

Donatres JA, Rojas MA, Jiménez WG. Calidad de vida de los odontólogos en Colombia. Revisión exploratoria de la literatura. Univ Odontol. 2017 Ene-Jun; 36(76). <https://doi.org/10.11144/Javeriana.uo36-76.cvoc>

SECCION: Administración en Salud y Temas Gremiales

TITULILLO: Calidad de vida de los odontólogos

Calidad de vida de los odontólogos en Colombia. Revisión exploratoria de la literatura

Quality of Life of Dentists in Colombia. Exploratory Literature Review

Jazmín Astrid Donatres Giraldo

Odontóloga, Institución Universitaria Colegios de Colombia, Santiago de Cali, Colombia.

Especialización en Auditoría y Gerencia en Calidad en Salud, Universidad de Bogotá Jorge Tadeo

Lozano, Bogotá, Colombia. Práctica Privada, Bogotá, Colombia

Mayra Alejandra Rojas Amador

Enfermera, Fundación Universitaria de las Ciencias de la Salud, Bogotá, Colombia.

Especialización en Auditoría y Gerencia en Calidad en Salud, Universidad de Bogotá Jorge Tadeo

Lozano, Bogotá, Colombia. Enfermera Jefe, E.P.S Sanitas, Bogotá, Colombia

Wilson Giovanni Jiménez Barbosa

Odontólogo, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia. Magister en Administración,

Universidad de la Salle, Bogotá, Colombia. Doctor en Ciencias Sociales, Niñez y Juventud,

Universidad de Manizales-CINDE, Manizales, Colombia. Profesor titular, Universidad de Bogotá

Jorge Tadeo Lozano, Bogotá, Colombia

CÓMO CITAR ESTE ARTICULO

Donatres JA, Rojas MA, Jiménez WG. Calidad de vida de los odontólogos en Colombia. Revisión exploratoria de la literatura. Univ Odontol. 2017 Ene-Jun; 36(76): __. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.uo36-76.cvoc>

Recibido para publicación: 07/11/2016

Aceptado para publicación: 17/06/2017

Disponible en: <http://www.javeriana.edu.co/universitasodontologica>

RESUMEN

Antecedentes: Este artículo presenta la reflexión teórica sobre la que se realizará una investigación empírica que permita conocer la actual calidad de vida de los odontólogos en Colombia. **Objetivo:** Realizar una reflexión a partir de literatura disponible sobre los cambios en la calidad de vida de los odontólogos en Colombia. **Métodos:** Se realizó un estudio cualitativo de análisis documental. El diseño fue una revisión narrativa de la literatura. **Resultados:** Si bien la literatura, tanto mundial como nacional, acerca del tema es escasa, en los documentos revisados se muestra que la calidad de vida de los odontólogos colombianos se ha visto afectada debido a que sus condiciones laborales han desmejorado. Esto ha dificultado tener ingresos dignos que les permita tener un bienestar similar al que se gozaba hace 30 años. Lo anterior se asocia a factores como la implementación de

la Ley 100 de 1993 y la multiplicación de facultades de odontología en todo el país. Como resultado, se ha producido que, en algunas zonas del país, principalmente las ciudades, exista sobresaturación de profesionales, quienes son contratados con baja remuneración y malas condiciones laborales. **Conclusiones:** Aunque los estudios existentes son de limitado alcance territorial, hay evidencia del deterioro de la calidad de vida de los odontólogos colombianos. Sin embargo, faltan investigaciones actuales con cobertura nacional que conlleven a comprender con mayor profundidad, la forma en que el contexto social, económico y laboral de los odontólogos se ha afectado.

PALABRAS CLAVE

calidad de vida; Colombia; condiciones laborales; odontólogos

ÁREAS TEMÁTICAS

políticas públicas; profesiones de la salud; salud pública

ABSTRACT

Background: This article is a theoretical reflection, from which an empirical study will be carried out, about the current quality of life of dentists in Colombia. **Objective:** To reflect, based on available literature, about changes in the quality of life of dentists in Colombia. **Methods:** This was qualitative study based on document analysis. The design was an exploratory review of

literature. **Results:** Even though national and international literature on this topic is scarce, the documents reviewed show that quality of life among dentists in Colombia has been affected because work conditions have deteriorated. Therefore, income has decreased and wellbeing is not comparable to what these professionals used to enjoy 30 years ago. This situation is associated to factors like the enacting of Law 100 of 1993 and the multiplication of dental schools nationwide. Thus, there is an excessive offer of professional in some zones, mainly cities, who get low-wage jobs and poor working conditions. **Conclusions:** Even though existing studies are limited in territorial scope, there is evidence of the deterioration of the quality of life among dentists in Colombia. However, more studies with national coverage are necessary to better understand the way in which dentists' social, economic, and labor contexts have been affected.

KEYWORDS

Colombia; dentists; quality of life; working conditions

THEMATIC FIELDS

health professionals; public health, public policies

INTRODUCCIÓN

El ejercicio profesional del odontólogo en Colombia ha enfrentado muchos cambios, en especial, a partir de la transformación del sistema de salud colombiano, llevada a cabo por el gobierno

nacional mediante la promulgación del libro segundo de la Ley 100 de 1993, el cual reglamentó el artículo 49 de la constitución nacional. El modelo económico inmanente a la mencionada ley se corresponde con los preceptos de la teoría neoliberal, la cual transforma los servicios sociales, en particular los de salud, en objeto de provisión por parte de proveedores particulares mediante el mecanismo de mercado, sea este libre o regulado (1-7).

Esta modificación al sistema de salud tampoco puede ser entendida como un caso aislado de iniciativa propia del Estado colombiano. Por el contrario, se enmarcó dentro de los procesos de reforma de las estructuras de los Estados latinoamericanos compelidas como consecuencia de la crisis de la deuda externa acaecida en la década de 1980. Un hito fundamental entre estos cambios estructurales fueron las directrices definidas en el denominado Consenso de Washington, documento en el cual se establecieron guías que deberían incorporar los Estados latinoamericanos dentro de sus políticas públicas, si querían volver a acceder a créditos por parte de los organismos de financiamiento multilateral, en especial, el Fondo Monetario Internacional y el Banco Mundial (7).

Dentro del decálogo de lineamientos que hacen parte del Consenso de Washington se define que se debe priorizar el gasto social en salud y educación. Este precepto, si bien podría ser entendido como una concentración del Estado en el fortalecimiento de estos sectores sociales, en la realidad se convirtió en una orden conducente a identificar a las poblaciones con mayor capacidad de pago para establecer normas que las obligasen a pagar por los servicios de salud y educativos que requiriesen. Ello limita la acción del Estado a brindar estos servicios en forma focalizada a las poblaciones pobres, entendidas estas como aquellas sin capacidad de pago y marginales de la economía (7). De esta manera, sin nunca haberlo alcanzado, Latinoamérica abandona el ideal de

la construcción de Estados de Bienestar como los desarrollados en Europa luego de la segunda guerra mundial. Dichos ideales promulgaban la universalidad de los servicios sociales, gracias al desarrollo de políticas encaminadas a lograr solidaridad y equidad y estructuras tributarias altamente redistributivas, para pasar a la adopción de un Estado neoliberal regido por los mercados y que como resultado en el ámbito social deriva en inequidad y segregación social (3).

Como reflejo de lo anterior, en Colombia, la estructura del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) incorporó elementos de mercados regulados y mercados libres en las relaciones entre el Estado, entidades promotoras de salud (EPS) e instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) (1,8-11). De esta forma, reguló el mercado al establecer una unidad de pago por capitación que reconoce el SGSSS a las EPS por cada uno de sus afiliados, para que brinden un Plan de Beneficios Individual (anteriormente llamado Plan Obligatorio de Salud) a cada uno de ellos. Por otra parte, dejó libertad de mercado en la relación entre EPS e IPS al no definir tarifas únicas de contratación para el pago de los servicios que estas últimas brinden a los afiliados que requieran sus servicios. Por el contrario, dichas tarifas se establecen por negociaciones enmarcadas en la lógica de la libertad de los mercados, es decir, en la puja entre oferta (IPS) y demanda (EPS) (1,10-11).

Las anteriores relaciones de mercado incorporan las consecuentes fallas propias de este mecanismo económico como son las posiciones dominantes y las asimetrías de la información. Estas fallas en la relación de mercado dadas entre Estado, EPS e IPS, terminan trasladándose, mediante lo que Michael Porter denominó competencia de suma cero, en primer término, a los trabajadores del sector salud, quienes ven deterioradas sus condiciones laborales y de calidad de vida. También se

trasladan a los usuarios, quienes ven restringidas las condiciones de calidad tanto técnica como humana de los servicios de salud que reciben (11,12). Como consecuencia, los profesionales, en particular los odontólogos a partir de 1993, vieron trocar su labor de un ejercicio profesional principalmente liberal a una práctica enmarcada por relaciones laborales. Estas paulatinamente se fueron deteriorando hacia formas de contratación enmarcadas en figuras jurídicas de flexibilización laboral como la contratación por prestación de servicios o a destajo. Además, se enfrentaron a la tercerización laboral a través de contratación por cooperativas de trabajo asociado, entre otras figuras de intermediación (13).

Por otra parte, pero también en conexión con el proceso mencionado, la Constitución de 1991, incorporó en el artículo 69 el precepto de Autonomía Universitaria, el cual fue reglamentado en la ley 30 de 1992, la cual trajo como una de sus principales consecuencias el aumento en la oferta de facultades de salud y dentro de ellas de programas de odontología. Esto advino a que en el mediano plazo se elevara el número de egresados, quienes, al salir a un mercado laboral desregulado, flexibilizado y tercerizado, se convirtieron en sujetos vulnerables de ser contratados y remunerados de formas que no se corresponden ni con el esfuerzo económico realizado por ellos y sus familias, ni con la responsabilidad social que adquieren al tener en sus manos la vida de sus pacientes (2,14). La combinación de los factores anteriormente mencionados ha traído como resultado que el bienestar y la calidad de vida del odontólogo haya entrado en constante declive, dado que difícilmente encuentra un espacio laboral que le brinde una remuneración que sea consecuente con los costos de formación y de ejercicio que debe asumir. Esto ha impelido a no pocos a abandonar el ejercicio profesional, en particular el clínico, o a asumir elevados costos de especialización, en especial en áreas que no hacen parte de plan de beneficios individual, y/o a complementar sus

ingresos mediante el desarrollo de otras actividades económicas. Así, paulatinamente, se ha venido deteriorando el capital social y humano con que, históricamente, contaba la odontología como profesión, al quedar el odontólogo atrapado entre los intereses comerciales de universidades, EPS e IPS.

Sin embargo, a pesar de que la problemática referenciada en los párrafos anteriores es percibida por la mayoría de los profesionales de la odontología, son pocos los estudios que se han realizado, ya sea desde la academia o desde las asociaciones gremiales, que brinden evidencia científica que sirva de argumento para el debate e insumo para la formulación de políticas públicas encaminadas a mejorar la calidad de vida y el ejercicio profesional del odontólogo.

A continuación, se presentan algunos datos que dan contexto histórico y sirven de refuerzo a lo expresado hasta aquí. Históricamente, la odontología, como profesión en Colombia tiene sus comienzos a mediados del siglo XIX; sin embargo, solo fue hasta 1932 que se fundó la primera facultad de odontología en la Universidad Nacional de Colombia; a esta le siguieron las establecidas en: Universidad de Antioquia (1941), Universidad de Cartagena (1947) y la Pontificia Universidad Javeriana (1951); en resumen, hasta el año de 1974 existieron solo 4 facultades (15).

A partir de allí, empieza a incrementarse el número, así, entre 1975 y 1983 se crearon ocho nuevas facultades, aumentando el número total a doce facultades, es decir que en tan solo ocho años se triplicó la oferta de programas de odontología. La nueva oferta se dio en las siguientes instituciones de educación superior: Universidad del Valle, Colegio Odontológico Colombiano, Universidad

Metropolitana, Instituto de Ciencias de la Salud, Universidad Santo Tomás, Universidad Autónoma de Manizales, Fundación Universitaria San Martín, Universidad El Bosque.

Ya en el marco de la Constitución de 1991 y de su derivada la Ley 30 de 1992, se crearon entre 1994 al 2002 seis facultades más completando 18 facultades: Universidad Antonio Nariño, Universidad Santiago de Cali, Corporación Universitaria del Sinú, Corporación Universitaria Rafael Núñez, Universidad del Magdalena.

Como resultado, esto generó un aumento importante de egresados a nivel nacional, lo anterior se expresa en que, para 1989 hubo un odontólogo por cada 2.500 habitantes, mientras que ya para el 2004 había un odontólogo por cada mil habitantes, generando esto un desequilibrio entre la oferta y la demanda, máxime si se tiene en cuenta que, según la Organización Mundial de la Salud, debería haber un odontólogo por cada 3.500 personas (15).

Pero el incremento en el número de egresados ha continuado, así, de acuerdo con el Observatorio Laboral para la Educación, entre los años 2001 al 2014 en total se graduaron 20.297 odontólogos, de ellos, sólo en el 2014 obtuvieron su título 2.738 odontólogos a nivel nacional, de los cuales 1.212 fueron en Bogotá. Derivada de la sobrepoblación de odontólogos y de la flexibilización laboral se está presentado como fenómeno la contratación de ellos en condiciones de deficiente remuneración, provocando que la situación laboral, social y económica no sea la más adecuada. Como evidencia se observa cómo el ingreso promedio para los odontólogos en el 2012 era de \$ 1.619.507 pesos colombianos, que se correspondía a 2.9 salarios mínimos mensuales vigentes – SMMLV (\$566.700), mientras que para el 2014, el ingreso promedio fue de \$1.800.000, que

igualmente corresponde a 2.9 SMMLV vigentes a la fecha (\$616.000), es decir el ingreso real del odontólogo se estancó en ese periodo (16).

En complemento, después de la implementación de la ley 100 de 1993, la situación del odontólogo particular en comparación a los grandes emporios de la salud representados por las EPS e IPS, entra en desventaja por la competencia en el mercado, ya que, se modifica la forma en que son ofertados los servicios debido a que estas empresas, dado su soporte financiero, organizativo y de infraestructura, pueden prestar servicios de salud a grandes volúmenes de usuarios, generando economías de escala con sus consecuentes reducciones en los costos de producción de los servicios odontológicos y la transformación del mercado de la salud oral en un oligopolio donde ellos toman posiciones de dominio que subyugan al pequeño productor representado en el odontólogo que ejerce en su consultorio particular (17).

De esta forma, las reducciones de costos y la posición dominante en el mercado de EPS e IPS, se ve reflejada en la disminución de la remuneración del odontólogo que ejerce la profesión en forma independiente. Como derivado de esto, en no pocos casos el odontólogo se ve abocado a cerrar su consultorio y convertirse en mano de obra barata para los grandes productores de servicios (EPS e IPS) en especial, cuando su vinculación se realiza mediante figuras de tercerización y flexibilización laboral. Esto ha ocasionado que, a pesar de la mala remuneración ofertada, dada la oligopolización del mercado por estos complejos de EPS e IPS, el odontólogo tenga que emplearse en uno o varios de estos sitios con el fin de poder obtener un ingreso que le permita subsistir (17).

Esta situación de los odontólogos no es desconocida por parte de los líderes gremiales, sin embargo, a pesar de la gestión adelantada por ellos, a hoy no se ha logrado que existan normas que den solución a la problemática expuesta y lastimosamente tampoco se ha llegado a un acuerdo entre los mismos colegas para unificar tarifas y formas de contratación adecuada.

Al respecto, en enero 20 del 2015, la actual presidenta de la Federación, María Fernanda Atuesta, emite un comunicado en donde hace ver que está enterada de la situación laboral y profesional de los odontólogos colombianos y sobre todo del tipo de contratación que se viene realizando dentro del gremio:

Se han generado convocatorias públicas en las instituciones de la Federación Odontológica Colombiana para socializar las denuncias laborales hechas por colegas en las cuales exponen las críticas condiciones contractuales que están siendo usadas por un buen número de instituciones aseguradoras y prestadoras, tanto públicas como privadas para la vinculación de los profesionales que logran una oportunidad del ejercicio profesional, la situación precaria de desempleo, subempleo y falta de oportunidades, las pocas opciones de ejercer libremente la profesión, la competencia desleal, los contratos por prestación de servicios, el pago por porcentajes que condiciona al profesional a la venta de tratamientos donde se pierde la figura de profesional de la salud bucodental y se convierte en un vendedor de servicios, el ofrecimiento de tratamientos de mala calidad ofertados por las clínicas “Low Cost” también han sido motivo de denuncia, ya que su función principal es vender y dejar a un lado la salud bucodental del paciente quien es el directamente afectado, estas quejas fueron enviadas y radicadas al Ministerio de Salud y

Protección Social y la Secretaria de Salud en Bogotá en busca condiciones legales, equitativas y justas” (18).

Por los argumentos hasta aquí expuestos, que evidencian cómo se ha venido afectando la calidad de vida de este grupo de profesionales de la salud, es que se planteó desarrollar una investigación encaminada a conocer ¿cuáles son las actuales condiciones de calidad de vida de los odontólogos en Colombia? Lo anterior, dada la escasa investigación realizada al respecto tanto a nivel nacional, limitada casi exclusivamente a estudios regionales, como internacional y la necesidad casi imperiosa de tener elementos objetivos que permitan evaluar cómo la transformación del ejercicio profesional ha impactado sobre los diferentes aspectos de la calidad de vida del odontólogo en Colombia.

Por ello, este artículo hace parte de dicho proceso investigativo y en él se presenta la reflexión teórica que servirá de base para el desarrollo de la posterior fase empírica de la investigación, la cual, será de tipo cuantitativo y se espera sea desarrollada en el año 2018. La fase teórica que se presenta en este artículo se desarrolla buscando responder a los cuestionamientos ¿Qué se entiende por calidad de vida de los profesionales de la salud y cómo se ha evaluado? ¿Qué se conoce sobre la calidad de vida de los odontólogos en Colombia? Para con base en estos hallazgos y reflexiones identificar las principales categorías a ser evaluadas y analizadas para poder conocer la actual calidad de vida de los odontólogos colombianos.

Con tal fin, a continuación, se presenta una reflexión en torno al concepto de calidad de vida y la forma en que ha sido aplicado en el sector salud.

Concepto de Calidad de Vida

La calidad de vida es la percepción subjetiva que cada individuo tiene de cómo deviene su existir, de cómo logra cumplir con sus metas y su proyecto vital. También puede comprenderse como la posibilidad que tiene el ser humano de llevar una vida digna, por medio del desarrollo de sus capacidades en forma autónoma y cooperante, de acuerdo a las obligaciones y limitaciones que le impone la sociedad. En pocas palabras, es la disponibilidad que tiene cada persona de los recursos y ocupaciones para definir un programa de vida que vaya más allá de la supervivencia (19-22).

El Informe de la Comisión sobre la Medición del Rendimiento Económico y el Progreso Social afirma que la calidad de vida es un concepto más amplio que el de producción económica o el de nivel de vida, ya que en él se incluyen una amplia gama de factores que influyen en lo que los seres humanos valoran en su existir (23).

En complemento, Rawls manifiesta la necesidad de garantizar a los ciudadanos un listado de recursos expresados como derechos y libertades que le permiten a los seres humanos desarrollar el proyecto racional de vida que ellos hayan elegido. Al respecto Rawls expresa “hemos de suponer entonces que cada individuo tiene un plan racional de vida, hecho según las condiciones a que se enfrenta y también para permitir la satisfacción armónica de sus intereses”.

Rawls plantea una lista básica de bienes primarios, la cual no se puede entender como única, ya que a ella pueden agregarse otros elementos, tales como el tiempo de ocio o la liberación del dolor físico, dependiendo de los acuerdos a los que llegue cada sociedad. La lista propuesta por este

autor contiene los siguientes bienes: Los derechos y libertades básicas; la libertad de desplazamiento y la libre elección de ocupación en un marco de diversas oportunidades; los poderes y las prerrogativas de los puestos y cargos de responsabilidad en las instituciones políticas y económicas de la estructura básica; Ingresos y riquezas y; las bases sociales del respeto a sí mismo (24).

Así se va estableciendo que para alcanzar altos niveles de calidad de vida se deben tener en cuenta dos aspectos: uno subjetivo, correspondiente a la necesidad de que la persona se sienta emocionalmente sana, productiva, segura, capaz de expresar sus sentimientos y de participar activamente en su contexto social; y uno objetivo, representado en la posibilidad de acceder a bienestar material, a tener relaciones armónicas con el ambiente y la comunidad y al acceso a bienes básicos como salud y educación, entre otros (25, 26).

Por su parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1995, definió la calidad de vida,

...como la percepción que tiene el individuo de su posición en la vida en el contexto de su cultura y el sistema de valores en el cual vive y la relación con sus metas, expectativas, estándares y preocupaciones” (7).

En 1997, igualmente, la OMS agregó que la calidad de vida,

...es un concepto amplio que afecta de manera compleja a la salud física, el estado psicológico de la persona, su independencia, sus relaciones sociales, creencias personales y la relación que tiene con el medio ambiente (27).

De esta forma, la calidad de vida puede comprenderse como un proceso dinámico que va unido al ciclo vital de cada ser humano resultado de las condiciones estructurales que tiene cada sociedad en la que se vive, de tal modo que, éstas podrían afectar bien o mal la posibilidad del desarrollo de cada individuo (22).

Desde estas perspectivas, la calidad de vida solo podría ser evaluada por cada individuo desde reflexiones y comprensiones profundas acerca del desarrollo de su vida y, por tanto, la metodología a seleccionar para investigarla sería de tipo cualitativa. Sin embargo, modelos de investigación cuantitativa pueden ser usados para evaluar ciertos factores objetivos que pueden condicionar la posibilidad de cumplir con el proyecto vital de los individuos. Algunos de estos factores objetivos involucran las condiciones básicas que deben garantizarse, por parte del gobierno, a cada habitante con el fin de que pueda ampliar el campo de ejercicio de sus libertades, gracias al desarrollo de sus capacidades, permitiéndoles conducir sus vidas con dignidad y autonomía. Por su parte, la subjetiva está relacionada con la valoración que el ser da a como ha logrado cumplir el proyecto vital que se ha trazado (19, 20,23).

Es por ello, que la evaluación de la calidad de vida ha sido objeto de desarrollo de variados modelos experimentales cuantitativos y mixtos con el fin de lograr una aproximación al conocimiento de la forma en la que es garantizada o privada a grupos poblacionales, a los que, por su tamaño, sería imposible evaluar por métodos cualitativos (22).

Otro aspecto importante que determina la calidad de vida de una persona es el que tiene que ver con su espacio de trabajo. De esta forma, emergió el concepto de calidad de vida laboral o

profesional, entendida como un proceso dinámico y continuo que conlleva a un sentimiento de satisfacción y bienestar que la persona trabajadora experimenta como consecuencia de un equilibrio entre las ocupaciones diarias del trabajo que desempeña y su contexto, contribuyendo a que alcance su más completo desarrollo como ser humano (28, 29).

Así la calidad de vida laboral, también comprende aspectos objetivos y subjetivos como lo son: objetivos que corresponden a las realidades laborales diarias (físicas y sociales) más las condiciones ambientales del trabajo (condiciones físicas, características del puesto, horarios, retribuciones, medio ambiente laboral, beneficios, entre otros), condiciones organizacionales del trabajo, estatus laboral, estatus social y relaciones sociales (apoyo social) y; las subjetivas, entendidas como el estado de ánimo producido cuando la persona cree que ha alcanzado un determinado desarrollo como ser humano, gracias al equilibrio entre su trabajo y su contexto social (26, 28-30).

Otro aspecto que vale la pena resaltar, es que la calidad de vida laboral de los profesionales de la salud se ve afectada por el contacto directo con personas enfermas o necesitadas de ayuda, lo que genera en ellos un componente adicional de estrés laboral, que puede conducirlos a sufrir del denominado síndrome de quemado por el trabajo o Burnout, lo que en ciertos casos les genera incapacidad y limitación en sus funciones tanto laborales como sociales (28, 31).

En resumen, la investigación de la que hace parte esta reflexión teórica, buscará conocer y comprender la calidad de vida desde el enfoque teórico de la garantía de los bienes primarios definidos por Rawls, mediante el diseño de un modelo de evaluación de la calidad de vida, basado

en la teoría del desarrollo humano, con el que se pretende evaluar las condiciones de vida de los seres humanos desde una perspectiva multidimensional. Lo anterior, ya que, como lo expresa Sen, si bien el ingreso económico es fundamental para lograr llevar una vida sin privaciones, no es el único componente que la determina (32).

Para ello, se establecerán categorías de análisis que serán saturadas mediante la recolección y análisis de datos por medio de un cuestionario de pregunta cerrada que diseñarán los autores y que se aplicará a una muestra representativa de odontólogos a nivel nacional.

Experiencias de evaluación de calidad de vida en sector salud

En este acápite se presentan los resultados de algunos estudios llevados a cabo a nivel mundial que buscaron evaluar la calidad de vida de profesionales de la salud de distintas áreas incluida la odontología. De estos estudios se destaca que son pocos los que evalúan la calidad de vida desde una perspectiva que integre tanto el campo laboral como el social, por el contrario, restringen la evaluación al concepto anteriormente mencionado de Calidad de Vida Laboral, lo que impide tener una perspectiva más amplia de cómo desarrollan sus proyectos de vida los profesionales de la salud.

En concordancia con lo anterior, se encuentra que Sánchez, en su investigación sobre la calidad de vida profesional de los trabajadores de Atención Primaria del área 10 de Madrid (España), identificó que los trabajadores refirieron insatisfacción en relación a su trabajo, debido a la falta de apoyo por parte de sus directivos, más carga de trabajo, menos apoyo social y motivación, a pesar de tener una capacitación superior; sintiendo que la empresa en la que laboran no satisface

sus necesidades profesionales de participación, creatividad y reconocimiento, haciendo que se presente agotamiento y desgaste laboral. Durante este estudio se encontró que la peor percepción de calidad de vida la tiene los médicos en comparación con las auxiliares de enfermería y esto es debido a que a los médicos se le exige y se responsabiliza más para presentar resultados de eficiencia sin importar el esfuerzo y con una compensación inadecuada (33).

Por su parte Barrera, en un estudio sobre la calidad de vida de las enfermeras que trabajan en unidades renales de la ciudad de Bogotá, halló que la mayoría de ellas eran mujeres que trabajaban en varios empleos para poder mejorar sus ingresos, los cuales los destinaban para el pago de educación, cuota de vehículo, arrendamiento, alimentación, cuota de la vivienda, servicios públicos, vestuario, recreación, salud y pago de tarjeta de crédito. Presentaban enfermedades laborales como enfermedades respiratorias, enfermedad ácido-péptica, alteraciones posturales, depresión y dislipidemias. Para los encuestados, su trabajo influía de manera negativa sobre su calidad de vida debido a que tienen poco tiempo libre para compartir en familia por las largas jornadas laborales y por ser agotador y rutinario (34).

En complemento, Forero, en su estudio sobre la calidad de vida de las enfermeras en unidades de cuidado intensivo (UCI) realizado en la ciudad de Bogotá, entrevistó a 16 profesionales, encontrando que el género que más predominaba es el femenino, entre las edades de 20 a 30 años, su salario aproximado está entre \$1.500.000 a 2 millones, sus gastos están a nivel de sus ganancias debido a que sus contratos se hacen por la modalidad de prestación de servicios en donde deben asumir los costos del ARL, EPS y hasta las pólizas de cumplimiento de este modo no tienen la posibilidad de tener un ahorro constante. Las enfermeras manejan situaciones de estrés y entre los

resultados respondieron que no tienen tiempo suficiente para desarrollar actividades extra laborales, sus horarios de descanso se dan entre 4 a 5 horas considerándolo escaso, lo que afecta sus estados de humor y su desempeño laboral y social. La prevalencia de las enfermedades laborales fue: dolores musculares, migraña y gastritis (35).

Villarga realizó un estudio en donde evaluó la situación socioeconómico, laboral y profesional de los optómetras en el departamento de Cundinamarca-Colombia entre los periodos segundo 2008 al primer periodo 2009 en 82 consultorios habilitados, por medio de variables sociales (edad y género), económicas (calidad de vida), laborales y ejercicio profesional. Los resultados que arrojó el estudio fueron: en la variable social el mayor porcentaje de optómetras es del género femenino (66 %), las edades promedio estaban en el rango de 31 a 40 años (49 %), en el estado civil no se presentó diferencias donde el porcentaje de solteros fue 36,2 % y los casados 33,3 %; en la variable económica: el 62,5 % viven en apartamento indicando que su situación es buena y el 47,2 % tienen vivienda propia, los ingresos de los optómetras entre \$1.500.000 a \$2.000.000 indicando que la situación económica es estable, en el 100 % de los optómetras encuestados sus ingresos provienen de las consultas, el 86 % de ventas relacionadas con la optometría y 19,4 % reciben ingresos por otras actividades, un 21% de los optómetras encuestados piensan que sus ingresos no cubren la totalidad de sus necesidades; en la variable laboral: el 58 % de los optómetras encuestados son propietarios de ópticas y un 32 % trabajan por medio de contrato laboral formal, un 63,4 % optómetras que trabajan por medio de contrato es indefinido demostrando que presentan buena estabilidad laboral y el 36.6 % contrato a término definido, los optómetras independientes aportan poco a las prestaciones sociales; en la variable sobre el ejercicio profesional: se observa que un 74 % de los optómetras encuestados no han realizado posgrados ya que opinaron que a pesar de

realizar posgrado los ingresos no aumentarán, un 44 % han realizado cursos de educación continuada, un 74 % no hablan otro idioma y solo un 25 % domina el inglés (36).

Siguiendo la misma línea de investigación, Bravo y Acevedo, realizaron el estudio en optómetras que laboran en consultorios habilitados en la ciudad de Bogotá durante el 2009, encontraron como resultados que existen 269 consultorios habilitados, evaluaron las variables sociales así: el género predominante fue femenino (63 %) con respecto al masculino (37 %); las edades de los encuestados estaban entre el rango de 38 a 43 años (22,2 %) y el mínimo fue de 20 a 25 años (4,4 %); con respecto a estado civil un 54,1 % eran casados, los solteros un 31,9 %, divorciados 7,4 %, en unión libre un 5,9 % y viudos casi 1 %; en el número de hijos un 41,5 % no tenían hijos, un 25,9 % tenía 1 hijo, un 20,7 % 2 hijos, un 8,1 % tienen 3 hijos, un 1 % de 5 a 6 hijos; con respecto al número de personas a cargo un 43,7 % no tenían personas a cargo, el 25,2 % una sola persona, el 24,4 % dos personas, el 4,4 % tres personas y un 2,2 % tienen 4 personas a cargo. En la variable económica hallaron que el tipo de vivienda predominante fue apartamento (69,6 %) y el restante vivían en casa (30,4 %); la mayoría de los encuestados tienen casa propia (66,7 %) y un 13,3 % viven en arriendo; los ingresos mensuales que devengan esta entre el rango de \$2,500.000 en mayor proporción (35,6 %), los ingresos provienen de consultas y ventas relacionadas con la optometría (72,6 %); otras actividades que realizan para aumentar los ingresos fueron como docentes, asesorías financieras, investigación, prótesis oculares, finca raíz; con los ingresos relacionados con la optometría el 53,3 % cubren sus necesidades totalmente y un 10,4 % respondieron que sus ingresos no les alcanza para el pago de sus necesidades. En la variable laboral, encontraron que el 67,4 % son propietarios del consultorio y un 31,1 % eran empleados; con respecto a la contratación el 66,7 % son independientes, un 17,8 % tienen contrato laboral

formal, un 11,1 % por prestación de servicios, un 2,2 % contrato verbal; el tiempo de contratación a término indefinido un 78,5 % y un 21,4 contrato definido; la empresa donde labora los optómetras pagan los aportes sociales y/o parafiscales en un 69 % y un 30,9 % no reciben este apoyo. La mayoría de los encuestados se encuentran con estabilidad laboral; un 68,1 % de los optómetras no tienen estudios de posgrado en comparación con un 21,8 % que si lo tienen (37).

Grimaldo, en su estudio sobre la calidad de vida en profesionales de la salud en la ciudad de Lima quiso evaluar sobre las dimensiones sociales y económicas en estudiantes de posgrado, además de averiguar si el género y los ingresos económicos influenciaban la calidad de vida de los participantes. Entre los resultados encontró que el género no era significativo con respecto a la calidad de vida, pero sí en cuanto a los ingresos económicos halló que presenta gran significancia en cuanto a la calidad de vida porque puede influenciar hasta en la relación de pareja, debido a que muchas veces el tener problemas financieros hacen que las relaciones de parejas se afecten y puedan trascender a futuros divorcios (38).

Cañón, realizó un estudio de calidad de vida laboral de acuerdo a factores psicosociales en una Empresa Social del Estado llamada Assbasalud en la ciudad de Manizales, en donde las variables a estudiar fueron: edad, género, estrato socioeconómico, profesión, estado civil, años en la institución, cargo, área de trabajo, tipo de vinculación. Se evaluó la escala de calidad de vida laboral y profesional encontrando que el 62 % de las personas manifiestan tener bastante carga de trabajo, el 64 % responden que tiene apoyo de los directivos, y que presentan el 86 % de motivación intrínseca. En cuanto a la satisfacción laboral se presentó que el 36 % a nivel general donde no se encuentran ni satisfechos ni insatisfechos y la satisfacción fue del 11 % los cuales a futuro podrían

producir comportamientos como equivocaciones en el trabajo y ausentismo. Al evaluar el Burnout: se encontró que el 11 % presenta burnout debido a que solo tomaron los dos componentes con puntaje más alto, 31,5 % presentaron algún grado de Burnout. Es así como el estudio resume que sí hay una relación significativa de la calidad de vida con el apoyo directivo y la motivación intrínseca más la satisfacción laboral y la salud en general de los trabajadores de la salud, se puede lograr que exista calidad de vida laboral. Entre el mismo estudio se observó que la relación de los variables de estudio inicial como es la edad, el género, el estado civil, profesión, cargo no presentaron relevancia, pero sí se encontró insatisfacción debido a la estabilidad en el empleo la cual fue del 18 %, además que se encontró que existe insatisfacción por falta de capacitación, motivación con estímulos como becas, reconocimientos, promoción profesional, además de falta de personal que atienda la demanda (39).

Contreras, en su estudio sobre la relación de calidad de vida laboral y liderazgo en trabajadores asistenciales y administrativos en un centro oncológico de Bogotá, encontró que la CVL está asociada a las variables de estrato socioeconómico, la educación, los días laborados semanalmente, el área de desempeño, mientras que el género, el número de hijos, la antigüedad y el estado civil no generan relación con la CVL. Con respecto a la relación que se tiene con el liderazgo, se observó que, si hay presencia de éste sintiéndose apoyados por sus directivos, se genera baja carga laboral y altos valores ocasionando mejor calidad de vida laboral (40).

Grimaldo, realizó un estudio en donde evaluó la calidad de vida versus sueño en profesionales de la salud realizando posgrado en la ciudad de Lima, encontrando que el número de horas de sueño,

sobre todo en las guardias nocturnas, hacen que la calidad de vida del profesional sea buena o mala y que esto puede influir en la calidad en la atención hacia los pacientes (31).

Ya en particular, en el campo de la odontología se puede destacar la investigación adelantada en México, por Otero et al., quienes realizaron un estudio en donde se encontró que el ingreso promedio de las profesiones de odontología, medicina y psicología era menor en comparación al ingreso más alto en las profesiones de administración e ingeniería mecánica. Además, se encontró que los odontólogos deben seguir capacitándose para poder ser competentes en la sociedad mexicana pero igualmente en este país la odontología no es una necesidad básica para los pacientes debido a la falta de cultura y bajo poder adquisitivo, por lo cual, los tratamientos que eran propuestos no se realizaban o no se finalizaban. Se destaca en el estudio que el odontólogo mexicano para tener éxito en su profesión debe tener conocimientos empresariales tales como conocimientos administrativos, mercadotecnia y calidad de servicios, además de conocer el panorama socioeconómico del país. Debido a que México tiene un sistema de salud provisto por el gobierno, los consultorios independientes de odontología deben esforzarse por desarrollar técnicas de captación de pacientes, así como localizarse en lugares estratégicos de ubicación de mayor población, presentar precios asequibles y tener el dinero para invertir para el montaje del consultorio (41).

Adicionalmente, López, realizó un estudio en donde evaluó las percepciones de un grupo de odontólogos en ciudad de México sobre su mercado laboral, encontrando en su situación económica que la tercera parte de odontólogos que trabajan antes de 1979 refieren que ha mejorado su situación económica los últimos cinco años, y que los odontólogos que después de esa fecha

han laborado opinan que ha desmejorado. Igualmente encontró que la opinión de los hombres y las mujeres durante el año 2000, la situación económica ha empeorado para las mujeres más que para los hombres. En el nivel de vida, los odontólogos entrevistados especificaron que para el año 1982 decían “vivir muy bien” un 22,8 %, en 1992 fue del 34,9 % y en el 2000 disminuyó a un 30,8 %. Ellos observaron que el nivel de vida en el año 82 era mejor que a los 10 y casi 20 años después. Los autores, concluyen que el aumento de profesionales debido a los cupos existentes en las universidades han hecho que exista una sobrepoblación de éstos, además que la situación económica y el nivel de vida se ha ido deteriorando por la situación económica del país, que el grupo de odontólogos recién egresados presentan mayores dificultades para establecerse en el mercado laboral por lo competido que se encuentra, y que las mujeres presentan una percepción mayor de empeoramiento de su nivel de vida se puede deber al tiempo de dedicación en la atención odontológica, el número de hijos y el cuidado del hogar colocándolas en desventaja con respecto a los hombres, además enfatizan que el gobierno de México ha disminuido las políticas de salud bucal dándole importancia mínima en las acciones odontológicas para la comunidad (42).

De los estudios relacionados se puede concluir que los profesionales del sector salud se enfrentan a una alta carga de estrés laboral la que conjugada con limitados periodos de descanso deriva en el padecimiento de enfermedades laborales y en desmotivación con su trabajo. Esta sobrecarga de trabajo los conduce a padecer el síndrome de *burn-out* (agotamiento). Desde el punto de vista metodológico solo los estudios realizados en Colombia con optómetras y el trabajo de López con odontólogos en México tuvieron un enfoque amplio que abordara la calidad de vida de estos profesionales tanto en su contexto social como en el espacio de trabajo.

MÉTODOS

La reflexión presentada en el artículo es el resultado del desarrollo de una investigación de tipo cualitativo, realizada por medio de un estudio de análisis documental y el diseño fue una revisión narrativa de la literatura; la cual fue realizada en dos fases.

La primera, revisión teórica utilizando la búsqueda de artículos pertinentes para la investigación, en bases de datos científicas en donde se encontró artículos referentes a la calidad de vida de los profesionales de la salud a nivel nacional e internacional. Posteriormente, se especificó la búsqueda a identificar artículos sobre la situación de los odontólogos en Colombia encontrando artículos realizados en la ciudad de Medellín y Bogotá, publicados en revistas electrónicas y bases de datos de la biblioteca de la Institución Universitaria Colegios de Colombia, Colegio Odontológico Colombiano (UNICOC) sede Santiago de Cali.

La segunda fase, consistió en el análisis crítico de la literatura encontrada en la primera fase, con el fin de analizar cuáles pueden ser los orígenes de la crisis en la calidad de vida de los odontólogos colombianos.

RESULTADOS

Los resultados aquí presentados se dividen en dos acápites: el primero, presenta un resumen de los pocos trabajos que sobre la calidad de vida se han llevado a cabo en Colombia, resaltando que todos ellos solo tuvieron un alcance local y fueron realizados por iniciativa de estudiantes de

pregrado y, por tanto, muchos de estos documentos no se encuentran publicados en revistas, sino que se hallan en los repositorios de las bibliotecas de las universidades donde fueron realizados.

En el segundo, se presenta una relación de los principales cambios normativos que han impactado sobre el ejercicio de la profesión odontológica, con lo que se pretende esbozar el panorama actual en el que se desempeña el profesional de salud oral.

Evaluación de calidad de vida de los odontólogos en Colombia

Fueron solo cuatro los estudios encontrados que evalúen la calidad de vida de los odontólogos en Colombia, y ninguno de ellos se desarrolló con cobertura nacional. Entre esta escasa literatura, los mayores epicentros de recolección de datos fueron las ciudades de Medellín y Bogotá. Además, la preocupación por la calidad de vida de los odontólogos se inicia con posterioridad a la implementación de la Ley 100 del 1993, lo que se evidencia en el hecho de que la primera publicación que se encontró sobre el tema data del año 2000, es decir, siete años de la promulgación de la norma en mención.

En cuanto al tipo de publicación, solo uno de los estudios fue publicado en revista indizada, los restantes tres se corresponden a trabajos de grado adelantados en el Colegio Odontológico Colombiano y, por ende, se encuentran en el repositorio de la biblioteca de dicha institución. En cuanto al alcance, el estudio publicado en la revista indizada presenta resultados para el departamento de Antioquia, mientras que los trabajos de grado pesquisan respecto a la situación socio económica de los egresados del programa de odontología de la institución de educación superior en la que fueron llevados a cabo.

El primero de los estudios hallados fue el realizado por Nieto, quien anotó entre sus conclusiones que a pesar de existir un 39 % de pluriempleo, en la ciudad de Medellín, la mayoría de los odontólogos trabajan menos de la jornada que estipula el código laboral, encontrando que ascendía a 38,4 horas a la semana. Además, comprueba que se evidenciaron condiciones de contratación precaria, siendo más alta el subempleo con un 45 %, seguida por la contratación por prestación de servicios con un 17,3 % y empleo temporal con un 7,3 %. En cuanto a los niveles de remuneración estos bajaron, ya que se encontró que el promedio del ingreso fue de \$1.813,862 mensuales siendo más bajo que lo reportado en el año 1998 (43).

El segundo estudio encontrado fue el llevado a cabo por Cristo, quien en una investigación realizada con una muestra de 60 egresados del Colegio Odontológico Colombiano en la ciudad de Bogotá correspondientes al periodo de 1979 a 1991, encontró que entre sus variables laborales el 73,3 % tenían consultorio particular, pero al serles insuficientes los ingresos generados por este, tenían que laborar como docentes universitarios o en una IPS. En estos trabajos, eran en su gran mayoría contratados mediante la modalidad de prestación de servicios. Los ingresos reportados no sobrepasaban los dos millones de pesos, distribuidos en los siguientes rangos: entre \$1.000.000 a \$1.999.000, el 38,3 % y con ingresos menores de \$1.000.000, el 3,3 %; es por esto que el 80 % de los encuestados expresaron insatisfacción con sus ingresos. En lo referente a la formación educativa se halló que solo el 6,8 % había obtenido un título de posgrado (44).

El tercer estudio observado fue el adelantado por Cañas, quien evaluó una muestra de 33 egresados de posgrados de la misma institución universitaria graduados entre los años 1994-2002, en la

ciudad de Bogotá; encontrando resultados como que: de acuerdo a su tiempo de ejercicio profesional, el 75,8 % llevaban como especialistas entre 2 a 7 años y un 15,2 % llevaban más de 8 años de experiencia como especialistas. Como tipo de ocupación encontraron que el 9,0 % eran empresarios y el 90,9 % no son empresarios, resaltando que hay ausencia de cultura empresarial dentro de las cátedras universitarias, a pesar de todo 29 de éstos “no empresarios” se encontraron laborando independientemente en su consultorio particular, lo que además demuestra desconocimiento de su condición laboral. En cuanto al ingreso, el promedio mensual asociado a su actividad como odontólogo estaba en el rango de entre \$4.500.000 a \$ 5.500.000 considerándose bueno, y en los ingresos promedio mensual no asociado a la odontología (docencia, negocios alternos, arrendamiento de inmuebles) se hallaba en el rango de entre \$ 500.000 a \$1.500.000. Sin embargo, a pesar de tener ingresos superiores a los del odontólogo general, su nivel de insatisfacción en relación con los ingresos era del 72.7 %, mientras que el 27.3 % si estaban satisfechos con su nivel de ingreso. Se encontró también que solo un 3 % de los especialistas no se encontraban afiliados a un sistema de seguridad social (45).

Finalmente, el cuarto estudio fue el realizado por Álape y Castellar, ellos replicaron el modelo de los estudios realizados por Cristo y Cañas, pero evaluando la situación socioeconómica de los egresados de la misma institución durante el periodo comprendido entre los años 1992 a 2000, en la ciudad de Bogotá. Dentro de sus hallazgos se destacan los siguientes: que en lo referente a la situación laboral el 38 % trabajan de manera independiente en sus consultorios, el 35 % trabajan como empleados de IPS, el 12,5 % en docencia y el 14,5 % se encontraban desempleados. En la variable de ingresos promedios mensuales se ubica en mayor rango los ingresos de \$1.000.000 a \$ 1.999.999 representado en el 60 % en odontólogos generales. Igualmente se encontró que el 74,5

% manifestaron no estar satisfechos con sus ingresos debido que al tener un nivel bajo no les permite realizar estudios de especialización en el campo profesional de la odontología, además que no cubre la totalidad de sus necesidades. Sólo el 7 % de los odontólogos afirmaron tener una capacidad de ahorro constante. En la comparación que se hizo entre la situación laboral y el tipo de vinculación, se halló que el 74,6 % se encontraban con contrato a término indefinido, y el 9.8 % trabajaban por servicios a término fijo entre 1 a 3 años. En cuanto a la jornada laboral, el 58 % trabajan medio tiempo y un 34 % lo hacen tiempo completo y sólo un 6 % trabaja por horas (46). En cuanto a variables socio demográficas, los tres estudios identificaron que el sexo preponderante entre los profesionales es el femenino y la edad promedio de los participantes estaba entre los 30 a 40 años; también se encontró que los odontólogos habitan en viviendas localizadas en zonas de la ciudad definidas como estratos socioeconómicos 3 y 4.

Contexto del ejercicio profesional de la odontología a partir de la ley 100 de 1993

El ejercicio de la odontología ha sido transformado, desde lo legal, por varias leyes. Siendo la primera de ellas la Ley 10 de 1962, en la que se definieron quienes podían practicar la profesión, estableciendo las normas y el proceso para la obtención del título, así como sanciones por la mala práctica de la profesión (47).

Más adelante se promulga la Ley 35 de 1989, que estableció el Código de Ética del Odontólogo, donde se reguló el ejercicio de la profesión, los principios, la relación del profesional con respecto al paciente, la relación entre colegas, con el personal auxiliar, como también los derechos y deberes, manejo de historia clínica y consentimientos informados, entre otros varios aspectos (48).

Pero, realmente, la mayor transformación del ejercicio se dio con la expedición de la Ley 100 de 1993, la cual modificó el Sistema Nacional de Salud - SNS. El SNS fue creado mediante el Decreto 56 de 1975, en cuanto a su estructura estaba dividido en cuatro subsistemas: el primero, se encargaba de manejar la inversión, información, planeación, suministro y el personal; el segundo, definía las Entidades Adscritas al Sistema Nacional de Salud como prestadores privados (con ánimo de lucro o sin él); el tercero, establecía las Entidades Adscritas al Sistema Nacional de Salud como prestadores públicos para población de bajos recursos económicos y, el cuarto, definía las Unidades Regionales de Salud que se encargaban de coordinar la prestación de los servicios en los territorios (49).

Pero el SNS presentó desde su implementación diversas fallas como la falta de regulación de los costos de los tratamientos y falta de cobertura del sistema. Esto generó que la consulta particular se convirtiera en una alternativa válida para recibir los servicios de salud. Como consecuencia, se creó una segmentación del mercado, ya que los profesionales de la salud ofertaban sus servicios a tarifas que variaban con la condición socio económica de los usuarios, generándose así fallas en los mercados propias de la asimetría de la información, lo cual hizo que para algunas poblaciones recibir servicios de salud fuera inasequible y tuvieran que realizar grandes filas ante los hospitales públicos para recibir una atención gratuita.

A esto, se unió también que las agremiaciones de salud no se pusieran de acuerdo para negociar los salarios y tarifas. Lucha que generaron desde un principio los profesionales del sector público y que a los del sector privado poco les interesaba, debido a que estaban cómodos con los ingresos que recibían de la consulta particular. Es así, como se refleja que las condiciones laborales de los

profesionales de la salud eran desiguales antes de la implementación de la ley 100 de 1993, pero en general, todos recibían una remuneración acorde con su formación y responsabilidad social.

Cuando se implementó la Ley 100 de 1993, esta incorporó el modelo de mercado bajo el precepto de la teoría de los seguros de servicios de salud. Se buscaba con ella asegurar a todos los habitantes del territorio colombiano, mediante la constitución de dos regímenes (contributivo y subsidiado) que garantizaran la equidad, la libre elección, la calidad y la eficiencia. Además, le dio un impulso al mandato constitucional de descentralizar los servicios de salud desde las entidades nacionales hacia los departamentos, distritos y municipios, por niveles de atención y con la participación de la comunidad (50).

La base teórica que sustenta la estructura del SGSSS definido en el libro segundo de la ley 100 de 1993, fue expuesta por Juan Luis Londoño y Julio Frenk en 1997, en el denominado por ellos “*Pluralismo Estructurado*”, que buscaba saldar las asimetrías de la información dadas en la relación entre prestador y usuario mediante la gestión de un intermediario que buscaría lograr precios justos de intercambio entre prestador y usuario, y garantizando condiciones de calidad de los servicios y remuneraciones justas a los prestadores.

Bajo estos lineamientos, es que se dan varios cambios dentro de los que se destacan: la eliminación del monopolio público de la seguridad social, formándose una competencia libre por el mercado por parte de las EPS; la financiación del sistema de salud pasa a apoyarse en un modelo de subsidios a la demanda, administrado principalmente, más no exclusivamente por el Fondo de Solidaridad y Garantía - FOSYGA, y la composición de dos regímenes uno contributivo en donde

estarán catalogados los usuarios empleados o independientes que tengan capacidad de pago y sus familias; y los subsidiados en donde se cubre a la población pobre y vulnerable , dándose así cumplimiento a las directrices del consenso de Washington referentes a la focalización del gasto social (51).

El nuevo sistema trajo efectos negativos en la práctica odontológica, debido a que, dado el aumento de cobertura de afiliación, se dio una disminución del número de pacientes que asistían a la consulta particular, con la consecuente disminución del ingreso promedio del odontólogo. Esta disminución no fue compensada por un aumento similar en el número de plazas de trabajo para odontólogos en las IPS, y las que se crearon carecían de estabilidad laboral, gracias al predominio de los modelos de contratación flexibilizados.

Esto, paulatinamente ha conducido a que “la situación de los servicios de odontología es crítica” como lo afirman Cristo y Cañas, debido a que no se tuvieron en cuenta en las estructuras de costos del POS diversos factores que se necesitaban para realizar una buena atención odontológica. Entre estos factores el más relevante es el relacionado con las tarifas ofrecidas por las EPS, que tienen solo en cuenta algunos costos de los tratamientos pero no cuentan con los gastos de insumos y suministros de calidad, depreciación de los equipos e instrumental, áreas locativas, costos indirectos del servicio, seguros y pólizas de responsabilidad, impuestos y provisiones económicas para la prestación sociales, aportes parafiscales, mantenimiento de los equipos y costos de bioseguridad, entre otros (44, 45)

Álape (46), complementa afirmando que el SGSSS, generó cambios en el entorno laboral, económico y social del odontólogo colombiano, perdiéndose el equilibrio entre el servicio y la práctica y sacrificando el estatus social que tenía. En cuanto a la calidad de atención, los profesionales consideran que es regular debido a que se ha perdido la relación odontólogo-paciente, debido a que las EPS, pagan al prestador del servicio por paciente atendido además de la limitación de los costos de los materiales que se utilizan para la atención del usuario.

Nieto concuerda con lo dicho por Álape, cuando refiere que los “cambios en la contratación y la remuneración por la prestación de los servicios” afectan la situación laboral de los odontólogos, donde la incidencia se observa por el número de empleos que debe tomar, la estabilidad laboral y las formas de contratación, así como el pago por estos servicios y la intensidad horaria que requiere para ello durante la jornada laboral. Recalca en su estudio que “son notable los signos de deterioro en la contratación y las remuneraciones, sobre todo cuando se reporta un 41 % de odontólogos contratados bajo la modalidad de temporales o prestadores de servicio y un 53 % confirmando una efectiva disminución de sus ingresos” (43,46).

Entre las conclusiones que hace Flórez, la aplicación de la Ley 100 de 1993, hizo que cambiara el rol de los profesionales de la salud, debido al surgimiento de las EPS como intermediarios para el manejo de los recursos. Además, refiere que después de la Ley 100, los profesionales que se veían beneficiados por tener buenos ingresos, sufrieron las consecuencias de un sistema donde se reguló el gasto y los salarios tratando de buscar sostenibilidad financiera. Esto no quiere decir que hubo mejoría en la remuneración económica de los profesionales porque lo que se realizó fue implementar las tarifas ISS que hicieron que bajaran los precios en la atención, además del

aumento la carga laboral. Él mismo, opina que la proliferación de universidades de garaje ha permitido que haya una sobresaturación de profesiones de la salud produciendo un detrimento en las condiciones laborales, sobre todo en profesiones como odontología, bacteriología, nutrición, quienes tienen que conformarse con salarios similares a los de un auxiliar de enfermería (50).

Por otra parte, en un análisis económico realizado por el Ministerio de Protección Social sobre los recursos humanos en Colombia, concluyeron que la recuperación de la inversión realizada por los odontólogos durante su época de pregrado, se estimaba que se recuperaría en cerca de once años desde el momento de conseguir empleo una vez se hubiera graduado y dedicando solamente las ganancias al pago de dicha inversión (52).

En este mismo estudio, se estimó la tasa de desempleo para los odontólogos entre los años 2000 al 2020, y cuyo resultado fue que estaría entre el rango del 20 % al 55 %; concluyendo que, si continúa el ingreso exagerado y aumento de egresados, “la problemática del desempleo, subempleo y bajos salarios será mayor”.

Es de destacar que un alto porcentaje de recién egresados que laboran por atención particular, no cuentan con afiliación al Sistema de Riesgos Laborales, ya que la afiliación se realiza de manera independiente en donde la cotización es responsabilidad total del trabajador.

El tipo de contratación laboral de los odontólogos, de acuerdo a la información del Observatorio Laboral para la educación, se distribuye así: contrato a término indefinido un 16,2 %, contrato a término definido 14,7 % y 63,2 % por contrato por prestación de servicios. Ahora bien, analizando

que el tipo de contratación dominante es la prestación de servicios se puede observar que el profesional tiene una baja adicional de sus ingresos debido a que este tipo de contratos conlleva que el contratante debe descontar la retención en la fuente y el Impuesto de Industria y Comercio – ICA; además, al odontólogo se le exige para laborar el pago de pólizas de seguros de responsabilidad civil, y debe asumir por su cuenta los costos de la seguridad social y afiliación a riesgos laborales (53, 54).

DISCUSIÓN

A pesar de que es escasa la investigación realizada sobre la calidad de vida del odontólogo, se puede evidenciar a través de los hallazgos de los estudios regionales sobre el tema, que esta ha venido, paulatinamente, deteriorándose por varios factores, que se resumen a continuación.

Para iniciar, hay que mencionar la conjunción de dos reformas estructurales que realizó el Estado colombiano en la primera mitad de la década de los 90, a saber: la del sistema de salud y la de la educación superior; ambas derivadas de dos tendencias: una global, la emergencia del paradigma neoliberal como preeminente en el diseño e implementación de políticas públicas tanto sociales como económicas, dominio que vino acompañado de sus correlatos, el mecanismo de mercado como garante de la producción eficiente y la flexibilización laboral como forma de reducir los costos fijos de producción y; una local, la promulgación de la Constitución nacional de 1991, que dentro de sus contenidos incorporó elementos del modelo neoliberal no solo en los procesos de producción de bienes sino también en el de los servicios sociales de educación y salud.

Como resultado de lo anterior se transformó el ejercicio profesional del odontólogo, el cual, dadas las deficiencias de cobertura, tanto en lo referente a presencia de servicios en territorios como de servicios prestados a los usuarios, del antiguo Sistema Nacional de Salud, hasta el momento de la implementación de la ley 100 de 1993 se había caracterizado por ser una práctica liberal, en la que las tarifas y las condiciones de prestación de los servicios se daban en la relación directa entre odontólogo y paciente, las cuales, no eran exentas de presentar fallas propias de las relaciones de mercado.

Con la ley 100 de 1993, la práctica profesional se transformó en una relación del odontólogo con las instituciones de la seguridad social, es decir pasó de ser un ejercicio liberal a ser regulado por normas jurídicas definidas tanto desde el Estado como por las nuevas instituciones dominantes del proceso de prestación de servicios de salud surgidas en el marco del SGSSS: las EPS y las IPS. Esto conllevó a que el ingreso del odontólogo cada vez dependiese menos de su práctica liberal y más de la posibilidad que tuviese de obtener contratos, sean estos laborales, de prestación de servicios o a destajo, con las EPS e IPS

Por otra parte, la autonomía universitaria definida en la carta magna de 1991 trajo como resultado el surgimiento de un número plural de programas de odontología, lo que en el mediano plazo produjo un incremento significativo de egresados, con lo cual, la oferta de odontólogos superó en buena medida la demanda de servicios que requería el SGSSS para garantizar la atención de salud a los afiliados.

La combinación entre un aumento de la oferta de odontólogos más alto que el de la demanda de servicios de salud oral por parte de EPS e IPS, si bien redundo en un mayor acceso a los servicios de salud oral por parte de los usuarios, condujo a una caída en los ingresos del odontólogo, quien se vio condenado a ejercer su profesión bajo condiciones laborales deficientes, bajo figuras de flexibilización laboral y tercerización de la contratación, so pena de no aceptar, quedar desempleado.

Ante este panorama, una puerta de escape fue el adelantar estudios de especialización en áreas clínicas cuyos servicios no estuvieran incluidos dentro del plan de beneficios que las EPS deben garantizar a sus afiliados. De esta manera, este grupo de especialistas logró retornar al ejercicio liberal propio de la práctica privada. Sin embargo, con los años la sobreoferta de especialistas clínicos también empieza a surgir, ya que, las universidades encontraron en esta estrategia de los odontólogos una oportunidad para aumentar sus ingresos mediante la oferta de este tipo de programas académicos.

Por su parte, los odontólogos generales que no se han logrado vincular de forma directa a las instituciones del SGSSS, tienen que ejercer en las denominadas clínicas odontológicas, figura surgidas en la primera década del siglo XXI, en las que trabajan a destajo recibiendo como remuneración un porcentaje del valor del tratamiento que realicen a sus pacientes, y en las que, en no pocos casos, tienen que llevar su equipo, instrumental e incluso materiales para poder atender a los usuarios.

Derivado de esta caída en los ingresos y en las condiciones laborales, los odontólogos, ya sean generales o especialistas, deben trabajar en varios lugares para lograr un ingreso digno, con el consecuente acumulo de estrés, lo que termina impactando en sus relaciones familiares y sociales y, por ende, en su calidad de vida.

CONCLUSIONES

La calidad de vida del odontólogo se ha visto afectado por múltiples factores tanto internos a la profesión como externos, dadas las transformaciones de contextos políticos y económicos; sin embargo, a pesar de que esta problemática ha venido creciendo y que de ello son conscientes tanto las asociaciones gremiales como la academia, son pocas las investigaciones que al respecto se han adelantado. Pareciese, que en general, existe una apatía por parte del mismo gremio hacia evidenciar y de esta forma comprender las causas de la perdida de capital social y como consecuencia de calidad de vida que han padecido los odontólogos en los últimos 25 años.

RECOMENDACIONES

De acuerdo a la reflexión, es necesario llevar a cabo estudios más actuales y de cobertura nacional sobre la percepción que tienen los odontólogos sobre su calidad de vida, por medio de una medición cuantitativa, con el fin de entregar elementos de decisión a los líderes gremiales y a los formuladores de políticas públicas para que diseñen e implementen normas que reviertan el proceso de pérdida de calidad de vida de los odontólogos y dignifiquen el ejercicio de la profesión.

REFERENCIAS

1. República de Colombia. Ley 100 de 1993. Sistema de Seguridad Social Integral. Diario Oficial. 1993 dic. 23; (41.148).
2. República de Colombia. Constitución Política de Colombia. Bogotá: 1991. Disponible en: <http://es.presidencia.gov.co/normativa/normativa/Constitucion-Politica-Colombia-1991.pdf>.
3. Guerra DE. El neoliberalismo como amenaza para el acceso a la salud de los colombianos. Rev Fac Nac Salud Pública. 2006; 24(2): 142-6.
4. Suárez EM. Política de la salud colombiana en los modelos de desarrollo. Inv Enf. 2003; 5(1-2): 29-39.
5. Jiménez WG. El derecho a la salud: Una búsqueda inacabada para la sociedad colombiana. Rev Esc Adm Neg. 2009; 67: 107-22. <https://doi.org/10.21158/01208160.n67.2010.488>.
6. Jiménez WG, Angulo LL, Castiblanco YP, Gómez ML, Rey LJ, Solano LT, Urquijo YC. Ley estatutaria: ¿Avances hacia la garantía del derecho fundamental a la salud? Rev Colomb Cir. 2016; 31: 81-90.
7. Casilda R. América Latina y el consenso de Washington. ICE: Boletín Económico. 2004 Abr-May; (2803): 19-38.
8. República de Colombia. Ley 1122 de 2007. Modificaciones al Sistema General de Seguridad Social en Salud. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2007 enero 9.
9. República de Colombia. Ley 1438 de 2011. Reforma del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Diario Oficial. 2011 ene. 19; (47.957).
10. República de Colombia. Ley 1751 de 2015. Ley Estatutaria de Salud. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2015 febrero 16.

11. Arrow KJ. Uncertainty and the welfare economic of medical care. *Am Econ Rev.* 1963; 53(3): 941-73.
12. Porter ME, Olmsted T. Redefiniendo la competencia en el sector salud. *Harvard Bus Rev.* 2004; 82(6): 56-69.
13. Ugalde A, Homedes N. Las reformas neoliberales del sector de la salud: Déficit gerencial y alienación del recurso humano en América Latina. *Rev Panam Salud Publ.* 2005; 17(3): 202-9.
14. República de Colombia. Ley 30 de 1992. Fundamentos de la Educación Superior. Bogotá: Ministerio de Educación, 1992 dec. 28.
15. Ternera JH. Planificación del talento humano en salud oral en Colombia. *Acta Odontol Col.* 2011; 1(1): 77-92.
16. Graduados Colombia, Observatorio Laboral Para la educación. Sistema de información del Observatorio Laboral. Bogotá: Ministerio de Educación Nacional; [consultado 2015 mar.] Disponible en: www.graduadoscolombia.edu.co/.
17. Jaramillo GH, Gómez GM. Efectos de la ley 100 sobre el campo de estudio y quehacer de los profesionales de la salud: la práctica odontológica y su caso. *Rev Fac de Odontol Univ Antioq.* 2006; 18(1): 95-102.
18. Atuesta, MF. Comunicado Federación Odontológica Colombiana. Bogotá: Federación Odontológica Colombiana; 2015 ene. 20. Disponible en: [http://federacionodontologiacolombiana.org/contenido/focadmin/files/Comunicado%20FOC_20%20Enero%202015\(1\).pdf](http://federacionodontologiacolombiana.org/contenido/focadmin/files/Comunicado%20FOC_20%20Enero%202015(1).pdf).
19. Romera MJ. Calidad de vida en el contexto familiar: dimensiones e implicaciones políticas. *Intervención Psicosocial.* 2003; 12(1): 47-63.

20. Evaristo TA. Calidad de vida y su relación con el rendimiento académico según características sociodemográficas de estudiantes de Odontología. [Tesis de maestría]. Lima, Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2012.
21. Albanesi S. Percepción de calidad de vida profesional en trabajadores de la salud. *Alternativas en Psicología*. 2013; 17(28): 8-19.
22. Jiménez WG. La calidad de vida en la ciudad de Bogotá: Una evaluación mediante el empleo del índice de pobreza multidimensional. [Tesis doctoral]. Manizales, Colombia: Universidad de Manizales; 2014.
23. Stiglitz J, Sen A, Fitoussi J-P. Report by the Commission on the Measurement and Social Progress. Paris, France: The Commission; 2009.
24. Rawls J. Liberalismo político. México DF, México: Fondo de Cultura Económica; 2006.
25. Ardila R. Calidad de vida: una definición integradora. *Rev Latinoam Psicol*. 2003; 35(2): 161-4.
26. Acosta R. Conceptos de calidad de vida laboral en el ámbito docente universitario. *Rev Salud Bosque*. 2015; 5(2): 89-100.
27. World Health Organization, Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse. WHOQOL: Measuring quality of life. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 1997. Pp. 1-3.
28. Rodríguez-Marín J. Calidad de vida laboral en profesionales de la salud. *Rev Calid Asist*. 2010; 25(6): 318-20.
29. Casas J, Repullo JR, Lorenzo S, Cañas JJ. Dimensiones y medición de la calidad de vida laboral en profesionales sanitarios. *Rev Adm Sanit*. 2002; 6(23): 143-60.

30. Durán MM. Bienestar psicológico: el estrés y la calidad de vida en el contexto laboral. Rev Nac Adm. 2010; 1(1): 71-84.
31. Grimaldo M, Reyes M.A. Calidad de vida profesional y sueño en profesionales de Lima. Rev Latinoam Psicol. 2015; 47(1): 50-7.
32. Sen A. Social exclusion: concept, application, and scrutiny, social. Development Paper No. 1, Manila, Philippines: Asian Development Bank. Manila; 2000.
33. Sánchez R, Álvarez R, Lorenzo S. Calidad de vida profesional de los trabajadores de Atención Primaria del Área 10 de Madrid. Medifam. 2003; 13(4): 291-6.
34. Barrera M, Martínez H, Rodríguez S. Calidad de vida del profesional de enfermería que labora en las unidades renales de Bogotá D.C. Repertorio Med Cir. 2003; 12(1): 36-9.
35. Forero S, Naranjo C. Calidad de vida del profesional de enfermería en dos unidades de cuidado intensivo de Bogotá D.C. Repertorio Med Cir. 2004; 13(1): 47-9.
36. Villarga DR, Medellín YP. Situación socioeconómica, laboral y profesional de los optómetras que laboran en los consultorios habilitados en el departamento de Cundinamarca, en el segundo periodo de 2008 y primer periodo de 2009. [Trabajo de pregrado]. Bogotá, Colombia: Universidad de la Salle; 2010.
37. Bravo N, Acevedo JM. Situación socioeconómica, laboral y profesional de los optómetras que laboran en consultorios habilitados en la ciudad de Bogotá al año 2009 (fase 2). [Trabajo de pregrado] Bogotá, Colombia: Universidad de la Salle; 2010.
38. Grimaldo M. Calidad de vida en profesionales de la salud en la ciudad de Lima. Liberabit. 2011; 17(2): 173-85.
39. Cañón SC, Galeano G. Factores laborales psicosociales y calidad de vida laboral de los trabajadores de la salud de ASSABASALUD E.S.E. Arch Med (Col). 2011; 11(2): 114-26.

40. Contreras F, Espinosa J, Hernández F, Acosta N. Calidad de vida laboral y liderazgo en trabajadores asistenciales y administrativos en un centro oncológico de Bogotá-Colombia. *Psicol desde el Caribe*. 2013; 30(3): 569-90.
41. Otero A, Ahuatl RE, Rajunov S. El egresado de odontología frente a los cambios socioeconómicos en México. *Rev ADM*. 1999; LVI(6): 238-41.
42. López V, Lara N. Percepciones de un grupo de odontólogos de la ciudad de México sobre su mercado laboral: estudio comparativo 1982-2000. *Rev ADM*. 2006; 63(3): 97-102.
43. Nieto E, Montoya GM, Cardona EM, Bermúdez LF. Perfil sociodemográfico y laboral de los odontólogos en la ciudad de Medellín. *Rev Fac Nac Salud Pública*. 2000; 18(2): 41-53.
44. Cristo P, Caballero R, Atanache R, Bautista W, Mahecha A, Ortiz C, Brijaldo JP, Ramírez D, Galeano LM, Bastidas C, Márquez S, Ibáñez M. Impacto económico y laboral del sistema general de seguridad social en salud en el ejercicio profesional de los odontólogos egresados del colegio odontológico Colombia 1979-1991. [Trabajo de pregrado] Bogotá, Colombia: Colegio Odontológico Colombiano; 2003.
45. Cañas Y, Contreras P, López S, Ordoñez C, Sánchez F. Evaluación socioeconómica de los odontólogos egresados de los programas de especialización del Colegio Odontológico Colombiano en el marco del sistema general de seguridad social en salud: 1994-2002. [Trabajo de pregrado]. Bogotá, Colombia: Colegio Odontológico Colombiano; 2003.
46. Álape HP, Castellar SM, Guzmán LF, Jiménez JR, Leyton LA, Ramírez JC. Situación socioeconómica de los odontólogos egresados del Colegio Odontológico Colombiano en el marco del modelo actual de salud en Bogotá D.C 1992-2000. [Trabajo de pregrado]. Bogotá, Colombia: Colegio Odontológico Colombiano; 2004.

47. República de Colombia. Ley 10 de 1962. Norma relativas al ejercicio de la odontología. Boletín Oficial. 1962 abr. 11; (30768).
48. República de Colombia. Ley 35 de 1989. Código de Ética del Odontólogo Colombiano. Bogotá: Congreso de la república; 1989 mar. 8.
49. República de Colombia. Decreto 056 de 1975. Sistema Nacional de Salud. Diario Oficial. 1975 feb. 19; (34260).
50. Flórez JH, Atehortúa SC, Arenas AC. Las condiciones laborales de los profesionales de la salud a partir de la Ley 100 de 1993: evolución y un estudio de caso para Medellín. Rev Gerenc Polit Salud (Col). 2009; 8(16): 107-31.
51. Jiménez WG. El derecho a la salud una búsqueda inacabada para la sociedad colombiana. Rev Esc Adm Neg (Col). 2009; 67: 107-22.
52. Ruiz F, Matallana MA, Amaya JL, Vásquez ME, Parada LA, Piña MR. Recursos humanos de la salud en Colombia. Balance, competencias y prospectiva. Ministerio de Protección Social. 3ª edición. Bogotá, Colombia: Ministerio de la Protección Social, Pontificia Universidad Javeriana, CENDEX; 2009. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/RECURSOS%20HUMANOS%20DE%20LA%20SALUD%20EN%20COLOMBIA%202008.pdf>.
53. República de Colombia. Ley 50 de 1990. Código sustantivo del trabajo. Boletín Oficial. 1990 sep. 28; (39.618).
54. Salazar DM, Ternera JH, Tovar S, Atuesta MF, Barragán M. Caracterización ocupacional de la profesión de odontólogo en Colombia. Bogotá, Colombia: Servicio Nacional de Aprendizaje, Federación Odontológica Colombiana, Colegio Colombiano de Odontólogos; 2008. Disponible en: <http://repositorio.sena.edu.co/bitstream/11404/2144/1/3067.pdf>.

CORRESPONDENCIA

Jazmín Astrid Donatres Giraldo

jdonatres@gmail.com

Mayra Alejandra Rojas Amador

aleja137@hotmail.com

Wilson Giovanni Jiménez Barbosa

wilsong.jimenezb@utadeo.edu.co