

DOI: <https://doi.org/10.18359/rlbi.4386>



Autonomía profesional del odontólogo en instituciones prestadoras de servicios de salud públicas y privadas de Bogotá en el marco del sistema de salud colombiano

Angie Carolina Romero-Beltrán^a ■ Luis Alberto Sánchez-Alfaro^b

Fecha de recepción: 7 de marzo de 2019 **Fecha de evaluación:** 15 de abril de 2019

Fecha de aceptación: 15 de junio de 2019

Resumen: *Objetivo:* identificar la influencia del sistema de salud colombiano sobre la autonomía profesional de odontólogos que ejercen en IPS públicas y privadas de Bogotá. *Metodología:* estudio cualitativo comprensivo, llevado a cabo con herramientas etnográficas como la entrevista semiestructurada. Las categorías de análisis fueron: autonomía profesional, modelos de atención, toma de decisiones y sistema contractual. La información se analizó de manera categorial, contextual y de contenido. *Resultados:* se evidenció que la autonomía profesional está limitada por el tiempo de atención para los pacientes (veinte minutos). Otra limitante es la restricción en la realización de procedimientos y, en ocasiones, los protocolos de atención. Por estas limitaciones, el odontólogo pierde habilidades y conocimientos adquiridos en la academia, sus habilidades y la seguridad en sí mismo. *Discusión:* el sistema de salud colombiano limita la autonomía profesional de los odontólogos que ejercen en IPS públicas y privadas. La autonomía profesional, relacionada con la toma de decisiones, es un eje importante del ejercicio asistencial. Ejercer la autonomía profesional permite lograr razonamientos ético-clínicos, desarrollar destrezas y promover el bienestar de los pacientes, es decir, el compromiso bioético (beneficencia, no maleficencia y justicia), y el respeto.

Palabras clave: autonomía profesional; odontología; sistemas de salud; Ley 100; bioética; modelos de atención

* Artículo de investigación.

a Odontóloga. Adscrita al grupo de investigación en Salud Colectiva, Correo electrónico: acromerob@unal.edu.co. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0743-9342> Facultad de Odontología, Universidad Nacional de Colombia. Bogotá DC, Colombia.

b Odontólogo. Especialista y magíster en Bioética. Ph.D. (c) en Bioética. Correo electrónico: lasancheza@unal.edu.co. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5219-2639> Profesor asistente del Departamento de Salud Colectiva, Facultad de Odontología, Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, Colombia.

Cómo citar: Romero–Beltrán AC, Sánchez–Alfaro LA. Autonomía profesional del odontólogo en IPS'S públicas y privadas de Bogotá en el marco del sistema de salud colombiano. Rev. latinoam. bioet [Internet]. 2 de marzo de 2020 [citado 1 de abril de 2020];19(37-2). Disponible en: <https://revistas.unimilitar.edu.co/index.php/rlbi/article/view/4386> DOI: <https://doi.org/10.18359/rlbi.4386>

Professional Autonomy of Dentists in Public and Private Healthcare Providing Institutions (IPS) in Bogotá in the Framework of the Colombian Health System.

Abstract: *Objective:* To identify the influence of the Colombian health system on the professional autonomy of dentists who practice in public and private IPS (healthcare providing institutions) in Bogotá. *Methodology:* comprehensive qualitative study, carried out with ethnographic tools such as the semi-structured interview. The analysis categories were: professional autonomy, health care models, decision making and contract system. The information was analyzed according to its category, context and content. *Results:* it was found that professional autonomy is limited due to the time given per patient (twenty minutes). Another limitation is the restriction to carry out procedures and, sometimes, the care protocols. Due to these limitations, dentists lose the skills and knowledge acquired in the academia, their abilities and self-confidence. *Discussion:* the Colombian health system limits the professional autonomy of dentists who work in public and private IPS. Professional autonomy, related to decision making, is an important axis in the healthcare practice. Exercising professional autonomy allows achieving ethical-clinical reasonings, developing skills and promoting the patients' well-being, that is, the bioethical commitment (beneficence, non-maleficence and justice), and respect.

Keywords: professional autonomy; odontology; health systems; Law 100; bioethics; healthcare/care models

Autonomia profissional do dentista em instituições prestadoras de serviços públicos e privados de saúde, em Bogotá, no âmbito do sistema de saúde colombiano

Resumo: *Objetivo:* identificar a influência do sistema de saúde colombiano na autonomia profissional dos dentistas que atuam nas instituições prestadoras de serviços de saúde (IPS) públicas e privadas, em Bogotá. *Metodologia:* estudo qualitativo compreensivo, realizado com ferramentas etnográficas, como a entrevista semiestruturada. As categorias de análise foram: autonomia profissional, modelos de atenção, tomada de decisão e sistema contratual. As informações foram analisadas de forma categórica, contextual e de conteúdo. *Resultados:* evidenciou-se que a autonomia profissional é limitada pelo tempo de atendimento aos pacientes (vinte minutos). Outra limitação é a restrição na execução de procedimentos e, às vezes, nos protocolos de atenção. Devido a essas limitações, o dentista perde as habilidades e os conhecimentos acadêmicos que foram adquiridos, além de suas próprias habilidades e sua autoconfiança. *Discussão:* o sistema de saúde colombiano limita a autonomia profissional dos dentistas que atuam nas IPS públicas e privadas. A autonomia profissional, relacionada à tomada de decisão, é um importante eixo de atenção à saúde. O exercício da autonomia profissional nos permite alcançar o raciocínio ético-clínico, desenvolver habilidades e promover o bem-estar dos pacientes, ou seja, o compromisso bioético (beneficência, não maleficência e justiça) e o respeito.

Palavras-chave: autonomia profissional; odontologia; sistemas de saúde; Ley 100; bioética; modelos de atenção

Introducción

La salud oral es un factor importante en la vida de las personas. Por ello, buscan una atención adecuada en los diferentes servicios de salud (pública, privada o particular). En Colombia, la Ley 100 de 1993 fue creada para descentralizar el sistema de salud y garantizar una atención universal e integral. Esta ley permitió que surgieran las empresas promotoras de salud (EPS), las cuales asumieron la prestación de servicios de salud, apoyadas en las redes de servicios públicos o privados, administrados por las instituciones prestadoras de salud (IPS) (1).

El sistema de atención en salud promovido por la Ley 100 está centrado en la curación. Esto tiene, en principio, dos aspectos que deben tenerse en cuenta: por un lado, este enfoque genera mayores ganancias y, por otro, implica el descuido del enfoque preventivo. Además, genera desigualdades sociales en la salud de las personas, pues si el paciente no puede cubrir ciertos gastos, no logra el acceso a los procedimientos que necesita. Según Abadía (2007), cada entidad tiene protocolos de atención donde se describen los tipos de tratamiento para cada patología; pero, si el paciente no tiene cómo pagar estos tratamientos, la entidad no autoriza al odontólogo a realizarlos, aunque sean necesarios. De ese modo, la relación odontólogo-paciente se reduce a una simple transacción (2). Es de aclarar que, aunque nuestro estudio se centra en Colombia, esta realidad no corresponde exclusivamente al escenario colombiano, pues otros países de América Latina y el mundo también enfrentan situaciones similares.

Sumado a lo anterior, en Colombia y otros lugares, existen repercusiones sobre profesionales como los odontólogos, que optan por la práctica liberal/privada/particular para mejorar sus ingresos y lograr mayor estabilidad económica, pero esto no ha dado los resultados esperados (3,4). En particular, desde 1993, la condición laboral del odontólogo en Colombia se ha visto afectada por el tipo de contratación (por porcentaje, por evento, por actividad o por terceros), lo que origina precariedad laboral, bajos ingresos y, en muchos casos, incluso carecer de afiliación a seguridad social (5). Las condiciones laborales del odontólogo distan

mucho de ser las ideales y enfrentan problemas desde las condiciones físicas de sus lugares de trabajo hasta requerimientos laborales que exceden su capacidad individual de trabajo, lo que, en últimas, afecta su productividad (6).

Existen protocolos de manejo para la práctica clínica con el fin de minimizar los riesgos y errores. Sin embargo, debido a la exigencia de su aplicación, el profesional ve restringida su libertad para la toma de decisiones en un tratamiento determinado, incluso cuando algunas alternativas pueden resultar mejores para el paciente (2). A pesar de lo anterior, los protocolos o guías de práctica clínica tienen también efectos positivos, pues están basados en la evidencia, de modo que son un punto de apoyo para el profesional de la salud (7). Esto se plantea como la base para la atención clínica desde la perspectiva de la práctica médica en diversos países en el mundo.

La industria, principalmente la farmacéutica, también afecta las labores de estos profesionales, ya que deben pensar en cómo ahorrar costos a la institución para la cual trabajan. Al odontólogo se le exige realizar solo cierto número de procedimientos, y se le especifica qué puede y qué no puede realizar en la entidad contratante (8,9); lo cual deriva de la aplicación al sistema de salud de los mecanismos propios del neoliberalismo.

En consecuencia, la autonomía profesional, entendida como “la capacidad de gobernarse por una norma que la misma persona acepta como tal, sin que nadie le obligue” (10) queda en entredicho. A pesar de que se sabe que la autonomía profesional contribuye a la excelencia de su labor, en términos de competencia científica y compromiso con el ejercicio de su profesión. La autonomía del profesional de la salud existe por la confianza de la comunidad hacia ellos, por su capacidad de conocimientos en áreas específicas de la salud y su compromiso con el bienestar de sus pacientes (10).

En el sistema de atención en salud vigente en Colombia, la autonomía profesional del odontólogo enfrenta dilemas éticos. Por ejemplo, en el ejercicio de sus labores, debe bien dejarse guiar por el aspecto empresarial y mercantilista o bien ceñirse a una atención social y equitativa centrada en el paciente (11).

Siguiendo el planteamiento que propuso Villalobos en 2011, los odontólogos que trabajan para IPS públicas y privadas de Colombia ven afectada su autonomía profesional, en primera medida, por el tiempo de atención (veinte minutos o menos), durante el cual deben diligenciar toda la papelería pertinente y, al mismo tiempo, atender al paciente. Debido a la tan corta duración de la consulta, el paciente debe solicitar más citas, lo cual, en consecuencia, genera inconformidad por la atención del profesional.

Por su parte, la imposición de metas genera presión en la labor del odontólogo y, finalmente, este termina sintiéndose como un vendedor de servicios y no como el encargado de mejorar la calidad de vida de un paciente. Ahora bien, en la práctica particular o privada, el odontólogo siente mayor autonomía, dado que determina los tratamientos y tiempos de duración en conjunto con el paciente (4).

Cuatro años después del estudio de Villalobos, se realizó una reforma a la Ley 100, consignada en la Ley estatutaria 1751 de 2015. El objetivo de esta reforma era fundamentar el derecho a la salud como un derecho humano. De acuerdo con ello, la autonomía de los profesionales está dada para que la ejerzan durante la toma de decisiones clínicas, el diagnóstico y el tratamiento de los pacientes. Tales decisiones deben ser racionales, éticas, autorreguladoras y con evidencia científica (12). Después de la implementación de este ajuste, vale la pena indagar sus efectos en la autonomía de los profesionales de la salud y, especialmente, de los odontólogos.

Teniendo en cuenta lo anterior, el objetivo de este estudio fue identificar la influencia del sistema de salud colombiano sobre la autonomía profesional de los odontólogos que ejercen su práctica clínica en IPS públicas y privadas en Bogotá.

Metodología

Se trata de un estudio cualitativo de tipo comprensivo que permitió interactuar y profundizar en las experiencias de la vida laboral de los odontólogos de diferentes IPS de Bogotá, tanto de carácter público como privado (13,14). Se utilizaron herramientas de la etnografía, lo que posibilitó la

participación y la interacción con los sujetos participantes del estudio, así como investigar sobre su vida laboral y cotidiana, observando su entorno profesional e indagando sobre sus experiencias en el campo de la salud (15), con el fin de entender la autonomía del profesional de la salud.

El estudio se enfocó en un grupo de odontólogos trabajadores de IPS, con más de cinco años de experiencia (principal criterio de inclusión para participar en la investigación). En total, participaron ocho (n=8) odontólogos generales (dos hombres y seis mujeres), con experiencia laboral de 8-15 años. Tres trabajaban en IPS públicas y cinco en IPS privadas.

Las jornadas laborales de los participantes oscilaban entre 6 y 8 horas, con posibilidad de realizar horas extras. En su labor clínica, se desempeñaban principalmente en el campo de la operatoria dental y en actividades de promoción y prevención.

La entrevista semiestructurada utilizada en este estudio cumplió el objetivo de obtener información de la vida laboral del entrevistado y sus experiencias en torno a la autonomía en su ámbito de trabajo (16). La construcción de estas entrevistas se basó en cuatro categorías: autonomía profesional, modelos de atención, toma de decisiones y sistema contractual.

Para el análisis de la información, se realizó la transcripción completa de las entrevistas. Se efectuó una matriz de análisis, que dio espacio al surgimiento de categorías emergentes y subcategorías. El análisis realizado fue de tipo categorial, contextual de contenido, el cual se realizó de forma manual. Para conservar el anonimato de los participantes, se asignó un código representativo a cada entrevista, por ejemplo: ODLS.

Según la Resolución 8430 de 1993, la cual establece normas para las investigaciones en salud en Colombia, esta investigación se clasificó como “sin riesgo” debido a que, aunque se obtuvo información sensible, de índole personal y profesional, no hubo intervención sobre ningún tipo de variables psicológicas o sociales en los participantes (17).

Se garantizó la confidencialidad de la información suministrada por los participantes, siguiendo los parámetros establecidos por el artículo 9 de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos

Humanos (DUBDH) y, a su vez, los participantes conocieron los resultados de la investigación (18). Este proyecto se llevó a cabo con la aprobación del Comité de Ética de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Colombia.

Resultados

Modelos de atención en salud

Los odontólogos generales que trabajan en las IPS públicas y privadas de Bogotá están bajo unos modelos de atención establecidos, ya sea por la entidad contratante o por la Secretaría de Salud. Estos modelos determinan el tipo de atención y procedimientos que pueden realizar; adicionalmente, la atención está sometida a protocolos estrictos o guías de atención, los cuales deben seguirse durante la labor clínica. En palabras de los participantes, son procedimientos básicos o correctivos:

«Nosotros somos nivel I, solo se hace lo básico. Lo que hay que remitir lo remitimos, que es cirugía, endodoncia, rehabilitación y otras cosas.» (ODBLE)

«El modelo de atención es un modelo preventivo supelementalmente; pero yo creo que en todas las IPS pasa lo mismo; o sea, se busca la prevención para el paciente, pero aquí es correctivo.» (ODCM)

«Digamos, decían: –Doctor, yo quiero blanca. Me decían así y yo les decía: –No, debido al sistema no se puede hacer blanca; toca amalgama.» (ODS)

Estos modelos de atención condicionan al odontólogo a realizar procedimientos centrados en el campo de la curación, es decir, en la atención de la enfermedad y urgencias. Sin embargo, aunque se autodenominan modelos de prevención, los odontólogos no sienten que este sea el eje articulador de su quehacer profesional en las IPS que los contratan.

En la atención a la enfermedad, se evidenció que los odontólogos solo pueden realizar tratamientos básicos (operatorios, cirugías simples, urgencias, fases higiénicas). Por tanto, los demás tratamientos son remitidos a los especialistas. De ese modo, aunque el profesional tenga el conocimiento para realizarlo, no puede llevarlo a cabo.

En definitiva, los modelos de atención encontrados en esta investigación están mediados y condicionados por variables tales como la eficiencia, la oportunidad de acceso, los protocolos y los materiales y procedimientos.

Eficiencia frente a calidad

En busca de eficiencia, las IPS implementan nuevas estrategias para aumentar el número de pacientes por citas, sacrificando la calidad de la labor clínica del profesional. De acuerdo con lo anterior, al reducir tiempos de atención, procedimientos que deberían llevarse a cabo en tres o cuatro citas, se hacen en una sola. Es decir, el tiempo por procedimiento se ve gravemente reducido. Sobre este punto, los profesionales participantes del estudio hicieron afirmaciones del siguiente orden:

«En la IPS estamos trabajando algo que se llama una triada: al paciente se le asignan cuarenta y cinco minutos; pasa quince minutos con un odontólogo que diagnostica; luego, pasa quince minutos con higiene oral y luego pasa quince minutos con la odontóloga tratante.» (ODLS)

«Hay dos módulos de diagnóstico: uno de nueve minutos, donde uno hace el examen. Ese sí es un limitante, porque en nueve minutos no es fácil hacer un buen diagnóstico. Hay otro módulo de diagnóstico de veinte minutos, donde aparte de diagnosticar hay que hacer la fase higiénica siempre.» (ODMV)

«Cuando llegan todos [los pacientes] y aparte nos toca urgencias, entonces, nos ponen a correr. Ya eso es un estrés adicional que nos están sobrecargando en este momento.» (ODMV)

Oportunidad frente a justicia

Los odontólogos afirman que no se brinda una adecuada atención a sus pacientes, pues al ser remitidos a especialistas requieren de varios trámites administrativos y demoras en la asignación de citas o deben recurrir a procedimientos más radicales, ya que el plan obligatorio de salud (POS) no cubre ciertos tratamientos y muchos pacientes no tienen los suficientes recursos económicos para un tratamiento rehabilitador. En palabras de los participantes, los pacientes deben, por ejemplo, recurrir

a exodoncias al no poder realizarse tratamientos más costosos como las coronas. Este fenómeno es observado tanto en IPS públicas como en privadas:

«Las remisiones tardan; es un proceso que se maneja de manera más larga. Los pacientes no obtienen la atención inmediatamente; deben esperar un proceso de autorización; pedir la cita; que haya cupo; que esté disponible... Es un servicio por el que a veces toca esperar bastante.» (ODCDT)

«Entonces, el modelo de atención digamos que, en cierto modo, es injusto. ¿Por qué?, porque al paciente se lo obliga a hacer muchas vueltas para hacerse algún procedimiento.» (ODCM)

En la mayoría de las IPS, los tiempos de atención clínica son de veinte minutos por paciente. Es un lapso durante el cual debe realizarse la recepción, la historia clínica y el procedimiento. Esto puede devenir en disminución de la calidad en la atención y de la satisfacción tanto del profesional como del paciente:

«Pienso que el tiempo de atención es lo que puede hacer que se afecten los derechos del paciente. Digamos que ellos se sentían atendidos, pero no satisfechos.» (ODS)

«Uno no tiene el tiempo suficiente para trabajar como quisiera. En veinte minutos, no le da tiempo a uno para preguntar el motivo de consulta y atender al paciente como que se merece.» (ODMV)

El odontólogo debe adaptarse a esta condición, lo cual genera estrés laboral y menor calidad de su ejercicio clínico. Los participantes del estudio afirmaron que el tiempo de atención es insuficiente para realizar los procedimientos y su actividad clínica se afecta, así como su autonomía. Al respecto, hicieron observaciones como las siguientes:

«Si tenemos veinte minutos y el paciente llega tarde, a nosotros nos dan diez minutos para que el paciente llegue, si llega a los diez minutos, nosotros tenemos diez minutos para hacerle algún procedimiento.» (ODMV)

«Lo que se puede hacer en diez minutos es muy complicado. Una persona después de cierto tiempo adquiere cierta agilidad, pero un odontólogo normal, común y corriente, trabajando en un consultorio, se demora

media hora haciendo una amalgama, para que quede bien bonita.» (ODCM)

Para recibir atención de un especialista u odontólogo, los pacientes deben realizar ciertos trámites que dependen de la entidad, la disponibilidad de agenda y de que el procedimiento pertenezca o no al POS. Se evidencia una alta demanda por parte de los pacientes y una baja oportunidad o cobertura por parte de las IPS, pues el número de odontólogos contratados es bajo, en comparación con las necesidades de la población. Al respecto los participantes hicieron afirmaciones como las siguientes, relacionadas con los problemas que enfrentan los pacientes para poder acceder a una consulta:

«Pues madrugar, pedir su cita con el documento y ahí en el primer contacto le indican si está activa la historia y si toca abrir historia o si está en tratamiento y ahí le dicen la cita que le corresponde.» (ODBLE)

«Primero ser afiliados a la entidad, la cita se la dan más o menos para dentro de ocho [días] de primera vez o quince días más o menos ese tiempo; todo depende de la oportunidad, porque hay mucha población.» (ODCM)

Papel de la prevención y la promoción

Dentro de las actividades que realizan los odontólogos en las IPS están la prevención y promoción. Según algunos participantes, esto se brinda cada seis meses con profilaxis, fluorización y educación en higiene oral. Sin embargo, las mismas entidades limitan esta actividad a un número mínimo de veces al año para cada paciente. Se evidenció que, dada la poca relevancia otorgada a la prevención, los pacientes asisten a citas cuando presentan alguna molestia o dolor, pues no existe una política efectiva centrada en la promoción y la prevención:

«Nosotros quisiéramos que el presupuesto diera para que los pacientes llegaran a un estado que se conservara por mucho más tiempo; eso incluye que el paciente no tuviera [profilaxis] cada año sino cada seis meses.» (ODCDT)

«Las personas solamente vienen cuando ya tienen el problema encima, cuando ya tienen caries, cuando ya les duele; cuando hay molestia, viene el paciente.» (ODCM)

«El paciente todavía no ha comprendido que es realmente una urgencia, pero llegan más o menos 50 % por dolor y 50 % por caída de obturación.» (ODMV)

Protocolos o guías de atención

Los protocolos de atención en el sector de la salud son importantes para asegurar la calidad y seguridad del paciente en los procedimientos o tratamientos realizados. En el caso de la odontología, estos protocolos son los encargados de determinar el tipo de tratamiento, materiales y bioseguridad, etc. En IPS privadas, estos protocolos indican al odontólogo cómo debe hacer su labor clínica y qué procedimientos puede realizar. En palabras de los entrevistados:

«Protocolos de acuerdo con los tipos de atención que tenemos; hay protocolo para diagnóstico; hay protocolo para tratamiento y para consulta prioritaria, diagnóstico de nueve minutos, tratamiento de veinte minutos y prioritaria de veinte minutos.» (ODMV)

«[Debemos] guiarnos por lo que los protocolos dicen sobre el tipo de limpieza; se remite de acuerdo con la profundidad de limpieza a los tratamientos; y de acuerdo con la extensión de la cavidad, el protocolo nos dice si van con estética o rehabilitación.» (ODMV)

Para las IPS públicas, la situación es similar: el odontólogo también debe seguir protocolos de atención, los cuales son idénticos para todas las IPS públicas:

«Es un modelo complejo que está bajo protocolos de bioseguridad, de minimizar riesgos de eventos adversos; entonces tiene un buen protocolo de atención.» (ODE).

«Eso depende de si la entidad está acreditada o no, pues asimismo nos extienden guías y protocolos de manejo, pero hay bastantes. Seguridad del paciente es uno de los principales.» (ODE)

Eliminación de la amalgama como tratamiento

Actualmente, algunas IPS, públicas o privadas, no utilizan amalgama como material restaurador por requerimiento de la Secretaría de Salud. Esto implica limitantes en la atención clínica. Debido

a lo anterior, algunos procedimientos, que antiguamente se realizaban con amalgama, ahora son realizados con resina y los que no cumplen las características apropiadas se remiten a rehabilitación. Todo ello genera costos adicionales a los pacientes y una nueva limitación a la autonomía profesional de los odontólogos:

«Ha limitado [la autonomía y la actividad del odontólogo] porque tienen que consultar; [los pacientes] tienen que hacer consulta privada; por ejemplo, para hacer amalgamas grandes, ya se van a consulta privada, si se necesitan una corona, pues ya obviamente ellos tienen que consultar en una institución privada» (ODCDT).

«Ese es el dilema que tenemos varios odontólogos porque hacer una amalgama, aunque sea de tres superficies, es algo que toma mucho menos tiempo que hacer una resina de tres superficies. Aparte, si ya se sobrepasan las extensiones que ellos nos dicen, ya tendríamos que estar remitiendo a muchos pacientes a tratamientos particulares» (ODMV)

No obstante, algunas IPS privadas siguen utilizando este material; y si el paciente solicita la resina, debe pagarla, lo cual produce un ingreso adicional para la entidad a la que pertenece, pero también un gasto más para los pacientes:

«Ellos mantenían la parte de prepagada o no POS, el resto se lo dejaban a la parte de estética; así, el paciente tenía que cancelar eso y eso le generaba un ingreso adicional a la IPS.» (ODS)

«Ah, si usted quiere resina en posteriores, tiene que pagar más, entonces aquí me imagino que aprovechan para cobrar la resina, para tener una mayor ganancia.» (ODCM)

«Digamos que veía una caries o una cavidad muy extensa, ya tocaba mandarla a estética.» (ODS) [fin_cita]

Autonomía profesional

Se evidenció que el odontólogo percibe que su autonomía está limitada en el momento de atender a sus pacientes, ya que el tiempo dispuesto para ellos es insuficiente y debe solicitarles que pidan más citas, lo cual extiende el número de las intervenciones. Adicionalmente, se exige al odontólogo cumplir con cierto número de actividades y atenciones,

para generar más ingresos a la entidad. Este es el caso para IPS privadas:

«Si tiene más obturaciones o más tratamientos por hacer, el paciente debe programar nuevamente una cita de veinte minutos.» (ODLS)

Sin embargo, algunos odontólogos de IPS privadas consideran que sí tienen autonomía, dado que pueden decidir los tratamientos del paciente, sin presión de alguien más o seguir algún tipo de guía. Al respecto afirmaron lo siguiente:

«Considero que tenemos autonomía para diagnosticar al paciente. Cuando voy a hacer un procedimiento, o necesito de pronto una cita más larga, la puedo asignar. Uno tiene la autonomía según lo que considera que puede gastarse en algún procedimiento.» (ODLS)

«Entonces, yo determino según, la anamnesis que se hace en el paciente, si es un paciente de alto riesgo por alguna enfermedad o por algún compromiso sistémico, necesita una profilaxis antibiótica o algo; digamos que eso lo determino yo.» (ODLS)

Los odontólogos de IPS públicas relacionan su autonomía profesional con los procedimientos que la entidad permite realizar. También perciben que hacen su labor a consciencia, sin dañar a su paciente y notan que su labor en la parte de prevención es una fortaleza en su profesión:

«La mayor cantidad de pacientes es para una intervención operatoria o llega uno que otro para diagnóstico o exodoncias, pero esas son muy poquitas. Porque en sí, hay la especialidad de cirugía, entonces, lo que nosotros podemos hacer son exodoncias simples, como dientes con movibilidades, pero el resto se remite a los cirujanos.» (ODMV)

«Fortalezas en la prevención, en que aquí también hay pacientes sanos a los que se puede hacer control cada seis meses.» (ODCDT)

Limitantes en el ejercicio profesional

Durante el ejercicio profesional, los odontólogos de ambos tipos de IPS identifican la presencia de limitantes, ya sea por el tiempo de atención, la restricción en la realización de ciertos procedimientos y, en ocasiones, los mismos protocolos de atención. Las afirmaciones de los participantes

del estudio con respecto a este tema fueron del siguiente orden:

«La desventaja de trabajar en IPS, contrario a cuando uno está en su consultorio, es que uno no puede tomarse el tiempo que se quiere para hacer sus actividades.» (ODMV)

«[Hay] limitaciones, porque, por ejemplo, había procedimientos que uno hubiera querido hacer, pero el mismo sistema no lo permitía.» (ODLS)

Por las limitantes del odontólogo durante su práctica clínica, este pierde las habilidades y conocimientos adquiridos en la academia y se convence a sí mismo de que no debe realizarlos, para evitar contraindicaciones:

«La debilidad es esa: que pierde uno la experiencia o la práctica de hacer unos procedimientos que aprendió, pero si uno no los practica, pues ya le pierde la práctica o también dice uno: “Ahí no, mejor yo no me le mido, porque de pronto que pase algo”.» (ODLS)

Autonomía en lo público, lo privado y lo particular

Existen diferencias entre el ejercicio de la profesión del odontólogo en lo público, lo privado y lo particular. Los odontólogos consideran que existe mayor presencia de su autonomía en el sector particular y expresan que allí pueden actuar con mayor libertad e independencia:

«En cuanto a fortalezas, pienso que están en la misma atención. Yo venía de una clínica particular, donde mi atención fue muy distinta frente a los que ya llevaban tiempo trabajando ahí. Uno trataba de conversar con el paciente, pero el mismo sistema hace que uno se dé cuenta de que se tiene que optimizar el tiempo; entonces, eso iba reduciéndose.» (ODS)

«En una cita se hace pulpectomía; en otra, preparación biomecánica; en otra cita más, obturación de conducto. Entonces, eso no es tan chévere: sería más chévere en una clínica privada donde haces todo en una misma cita.» (ODCM)

Para los participantes de esta investigación que laboran en entidades privadas, la autonomía está ligada a su criterio clínico y a la capacidad o destreza en el ejercicio de sus actividades:

«Ya es criterio mío y yo veo que si puede hacerse; no va a haber problema ni nada con la calza que yo hago. Entonces, se puede hacer y lo que no puedo hacerlo lo remito con especialista.» (ODLS)

En contraste, otro participante plantea que la autonomía está limitada porque, al momento de atender a un paciente, ya están determinados los planes de tratamiento. De modo que él solo debe seleccionarlos, lo cual condiciona al profesional a seguir guías y no utilizar su criterio clínico:

«Para un posterior, tenía que ser amalgama y para un anterior obviamente resina; porque el sistema me lo generaba, por ejemplo, yo colocaba una caries y el sistema me generaba de plan de tratamiento de resina y también ionómero. Entonces tenía que marcar el que iba a dejar, pero teniendo claro que para posterior era amalgama y para anterior era resina.» (ODS)

Actividades clínicas

Los odontólogos en IPS públicas y privadas realizan pocos procedimientos por cada cita a la cual los pacientes asisten, dado que el tiempo los limita para realizar su labor:

«Por el tiempo mismo, uno solamente puede hacer un procedimiento por atención; porque, ya hay otro paciente esperando en sala. Entonces, no da el tiempo para hacer cosas que podrían hacerse con más tiempo y menos citas, por ejemplo.» (ODS)

El odontólogo opta por realizar las actividades más sencillas para él, a causa de los modelos de atención. Por ello, cuando decide hacer procedimientos estéticos, se genera un costo adicional para el paciente, lo que, a su vez, representa una ganancia adicional para la entidad para la cual trabaja:

«En la universidad, casi no hice amalgamas, ni en el rural; pero en la IPS prefería hacer amalgamas. Porque el tiempo para hacer una amalgama es muy distinto al que requiere una resina.» (ODS)

«Uno quiere hacer, digamos, una resina, algo estético o algo así, y la podemos hacer, lo que pasa es que toca cobrarla adicional al paciente.» (ODLS)

Toma de decisiones

Durante su labor clínica, todo profesional de la salud está sujeto a tomar decisiones para realizar cualquier tratamiento, evaluando ventajas y desventajas. Para el odontólogo, en particular, es importante aplicar los principios de beneficencia y no maleficencia en la ejecución de los planes de tratamiento o al establecer prioridad en el tratamiento. Es decir, ayudar al paciente por encima de los intereses particulares, procurando su bienestar, y trabajar por el mayor beneficio para el paciente, sin provocar daño ni sufrimiento:

«Uno empieza con lo más urgente para el paciente, porque las citas no son tan cercanas entre una y otra.» (ODMV)

Este hallazgo da cuenta de que, en el proceso de toma de decisiones, ocurre el encuentro entre la autonomía del paciente y la autonomía del profesional; y lo ideal es que ellas dialoguen. Se evidencia, además, que, al ejercer la autonomía profesional, debe respetarse la capacidad autónoma del paciente, aunque esto último cae fuera de los intereses de la presente discusión.

Principios de beneficencia y no maleficencia

Para iniciar un tratamiento, el odontólogo identifica las necesidades del paciente, ya sea por sintomatología, por estética o por tiempo de atención. El profesional es quien decide el orden del tratamiento. En IPS, tanto públicas como privadas, los odontólogos utilizan el mismo mecanismo de acción para su labor clínica. Al respecto, algunos participantes afirmaron lo siguiente:

«Uno trata de hacer lo más pequeño para hacerlo bien.» (ODMV)

«Según el diagnóstico se empieza por lo más importante hasta lo más mínimo.» (ODBLE)

«Únicamente la sintomatología nos ayuda. La sintomatología, porque uno no va a decir que la muela que duele va a quedar de última.» (ODBLE)

Todos los odontólogos afirman empezar los tratamientos con lo más urgente o importante para el paciente, basándose en los síntomas o sus

peticiones expresas. Para ellos, es importante la participación del paciente durante toda la atención clínica, procurando tratarlos a todos con respeto y responsabilidad, como se muestra a continuación:

«Por lo menos, cuando ya se le ha dado el plan de tratamiento al paciente, idealmente uno empieza con lo de promoción y prevención. Después de eso, ya es criterio de cada uno, yo personalmente, cuando ya vamos a empezar la operatoria, pregunto al paciente con cual quiere empezar.» (ODMV)

«Intentamos que sea una atención cálida, altamente garantizada, científicamente hablando.» (ODCM)

En IPS públicas o privadas, a todos los pacientes debe prestárseles la misma atención odontológica, excepto a pacientes con algún compromiso sistémico, condición de discapacidad o en estado de embarazo. Para estos pacientes, el trato es diferente, ya que su estado es más delicado y su atención odontológica requiere otros cuidados:

«De pronto alguna condición sistémica, como pacientes que estén tomando antirresortivos. En estos casos, se prefiere hacer una corona o hacer una operatoria así sea extensa, porque a ellos no se puede sacarles una muela sin complicación. Es decir, es por la salud del paciente. Esa es la única diferencia, de resto es igual para todos los pacientes.» (ODMV)

«A pacientes que tengan discapacidad física o pacientes mayores de cierta edad que les queda muy complicado estar viniendo o pacientes de fuera de la ciudad, se les dice que pidan una cita de cuarenta minutos, para que trabajemos más en una sola sesión.» (ODCM)

Principio de justicia

Los odontólogos de las IPS señalan que todos los pacientes deben recibir la misma atención clínica, lo que estos necesiten sin ningún tipo de discriminación:

«Generalmente a todo paciente se le dan las mismas opciones, o sea, uno no tiene excepciones que a este se lo hago en resina y a este en amalgama, sino lo que nosotros veamos que sea apto para cada obturación.» (ODMV)

«Lo que el paciente necesite, a la necesidad clínica del paciente.» (ODCM)

«O sea, se supone que a todos se deben atender igual, independiente de que caiga bien o mal por decirlo así o independiente de que de tipo de tratamiento necesite.» (ODS)

Sistemas de contratación

Los odontólogos que trabajan para IPS privadas son contratados a término fijo o por medio de cooperativas a término indefinido, cumpliendo lo estipulado en la legislación laboral. Para los odontólogos que trabajan en IPS públicas, el contrato es por prestación de servicios. Ambos casos pueden catalogarse como empleos inestables y precarizados, modalidad denominada en Colombia “flexibilidad laboral”. En cuanto a esto, los participantes comentaron lo siguiente:

«Mi contrato es a término indefinido, pero no tengo sueldo fijo, sino nuestros sueldos son variables; reportamos horas de acuerdo con el tiempo que laboramos al mes. Eso es lo que pasamos, pero tenemos prestaciones, todo lo de ley y primas extralegales también.» (ODMV)

«Es de OPS o prestación de servicios, trabajos por horas, sin nada de prestaciones; uno paga todo, por decir algo, tenemos que hacer diez horas y esto es por lo que le pago.» (ODBLE)

«Los que llevan como diez años hacia atrás si tienen su sueldo fijo y la diferencia con los nuestros es de unos trescientos mil pesos, más o menos.» (ODMV)

Metas o productividad clínica

Es común que todas las IPS establezcan metas de productividad a sus odontólogos, debido que así estas entidades generan ganancias. Se fijan números de actividades a realizar al mes, por consiguiente, el odontólogo termina adaptándose a un esquema de mercado, como se muestra a continuación:

«Por lo menos en otras (IPS), si a uno le decían determinadas actividades al mes y comparaban a un odontólogo con otro; acá no son tan estrictos con eso, no lo eran hasta el momento. Ahora van a empezar a medir eso, porque aparentemente odontología no está dando muchas ganancias a la IPS.» (ODMV)

«Pues el tipo de contratación no es que lo anime a uno; las metas también son complicadas.» (ODBLE)

«En metas son las horas que tenemos que cumplir, tantos pacientes por ese tiempo, se mide por actividad.» (ODCDT)

Para cumplir con las exigencias de las IPS, los odontólogos optan por realizar varias actividades durante su jornada laboral. Por esta razón, el profesional crea una actividad adicional de “rebusque” de pacientes o procedimientos, para extender su permanencia en la entidad. Sobre esta situación se afirmó lo siguiente:

«La productividad debe estar por encima del 95 %, lo malo es que es muy difícil. Si no llegan los pacientes, hay que mirar con qué reemplazarlos; entonces, se atienden urgencias, se hacen controles posquirúrgicos, se buscan pacientes adicionales... Cuando uno ve que necesita otra cosa, se pide otra cita y seguimos.» (ODCM)

Discusión

Se encontró que la autonomía de los odontólogos que trabajan en IPS, tanto de carácter público como de carácter privado, de Bogotá, está mediada por modelos de atención. Durante la labor clínica deben seguir protocolos, los cuales determinan el tipo de atención, los materiales que pueden usar, el tiempo de cada cita y los tipos de tratamiento o procedimiento. En 2004, Ruales planteó que los modelos de atención en los servicios de salud son un conjunto, donde intervienen la oferta, la demanda y los usos del servicio; y deben velar por las necesidades de los pacientes (19). Los modelos de atención comprenden una relación entre paciente y entidad-institución, cuyas variables son:

El grado de pertinencia de la oferta de los servicios con respecto a las necesidades y demandas de los usuarios; el grado de accesibilidad y de aceptabilidad de los servicios; la orientación de los servicios con respecto a las personas, a las familias y a las comunidades; y el papel que desempeñan las personas, las familias y las comunidades en su propia salud, en lo que se denomina el autocuidado y el nivel de integración de los servicios. (19)

Los modelos de atención se relacionan con la calidad, el tiempo y la oportunidad de acceso real a la atención, y estos limitan la autonomía

profesional. En este estudio, se evidenció que el tiempo de atención es insuficiente para que los pacientes reciban una atención de calidad. Al querer cumplir con lo requerido o exigido en los protocolos, el odontólogo está predispuesto al estrés de la jornada laboral y, en ocasiones, a estar más propenso a sufrir accidentes durante la labor clínica, lo que afecta directamente al paciente.

La única opción del odontólogo es aprender a manejar (optimizar) el tiempo de atención, cubriendo la necesidad prioritaria de su paciente y convivir con la presión de atender un número elevado de pacientes por jornada. En este mismo sentido, en 2007, Freitas encontró que, debido a los cambios en el sistema de salud en Brasil, los odontólogos ven limitada su autonomía debido al exceso de trabajo, las malas remuneraciones y, en general, falta de condiciones para ejercer y atender a los ideales de la buena práctica clínica, todo ello producto de sobreponer aspectos económicos y cuantitativos a la calidad de la atención odontológica (20).

Según reportó Villalobos en 2011, para los odontólogos que trabajan en IPS el tiempo de atención es una limitante, debido a que se reduce a solo veinte minutos, durante los cuales se realizan trabajos de papelería, recepción del paciente e indagatoria por el motivo de consulta. Estos procesos dejan solo diez minutos para la atención clínica efectiva; además, algunas veces debe dejarse al paciente con obturaciones temporales y extender aún más las intervenciones clínicas. Todo ello crea una insatisfacción del paciente por el servicio que ha recibido y una mala imagen del profesional que lo atendió (4). Estos resultados son similares a los encontrados en esta investigación, como demuestran las afirmaciones de los participantes del estudio:

«Se deben realizar exodoncias en veinte minutos, donde se debe sacar radiografía, anestesiarse al paciente, llenar historia clínica y consentimiento informado, entonces el odontólogo siempre está trabajando bajo presión y contra reloj. Por tal razón, en ninguno de estos procesos puede demorarse el odontólogo.» (ODS)

Además de los tiempos extremadamente cortos de cada cita, los pacientes deben realizar varios trámites administrativos para recibir su atención

clínica, ya sea con el odontólogo general o con un especialista. Estos trámites, llamados itinerarios burocráticos por Abadía y Oviedo, retrasan aún más la atención y en algunas ocasiones la salud oral del paciente se deteriora hasta llegar al punto de necesitar recurrir a tratamientos radicales (21). En consecuencia, se vulneran los principios de respeto por la integridad y vulnerabilidad que, desde la perspectiva de Rendtorf y Kemp y la de Rendtorf, son dos principios básicos orientadores de la práctica clínica (22,23).

Según afirmaron en 2010 Abadía y Oviedo, el actual sistema de salud colombiano ha creado itinerarios burocráticos, donde lo más importante no es cumplir con las necesidades del paciente, sino que su mayor interés es cumplir con las normas administrativas y costos financieros. Estos itinerarios favorecen la estabilidad financiera de las entidades, pero restringen la autonomía profesional y la ejecución planes de tratamiento durante la labor clínica (21).

Entre la autonomía del profesional de salud y la ejecución de los planes de tratamiento o el establecimiento de prioridades en el tratamiento de los pacientes existe una íntima relación-tensión, al momento de la toma de decisiones clínicas, pues esta además de ser racional, ética, autorreguladora y con evidencia científica, también debe darse dentro de un proceso de alteridad y reconocimiento recíproco con el paciente.

En cuanto a los protocolos, se evidenció que limitan el ejercicio profesional del odontólogo, dado que restringen el criterio clínico y la toma de decisiones con el paciente, pues condicionan lo que el odontólogo puede o no hacer, pero no se comportan como una guía orientadora. En contraste, en 2006, Torres y Romo aconsejaron la creación de protocolos sobre la enseñanza de la responsabilidad de lo público y prestación de calidad en los servicios de la salud, los cuales deberían ser aplicados desde las academias hasta la atención clínica real (24).

Con respecto a la promoción y prevención en los modelos de atención en salud Ruales sugiere que debe existir un equilibrio entre las labores de prevención, promoción y curación, con características de integralidad de la atención continua y

longitudinal. Es decir, los modelos de atención deben ser integrales, donde el paciente en cualquier momento de su atención obtenga los servicios requeridos (19). En contraste, esta investigación halló que el modelo de atención está centrado en lo curativo, en la operatoria y lo correctivo.

Para los odontólogos generales que trabajan en IPS públicas y privadas de Bogotá, dentro de sus actividades se encuentra la promoción y la prevención, que deben realizarlas en todos sus pacientes, pero estos solo tienen la oportunidad de asistir a estos programas una vez al año. Además, este ejercicio tiene asignado un tiempo total de quince minutos, durante los cuales debe cubrir enseñanza de cepillado, revelado, recuento de placa y detartraje. Mismo sentido en el cual se pronunció Villalobos, en cuya investigación de 2011, los participantes reportaron como limitantes de su actividad clínica los cortos tiempos de atención, la imposición de metas de actividades de promoción y prevención y también el diligenciamiento de papelería (4).

Otra limitante de la autonomía profesional de los odontólogos que trabajan en IPS públicas y privadas de Bogotá es la restricción a ciertas actividades clínicas, la imposición de realizar actividades básicas de atención y la atención condensada en un tiempo récord de cuarenta y cinco minutos, en una triada conformada por diagnóstico, higiene oral y restauración. En este modelo triádico, se reducen aún más los tiempos de atención y llama la atención que a un profesional se lo limita solo a diagnosticar, lo que hace que pierda su experticia en los procedimientos clínicos, mientras el odontólogo tratante actúa solo como un operador.

Reconociendo que las entidades públicas y privadas son diferentes, sobre todo en el sector de la salud, algunas veces parece que el sector público permite mayor autonomía y el sector privado un poco menos. Sin embargo, en este estudio, la autonomía se evidencia más en el sector particular, pero no se trata de una regla general. Hay contextos distintos, en lo público pueden realizarse muchos procedimientos siempre y cuando se cuente con materiales suficientes o que el número de pacientes no sea tan alto para la jornada laboral, de lo contrario la autonomía se reduce.

Hay características ideales mínimas para realizar una buena labor clínica durante la atención odontológica u otros escenarios de atención en salud, requisitos simples como: un tiempo de atención mayor, la disponibilidad de materiales e insumos de calidad, infraestructura adecuada y accesible, libertad de criterio clínico y decisión, trabajar en equipo con un auxiliar y, fundamentalmente, atender al interés y mayor beneficio para el paciente. Todo esto contribuye directamente al ejercicio de la autonomía profesional.

La autonomía profesional está relacionada con la toma de decisiones y es un eje determinante del ejercicio asistencial. Ejercer la autonomía profesional conlleva al compromiso y cumplimiento de los principios bioéticos de beneficencia, no maleficencia y justicia, de la tradición anglosajona de Beauchamp y Childress (25); beneficios y efectos nocivos, solidaridad, responsabilidad social y salud, de la corriente latinoamericana planteada en la DUBDH (18). Es decir, en medio del ejercicio de poder que implica la relación terapeuta-paciente, el odontólogo en ejercicio de su autonomía tiene el compromiso de mejorar y promover la salud de los pacientes, aplicar el conocimiento científico en favor del mayor bienestar, evitar injusticias y brindar igualdad de oportunidades (26). Es decir, evaluar cuál es el mejor beneficio para el paciente sin llegar a dañarlo, actuar con un criterio profesional y sin discriminación.

Esta idea complementa lo planteado por Villalobos, quien propone que la responsabilidad del odontólogo subyace al respeto por la integridad y la vulnerabilidad de las personas y afirma que ser un buen odontólogo implica tener destreza a nivel técnico-científico y resolver problemas clínicos de su profesión para el bien de sus pacientes, tener valores morales, cualidades y principios éticos profesionales para servir a la comunidad (4). Dado que la toma de decisiones está mediada por la relación de poder odontólogo-paciente, donde surgen deberes y derechos de ambas partes, este tipo de relación debe transitar a una versión de reconocimiento recíproco y estar basada en la empatía y la confianza.

En 2007 y luego en 2015, Camps ha planteado que para dar contenido y poner en práctica

los principios bioéticos se hace necesario que los profesionales de la salud cultiven virtudes como el respeto, la sinceridad, la benevolencia, la compasión, la integridad, olvido de sí mismos y la amabilidad. Así, el profesional actuará no solo con base en las competencias técnico-científicas, sino que transitará a ser un profesional integral, prudente, sin dobleces morales y, por ende, en camino de la excelencia (27,28). Sin embargo, a lo planteado se suma la realidad de los sistemas de salud que, en el caso colombiano, con su enfoque neoliberal y gerencial, enfrenta a los profesionales de la salud a retos y situaciones dilemáticas; los odontólogos que trabajan en IPS públicas y privadas de Bogotá no son ajenos a estas dinámicas.

Otro elemento clave que determina la autonomía de los odontólogos es la modalidad de contratación, que implica inestabilidad laboral. Si el odontólogo está contratado con bajo salario y con una gran cantidad de pacientes, la autonomía va a ser distinta a la de un odontólogo con contrato a término indefinido y con suficiente tiempo para el ejercicio clínico. Por otro lado, las condiciones laborales de los odontólogos no son las mejores; existe una diferencia salarial y contractual entre unos y otros, a pesar de ser todos odontólogos.

Los hallazgos de esta investigación concuerdan con los reportados en 2011 por Villalobos, quien afirma que los odontólogos no tienen condiciones laborales justas por no tener salarios adecuados, aseguramiento social, cobertura en riesgos profesionales, ni derecho a vacaciones. La inestabilidad laboral es preocupante, pues este tipo de contrato vulnera el derecho humano a un trabajo digno y estable (4).

El odontólogo está sujeto a cumplir metas de productividad, esto genera competitividad entre colegas y, en el caso de no estar cumpliendo estas metas, algunos se ven en la obligación de realizar más actividades en sus jornadas laborales para mantener su contrato. Así las cosas, la odontología se convierte en una profesión de ventas de servicios y no de prestación de servicios.

En consonancia con la presente investigación y lo planteado por Villalobos, los odontólogos adquieren el rol de vendedores por tener que cumplir metas de mercado o de producción impuestas por

las IPS (4). Por su parte, en 2010, Abadía y Oviedo reportaron que la administración de la salud está tercerizada por entes privados y que, gracias a esto, la entidad es favorecida de forma económica, pero afecta principalmente a los pacientes y trabajadores de la salud (21).

Entonces, desde la odontología es necesario plantear un giro epistemológico y pragmático hacia los fines de esta profesión y rescatar que, como plantea la DUBDH (18), la salud es esencial para la vida, es un bien social y humano y, por tanto, todo ser humano merece el acceso a la atención en salud de calidad, con excelencia, independientemente de los postulados de los modelos gerenciados o de venta de servicios.

En conclusión, la vida profesional del odontólogo general que trabaja para IPS públicas o privadas, en el contexto de Bogotá, está altamente influenciada (limitada) por el actual sistema de salud, que obliga al profesional de la salud a cumplir estrictas normas que condicionan su actuar durante la labor clínica. La calidad de la atención queda relegada a un segundo plano, pues se da mayor importancia a los beneficios económicos particulares de la entidad, reduciendo al mínimo la autonomía profesional. La toma de decisiones en la práctica clínica se ve alterada, ya que el odontólogo se enfrenta al dilema de buscar el beneficio del paciente o la rentabilidad de la diada EPS/IPS.

El ejercicio de la autonomía profesional exige lograr razonamientos ético-políticos y clínicos, tener destrezas técnico-científicas y promover el bien de los pacientes. Es decir, el compromiso con los principios bioéticos de beneficencia, no maleficencia, justicia, beneficios y efectos nocivos, solidaridad, responsabilidad social y salud, cuidado y respeto por la integridad de las personas, para lo cual el modelo de atención centrado en lo biomédico y la atención gerenciada debe transitar hacia un modelo de atención basado en la solidaridad, la humanización y la excelencia profesional y, de esta forma, construir relaciones de confianza y empatía entre profesionales y pacientes.

Referencias bibliográficas

1. Colombia. Congreso de la República. Ley 100 de 1993. Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones [Internet]. Diario Oficial 41.148 (23 de diciembre de 1993). Disponible: http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0100_1993.html
2. Abadía C. Los sistemas de seguridad y atención en América Latina y los efectos en el ejercicio de la odontología: inequidad e injusticia. En Cardozo de Martínez C, Rodríguez E, Lolas F, Quezada A (eds.) Ética y odontología. Una introducción. Escritos de bioética No. 2. Santiago: Centro interdisciplinario de Estudios en Bioética (CIEB), Universidad de Chile; 2007. Pp. 59-74.
3. Dharamsi S, MacEntee M. Dentistry and distributive justice. *Soc Sci Med.* 2002; 55(2):323-329.
4. Villalobos MJ. Limitaciones de la autonomía de los odontólogos en el sistema de salud colombiano actual [Internet]. [Maestría]. [Bogotá]: Pontificia Universidad Javeriana; 2011 [consultado el 10 noviembre de 2019]. Disponible en <https://repository.javeriana.edu.co/handle/10554/1672>
5. Gonzalo H, Jaramillo D, Gómez G. Efectos de la Ley 100 sobre el campo de estudio y el quehacer de los profesionales de la salud: la práctica odontológica y su caso. *Rev Fac Odontol Univ Antioq* 2006; 18(1):95-102.
6. Rolander B, Jonker D, Winkel J, Sandsjö L, Balogh I, Svensson E et al. Working conditions, health and productivity among dentists in Swedish public dental care a prospective study during a 5-year period of rationalisation. *Ergonomics.* 2013; 56(9):1376-86.
7. Brands WG, Ven van der JM. Evidencebased klinische praktijkrichtlijnen in de mondzorg 5. Richtlijnen: professionele autonomie en zelfbeschikkingsrecht. *NTVT* 2015; 122:331-6.
8. Gillis M, McNally M. The influence of industry on dental education. *J Dent Edu.* 2010; 74(10):1095-105.
9. Cottingham J, Toy A. The industrialisation of the dental profession. *Br Dent J.* 2009; 206(7):347-50.
10. Sarmiento M. Evolución del concepto de autonomía: del pensamiento moderno al pensamiento contemporáneo. Bogotá: Ediciones El Bosque; 2009.
11. Santamaría M. Efectos de la Ley 100 en salud. Colombia: Fedesarrollo; 2011.
12. Colombia. Congreso de la República. Ley estatutaria 1751 de 2015. Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial 49.427 (16 de febrero de 2015). Dispo-

- nible en [http://www.secretariasenado.gov.co/senado/ basedoc/ley_1751_2015.html](http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1751_2015.html)
13. Magalhaes, M. Mercado, Francisco. Investigación cualitativa en los servicios de salud. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2007.
 14. Vasilachis I. Estrategias de investigación cualitativa. Barcelona: Gedisa; 2006.
 15. Hammersley M. Atkinson P. Etnografía. Métodos de investigación. 2da. ed. Barcelona: Paidós; 1994.
 16. Kvale S. Las entrevistas en investigación cualitativa: introducción a la investigación con entrevistas. Madrid: Ediciones Morata; 2011.
 17. Colombia. Ministerio de Salud. Resolución 8430 de 1993. Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. 1993 [consultado el 05 de noviembre de 2019]. Disponible en [http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/lists/ bibliotecadigital/ride/de/dij/resolucion-8430-de-1993. pdf](http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/lists/bibliotecadigital/ride/de/dij/resolucion-8430-de-1993.pdf)
 18. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO). Declaración universal sobre bioética y derechos humanos [Internet]. 2005 [consultado el 05 de noviembre de 2019]. Disponible en [http://unesdoc.unesco.org/ima- ges/0014/001461/146180S.pdf](http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001461/146180S.pdf)
 19. Ruales J. Tendencias en servicios de salud y modelos de atención de la salud. Rev Fac Nac Salud Pública. 2004; 22(99):33-9.
 20. Freitas CHSM. Dilemas no exercício profissional da odontologia: a autonomia em questão. Interface - Comunic Saúde Educ. 2007; 11(21):25-38.
 21. Abadía C, Oviedo D. Itinerarios burocráticos de la salud en Colombia: la burocracia neoliberal, su estado y la ciudadanía en salud. Rev Gerenc Polít Salud 2010; 9(18):86-102.
 22. Rendtorff JD. Basic ethical principles in European bioethics and biolaw: Autonomy, dignity, integrity and vulnerability – Towards a foundation of bioethics and biolaw. Med Health Care Philos. 2002; 5(3):235-44.
 23. Rendtorf JD. Update of European bioethics: Basic ethical principles in European bioethics and biolaw. Bioethics Update. 2015; 1(2):113-29.
 24. Torres M. Romo F. Bioética y ejercicio profesional de la odontología. Acta Bioet 2006; 12(1):65-74.
 25. Beauchamp T, Childress J. Principles of biomedical ethics. 7a. ed. New York: Oxford University Press, 2013.
 26. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), Centro Nacional de Documentación en Bioética de la Fundación Rioja Salud (CIBIR). Responsabilidad social y salud. Informe del Comité Internacional de Bioética de la UNESCO (CIB). Logroño: UNESCO; 2018. Disponible en <https://www.cibir.es/files/biblioteca/2018-unesco-bioetica.pdf>
 27. Camps V. La excelencia de las profesiones sanitarias [Internet]. *Humanitas*. Humanidades médicas. 2007; (21):11-21. Disponible en [http://www.iatros.es/ wp-content/uploads/humanitas/materiales/TM21.pdf](http://www.iatros.es/wp-content/uploads/humanitas/materiales/TM21.pdf)
 28. Camps V. Los valores éticos de la profesión sanitaria. Educación Médica. 2015; 16(1):3-8.

