo de esta investigación se buscó explicar desde los conceptos bioéticos de los principios enunciados por Beauchamp y Childress, la fundamentación filosófica de la teoría principialista y la reglamentación del Sistema General de Seguridad Social, el comportamiento en el ejercicio profesional de los odontólogos con respecto al cumplimiento del principio del respeto a la autonomía desde la visión del odontólogo. La experiencia del odontólogo en Colombia que se haya insatisfecho o no conforme con las exigencias planteadas por las instituciones que contratan sus servicios, habla de una falta al principio de autonomía, como se ha enunciado, no ya directamente por el odontólogo hacia el paciente, sino de la institución hacia el odontólogo, que a su vez, se traduce en una limitación de la autonomía tanto del profesional de la salud como del paciente, y del ente administrativo, en términos de su ser ético y retomando a Kant, en su ser auto-legislador.

Es de esta manera como la autonomía del paciente queda sujeta a la información que debe recibir del odontólogo, pero que es filtrada por la institución, según sus necesidades o intereses. En la medida en la que la relación odontólogo-paciente siga siendo comprendida como una relación entre servidor –usuario, se seguirá entendiendo la salud no como un derecho sino como un servicio. En otras palabras, la obligación a la prestación de los servicios de salud, no queda inscrita como el resultado del cumplimiento de la ley, sino como una necesidad para el sostenimiento del aparato institucional. Así, la obligatoriedad en la protección al derecho a la salud se convertiría en la protección del bien particular

beneficiando a los sectores económicos encargados de la infraestructura institucional y no la protección de un bien público.

A este respecto se recuerda en la Ley 35 de 1.989 “sobre ética del odontólogo colombiano” que<sup>106</sup>:

“El profesional odontólogo es un servidor de la sociedad y, por consiguiente, debe someterse a las exigencias que se derivan de la naturaleza y dignidad humana. De acuerdo con lo anterior, la atención al público exige como obligación primaria dar servicios de calidad y en forma oportuna”.

Se subraya *servidor de la sociedad* para precisar la función que tiene el odontólogo como servidor público, esto es, como un profesional que bajo la tutela de la ley, ejerce su actividad con miras al bien de toda la ciudadanía más allá del beneficio que ello le pueda representar. También la idea de que es en la atención al público en donde la prestación del servicio de calidad y de manera oportuna revela su obligatoriedad. En ese sentido, la obligación del odontólogo no emana solamente de su responsabilidad profesional y su código de ética, sino que se da lugar en la actividad, en la relación, en el quehacer técnico-científico con el paciente. Punto fundamental que se espera haya quedado claro, como resultado de la presente investigación.

Para terminar, es conveniente decir que actualmente la Bioética ha aportado una base fundamental en el ejercicio de las profesiones de la salud, dando parámetros profundos en la relación médico - odontólogo y paciente, en beneficio de la resolución de las exigencias particulares de la enfermedad o necesidad que presenta o expone el paciente al profesional durante el acto clínico.

Desde el quehacer académico la Bioética propicia un escenario de discusión y reflexión relacionado con la práctica profesional donde se puede crear conciencia en los futuros

---

<sup>106</sup>LEY 35 DE 1989, CÓDIGO DE ÉTICA DEL ODONTÓLOGO COLOMBIANO. CAP. I, DECLARACIÓN DE PRINCIPIOS, ARTÍCULO I, LITERAL B.

profesionales de la responsabilidad que tienen con su ejercicio ante la sociedad de mejorar las condiciones de salud bucodental dentro de un marco ético y moral.

Ahora bien, desde la perspectiva del profesor, se debe hacer énfasis durante las prácticas clínicas la visión integral del paciente como ser humano y no como una cuota de cumplimiento de requisitos clínicos que debe cumplir el estudiante.

Esto unido al trabajo desde las asociaciones gremiales quienes tienen como deber generar espacios de discusión, acercamiento y reflexión entre los diferentes actores del sistema como entes gubernamentales, profesionales e instituciones prestadoras de servicios de salud para lograr acuerdos de trabajo encaminados a la solución de problemas éticos y bioéticos en el ejercicio de la profesión que afectan finalmente a los profesionales de la salud y a la población que acude a los servicios de salud.

## BIBLOGRAFÍA

1. BEAUCHAMP, Tom, CHILDRESS, James. Principios de ética biomédica. Edit. MASSON. 1999.
2. BLANCO, Restrepo Jorge H., MAYA, Mejía José M. Fundamentos en salud pública. Corporación para Investigaciones Biológicas. 1997.
3. BORQUEZ, Pollini Blanca, y Triana Estrada Jorge. Ética y odontología. Una introducción. Odontología: profesión de riesgo. Centro Interdisciplinario de Estudios en Bioética (CIEB). Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo, Universidad de Chile. 2.006.
4. BRITO, Pedro (2000) Relaciones laborales, condiciones de trabajo y participación en el sector salud. OPS/OMS .CONICET/ UNGS. Web consultada en Febrero 2010 [www.opas.org.br/rh/admin/documentos/ACF3D.pdf](http://www.opas.org.br/rh/admin/documentos/ACF3D.pdf)
5. CAMPOS, Serena Olga. Bioética principialista. El papel de la tradición norteamericana. Universidad de Granada, España.
6. CARDOZO, Carmen Alicia. Ética y odontología. Una introducción. Centro Interdisciplinario de Estudios en Bioética. Vicerrectoría de investigación y Desarrollo, Universidad de Chile. Nov. 2006.
7. CARRILLO, Ana. Nuevas formas y organizaciones de trabajo en los servicios médicos empresariales. Postgrado de Salud Ocupacional. Área de Estudios de Postgrado. Universidad de Carabobo. Mañongo. Sector Trigal Norte. Valencia.
8. CELEDON, CARLOS. Ética de la medicina gestionada. Artículo de ética. Rev. Otorrinolaringol. Cir. Cabeza Cuello 2009.
9. CELY, Galindo Gilberto, HERZO, Acuña Benjamín. BIOETICA PARA ODONTOLOGOS. Fundación Javeriana de Artes Gráficas –JAVEGRAF-. 2005.
10. FRANCO, Agudelo Saúl, Urrego Mendoza Zulma, Tejada Paola Andrea, Báez Liliana. APROXIMACIÓN NARRATIVA A LAS INTERVENCIONES EN LA SALUD PARA MUJERES Y NIÑAS SUPERVIVIENTES DE VIOLENCIA SEXUAL EN LA RED SUROCCIDENTAL DE BOGOTÁ, 2003 – 2004. Revista colombiana de psiquiatría, octubre, año/vol. XXXVI, número 003. Asociación Colombiana de Psiquiatría. Bogotá, Colombia.

11. FERRER, Lues Marcela. Equidad y justicia en salud. Implicaciones para la Bioética. Acta Bioethica versión on-line ISSN 1726-569X. v. 9 n.1 Santiago 2003
12. GALVIS, Cristian. BIOÉTICA, JUSTICIA Y SALUD. LA JUSTICIA SANITARIA EN COLOMBIA, UN PROYECTO INCONCLUSO. Colección Bíos y Ehtos. No. 25. Universidad El Bosque, Departamento de Bioética. 2006. P. 123.
13. GRACIA, Diego. Fundamentación y enseñanza de la bioética. Edit. Búho. 2004. P. 98, 99
14. GRACIA, Diego. Profesión médica, investigación y justicia sanitaria. Ética y Vida, Estudios de Bioética No. 4. Editorial Búho, 1998.
15. IBARRA, Barrón C. Elementos fundamentales de ética. México: Alhambra Mexicana; 1996:
16. JURADO, C E. Cronología de la historia de la odontología. Tribuna Odontológica. 2004. <http://www.medilegis.com>
17. KANT, Emmanuel. Fundamentación de la metafísica de las costumbres. Editorial Tecnos, 2005.
18. Ley 35 del 8 de marzo de 1.989. "CODIGO DE ETICA DEL OGONTOLOGO COLOMBIANO". Artículo 1º. Literal A.
19. MILL, John Stuart. EL UTILITARISMO. Fuente: esnips. <http://www.esnips.com/doc/a1f2638a-ffea-4711-b94e-3ae49bb0f908/John-Stuart-Mill---El-Utilitarismo>.
20. Ministerio de la Protección Social. Ley 1438 de 19 de enero de 2011. "Por medio de la cual se reforma el sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones", Artículo 1040 Autorregulación profesional
21. MORATALLA, Agustín Domingo. Ética y negocio sanitario. Universidad Pontificia Comillas de Madrid. 2000
22. MORENO, Urán Carlos Andrés, Esponda Contreras Katerine. EL CONCEPTO DE AUTONOMIA EN LA FUNDAMENTACIÓN DE LA METAFISICA DE LAS COSTUMBRES DE I. KANT. Cuadrantephi. No. 17. Junio – diciembre de 2008. Bogotá, Colombia
23. NIETO, López Emmanuel; Montoya, Gloria Marina; Cardona, Elkin Mario; Bermudez, Luis Fernando. Perfil sociodemográfico y laboral de los odontólogos en la ciudad de Medellín. Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2000



24. RAMIREZ, Cardona Carlos. Fundamentos de administración. ECOE Ediciones. 2002.
25. RUIZ, Ferran Julián. Medicina gestionada y bioética. Universidad Pontificia Comillas de Madrid. 2000.
26. TORRES-QUINTANA, María Teresa; ROMO O., Fernando. Bioética y ejercicio profesional de la odontología. Acta bioethica versión on-line ISSN 1726-5969X. Acta bioeth. v.12 n.1 Santiago ene. 2006.

## ANEXO 1

### CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE 1991

#### CAPITULO 2

#### DE LOS DERECHOS SOCIALES, ECONOMICOS Y CULTURALES

**Artículo 48.** La Seguridad Social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la Ley. Se garantiza a todos los habitantes el derecho irrenunciable a la Seguridad Social. El Estado, con la participación de los particulares, ampliará progresivamente la cobertura de la Seguridad Social que comprenderá la prestación de los servicios en la forma que determine la Ley.

La Seguridad Social podrá ser prestada por entidades públicas o privadas, de conformidad con la ley. No se podrán destinar ni utilizar los recursos de las instituciones de la Seguridad Social para fines diferentes a ella. La ley definirá los medios para que los recursos destinados a pensiones mantengan su poder adquisitivo constante.

**Artículo 49.** La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.

Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley.

Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad.

La ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria.

Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad.

## **CAPITULO 4**

### **DE LA DISTRIBUCION DE RECURSOS Y DE LAS COMPETENCIAS**

**Artículo 356.** Salvo lo dispuesto por la Constitución, la ley, a iniciativa del gobierno, fijará los servicios a cargo de la nación y de las entidades territoriales.

Determinará, así mismo, el situado fiscal, esto es, el porcentaje de los ingresos corrientes de la nación que será cedido a los departamentos, el distrito capital y los distritos especiales de Cartagena, Santa Marta y Barranquilla, para la atención directa, o a través de los municipios, de los servicios que se le asignen.

Los recursos del situado fiscal se destinarán a financiar la educación preescolar, primaria, secundaria y media, y la salud, en los niveles que la ley señale, con especial atención a los niños.

El situado fiscal aumentará anualmente hasta llegar a un porcentaje de los ingresos corrientes de la nación que permita atender adecuadamente los servicios para los cuales está destinado. Con este fin, se incorporarán en él la retención del impuesto a las ventas y todos los demás recursos que la nación transfiere directamente para cubrir gastos en los citados niveles de educación.

## **CAPITULO 5**

### **DE LA FINALIDAD SOCIAL DEL ESTADO Y DE LOS SERVICIOS PUBLICOS**

**Artículo 365.** Los servicios públicos son inherentes a la finalidad social del Estado. Es deber del Estado asegurar su prestación eficiente a todos los habitantes del territorio nacional.

Los servicios públicos estarán sometidos al régimen jurídico que fije la ley, podrán ser prestados por el Estado, directa o indirectamente, por comunidades organizadas, o por particulares. En todo caso, el Estado mantendrá la regulación, el control y la vigilancia de dichos servicios. Si por razones de soberanía o de interés social, el Estado, mediante ley aprobada por la mayoría de los miembros de una y otra cámara, por iniciativa del Gobierno decide reservarse determinadas actividades estratégicas o servicios públicos, deberán indemnizar previa y plenamente a las personas que en virtud de dicha ley, queden privadas del ejercicio de una actividad lícita.

**Artículo 366.** El bienestar general y el mejoramiento de la calidad de vida de la población son finalidades sociales del Estado. Será objetivo fundamental de su actividad la solución de las necesidades insatisfechas de salud, de educación, de saneamiento ambiental y de agua potable. Para tales efectos, en los planes y presupuestos de la Nación y de las entidades territoriales, el gasto público social tendrá prioridad sobre cualquier otra asignación.

## ANEXO 2

### **LEY 100 DE 1993**

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.

### **SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL**

#### **CAPITULO I: PRINCIPIOS GENERALES**

**ARTICULO 1o.** Sistema de Seguridad Social Integral. El Sistema de Seguridad Social Integral tiene por objeto garantizar los derechos irrenunciables de la persona y la comunidad para obtener la calidad de vida acorde con la dignidad humana, mediante la protección de las contingencias que la afecten.

El Sistema comprende las obligaciones del Estado y la sociedad, las instituciones y los recursos destinados a garantizar la cobertura de las prestaciones de carácter económico, de salud y servicios complementarios, materia de esta Ley, u otras que se incorporen normativamente en el futuro

**ARTICULO 2o.** Principios. El servicio público esencial de seguridad social se prestará con sujeción a los principios de eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad y participación.

1. **EFICIENCIA.** Es la mejor utilización social y económica de los recursos administrativos, técnicos y financieros disponibles para que los beneficios a que da derecho la seguridad social sean prestados en forma adecuada, oportuna y suficiente; **UNIVERSALIDAD.** Es la garantía de la protección para todas las personas, sin ninguna discriminación, en todas las etapas de la vida; **SOLIDARIDAD.** Es la práctica de la mutua ayuda entre las personas, las generaciones, los sectores económicos, las regiones y las comunidades bajo el principio del más fuerte hacia el más débil.

Es deber del Estado garantizar la solidaridad en el régimen de Seguridad Social mediante su participación, control y dirección del mismo.

Los recursos provenientes del erario público en el Sistema de Seguridad se aplicarán siempre a los grupos de población más vulnerables;

2. **INTEGRALIDAD.** Es la cobertura de todas las contingencias que afectan la salud, la capacidad económica y en general las condiciones de vida de toda la población. Para este efecto cada quien contribuirá según su capacidad y recibirá lo necesario para atender sus contingencias amparadas por esta Ley;
3. **UNIDAD.** Es la articulación de políticas, instituciones, regímenes, procedimientos y prestaciones para alcanzar los fines de la seguridad social, y
4. **PARTICIPACION.** Es la intervención de la comunidad a través de los beneficiarios de la seguridad social en la organización, control, gestión y fiscalización de las instituciones y del sistema en su conjunto.

## **LIBRO II: EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD**

### **TITULO I: DISPOSICIONES GENERALES**

#### **CAPITULO I: OBJETO, FUNDAMENTOS Y CARACTERISTICAS DEL SISTEMA**

**ARTICULO 152.** Objeto. La presente Ley establece el Sistema General de Seguridad Social en Salud, desarrolla los fundamentos que lo rigen, determina su dirección, organización y funcionamiento, sus normas administrativas, financieras y de control y las obligaciones que se derivan de su aplicación.

Los objetivos del Sistema General de Seguridad Social en Salud son regular el servicio público esencial de salud y crear condiciones de acceso en toda la población al servicio en todos los niveles de atención.

Las competencias para prestación pública de los servicios de salud y la organización de la atención en salud en los aspectos no cobijados en la presente Ley se regirán por las disposiciones legales vigentes, en especial por la Ley 10 de 1990 y la Ley 60 de 1993. Las actividades y competencias de salud pública se regirán por las disposiciones vigentes en la materia, especialmente la Ley 9a. de 1979 y la Ley 60 de 1993, excepto la regulación de medicamentos que se regirá por lo dispuesto en la presente Ley.

**ARTICULO 153.** Fundamentos del Servicio Público. Además de los principios generales consagrados en la Constitución Política, son reglas del servicio público de salud, rectoras del Sistema General de Seguridad Social en Salud las siguientes:

1. **Equidad.** El Sistema General de Seguridad Social en Salud proveerá gradualmente servicios de salud de igual calidad, a todos los habitantes en Colombia, independientemente de su capacidad de pago. Para evitar la discriminación por capacidad de pago o riesgo, el sistema ofrecerá financiamiento especial para aquella población más pobre y vulnerable así como mecanismos para evitar la selección adversa. **Obligatoriedad.** La afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud es obligatoria para todos los habitantes en Colombia. En consecuencia, corresponde a todo empleador la afiliación de sus trabajadores a este Sistema y del Estado facilitar la afiliación a quienes carezcan de vínculo con algún empleador o de capacidad de pago.
2. **Protección integral.** El Sistema General de Seguridad Social en Salud brindará atención en salud integral a la población en sus fases de educación, información y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en cantidad, oportunidad, calidad y eficiencia, de conformidad con lo previsto en el artículo 162 respecto del Plan Obligatorio de Salud.
3. **Libre escogencia.** El Sistema General de Seguridad Social en Salud permitirá la participación de diferentes entidades que ofrezcan la administración y la prestación de los servicios de salud, bajo las regulaciones y vigilancia del Estado y asegurará a los usuarios libertad en la escogencia entre las Entidades Promotoras de Salud y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, cuando ello sea posible según las condiciones de oferta de servicios. Quienes atenten contra este mandato se harán acreedores a las sanciones previstas en el artículo 230 de esta Ley.
4. **Autonomía de instituciones.** Las instituciones prestadoras de servicios de salud tendrán, a partir del tamaño y complejidad que reglamente el Gobierno, personería jurídica, autonomía administrativa y patrimonio independiente, salvo los casos previstos en la presente Ley.
5. **Descentralización administrativa.** La organización del Sistema General de Seguridad Social en Salud será descentralizada y de ella harán parte las direcciones seccionales, distritales y locales de salud. Las instituciones públicas del orden nacional que participen del sistema adoptarán una estructura organizacional, de



gestión y de decisiones técnicas, administrativas y financieras que fortalezca su operación descentralizada.

6. Participación social. El Sistema General de Seguridad Social en Salud estimulará la participación de los usuarios en la organización y control de las instituciones del Sistema General de Seguridad Social en Salud y del sistema en su conjunto. El Gobierno Nacional establecerá los mecanismos de vigilancia de las comunidades sobre las entidades que conforman el sistema. Será obligatoria la participación de los representantes de las comunidades de usuarios en las juntas directivas de las entidades de carácter público.
7. Concertación. El sistema propiciará la concertación de los diversos agentes en todos los niveles y empleará como mecanismo formal para ello a los Consejos Nacional, departamentales, distritales y municipales de Seguridad Social en Salud.

Calidad. El sistema establecerá mecanismos de control a los servicios para garantizar a los usuarios la calidad en la atención oportuna, personalizada, humanizada, integral, continua y de acuerdo con estándares aceptados en procedimientos y práctica profesional. De acuerdo con la reglamentación que expida el Gobierno, las instituciones prestadoras deberán estar acreditadas ante las entidades de vigilancia.

## ANEXO 3

### **RESOLUCION NUMERO 5261 DE 1994**

Por la cual se establece el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

### **CAPITULO II. DEFINICIONES Y CONTENIDOS DE LAS ACTIVIDADES, INTERVENCIONES Y PROCEDIMIENTOS CONTEMPLADOS EN EL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD**

**ARTICULO 22. <DEFINICIONES PARA DETERMINAR LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS>**. Para determinar la calidad en la prestación de los servicios, se establecen las siguientes definiciones:

1. Calidad de la atención es el conjunto de características técnico- científicas, materiales y humanas que debe tener la atención de salud que se provea a los beneficiarios, para alcanzar los efectos posibles con los que se obtenga el mayor número de años de vida saludables y a un costo que sea social y económicamente viable para el sistema y sus afiliados. Sus características son:
  1. oportunidad,
  2. agilidad,
  3. accesibilidad,
  4. continuidad,
  5. suficiencia,
  6. seguridad,
  7. integralidad e integridad,
  8. racionalidad lógico-científica,
  9. costo-efectividad,
  10. eficiencia,

11. humanidad,
  12. información,
  13. transparencia,
  14. consentimiento
  15. y grado de satisfacción de los usuarios,.
2. Evaluación de calidad de la atención es la medición del nivel de calidad de una actividad, procedimiento o guía de atención integral de salud.