

# 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  
Práctica Privada, Colombia

Mayra Alejandra Rojas Amador  
EPS Sanitas, Colombia

Wilson Giovanni Jiménez Barbos <sup>a</sup>  
Universidad de Bogotá Jorge Tadeo Lozano, Colombia  
wilsong.jimenezb@utadeo.edu.co

DOI: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.uo36-76.cvoc>  
Redalyc: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=231252657004>

Fecha de recepción: 07/11/2016  
Fecha de aprobación: 17/06/2017

### 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 permitan 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 sobreesaturación 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 lleven 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.

**Área temática:** 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.

### Notas de autor:

<sup>a</sup> Autor de correspondencia. Correo electrónico: wilsong.jimenezb@utadeo.edu.co

## 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 particulares mediante el mecanismo de mercado, sea este libre o regulado [1, 2, 3, 4, 5, 6, 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 en los procesos de reforma de las estructuras de los Estados latinoamericanos, 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 es preciso 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 obligaran a pagar por los servicios de salud y educativos que requirieran. 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, las entidades promotoras de salud (EPS) e instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) [1,8, 9, 10, 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 lo requieran. 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 entre el Estado, las EPS y las 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 determinadas por 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, lo 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 conllevó 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 a 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 hayan ido en constante declive, dado que difícilmente encuentra un espacio laboral que le brinde una remuneración consecuente con los costos de formación y de ejercicio que debe asumir. Esto ha forzado 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, o bien a complementar sus ingresos mediante el desarrollo de otras actividades económicas. Así, de manera progresiva, 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 o de 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 y el número total llegó 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 y Universidad El Bosque.

Ya en el marco de la Constitución de 1991 y de su derivada Ley 30 de 1992, entre 1994 y el 2002 se crearon seis facultades más, con lo cual se llegó a 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 escala nacional, lo cual se expresa en el hecho de que en 1989 hubo un odontólogo por cada 2500 habitantes, mientras que en el 2004 ya había un odontólogo por cada mil habitantes. Esta realidad supuso 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 3500 personas [15].

El incremento en el número de egresados, no obstante, ha continuado. Así, de acuerdo con el Observatorio Laboral para la Educación, entre los años 2001 y 2014 en total se graduaron 20.297 odontólogos, y de ellos solo en el 2014 obtuvieron su título 2738 a escala nacional. De estos últimos, 1212 fueron en Bogotá. Derivado de la sobrepoblación de odontólogos y de la flexibilización laboral se presenta como fenómeno la contratación de estos profesionales en condiciones de deficiente remuneración, lo cual hace que su situación laboral, social y económica no sea la más adecuada. Como evidencia, se observa que el ingreso promedio de los odontólogos en el 2012 era de \$1.619.507 pesos colombianos, que se correspondía a 2,9 salarios mínimos legales mensuales vigentes (SMMLV) —el salario mínimo entonces era de \$566.700 pesos—, mientras que en el 2014 el ingreso promedio fue de \$1.800.000, que igualmente corresponde a 2,9 SMMLV de ese año —el salario mínimo del 2014 fue de \$616.000 pesos; es decir, el ingreso real del odontólogo se estancó en ese periodo [16].

Asimismo, después de la implementación de la Ley 100 de 1993, la situación del odontólogo particular, en comparación con los grandes emporios de la salud representados por las EPS e IPS, entró en desventaja por la competencia en el mercado, ya que se modificó la forma en que se ofrecían los servicios, debido a que estas empresas, apoyadas en su fortaleza financiera, organizativa y de infraestructura, pueden prestar servicios de salud a grandes volúmenes de usuarios. Esto genera 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 dichas empresas ejercen posiciones de dominio y subyugan al pequeño productor representado en el odontólogo, el cual se desempeña en su consultorio particular [17].

De esta forma, las reducciones de costos y la posición dominante en el mercado de EPS e IPS se ven reflejadas en la disminución de la remuneración del odontólogo que ejerce la profesión en forma independiente. 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), especialmente cuando su vinculación se realiza mediante figuras de tercerización y flexibilización laboral. Esta situación ha hecho que, a pesar de la mala remuneración y la oligopolización del mercado por parte de estos complejos de EPS e IPS, el odontólogo tenga que emplearse en uno o varios de estos sitios con el fin de obtener un ingreso que le permita subsistir [17].

Esta realidad de los odontólogos no es desconocida por los líderes gremiales. Sin embargo, a pesar de la gestión hecha por ellos, a día de 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.

A este respecto, el 20 de enero del 2015, la actual presidenta de la Federación, María Fernanda Atuesta, emitió un comunicado en el cual hacía ver que estaba enterada de la situación laboral y profesional de los odontólogos colombianos y, sobre todo, del tipo de contratación que se practicaba en el 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 Secretaría de Salud en Bogotá en busca condiciones legales, equitativas y justas. [18]

A partir de la información hasta aquí expuesta, que evidencia cómo se ha venido afectando la calidad de vida de este grupo de profesionales de la salud, se planteó la necesidad de 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 en el contexto nacional, limitada casi exclusivamente a

estudios regionales, como en el internacional, y la necesidad casi imperiosa de tener elementos objetivos que permitan evaluar cómo la transformación del ejercicio profesional ha impactado los diferentes aspectos de la calidad de vida del odontólogo en Colombia.

Por ello, este artículo hace parte de dicho proceso investigativo. Así, 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 que sea llevada a cabo en el año 2018. La fase teórica que se presenta aquí se desarrolla buscando responder a cuestionamientos como: ¿qué se entiende por calidad de vida de los profesionales de la salud y cómo se ha evaluado?, y ¿qué se conoce sobre la calidad de vida de los odontólogos en Colombia? Esto, para, con base en estos hallazgos y reflexiones, identificar las principales categorías que han de ser evaluadas y analizadas a fin de conocer la actual calidad de vida de los odontólogos colombianos.

Con tal objetivo, 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, 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 con 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, 20, 21, 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 incluye una amplia gama de factores que tienen influencia en aquello que los seres humanos valoran en su existir [23].

Rawls menciona, en complemento, la importancia de garantizar a los ciudadanos un listado de recursos expresados como derechos y libertades que les permitan desarrollar el proyecto racional de vida que han elegido: “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”.

Asimismo, plantea una lista básica de bienes primarios, la cual no se puede entender como única, ya que a ella pueden agregarse otros, como el tiempo de ocio o la liberación del dolor físico, dependiendo de los acuerdos a los que llegue cada sociedad. Esta lista contiene los siguientes bienes: los derechos y las libertades básicos; 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].

La Organización Mundial de la Salud (OMS), por su parte, 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]

Y, en 1997, agregó:

[...] 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 estas 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 a partir de reflexiones y comprensiones profundas acerca del desarrollo de su vida, y, por tanto, la metodología idónea para investigarla sería cualitativa. Sin embargo, es posible emplear modelos de investigación cuantitativa 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 debe garantizar el Gobierno a cada habitante, con el fin de que pueda ampliar el campo de ejercicio de sus libertades, gracias al desarrollo de sus capacidades. Esto le permitirá conducir su vida con dignidad y autonomía. Por su parte, la subjetiva está relacionada con la valoración que él hace de cómo ha logrado cumplir el proyecto vital que se ha trazado [19,20,23].

Por ello, la evaluación de la calidad de vida ha sido objeto de desarrollo de diversos modelos experimentales cuantitativos y mixtos, a efectos de lograr una aproximación al conocimiento de la forma en la que es garantizada o privada a grupos poblacionales, a los cuales, por su tamaño, sería imposible evaluar a través de métodos cualitativos [22].

Otro aspecto importante que determina la calidad de vida de una persona 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 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, lo cual contribuye 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, por ejemplo: objetivos que corresponden a las realidades laborales diarias (físicas y sociales) y 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, 29, 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 el denominado síndrome de quemado por el trabajo o burnout, lo que en ciertos casos produce incapacidad y limitación en las funciones tanto laborales como sociales [28,31].

En resumen, la investigación de la que hace parte esta reflexión teórica busca 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 cual 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 poder 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 el 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 escala nacional.

## Experiencias de evaluación de calidad de vida en el sector salud

En este acápite se presentan los resultados de algunos estudios llevados a cabo a escala 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 con su trabajo, debido a la falta de apoyo por parte de los directivos, una carga laboral creciente, menos apoyo social y motivación, a pesar de tener una capacitación superior. Sentían que la empresa en la que laboraban no satisfacía sus necesidades profesionales de participación, creatividad y reconocimiento, lo cual hacía que se presentara agotamiento y desgaste laboral. Se encontró que la peor percepción de calidad de vida la tenían los médicos, en comparación con las auxiliares de enfermería, y esto se debía a que se les exigía y se les responsabiliza más para presentar resultados de eficiencia, sin importar el esfuerzo y con una compensación inadecuada [33].

Barrera, por su parte, en un estudio sobre la calidad de vida de enfermeras que se desempeñaban en unidades renales de la ciudad de Bogotá, halló que la mayoría trabajaba en varios empleos para poder mejorar sus ingresos, los cuales se destinaban al pago de la educación, la cuota de un vehículo, el arrendamiento, la alimentación, la cuota de la vivienda, los servicios públicos, el vestuario, la recreación, la salud y el pago de una tarjeta de crédito. Asimismo, presentaban padecimientos laborales como afecciones respiratorias, enfermedad ácido-péptica, alteraciones posturales, depresión y dislipidemias. Para las encuestadas, el trabajo influía de manera negativa sobre su calidad de vida, debido a que tenían poco tiempo libre para compartir en familia, debido a las largas jornadas laborales y al hecho de que fuera agotador y rutinario [34].

Forero, en su estudio sobre la calidad de vida de profesionales de enfermería en unidades de cuidado intensivo (UCI), realizado en la ciudad de Bogotá, entrevistó a 16 profesionales y encontró que el género predominante era el femenino, en edades de 20 a 30 años. Su salario aproximado era de \$1.500.000 pesos a \$2.000.000 de pesos, y sus gastos estaban a nivel de sus ingresos, debido a que sus contratos se hacían por la modalidad de prestación de servicios, donde debían asumir los costos de ARL, EPS y hasta las pólizas de cumplimiento. De este modo, no tenían la posibilidad de hacer un ahorro constante. Las enfermeras manejaban situaciones de estrés y entre los resultados respondieron que no tenían tiempo suficiente para desarrollar actividades extralaborales, su tiempo de descanso —que consideraron escaso— era de entre 4 y 5 horas, lo que afectaba sus estados de humor y su desempeño laboral y social. La prevalencia de las enfermedades laborales fue: dolores musculares, migraña y gastritis [35].

Villarga llevó a cabo un estudio en el cual evaluó la situación socioeconómica, laboral y profesional de los optómetras en el departamento de Cundinamarca, Colombia entre el segundo semestre del 2008 y el primero del 2009 en 82 consultorios habilitados, por medio de variables sociales (edad y género), económicas (calidad de vida), laborales y el ejercicio profesional. Los resultados que arrojó el estudio fueron: en la variable social, el mayor porcentaje de optómetras era del género femenino (66%) y las edades promedio estaban en el rango de 31 a 40 años (49%). En el estado civil no se presentaron diferencias: el porcentaje de solteros fue de 36,2% y el de casados de 33,3%. En la variable económica, el 62,5% vivía en apartamento y manifestó que su situación era buena. Asimismo, el 47,2% tenía vivienda propia. Los ingresos de estos profesionales oscilaban entre \$1.500.000 pesos y \$2.000.000 de pesos y su situación económica era estable.

En el 100% de los optómetras encuestados sus ingresos provenían de las consultas, en el 86% de ventas relacionadas con la optometría, en tanto que el 19,4% recibía ingresos por otras actividades. Un 21% señaló que sus ingresos no cubrían la totalidad de sus necesidades. En la variable laboral, el 58% era propietario

de ópticas y un 32% trabajaba por medio de contrato laboral formal. Asimismo, de los optómetras que se desempeñaban por contrato, un 63,4% lo hacía a través de contrato indefinido, lo que demuestra estabilidad laboral, y el 36,6% tenía contrato a término definido, mientras que los optómetras independientes aportaban poco a las prestaciones sociales.

En la variable sobre el ejercicio profesional, un 74% de los encuestados no había realizado posgrados, pues opinaba que a pesar de realizar posgrado, los ingresos no aumentarían. Un 44% había realizado cursos de educación continuada, un 74% no hablaba otro idioma y solo un 25% dominaba el inglés [36].

En la misma línea de investigación, Bravo y Acevedo realizaron el estudio en optómetras que laboraban en consultorios habilitados en la ciudad de Bogotá durante el año 2009. Como resultado, encontraron que había 269 consultorios habilitados, y evaluaron las variables sociales de la siguiente manera: el género predominante fue el femenino (63%), en tanto que el masculino estuvo representado por un 37%. Las edades de los encuestados estaban en el rango de 38 a 43 años (22,2%); el mínimo fue de 20 a 25 años (4,4%). Con respecto al estado civil, un 54,1% eran casados, los solteros representaban un 31,9%, los divorciados un 7,4%, en unión libre un 5,9% y viudos casi un 1%. En cuanto al número de hijos, un 41,5% no tenía hijos, un 25,9% tenía uno, un 20,7% tenía dos, un 8,1% tenía tres y un 1% tenía de cinco a seis hijos.

Con respecto al número de personas a cargo, un 43,7% no tenía ninguna, el 25,2% tenía una sola, el 24,4% tenía dos, el 4,4% tenía tres y un 2,2% tenía cuatro personas a cargo. En cuanto a la variable económica, se halló que el tipo de vivienda predominante fue apartamento (69,6%), mientras que el restante 30,4% vivía en casa. La mayoría de los encuestados tenía casa propia (66,7%) y un 13,3% vivía en arriendo. Los ingresos mensuales que devengaban estaban en mayor proporción en torno a los \$2.500.000 pesos (35,6%) y provenían de consultas y ventas relacionadas con la optometría (72,6%). Otras actividades que realizaban para aumentar los ingresos fueron la docencia, asesorías financieras, investigación, prótesis oculares y finca raíz. Gracias los ingresos relacionados con la optometría el 53,3% cubría sus necesidades totalmente, en tanto que un 10,4% respondió que sus ingresos no le alcanzaban para ello.

En la variable laboral, el 67,4% era propietario del consultorio y un 31,1% correspondió a empleados. Con respecto a la contratación, el 66,7% eran independientes, un 17,8% tenía contrato laboral formal, un 11,1% prestación de servicios y un 2,2% contrato verbal. En cuanto al tiempo de contratación, los contratos a término indefinido representaron un 78,5% y los contratos a definido un 21,4%. La empresa donde laboraban los optómetras pagaba los aportes sociales o parafiscales en un 69%, mientras que un 30,9% no recibían este apoyo. La mayoría de los encuestados disfrutaba de estabilidad laboral. Finalmente, un 68,1% no tenía estudios de posgrado, en comparación con un 21,8% que sí los tenía (37).

Grimaldo, en su estudio sobre la calidad de vida en profesionales de la salud en la ciudad de Lima, Perú, quiso evaluar las dimensiones sociales y económicas en estudiantes de posgrado, además de averiguar si el género y los ingresos económicos influían en 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 en cuanto a los ingresos económicos halló que estos presentan gran significancia en cuanto a la calidad de vida porque puede influir aun en la relación de pareja, debido a que muchas veces el tener problemas financieros hace que las relaciones de pareja se afecten y que ello pueda trascender a futuros divorcios [38].

Cañón y Galeano [39] realizaron un estudio de calidad de vida laboral de acuerdo con factores psicosociales en una empresa social del Estado (ESE) llamada Assbasalud, en la ciudad de Manizales. Las variables objeto de estudio fueron: edad, género, estrato socioeconómico, profesión, estado civil, años en la institución, cargo, área de trabajo, tipo de vinculación. Tras evaluar la escala de calidad de vida laboral y profesional se encontró que el 62% de las personas manifestaba tener bastante carga de trabajo; el 64% respondió que tenía apoyo de los directivos o jefes, los que presenta el 86% de motivación intrínseca. En cuanto a la satisfacción laboral, se halló que el 36% en el ámbito general donde no se encuentran ni satisfechos ni insatisfechos en el trabajo, en tanto que quienes están satisfechos fueron el 11%. Se entiende que una baja motivación en el trabajo puede generar situaciones como equivocaciones y ausentismo.

Al evaluar el burnout en una escala de realización personal, se encontró que el 11% de los encuestados presentaba niveles altos de agotamiento, en tanto que el 31,5% experimentaba esta condición algún grado. El estudio de Cañón y Galeano concluye que existe una asociación entre la satisfacción laboral y el apoyo directivo, la motivación intrínseca de los trabajadores y su salud general. Asimismo, observaron que variables como la edad, el género, el estado civil, la profesión y el cargo no fueron relevantes en el análisis de la calidad de vida laboral. Por otra parte, con respecto a la estabilidad en el empleo, se encontró insatisfacción en un 18% de los casos. Esta percepción también se identificó en cuanto se advierte que falta capacitación, motivación a través de estímulos como becas, reconocimientos y promoción profesional. Además, falta personal que atienda la demanda [39].

Contreras y colaboradores, en su estudio sobre la relación entre calidad de vida laboral y liderazgo en trabajadores asistenciales y administrativos en un centro oncológico de Bogotá, encontraron que la calidad de vida laboral se asocia con las variables de estrato socioeconómico, educación, días laborados semanalmente y área de desempeño. Otras variables como el género, el número de hijos, la antigüedad y el estado civil no tienen relación con ella. Además, la relación con el liderazgo, el sentirse apoyados por los directivos y tener baja carga laboral se traduce en una mejor calidad de vida laboral [40].

Grimaldo realizó un estudio en el cual evaluó la calidad de vida en comparación con el sueño, en profesionales de la salud que cursaban estudios de posgrado en la ciudad de Lima, y encontró 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 de la atención a los pacientes [31].

Ya en el campo de la odontología, se puede destacar la investigación llevada a cabo en México por Otero y colaboradores, quienes hicieron un estudio en el cual encontraron 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, hallaron que los odontólogos debían seguir capacitándose para poder ser competitivos en la sociedad mexicana, pero en aquel país, igualmente, la odontología no es una necesidad básica de los pacientes debido a la falta de una cultura del cuidado de la salud bucal y el bajo poder adquisitivo. Por ello, los tratamientos propuestos no se realizaban o no se finalizaban.

En el estudio en mención se destaca que el odontólogo mexicano, para tener éxito en su profesión, debe tener conocimientos empresariales tales como administración, mercadotecnia o calidad de servicios, además de conocer el panorama socioeconómico del país. Habida cuenta 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 concentración poblacional, ofrecer precios asequibles y tener dinero para invertir en el montaje de sus instalaciones [41].

Adicionalmente, López y Vara [42] realizaron un estudio en el que se evaluaron las percepciones de un grupo de odontólogos de la ciudad de México sobre su mercado laboral. Encontraron, con respecto a su situación económica, que la tercera parte de los odontólogos que trabajan desde antes de 1979 referían que dicha situación había mejorado en los últimos cinco años, en tanto que los odontólogos que habían comenzado a ejercer su profesión después de esa fecha opinaban que había desmejorado. Igualmente, encontraron, acerca de la opinión de hombres y mujeres durante el año 2000, que la situación económica había empeorado para las mujeres más que para los hombres. En cuanto al nivel de vida, los odontólogos entrevistados especificaron que en el año 1982 decían vivir muy bien un 22,8%, en 1992 un 34,9% y en el 2000 un 30,8%.

Así, López y Vara [42] observaron que el nivel de vida en 1982 era mejor que a los 10 y casi 20 años después. Estos autores concluyen que el aumento de profesionales, debido al incremento de cupos en las universidades, ha hecho que exista una sobrepoblación. Además, su situación económica y su nivel de vida se han ido deteriorando por la situación económica del país. El grupo de odontólogos recién egresados presenta mayores dificultades para establecerse en el mercado laboral, en razón a la gran competencia existente. Las mujeres tienen una percepción mayor del empeoramiento de su nivel de vida, lo que se puede deber al tiempo

de dedicación a la atención odontológica, al número de hijos y al cuidado del hogar, todo lo cual las deja en desventaja con respecto a los hombres. López y Vara enfatizan que el Gobierno de México ha disminuido las políticas de salud bucal y ha dado una mínima importancia a las acciones odontológicas para la comunidad [42].

Del examen de los estudios mencionados se puede concluir que los profesionales del sector salud se enfrentan a una alta carga de estrés laboral, la cual conjugada con limitados periodos de descanso deriva en el padecimiento de enfermedades laborales y desmotivación con el trabajo. Esta sobrecarga de trabajo conduce al *burnout*. 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 que se presenta 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 que se llevó a cabo en dos fases.

La primera fase fue una revisión teórica en la cual se hizo una búsqueda de artículos pertinentes para la investigación en bases de datos científicas. Como resultado, se encontraron artículos referentes a la calidad de vida de los profesionales de la salud a escala nacional e internacional. Posteriormente, la búsqueda se enfocó en identificar artículos sobre la situación de los odontólogos en Colombia, y se encontraron trabajos realizados en Medellín y en Bogotá que habían sido publicados en revistas electrónicas y bases de datos de la biblioteca de la Institución Universitaria Colegios de Colombia (UNICOC), Colegio Odontológico Colombiano, 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 que se presentan 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. Se resalta que todos estos solo tuvieron un alcance local y se hicieron por iniciativa de estudiantes de pregrado, 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 acápite se presenta una relación de los principales cambios normativos que han impactado el ejercicio de la profesión odontológica, con lo que se pretende esbozar el contexto 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 evaluaran la calidad de vida de los odontólogos en Colombia, y ninguno de estos se desarrolló con cobertura nacional. En 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 de 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 una revista indexada, los tres restantes corresponden a trabajos de grado llevados a cabo 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 revista indexada presenta resultados del departamento de Antioquia, mientras que los trabajos de grado investigan acerca de la situación socioeconómica 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, en la ciudad de Medellín a pesar de existir un 39% de pluriempleo, la mayoría de los odontólogos trabajan menos de la jornada que estipula el código laboral, la cual era de 38,4 horas a la semana. Además, evidenció condiciones de contratación precarias, la más marcada de las cuales fue el subempleo (45%), seguido de la contratación por prestación de servicios (17,3%) y el empleo temporal (7,3%). En cuanto a niveles de remuneración, se encontró que estos bajaron, pues el promedio del ingreso fue de \$1.813.862 pesos mensuales, valor más bajo que el reportado en 1998 [43].

El segundo estudio encontrado fue el que llevó a cabo Cristo. En este, luego de una investigación realizada con una muestra de 60 egresados del Colegio Odontológico Colombiano en la ciudad de Bogotá en el periodo 1979-1991, se halló que, con respecto a sus variables laborales, el 73,3% tenía consultorio particular, pero al ser insuficientes los ingresos producidos por este, tenían que desempeñarse como docentes universitarios o en una IPS. En estos trabajos, en su gran mayoría, eran contratados mediante la modalidad de prestación de servicios y los ingresos reportados no sobrepasaban los \$2.000.000 de pesos. Dichos niveles de ingreso se distribuyeron así: entre \$1.000.000 de pesos y \$1.999.000 pesos, el 38,3%, y con ingresos inferiores a \$1.000.000 de pesos, el 3,3%. Por esto, el 80% de los encuestados expresó 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 que realizó Cañas, quien evaluó una muestra de 33 egresados de posgrados de la misma institución universitaria, graduados entre los años de 1994 y 2002 en la ciudad de Bogotá. En este caso se obtuvieron resultados como los siguientes: de acuerdo con su tiempo de ejercicio profesional, el 75,8% llevaba entre 2 y 7 siete años como especialista, mientras que un 15,2% llevaba más de 8 años de experiencia en ese nivel de posgrado. Como tipo de ocupación, el 9% era empresario y el 90,9% no lo era, de lo que se colige que hay ausencia de cultura empresarial en el interior de las cátedras universitarias. A pesar de todo, 29 de estos “no empresarios” se encontraron laborando en forma independiente en su consultorio particular, lo que además demuestra desconocimiento de su propia condición laboral.

En cuanto al ingreso, el promedio mensual asociado a su actividad como odontólogo estaba en el rango de \$4.500.000 pesos a \$5.500.000 pesos, lo que se considera bueno, en tanto que los ingresos promedio mensuales no asociados a la odontología (docencia, negocios alternos, arrendamiento de inmuebles) se hallaban en el rango de \$500.000 pesos a \$1.500.000 pesos. 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% sí estaban satisfechos con tales ingresos. Se encontró también que solo un 3% de los especialistas no estaban afiliados a un sistema de seguridad social [45].

Finalmente, en el cuarto estudio, realizado por Álape y Castellar, se replicó el modelo de los estudios de Cristo y de Cañas, pero evaluando la situación socioeconómica de los egresados de la misma institución durante el periodo comprendido 1992-2000, en la ciudad de Bogotá. Dentro de los hallazgos se destacan los siguientes: en lo referente a la situación laboral, el 38% trabaja de manera independiente en su consultorio, el 35% trabajaba como empleado de IPS, el 12,5% en docencia y el 14,5% se encontraba desempleado. En la variable de ingresos promedios mensuales, se ubican en mayor rango los ingresos de \$1.000.000 de pesos a \$1.999.999 pesos, que representan el 60% entre los odontólogos generales. Asimismo, se halló que el 74,5% manifestó no estar satisfecho con sus ingresos, debido a que el percibir una baja remuneración le impedía realizar estudios de especialización en el campo profesional de la odontología. Esto, sumado al hecho de que podía cubrir la totalidad de sus necesidades. Solo el 7% de los odontólogos afirmó tener una capacidad de

ahorro constante. En la comparación que se hizo entre situación laboral y tipo de vinculación, se halló que el 74,6% se encontraba con contrato a término indefinido, mientras que el 9,8% trabajaba por servicios a término fijo, entre uno y tres años. Con respecto a la jornada laboral, el 58% trabajaba a medio tiempo y un 34% lo hacía a tiempo completo; sólo un 6% laboraba por horas [46].

En relación con las variables sociodemográficas, los tres estudios identificaron que el sexo preponderante entre los profesionales es el femenino y la edad promedio de los participantes estaba entre 30 y 40 años; también se encontró que los odontólogos residen 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 por varios referentes legales. El primero de ellos es la Ley 10 de 1962, en la cual se definieron quiénes podían practicar la profesión y se establecieron las normas y el proceso para la obtención del título, así como sanciones por la mala práctica de la profesión [47].

Más adelante, se promulgó la Ley 35 de 1989, que estableció el Código de Ética del Odontólogo, en el cual se reguló el ejercicio de la profesión, los principios, la relación del profesional con el paciente, con los colegas y con el personal auxiliar, como también sus derechos y deberes y el manejo de historias clínicas 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 había sido 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, la información, la planeación, el suministro y el personal; el segundo, definía las entidades adscritas al Sistema como prestadores privados (con ánimo de lucro o sin este); el tercero, establecía las entidades adscritas al Sistema 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].

Sin embargo, el SNS presentó desde su implementación diversas fallas, como la falta de regulación de los costos de los tratamientos y la falta de cobertura del sistema, lo que hizo que la consulta particular se convirtiera en una alternativa válida para recibir servicios de salud. Como consecuencia, se creó una segmentación del mercado, ya que los profesionales de la salud ofrecían sus servicios a tarifas que variaban con la condición socioeconómica de los usuarios, y esto conllevaba fallas en los mercados, propias de la asimetría de la información, lo cual hizo que para algunas poblaciones recibir servicios de salud fuera imposible y tuvieran que hacer grandes filas ante los hospitales públicos para recibir atención gratuita.

A lo anterior se unió el que las agremiaciones de salud no se pusieran de acuerdo para negociar los salarios y las tarifas. Esta lucha, que apoyaron desde un principio los profesionales del sector público, poco interesó a los del sector privado, pues estaban cómodos con los ingresos que recibían en la consulta particular. Así, como se advierte que las condiciones laborales de los profesionales de la salud eran desiguales antes de la implementación de la Ley 100 de 1993, mas, en general, todos recibían una remuneración acorde con su formación y responsabilidad social.

Cuando se implementó la citada norma, esta incorporó el modelo de mercado, bajo el precepto de la teoría de los seguros de servicios de salud. Con ello, se buscaba asegurar a todos los habitantes del territorio colombiano, mediante la constitución de dos regímenes (contributivo y subsidiado) que garantizaran equidad, libre elección, calidad y eficiencia. Además, se dio 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 por ellos denominado *pluralismo estructurado*, que buscaba saldar las asimetrías de la información presentes 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.

De acuerdo con estos lineamientos, se hicieron varios cambios, dentro de los que se destacan: eliminación del monopolio público de la seguridad social, en lugar del cual se estructuró un mercado de libre competencia en el que participarían las EPS; la financiación del sistema de salud pasó a apoyarse en un modelo de subsidios a la demanda, administrado principalmente, mas no en forma exclusiva, por el Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga), y la composición de dos regímenes: uno contributivo, donde estarían los usuarios empleados o independientes que tuvieran capacidad de pago y sus familias, y uno subsidiado, el cual cubriría a la población pobre y vulnerable. Así, se daba cumplimiento a las directrices del Consenso de Washington referentes a la focalización del gasto social [51].

El nuevo sistema conllevó efectos negativos para la práctica odontológica. Debido el aumento de cobertura de afiliación, disminuyó el número de pacientes que asistían a la consulta particular y, consecuentemente, los ingresos promedio del odontólogo se redujeron. Esa contracción no fue compensada por un aumento proporcional en el número de plazas de trabajo para odontólogos en las IPS, y las que se crearon carecían de estabilidad laboral, debido 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, pues en las estructuras de costos del POS no se tuvieron en cuenta diversos factores que se necesitaban para prestar una buena atención odontológica. Entre estos factores, el más relevante es el relacionado con las tarifas ofrecidas por las EPS, que solo consideran algunos costos de los tratamientos, pero no los gastos de insumos y suministros de calidad, la depreciación de los equipos y del instrumental, las áreas locativas, los costos indirectos del servicio, los seguros y las pólizas de responsabilidad, los impuestos y las provisiones económicas para las prestaciones sociales, los aportes parafiscales, el mantenimiento de los equipos y los costos de bioseguridad, entre otros [44,45].

Álape [46] complementa lo anterior afirmando que el SGSSS produjo cambios en el entorno laboral, económico y social del odontólogo colombiano, se perdió el equilibrio entre el servicio y la práctica y se sacrificó el estatus social que tenía dicho profesional. Con respecto a la calidad de la atención, los profesionales consideran que esta es regular. La relación odontólogo-paciente se ha perdido, debido a que las EPS pagan al prestador del servicio por paciente atendido. Esto, además de la limitación de los costos de los materiales que se utilizan para la atención del usuario.

Nieto concuerda con lo señalado por Álape cuando sostiene que los “cambios en la contratación y la remuneración por la prestación de los servicios” afectan la situación laboral de los odontólogos, lo que se evidencia por el número de empleos que deben tomar, la escasa estabilidad laboral y las formas de contratación, así como el pago por estos servicios y la intensidad horaria que se requiere para ello durante la jornada laboral. Y destaca 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 a las que llega Flórez, se encuentra que la aplicación de la Ley 100 de 1993 hizo que cambiara el rol de los profesionales de la salud, en razón al surgimiento de las EPS como intermediarios en el manejo de los recursos. Considera además 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, así como los salarios, a fin de alcanzar una sostenibilidad financiera. Y ello no quiere decir que hubo mejoría en la remuneración de los profesionales, pues lo que se hizo fue implementar las tarifas ISS, lo cual llevó a que los precios en la atención disminuyeran, al tiempo que aumentó la carga laboral. Flórez opina que la proliferación de las llamadas “universidades de garaje” ha ocasionado una sobresaturación de profesiones de la salud, en detrimento de las condiciones laborales, sobre todo en profesiones como odontología, bacteriología o nutrición, que tienen que conformarse con salarios similares a los de auxiliares de enfermería [50].

Por otra parte, en un análisis económico realizado por el Ministerio de Protección Social sobre los recursos humanos en Colombia, se concluye que la recuperación de la inversión hecha por los odontólogos durante su época de pregrado, se esperaba que se diera 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 calculó la tasa de desempleo para los odontólogos entre los años 2000 y 2020, y el resultado fue que estaría en el rango de 20% a 55%. De esta manera, se llega a la conclusión de que, si continúa el ingreso exagerado de estudiantes a estas carreras, con el consecuente el aumento en el número 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 cuenta con afiliación al Sistema de Riesgos Laborales, ya que la afiliación se realiza de manera independiente y la cotización es responsabilidad total del trabajador.

El tipo de contratación laboral de los odontólogos, de acuerdo con la información del Observatorio Laboral para la Educación, se distribuye así: contrato a término indefinido 16,2%, contrato a término definido 14,7% y contrato por prestación de servicios 63,2%. Ahora bien, si se analiza que el tipo de contratación dominante es la prestación de servicios, se puede observar que el profesional tiene una disminución adicional de sus ingresos, debido a que este tipo de contratos conlleva que el contratante descuenta 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 se ha deteriorado paulatinamente, 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 noventa, 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, predominio 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, como consecuencia de las deficiencias de cobertura, tanto en lo referente a presencia de servicios en territorios como en lo relativo a los 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 estaban 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 por 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 que el ingreso del odontólogo cada vez dependiera menos de su práctica liberal y más de la posibilidad que tuviera de obtener contratos, fueran 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 apreciable de programas de odontología, lo que en el mediano plazo produjo un incremento significativo de egresados. Con ello, 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.

Este 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 redundó 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 forzado a ejercer su profesión en condiciones laborales deficientes, en el marco de figuras de flexibilización laboral y tercerización de la contratación, so pena de no aceptar, quedar desempleado.

Ante este panorama, una puerta de escape fue llevar a cabo 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 tal 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 empezó a hacerse notar, 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 y reciben como remuneración un porcentaje del valor del tratamiento que realicen a sus pacientes, y en las cuales, en no pocos casos, tienen que llevar su equipo, instrumental e incluso materiales para poder atender a los usuarios.

De esta caída en los ingresos y en las condiciones laborales, se deriva que los odontólogos, ya sean generales o especialistas, deben trabajar en varios lugares para lograr un ingreso digno, con la consecuente acumulación 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 afectada por múltiples factores, tanto internos de la profesión como externos, debido a las transformaciones de los 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 se han llevado a cabo a este respecto. Pareciera que, en general, existe una apatía por parte del mismo gremio por evidenciar y comprender, de esta manera, las causas de la pérdida de capital social y calidad de vida que han padecido los odontólogos en los últimos 25 años.

## **RECOMENDACIONES**

De acuerdo con 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. doi: 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: <http://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://federacionodontologicacolombiana.org/contenido/focadmin/files/Comunicado%20FOC\\_20%20Enero%202015\(1\).pdf](http://federacionodontologicacolombiana.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. París, Francia: The Commission; 2009.
24. Rawls J. Liberalismo político. México D. F., 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. Ginebra, Suiza: 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 MA. 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, Filipinas: Asian Development Bank; 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, tercera 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>

Licencia Creative Commons CC BY 4.0

*Cómo citar este artículo:* 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): 1-18. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.uo36-76.cvoc>