



Revista Colombiana de Bioética

ISSN: 1900-6896

publicacionesbioetica@unbosque.edu.co

Universidad El Bosque

Colombia

Escobar López, María Teresa

Atención en salud oral: un escenario de exclusión en las leyes colombianas y un asunto para la bioética, a partir de un caso de enfermedad periodontal

Revista Colombiana de Bioética, vol. 8, núm. 1, enero-junio, 2013, pp. 107-122

Universidad El Bosque

Bogotá, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=189228429008>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

*Atención en salud oral: un escenario de exclusión en las leyes colombianas y un asunto para la bioética, a partir de un caso de enfermedad periodontal**

Oral care: a scenario of exclusion in Colombian law, and a bioethical issue from a case of periodontal disease

María Teresa Escobar López**

Resumen

La asistencia sanitaria en Colombia está regulada por el Sistema General de Seguridad Social en Salud (LEY) que excluye, por ejemplo, el tratamiento de enfermedades periodontales, las cuales en algunas etapas clínicas pueden causar la muerte. El presente artículo inicia citando un caso, luego hace un análisis de la atención en salud oral bajo tres referentes: 1) Los estudios de salud oral realizados en el país; 2) la LEY; 3) los fallos y jurisprudencias emanados a raíz de acciones de tutela interpuestas por personas que vieron vulnerados sus derechos en salud. El principal hallazgo del trabajo fue que la salud oral sigue siendo asunto secundario para la LEY, a pesar de las cifras de morbilidad presentadas en los estudios y los fallos emitidos luego de las tutelas, situación que comparte con algunos países de Latinoamérica y el mundo. Posteriormente se hace una reflexión acerca de la exclusión desde la ley misma, y del ejercicio de la odontología y su énfasis comercial bajo la lógica del mercado. Finalmente, se propone que las soluciones no pueden surgir exclusivamente de la odontología o las leyes y que las políticas de salud deben contemplar enfoques interdisciplinarios como la bioética, tener en cuenta los derechos humanos, en sus relaciones con otras áreas del conocimiento e instancias de la sociedad.

Palabras clave: Odontología, enfermedad periodontal, exclusión social, justicia, Bioética.

Abstract

In Colombia, health care is offer under Health Social Safety General Law and there is some exclusions in oral care, for example, periodontal disease, that may be both severe and lethal. At first, this paper mentioning a case and then analyse care offer under three topics: 1) Oral Health Surveys in Colombia; 2) Colombian Health Law; and 3) judgment verdicts and jurisprudences when citizens demanded actions to get respect for its rights in health issues, common situation in some countries of Latin America and else. Later it is made a reflexion about exclusion and dentistry with its current trade emphasis. Finally, it shows that analysis and

* Artículo de reflexión. Este artículo fue elaborado como parte del proceso de formación en el Doctorado en Bioética de la Universidad El Bosque. Documento entregado el 19 de marzo de 2013 y aprobado el 17 de junio de 2013.

** Odontóloga de la Universidad Nacional de Colombia. Especialista en Docencia Universitaria. Magíster en Bioética, Doctorado en Bioética de la Universidad El Bosque. Profesora Asociada de la Facultad de Educación y Humanidades, Universidad Militar Nueva Granada. Correo Electrónico: maria.escobar@unimilitar.edu.co

possible lines of solution cannot be conceived exclusively from dentistry and law because health policies must contemplate interdisciplinary focus as bioethics; consider human rights, and its relationships with other knowledge areas and social instances.

Key words: Dentistry, periodontal disease, social exclusion, justice, Bioethics.

Introducción

“La ética social se reduce a una búsqueda de soluciones al conflicto entre los más privilegiados y los menos privilegiados. Toda otra materia depende de este conflicto: el avance de los más privilegiados versus la lucha por la supervivencia... piensen la bioética como una nueva ética científica que combina la humildad, la responsabilidad y la competencia, que es interdisciplinaria e intercultural, y que intensifica el sentido de la humanidad”.

Van Rensselaer Potter¹

Bajo la perspectiva anglosajona de la bioética clínica, la búsqueda de solución a los dilemas que se presentan con cierta frecuencia en el ejercicio de las actividades sanitarias, específicamente en materia de atención en salud o de investigación con seres humanos, suele comenzar con la descripción y análisis del caso donde ocurre el conflicto de valores o principios aceptados en el contexto de sociedades hoy en día plurales, multiétnicas y multiculturales. Los comités éticos de asistencia o de investigación serían los escenarios naturales donde se trata de encontrar soluciones a dichos conflictos. Por otro lado, entre las metodologías en ciencias sociales hace tiempo se acude a los estudios de caso² a fin de comprender mejor

los mismos valores o principios que rigen el comportamiento social de los seres humanos en diferentes contextos. A través de estos estudios, que arrancan de situaciones particulares, es posible encontrar también conflictos entre valores y principios que reflejen problemas en órdenes más grandes, a niveles que pueden llamarse macro-sociales. Es esta la perspectiva que asume el presente trabajo.

1. El caso

Hombre de 55 años de edad, profesional y casado. Fallece en un hospital a causa de una sepsis de origen periodontal³, según se anota en el diagnóstico de egreso. La esposa, cuando fue entrevistada, decía insistentemente:

“tanto que yo le dije que se sacara esos dientes, pero él era terco y no me hacía caso de mandárselos a sacar, los tenía todos flojos hacía tiempo, pero siempre repetía que un profesional sin dientes era como una cocinera sin ollas... lo cierto es que se le

(En este caso la atención en salud) “y, simultáneamente, el plano socio cultural”. (SÁNCHEZ DE BALCERO, Inés. Mimeógrafo del Curso de metodologías de la investigación cualitativa a docentes del Seminario de Filosofía e Historia de la Ciencia. Bogotá: Universidad El Bosque, 2000).

³ Muchas infecciones severas de la región buco-facial se desarrollan como consecuencia de infecciones odontogénicas, las cuales se diseminan a través de los planos anatómicos buscando las vías que ofrecen menor resistencia. La diseminación de las infecciones bucales usualmente siguen trayectos anatómicos a través de los espacios y planos aponeuróticos; estas infecciones pueden ir en ascenso y afectar el cerebro, los senos cavernosos y las órbitas por diseminación directa a través del plexo pterigoideo y plexo venoso en la fosa pterigomaxilar; también pueden ir en descenso y alcanzar el mediastino por diseminación contigua a través de los espacios parafaríngeos, retrofaríngeos y retroviscerales. Para ampliar información al respecto se puede ver: DINATALE, Elio. Diseminación de la infección odontogénica [en línea]. *Acta Odontológica Venezolana*. 2000, vol. 38 (1), 37–43. ISSN 0001–6365. Disponible desde: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S0001-636520000001000006&script=sci_arttext

¹ POTTER, Van Rensselaer. Bioética puente, bioética global y bioética profunda. *Cuadernos del Programa Regional de Bioética*. 1998, (7), 21–32.

² Los estudios de caso en sociología difieren de los casos clínicos en salud, la pretensión allí es delimitar un espacio que integre tres dimensiones: la social, donde se observan las formas simbólicas que ocupan los individuos en la estructura social, la **dimensión cultural** donde la intención es ver cómo se representa el mundo social y la **psicológica** donde lo importante son los mecanismos o procesos psicológicos que posibilitan la ordenación en el ejercicio de las acciones. “Los estudios de caso permiten tratar con el individuo episodios significativos de su vida, del tema de estudio”

complicó un absceso, de los que él tenía. Quién iba a pensar que por un dolor de muela se iba a morir... Así fue, pero claro que él había ido a tratamiento; nosotros estamos afiliados a la EPS⁴ por cuenta de un hijo, de allá lo mandaron a la odontología particular para que se hiciera un tratamiento, porque eso no lo cubría la EPS... lo que pasa es que el tratamiento era muy costoso y nosotros no tuvimos para un tratamiento tan caro”.

Algunos elementos destacables del caso son los siguientes: La extracción de las piezas dentales como visión de tratamiento para el “dolor de muelas”. Esto, y la visión de que nadie se va a morir a causa de un “dolor de muelas”, muestran algo de la ignorancia que usualmente acompaña a la pobreza y la exclusión social. Sin embargo, la imagen negativa de un profesional sin dientes, a su vez, muestra que, a pesar de la pobreza o la exclusión, hay cierto patrón estético que debiera preservarse, algo que la gente relaciona con la dignidad. Haber acudido a la Entidad Promotora de Salud (EPS, sigla con que se conoce a la aseguradora en salud a la cual debe estar suscrito todo ciudadano colombiano bajo el denominado Sistema General de Seguridad Social en Salud – en este escrito, simplemente LEY), es otro punto objeto de interés, por cuanto sugiere que se buscó atención sanitaria y que, acogiéndose a la legislación vigente, debería acudir a la oferta de servicios privados de salud por cuanto este tipo de intervención no está incluido en el paquete que pudiera llamarse de obligatorio cumplimiento en la LEY. Por último, está el asunto de los costos, lo cual obliga a las personas o las familias a aplazar ciertas intervenciones a fin de cubrir necesidades más urgentes, algo que, para no entrar en demasiados detalles, simplemente respondería al llamado “sentido común”: si el dinero no me alcanza para cubrir dos necesidades, escojo una, la que estime más

importante. Otra cosa es no tener como cubrir ninguna, y eso no suele ser muy raro en sociedades marcadas por la pobreza y la injusticia. Pero ese es asunto de otro texto.

Como se verá, los elementos señalados se relacionan de alguna manera, o entran en conflicto, con los hallazgos de los estudios acerca de salud oral, con la LEY y con los fallos y jurisprudencias emitidos a partir del ejercicio del derecho de tutela por parte de algunos sujetos que vieron vulnerados sus derechos fundamentales. En consecuencia, los tres pilares sobre los cuales se plantea el análisis del caso sucintamente presentado están en lo que llamaríamos los hallazgos científicos en materia de salud oral, los aspectos legales de la prestación de servicios de atención en salud y las demandas o reclamos por violación de derechos que, a la luz de la misma Constitución de la República de Colombia, son reconocidos para todos los ciudadanos. Luego de esto, se hacen algunas reflexiones y se emiten unas pocas conclusiones a partir de documentos escritos de autores que han tocado el tema de la exclusión y la pobreza en su relación con la atención en salud.

2. Estudios de salud oral en Colombia

En el primer estudio de salud oral llevado a cabo entre 1965 y 1966 se reportó que el 88.7% de las personas sufría enfermedad periodontal⁵.

⁵ Según la Academia Americana de Periodoncia, es una enfermedad que afecta las encías y la estructura de soporte de los dientes. Las bacterias presentes en la placa causan la enfermedad periodontal. Si no se retira, cuidadosamente, todos los días con el cepillo y el hilo dental, la placa se endurece y se convierte en una sustancia dura y porosa, llamada cálculo (también conocida como sarro). Las toxinas que se producen por las bacterias en la placa irritan las encías. Al permanecer en su lugar, las toxinas provocan que las encías se desprendan de los dientes y se forman bolsas periodontales, las cuales se llenan de más toxinas y bacterias. Conforme la enfermedad avanza, las bolsas se extienden y la placa penetra más y más hasta que el hueso que sostiene al diente se destruye. Eventualmente, el diente se caerá o necesitará ser extraído. Es una enfermedad progresiva, que de una primera etapa, la gingivitis,

⁴ Entidad Promotora de Salud. Bajo el sistema de salud colombiano es la Aseguradora a la cual debe estar afiliado cualquier trabajador.

Un segundo estudio, adelantado entre 1977 y 1980, mostró que el 94,7% de la población tenía esta patología en alguna de sus fases, y el último estudio (publicado en 2000)⁶ reveló la presencia de por lo menos un marcador de daño periodontal (sangrado, cálculos o bolsas)⁷ en el 92,4% de las personas. A manera de ejemplo: 8,8% presentó sangrado al sondaje, 53,3% mostró sangrado y cálculos. Sin embargo, lo que llamó la atención fue que el 60,9% de los niños de 12 años ya presentaba alguna manifestación importante de enfermedad periodontal, por ejemplo: bolsas pandas (menores de 6 mm) se diagnosticaron en el 26,5% de las personas (IC95%: 26,88–26,91) y bolsas profundas (de 6 y más mm) en el 3,8% (IC95%: 3,78–3,81). Por otra parte, el último estudio sostiene que, en la población general, el denominado Índice de Extensión y Severidad alcanzó un 16% de las superficies dentales afectadas con al menos un marcador periodontal, mientras el 50,1% presentó alguna pérdida de soporte dental.

No se puede afirmar tranquilamente que entre el segundo y el tercero de los estudios nacionales la enfermedad disminuyó, pues metodológica y conceptualmente pudieron haber variado los criterios de evaluación. De todas maneras, las cifras son alarmantes si tenemos en cuenta que la enfermedad periodontal no tratada, al desarrollar procesos infecciosos, puede comprometer la salud general y aun la vida de los

pacientes que presenten esta patología⁸. Cabe resaltar la importancia que tiene la boca en las relaciones interpersonales o laborales, etc. Al respecto, el mismo estudio de salud oral refiere como no es rara la circunstancia en la que la pérdida de dientes, o la fractura de las prótesis, llevan a las personas a ausentarse del trabajo o del estudio.

3. La legislación colombiana en materia de salud

En la Constitución Política de Colombia, capítulo 2, acerca *De los derechos sociales, económicos y culturales*, artículo 48, se dice: “la seguridad social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado”. A partir de la Constitución, se instituye la *Ley 100 de 1993, por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones*.

Mediante esta ley se plantea crear las herramientas para que la persona y su comunidad gocen de calidad de vida, con el fin de lograr el bienestar individual y la integración de la comunidad, brindando *la protección a las contingencias que le afecten*, bajo los principios de eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad y participación.

Siendo breve, con ella se instaura un sistema en el cual una parte del aporte para su financiamiento correría a cargo de los trabajadores (cotizantes) y otra parte va por cuenta del Estado. Así se cubriría los costos de atención de quienes no tenían manera de cubrirlos por ser dependientes o pertenecer a los estratos socioeconómicos más bajos. Se crean así dos grandes

puede evolucionar a periodontitis avanzada. La Academia Americana de Periodoncia también asegura que “Los investigadores han descubierto que las personas que sufren de enfermedad periodontal corren doble riesgo de contraer la enfermedad de las arterias coronarias, en comparación con aquellos que no la sufren”. Esto es por el paso constante al torrente sanguíneo de microorganismos, los cuales llegan hasta las válvulas y arterias del corazón. Para ampliar visitar enlace: www.perio.org

⁶ REPÚBLICA DE COLOMBIA – MINISTERIO DE SALUD. *Tercer Estudio Nacional de Salud Bucal – ENSAB III*. Tomado de SIVIGILA. Citado y publicado en el Informe Ejecutivo Semanal N° 8 de la Oficina de Epidemiología. Bogotá: 2000. Disponible desde: <http://www.saludcolombia.com/actual/salud46/informe.htm>

⁷ Las bolsas son la separación patológica o anormal del diente de sus tejidos de soporte.

⁸ A esto se suma, como agravante de la situación, el que los pacientes en general no perciben como sería la enfermedad oral y menos la enfermedad periodontal. “Sólo el 3,4% relaciona la presencia de sangrado de la encía con no tener la boca sana”. REPÚBLICA DE COLOMBIA – MINISTERIO DE SALUD. *Op. cit.*

regímenes de asistencia en salud, uno contributivo, el otro subsidiado. En este contexto surge el llamado Plan Obligatorio de Salud (POS), un mínimo al que todo colombiano tendría acceso garantizado.

Actualmente, el POS, definido por la Comisión de Regulación en Salud (CRS) mediante el Acuerdo 008 de Diciembre 29 de 2009, reconoce 5.832 actividades, procedimientos e intervenciones en salud y servicios hospitalarios. Dicho Acuerdo, dirigido a actualizar los planes obligatorios de salud, en el Capítulo III, en el numeral 10 del artículo 54: Exclusiones en el Régimen Contributivo, hace referencia a las siguientes exclusiones: “...tratamientos de *periodoncia*, *ortodoncia*, *implantología*, *prótesis* y *blanqueamiento en la consulta odontológica*.” Lo mencionado acerca de la LEY es suficiente para los intereses del presente trabajo.

Por otro lado, la legislación colombiana no contempla la atención en salud como un derecho fundamental, pues así lo expresan explícitamente la Constitución y las leyes. Recientemente, la sentencia T-760/08 pone en evidencia la dificultad para establecer la atención en salud como derecho fundamental y la necesidad de hacerlo no solamente desde la tutela y la figura de la *conexidad*. Fue precisamente dicha sentencia que generó el Acuerdo 08 del 29 de Diciembre de 2009, ya referido, en el que se establecieron los nuevos POS para los regímenes contributivo y subsidiado, donde, entre muchas más, siguen igualmente excluidas las actividades odontológicas encaminadas a tratar las enfermedades periodontales.

Es de esperar, en consecuencia, que se registren casos lamentables como el descrito, casos prevenibles y que, desde la óptica de los derechos humanos, la dignidad y la bioética, no deberían ocurrir, pues son técnica y científicamente susceptibles de intervención efectiva. Al res-

pecto, un especialista en periodoncia y docente universitario, asegura que es evidente que el tratamiento de la enfermedad periodontal debe estar incluido en el POS por ser una patología de importancia epidemiológica, dado que la padece un alto porcentaje de la población colombiana. Él dice: La enfermedad periodontal es considerada como un factor de riesgo para la enfermedad cardiovascular y cerebrovascular...” Muchos sabemos que estas entidades son las principales causas de enfermedad y muerte hoy en el mundo entero. Continúa dicho autor: la enfermedad periodontal “...por lo tanto, está afectando la vida de las personas, derecho fundamental consagrado en la constitución colombiana”.

Este profesional sostiene, en el mismo artículo, que la población de escasos recursos, al no poder acceder a los servicios privados de atención en periodoncia, frecuentemente tiene que recurrir a la mutilación (exodoncia) o dejar simplemente que se convierta en un proceso inflamatorio crónico con consecuencias para la salud en general. Finalmente, afirma que ante un panorama como este, la LEY debe ser reformulada, pues es evidente que no es justa en salud oral.

4. Las tutelas¹⁰ y jurisprudencias en salud oral

Dado que en el artículo 48 de la Constitución, la salud no es un derecho sino un servicio social, se da cabida, entre otras, a las exclusiones mencionadas y, en consecuencia, obliga acudir

⁹ OLARTE, Carlos. La Ley 100 y la periodoncia en Colombia. *Revista de la Federación Odontológica Colombiana*. 2000, vol. 59 (198).

¹⁰ Mecanismo previsto en el artículo 86 de la Constitución Política de Colombia el cual busca proteger los Derechos constitucionales fundamentales de los individuos “...cuando quiera que éstos resulten vulnerados o amenazados...” es denominada en otros países, *recurso de amparo*. (REPÚBLICA DE COLOMBIA. *Constitución Política de Colombia* [en línea]. Disponible desde: http://cms-static.colombiaaprende.edu.co/cache/binaries/articles-186370_constitucion_politica.pdf?binary_rand=1416)

a la tutela. Así, unas necesidades que se deberían cubrir colectivamente sólo se materializan cuando se hace un reclamo individual. Esto convierte la salud en un campo de pugna, donde se miden fuerzas para resolver asuntos que comprometen la vida de seres humanos. La enfermedad, según se ha establecido histórica, económica, política y culturalmente, está en buena parte relacionada con las condiciones sociales. Como se dijo, la enfermedad periodontal implica algún riesgo de procesos infecciosos que, en estadios avanzados, pueden poner en peligro la vida de la persona afectada.

Volviendo al vacío que crea la propia Constitución, si la exigencia de tratamiento tiene que ser resuelta de manera individual mediante tutela, ¿qué opción tiene un individuo cuando una complicación de su patología lo puede llevar a la muerte en cuestión de días? Adicionalmente, existen otras exclusiones que se suman a las estipuladas directamente por la ley, como las derivadas de la interpretación y el manejo del sistema por parte de las EPS.

A diario las personas enfrentan “barreras en la atención”, algunas directas, por ejemplo, las establecidas en el marco legal y que condicionan el inicio de la atención a la “reducción de placa del 15%” En la *resolución* simplemente no está claro qué índice se tiene en cuenta. Tampoco hay sustento “científico y técnico” que soporte ese 15 y no un 20%, u otra cifra. En realidad, esto ha significado a los usuarios quedarse por fuera del inicio oportuno de un tratamiento regular hasta que “no bajen su índice de placa”. Lógicamente, quedan interrogantes sobre la forma de medir la placa y los métodos utilizados por las instituciones para proveer a los usuarios de los mecanismos adecuados para lograr ingresar efectivamente en el sistema.

En particular, si nos remitimos a Bogotá, encontramos que la meta de caries para el año

2000 no se cumplió¹¹ aun cuando es la enfermedad más conocida, referida en la consulta, diagnosticada y tratada.¹² La enfermedad periodontal suele estar sub-diagnosticada al cursar, sobre todo en estadios iniciales, como una enfermedad asintomática. Adicionalmente, existen problemas con el acceso a los servicios de salud. Los tratamientos de endodoncia están cubiertos por el plan de salud, pero la realización de los tratamientos de conductos, por ejemplo, se condiciona al hecho de que el paciente “demuestre”¹³, que posteriormente se va a realizar una rehabilitación. Esto ha llevado a que, en ocasiones, los pacientes terminen no realizándose tratamientos de conductos con las consiguientes consecuencias de infecciones y pérdidas dentales. Hay inconsistencias en la ley y en las resoluciones en aspectos como los enunciados aquí. Quizá su parte operativa quedó mal formulada o es inadecuada, pues riñe con los conceptos de salud-enfermedad oral y riesgo, lo que termina haciéndola inoperante e injusta. Si nos atenemos a las jurisprudencias, la norma apunta en pro de un mal menor, más que de un beneficio, y la aplicación de un principio superior contraviene la norma¹⁴. Al respecto las jurisprudencias aclaran:

El concepto de derecho a la salud, cuando va aparejado de su conexidad con la vida, ha sido definido como ‘la facultad que tiene todo ser humano de mantener la normalidad orgánica

¹¹ Datos tomados de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, 20 de mayo a 16 de junio de 2001.

¹² Hay que tener en cuenta que el ENSAB III refiere que la prevalencia de caries en niños de 12 años fue del 57%, los cuales presentan una o más lesiones de caries no tratadas.

¹³ Pacientes en ocasiones son obligados a llevar una constancia de un odontólogo que afirma que posterior al tratamiento de conductos se rehabilitará el diente, so pena de no realizarles el conducto radicular.

¹⁴ Ver al respecto del derecho a la salud ejemplificado en dos pacientes a los que se les tuteló el derecho a la salud y la dignidad en relación con los tratamientos de ortodoncia: REPÚBLICA DE COLOMBIA – CORTE CONSTITUCIONAL. *Sentencia T-708/03*. Bogotá: 14 de agosto de 2003; y REPÚBLICA DE COLOMBIA – CORTE CONSTITUCIONAL. *Sentencia T-504/06*. Bogotá: 30 de junio de 2006.

funcional, tanto física como en el plano de la operatividad mental, y de restablecerse cuando se presente una perturbación en la estabilidad orgánica y funcional de su ser'. Implica, por tanto, una acción de conservación y otra de restablecimiento¹⁵.

Si adelantamos la revisión de las jurisprudencias, podemos dar argumentos para tratar, por ejemplo, de llevar a las cortes la solicitud de hacer extensibles los derechos a la asistencia en salud oral a todas las personas para que no sigan siendo exigidos individualmente y mediante el recurso de tutela. Como lo muestra el siguiente aparte de una sentencia sobre un tratamiento de periodoncia: expediente T-2.882.439, Sentencia T-198/11.

Existen circunstancias que ameritan el suministro de un medicamento o la práctica de un tratamiento o intervención que, a pesar de no estar contemplados en el Plan Obligatorio de Salud (POS), su no autorización vulnera o pone en peligro derechos constitucionales fundamentales de las personas como la vida, la integridad personal y la dignidad humana...¹⁶.

En otra sentencia también para tratamientos odontológicos se parte del principio de dignidad humana, así:

Es que el concepto de dignidad humana no constituye hoy, en el sistema colombiano, un recurso literario u oratorio, ni un adorno para la exposición jurídica, sino un principio constitucional, elevado al nivel de fundamento del Estado y base del ordenamiento y de la actividad de las autoridades públicas. En virtud de la dignidad humana se justifica la consagración de los derechos humanos como elemento esencial de la Constitución Política (art. 1 C.P.) y como factor de consenso entre los Estados, a través

de las cláusulas de los tratados públicos sobre la materia (art. 93 C.P.)¹⁷.

5. Odontología y exclusión

La exclusión se reconoce hoy, desde la política y la economía, como una condición evitable y susceptible de cambio, si hay interés por lograr mejoras en la calidad de vida y en el desarrollo de la sociedad. La odontología y sus patologías han sido tratadas como “cosa aparte” en el campo de salud, quizás por sus altos costos y por las dinámicas sociales que surgen a su alrededor, pues en el ámbito político los profesionales de la salud oral no han tenido una participación organizada en materia de regulaciones o normas, ya que estas han provenido generalmente de sectores que desconocen su dinámica y obedecen, básicamente, a intereses económicos. A esto se suman condiciones culturales y sociales donde los asuntos de la boca históricamente han sido marginales y desarticulados de la salud pública.

En bioética se debería ir más allá del planteamiento de dilemas en la práctica sanitaria, pues la exclusión de patologías odontológicas requiere análisis más profundos de los hasta ahora realizados por la bioética clínica y la bioética de los comités. Pablo Simón Lorda plantea la necesidad de acudir a lo que se denomina el segundo estadio de la bioética, *la ética de las organizaciones sanitarias*, paso fundamental para pensar en análisis estructurales de soluciones consensuadas que pongan en diálogo la lógica del mercado, los intereses sociales y sus necesidades¹⁸.

¹⁵ *Ibid.* Ver también: REPÚBLICA DE COLOMBIA – CORTE CONSTITUCIONAL. Sentencia T-597/93. Bogotá: 15 de diciembre de 1993.

¹⁶ Ver: REPÚBLICA DE COLOMBIA – CORTE CONSTITUCIONAL. Sentencia T-198/11. Bogotá: 23 de marzo de 2011.

¹⁷ Al respecto, Ver: REPÚBLICA DE COLOMBIA – CORTE CONSTITUCIONAL. Sentencia T-114 /97. Bogotá: 6 de marzo de 1997; REPÚBLICA DE COLOMBIA – CORTE CONSTITUCIONAL. Sentencia T-640 /97. Bogotá: 1 de diciembre de 1997; y REPÚBLICA DE COLOMBIA – CORTE CONSTITUCIONAL. Sentencia T-175/02. Bogotá: 8 de marzo de 2002.

¹⁸ SIMÓN, Pablo. La ética de las organizaciones sanitarias: el segundo estadio de desarrollo de la bioética. *Revista Calidad Asistencial*. 2002, vol. 17 (4), 247–259.

Desde la odontología y la bioética, es un deber retomar los instrumentos internacionales de derechos humanos, donde la salud aparece “como un derecho fundamental, universal, interdependiente de los demás derechos humanos y que comporta tanto libertades como derechos”¹⁹. De esta manera, “la plena realización del ser humano y el cabal ejercicio de los demás derechos humanos exige el disfrute del más alto nivel de salud física y mental”²⁰. El derecho a la salud obliga un abordaje integral, incluyendo su dimensión individual, asistencial, colectiva, preventiva, participativa, promocional, cultural e institucional, incluida la formación profesional. No puede ser reducida únicamente a la asistencia y el cuidado y separada de la salud en general. Su énfasis extremo en lo biológico es problemático, ya que las patologías pueden, social y culturalmente, afectar el desarrollo de la vida, la personalidad y la dignidad de los seres humanos, independiente de las condiciones en que se nace. Es un asunto que tiene que ver con el cuidado de la vida y la dignidad humana²¹.

Una dificultad central en la atención en salud está relacionada con la exclusión de franjas importantes de población, especialmente por condiciones de pobreza y miseria. La salud oral suele ser una de las áreas del sector más afectadas, como lo demostró el III Estudio Nacional de Salud Bucal (ENSAB) de 1998. La Organización Mundial de la Salud (OMS) recurrió a este estudio para clasificar a Colombia en el grupo de los países con un alto índice de caries, un problema de salud pública.

Generalmente, las personas acuden al odontólogo sólo cuando hay dolor pero, aun así,

busca atención únicamente una parte de ellas. El mencionado estudio refiere que el 82,9% de las personas han presentado dolor de muela o diente alguna vez en su vida, de ellos 22,2% en el último mes y de estas el 66% consultó. Entre las causas para no consultar figuran: la falta de dinero, la dificultad en el acceso a los servicios para consultas regulares (ya sea por vivir en zonas rurales, por no tener afiliación a la seguridad en salud o por pertenecer al régimen subsidiado), por la deficiencia en la oportunidad y en la organización de los servicios para responder a las diferentes percepciones y representaciones de las personas tanto de la boca como de la enfermedad bucal y la poca credibilidad que tiene la población de la profesión odontológica²².

Como vemos, el problema va más allá de la cifras y de la forma como suele ser presentado por los análisis gubernamentales, los medios de información o el sector salud y sus instituciones, las Organizaciones No Gubernamentales, etc. Dicho problema, visto en la cotidianidad, sencillamente es sobrecogedor y está relacionado con deficiencias a nivel de la organización del Estado y de las leyes o los gremios, además del desconocimiento de deberes y derechos por parte de las comunidades, el contexto histórico, social y cultural en que se han desarrollado los hábitos, las costumbres y las creencias respecto a salud oral. Es decir, se trata de un asunto mucho más complejo que las preocupantes estadísticas de morbilidad oral. Para efectos de esta reflexión, solamente se tomó la exclusión desde las propias leyes colombianas, esto con el fin de adelantar un acercamiento inicial a un problema que, en el fondo, es estructural.

En odontología es necesario revisar el fenómeno inicialmente desde la ley que regula la prestación de servicios en salud oral y su significa-

¹⁹ DEFENSORÍA DEL PUEBLO – COLOMBIA. *Sistema de seguimiento y evaluación de la política pública de salud a la luz del derecho a la salud*. Bogotá: Programa de Seguimiento de Políticas Públicas en Derechos Humanos, 2006, pp. 16–45.

²⁰ *Ibid.*, p. 17.

²¹ SPINSANTI, Sandro. *Bioética global o la sabiduría para sobrevivir. Cuadernos del Programa Regional de Bioética*. 1998, (7), 10.

²² REPÚBLICA DE COLOMBIA – MINISTERIO DE SALUD. *Op. cit.*

do en la vida, la salud y el bienestar, es decir, en las dimensiones del desarrollo humano²³.

Producto del último estudio de salud oral y de su análisis comparativo con los dos anteriores surgió el Plan Nacional de Salud Bucal²⁴. En este plan se aborda la problemática de la salud bucal y se resaltan aspectos como²⁵: condiciones de salud bucal inadecuadas, altas prevalencias de enfermedad, no hay reconocimiento de la salud bucal como un componente fundamental de salud de la población, existe inequidad en el acceso de la población a la prestación de los servicios de salud bucal, falta reglamentación normativa relacionada específicamente con aspectos que den soporte a la práctica odontológica y a la gestión con calidad y costo–efectividad de los servicios de salud bucal, hay desarrollos inadecuados de procesos de seguimiento y control, hay inadecuada gestión integral del recurso humano en salud bucal, falta de conocimiento oportuno de la situación de salud bucal de la población por deficiencias en los sistemas de información. Sin embargo, si bien el documento plantea la problemática, no se pasa de las buenas intenciones y recomendaciones.

En ese sentido, con frecuencia se suman circunstancias y actitudes de las personas hacia la odontología, como aparece en un apartado del tercer estudio de salud oral que establece las concepciones de las personas en esta materia, subtítulo *Representaciones, conocimientos y*

prácticas en salud bucal, donde se muestra cómo, siendo tan frecuente la enfermedad periodontal, los individuos no la asocian con problemas más serios.

Al preguntar acerca de qué significa una boca sana, un alto porcentaje refiere que es no tener caries y aparecen consideraciones estéticas, como dientes blancos y parejos. La enfermedad periodontal sencillamente se desconoce. En relación con la demanda y utilización de servicios de salud bucal, el estudio encontró que sólo se consulta al odontólogo cuando la enfermedad se torna incapacitante y, por otro lado, existe un alto nivel de automedicación. Esto también puede sugerir que los propios profesionales de la odontología no estamos “educando” adecuadamente nuestros pacientes en materia de prevención y cuidado en salud oral, sino que hemos pasado por alto las dimensiones no biológicas en el desarrollo de los procesos de la enfermedad y también hemos dejado de lado consideraciones socioculturales e históricas en los procesos de enseñanza o en las políticas en salud, algo evidente si tan sólo revisamos la ausencia de consideraciones respecto a la diversidad cultural, étnica, geográfica, religiosa, etc.

Por otra parte, las reglas del mercado condicionan la enseñanza de la odontología y, en general, otras ciencias de la salud. Existe un deber moral de enseñar hacia la equidad y analizar la exclusión desde la academia, pues al contrario de disminuir, la desigualdad se incrementa mediante el incentivo de las tecnologías y las investigaciones de punta, donde se prioriza lo raro, lo extravagante, lo especializado, subvalorando el papel del odontólogo general, del tratamiento cotidiano y las patologías frecuentes, aspectos que aumentan las diferencias sociales y culturales. La odontología ha observado un comportamiento plegado a una escuela que reproduce de manera acrítica y pasiva un sistema

²³ El desarrollo humano es definido por el PNUD (1990) así: “es la ampliación de las oportunidades de los individuos para que, con libertad, alcancen una vida larga y saludable, puedan adquirir conocimientos individual y socialmente valiosos, y tengan la oportunidad de obtener los recursos necesarios para disfrutar de un nivel de vida decoroso”. PNUD. *Desarrollo humano. Informe 1990*. Bogotá: Tercer Mundo Editores, S.A., 1990.

²⁴ REPÚBLICA DE COLOMBIA – MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución Número 3577 de 2006. Por la cual se adopta el Plan Nacional de Salud Bucal – PNSB. *Diario oficial*, (46.411), 4 de octubre de 2006.

²⁵ *Ibid.*, p. 9.

injusto. Al respecto, Pierre Bourdieu²⁶ sostiene que la escuela legitima y refuerza, mediante conjuntos específicos de prácticas y discursos, los sistemas de comportamiento y disposiciones clasistas que contribuyen a reproducir la sociedad dominante²⁷.

6. Exclusión y pobreza

En las definiciones de exclusión²⁸ se menciona la escasez de oportunidades, la imposibilidad de gozar de derechos sociales sin ayuda, la falta de participación en lo social, en lo político, en lo cultural, la imagen desvalorizada de sí mismo²⁹ o la imposibilidad personal de hacerle frente a las propias responsabilidades³⁰. También se habla de un “proceso dinámico y multidimensional propio de las sociedades postindustriales”³¹. Aunque existen posturas según las cuales hablar de pobreza es lo mismo que hablar de exclusión, en este texto se adopta la visión más amplia y, de hecho, más compleja, donde hay diferencias fundamentales como: la pobreza es un estado personal que afecta a individuos de las sociedades industriales, mientras que la exclusión es un proceso estructural que afecta a grupos sociales y, a diferencia de la pobreza que presenta carencias económicas, la exclusión posee

un carácter multidimensional, donde se juntan problemas laborales, económicos, sociales, culturales, entre otros.

En el ámbito de la pobreza las distancias sociales son arriba-abajo, mientras en la exclusión son dentro-fuera. Mientras en la pobreza existe pasividad y marginación de los individuos, en la exclusión se presenta resentimiento y crisis de los vínculos sociales³². De esta manera, encontramos que no es simplemente un fenómeno de pobreza, la exclusión está relacionada generalmente con una serie de problemas duraderos en el tiempo, interrelacionados con condiciones sociales particulares, como raza, sexo o discapacidad, entre otros³³.

La visión de problema, más allá de las definiciones y las cifras, en las circunstancias y los contextos particulares revela otras dimensiones, quizá no tan evidentes pero que inciden en la dinámica y el desarrollo social. En Colombia, la exclusión social nos ha acompañado históricamente. Sin embargo, la economía nacional, bajo los esquemas de mundialización³⁴ que cambiaron el modelo de desarrollo interno hacia la apertura de mercados internacionales, tuvo consecuencias negativas e impactos preocupantes para muchos, como el descenso de los ingresos, el aumento de las tasas de desempleo, la proliferación de empleo informal y la vinculación de mujeres jóvenes y niños al mercado

²⁶ BORDIEU, Pierre. *Los usos sociales de la ciencia*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión, 2000.

²⁷ El autor critica la idea de la comunidad científica por ser una consideración cómoda, imprecisa y vaga respecto de lo que realmente es un campo con competencias, que obedece a leyes específicas. La odontología y sus especialidades se convierte en un ejemplo de ello, pues existe “una lucha competitiva que tiene por desafío específico el monopolio de la autoridad científica” ligado básicamente al poder, como lo analiza muy bien Foucault.

²⁸ Según la Real Academia Española de la lengua exclusión es quitar a alguien o algo del lugar que ocupaba. Proviene del latín *ex*, fuera o más allá, sacar. Y *cludere*, cerrar, derivado de “Klaud-do, asegurar con pestillo o gancho”

²⁹ Algunos de estos elementos son citados en las diferentes formas de definir la exclusión y se enuncian como contenidos en la definición de la Unión Europea.

³⁰ GÓMEZ Da SILVA, G. 1995. Citado por SARMIENTO, L. Ciudadanías y políticas públicas inclusivas e integrales. En: VELÁSQUEZ, Fabio (Ed). *Ciudad e inclusión: por el derecho a la ciudad*. Bogotá: Fundación Foro Nacional por Colombia, 2004, p. 439.

³¹ BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO (BID). *Informe Anual*, 2007.

³² TEZANOS, José Félix. Tendencias de dualización y exclusión social en las sociedades avanzadas. Un marco para el análisis. En: TEZANOS, José Félix. *Tendencias en desigualdad y exclusión social*. Madrid: Editorial Sistema, 2001.

³³ “En América Latina y el Caribe, la exclusión social afecta principalmente a los grupos indígenas, a los grupos de ascendencia africana, a las mujeres, a las personas con discapacidad y/o a las personas VIH positivas. La exclusión social dificulta el acceso de ciertos individuos a trabajos formales, vivienda digna, servicios de salud adecuados, educación de calidad y al sistema de justicia”. Ver: Informe del BID, 2007.

³⁴ De Lucas (2003) Sobre la globalización, dice que en la condición de subdesarrollo de nuestros países es más adecuado hablar de mundialización, la cual representa una etapa más del desarrollo del capitalismo moderno, caracterizada por la intensificación y expansión del mercado entre naciones. Ver: DE LUCAS, Javier. *Globalización e identidades*. Barcelona: Icaria, 2003.

laboral como fuerza de trabajo mal remunerada y sin protección adecuada en seguridad social. En general, condiciones inequitativas, “*síntomas palpables, aunque no los únicos, de nuevas formas de exclusión social*”³⁵. En nuestro país se puede decir que la exclusión ha acompañado el modelo de desarrollo desde la conquista española.

Además de la pobreza, hoy se establecen nuevas formas de exclusión, como la segregación socio-espacial, la violencia en sus diversas manifestaciones y la falta de participación en las decisiones públicas. Esto es resultado, en parte, de la auto-representación que ejerce la clase política aferrada al poder y de la inseguridad creciente. Como consecuencia de esto, en Colombia las siete ciudades principales muestran diferencias importantes, pero también “*comparten los problemas de la exclusión social, política y cultural*”³⁶, a lo que se suma el desplazamiento forzado producto de la violencia, lo cual ha generado en las últimas décadas cerca de 2,5 millones de desplazados que llegan a lugares donde demandan bienes y servicios que generalmente no pueden cubrirse pronta y efectivamente, hecho que genera más exclusión. Desde esta perspectiva, ¿qué lugar ocupa la odontología en las prioridades de las personas? Ante la necesidad de comida, techo o seguridad, la odontología se desdibuja, histórica y tradicionalmente excluida del cuidado de la salud general, por tanto, poco o nada importa para un margen amplio de la población. Sólo se hace visible cuando aparece en forma de síntoma y malestar³⁷.

Es necesario, entonces, abordar la exclusión desde una perspectiva más amplia de la salud,

revisar las implicaciones que tiene en la calidad de vida y la prestación de servicios. En la Declaración Universal de Derechos Humanos, artículo 22, aparece la seguridad social, y en el artículo 25 está consignado el derecho a un nivel de vida adecuado, que garantice la salud y la asistencia médica. Por las implicaciones que tiene el cuidado de la salud en la vida y dignidad de las personas, no entenderlo como un *derecho fundamental* cada vez es menos sostenible.

Así las cosas, vemos cómo podemos acudir al mismo recurso legal para iniciar acciones tendientes a buscar un ejercicio profesional más justo, equitativo y menos excluyente, pero que no se quede en lo operativo legal. Existe también una imperiosa necesidad de trabajar la pasividad y la resignación con que la profesión lleva obedeciendo una ley que claramente es excluyente e injusta y solamente se buscan estrategias hacia el empleo, no respuestas a los problemas de salud oral de la población. Desde la academia, como la periodoncia está excluida, la opción es estudiar endodoncia, que si está incluida. Luce bastante claro, los llamados planes complementarios de salud y los programas de educación se montan, en general, siguiendo las leyes del mercado con la sumisión, y quizá complicidad, tanto de las profesiones como de algunos profesionales.

7. Algunos elementos para el análisis de la ley

En odontología, tanto en las leyes como en la práctica, se expresa la concepción actual de salud como mercancía, a la que se aplican los criterios del comercio, es decir, el modelo de “*medicina gerenciada*”³⁸. Guzmán utiliza estos

³⁵ VELÁSQUEZ, Fabio. *Op. cit.*, p. 12.

³⁶ *Ibid.*, p. 12.

³⁷ El III estudio de salud oral refiere que la gente no acude al odontólogo a menos que presente molestia. En relación con la demanda y utilización de servicios de salud bucal, del 82,9% de la población que dice haber sentido alguna vez dolor en una muela o diente, sólo el 66% consultó al odontólogo.

³⁸ GUZMÁN, María del Pilar. Impacto de la introducción de los mecanismos del mercado en la atención sanitaria. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*. 2005, vol. 8 (4), 65–78.

términos para referirse al tipo de medicina derivado hoy del modelo vigente, caracterizado por la disminución del papel del Estado y la aplicación del modelo de “competencia administrada”, elaborado por Alain Enthoven³⁹ con la pretensión de cumplir con los criterios de eficiencia y equidad. Es innegable que tales consideraciones son prioritarias en el análisis y la búsqueda de sistemas de salud viables, lo problemático es que esto ha llevado a que se suplanten los valores éticos por valores económicos, lo que para Zambrano ha conducido a que se sustituya el sujeto de los derechos de la salud, pues se “*acaba construyendo al sistema sanitario en el sujeto de los derechos humanos y despojando a los pacientes de los derechos que realmente les pertenecen*”⁴⁰.

Quienes analizan los problemas de la justicia sanitaria reconocen lo problemático de considerar la atención en salud como una mercancía. Para Guzmán, la atención en salud no se ajusta al marco conceptual del mercado puesto que la atención en salud no es una mercancía, depende de una relación intensamente personal, donde, por ejemplo, la confidencialidad o la verdad son cruciales. Sería inaceptable que el profesional anteponga criterios económicos y de lucro para ejercer profesionalmente un saber que es un bien colectivo, acumulado y construido a lo largo de toda la historia de la humanidad, lo que sitúa a los profesionales de salud como administradores de dicho conocimiento⁴¹.

En consecuencia, se piensa la atención en salud oral en el contexto de un mercado finalmente homogéneo que ofrece el producto al mejor postor, pensando en el posicionamiento de la

mercancía, haciendo a un lado la diversidad, las creencias, lo subjetivo, lo colectivo. Como sugiere Zambrano⁴², ninguna cultura quiere la infelicidad, el dolor, la enfermedad pero sí tienen diferentes concepciones sobre estos puntos, al igual que distintas formas de lograr bienestar. Hecho también desdeñado bajo la mirada mercantil.

Uno más de los problemas de la Ley 100 es que los profesionales muestran un evidente desconocimiento al respecto, cuando se supone que ellos son quienes deben cumplirla y ponerla en práctica. Quizá esto obedezca a su complejidad, extensión y ambigüedad, en no pocos tópicos. Para Ahumada⁴³ las estrategias en las que se sustenta la ley, la descentralización, la privatización y la focalización, provienen de las agencias internacionales y la banca multilateral. Para ella, pese a la propaganda oficial sobre los logros de la Ley 100, la atención en salud es cada vez más deficiente y precaria, pues los objetivos propuestos en sus principios no han hecho más que acentuar las desigualdades en cuanto al acceso. Sostiene que las soluciones a los problemas de salud y seguridad social sólo pueden darse sobre la base de un plan de desarrollo, el cual cuente con la reactivación del aparato productivo y la elevación del nivel de vida. Es claro que no sólo es necesaria la adecuación de las leyes sino su cambio, la contemplación de la diversidad cultural, el nivel de vida, el contexto general del país, y no a las imposiciones de quienes concentran el poder financiero en el mundo.

Rodríguez⁴⁴, médico conocedor y defensor de la Ley 100 en salud, sostiene que en ella se cam-

³⁹ ENTHOVEN, Alain. The history and principles of manager Competition. Citado por *Ibid.*, p. 70.

⁴⁰ ZAMBRANO, Carlos Vladimir. Bioética, Justicia sanitaria y diversidad cultural. En: ESCOBAR, Jaime (Ed). *Bioética, Justicia y Salud. Colección Bios y Ethos*, volumen 25. Bogotá: Ediciones El Bosque, 2006, pp. 13–40.

⁴¹ PELLEGRINO, Edmund. Citado por GUZMÁN, María del Pilar. *Op. cit.*, p. 72.

⁴² ZAMBRANO, Carlos Vladimir. *Op. cit.*, p. 37.

⁴³ AHUMADA, Consuelo. Política social y reforma de la salud en Colombia. En: AHUMADA, Consuelo; HERNÁNDEZ, Amparo y VELASCO, Marcela (Comps). *Relaciones internacionales, política social y salud: desafíos de la era de la globalización*. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana, 1998, pp. 127–156.

⁴⁴ RODRÍGUEZ, Carlos Edgar. Aportes a la reforma de Salud en Colombia. En: ESCOBAR, Jaime (Ed). *Bioética, Justicia y Salud. Colección Bios y Ethos*, volumen 25. Bogotá: Ediciones El Bosque, 2006, pp. 41–121.

bió “la lógica de la caridad y beneficencia” por “la contribución obligatoria de los ciudadanos y del propio Estado”⁴⁵ en una situación que se vuelve cada vez más compleja en términos de justicia sanitaria. El mecanismo de “solidaridad” generado por la ley; refiere Rodríguez, es amplio “*pues solamente excluye, las atenciones de ciertos eventos, en particular la cirugía de carácter estético, algunas actividades de odontología y salud mental*”⁴⁶.

Teóricamente no hay, para él, restricciones de uso. La ley, asegura, tiene un paquete amplio de beneficios, salvo las anteriores exclusiones y las que imponen los administradores del sistema. Concluye que se pasó de un esquema ‘beneficente’ a un ambicioso intento de subsidio real. Si sopesamos estas consideraciones con las cifras de enfermedad oral, encontramos que la situación en odontología muestra otra realidad. De fondo, más allá de solucionar un problema, de mejorar la eficacia o la eficiencia, se acudió a un modelo económico donde se adecuaron las normas y las leyes a las exigencias de las agencias multilaterales de desarrollo y a los intereses de las naciones poderosas, como sostiene Ahumada. Lo realmente problemático es que muchos defienden el modelo sin mayores consideraciones y análisis, y argumentan que este debe mantenerse, solamente ajustando su manera de operar.

Galvis⁴⁷, médico especialista en derechos humanos y crítico del sistema, sostiene que es innegable que un gran porcentaje de la población subsiste por fuera del modelo de aseguramiento o no tiene acceso real. No se ha cumplido con la universalidad, pero se conserva la fragmentación que reproduce, de manera clara, la inequi-

dad. Igualmente, cita los problemas del sistema de corrupción administrativa, saqueo de fondos sociales y públicos, la burocratización, la preeminencia exagerada de lucro, el privilegio desde la ley del modelo biológico curativo que deja por fuera la consideración de las enfermedades en el marco de lo cultural y lo social, la consideración primordial de la eficacia que deja de lado la visión del proceso salud enfermedad como resultado, no sólo de condiciones biológicas, sino psicológicas, sociales, culturales, ambientales y de producción, en las que transcurre la vida de los seres humanos.

8. Conclusiones

En odontología, tanto en las leyes como en la práctica y la organización institucional, se expresa la concepción actual de la atención en salud oral como una mercancía, a la cual se aplica las reglas del comercio. Con la pretensión de universalizar la atención en salud con criterios de eficiencia y equidad, se han suplantado valores éticos por consideraciones económicas, “*un peligro posible para las profesiones de salud*”, advirtió Diego Gracia en 1995⁴⁸. Esto es evidente al analizar la dinámica de organización y práctica en situaciones concretas que, como las expuestas en este escrito, son problemas para la profesión odontológica y un ejemplo de lo que ocurre cuando la salud en general se mira con criterios económicos, bajo la perspectiva del consumo, de la oferta y la demanda. Como afirma Guzmán⁴⁹ “*los pacientes no son consumidores de salud como los profesionales no son vendedores, no existe la posibilidad de un mercado regular, la atención en salud dista de ser una mercancía, es un bien colectivo, histórico, social, al cual no se le puede aplicar los criterios de ‘pérdidas y ganancias*”⁵⁰ En el libre mercado no hay

⁴⁵ Ibid., p. 43.

⁴⁶ Ibid., p. 60.

⁴⁷ GALVIS, Cristian. La justicia sanitaria en Colombia, un proyecto inconcluso. En: ESCOBAR, Jaime (Ed). *Bioética, Justicia y Salud*. Colección Bios y Ethos, volumen 25. Bogotá: Ediciones El Bosque, 2006, pp. 123–191.

⁴⁸ GARCÍA, Diego. Conferencia Dictada en el marco de la Feria Internacional del Libro de Bogotá. Abril de 1995.

⁴⁹ GUZMAN, María del Pilar. *Op. cit.*, pp. 65–78.

⁵⁰ Ibid., p.70.

cabida para el jugador que no tiene capacidad de pago, por esta razón lógica queda excluido, y esto es lo que ha pasado con la atención en salud odontológica, hecho que ha derivado en circunstancias de desigualdad y desprotección para franjas amplias de la población. La racionalidad en la atención en salud oral se tornó entonces, no “odontológica”.

La profesión, además, no ha tenido mayor concurso en las políticas públicas que pretenden dar solución a los problemas de salud oral de la población. Problemas como la inconsistencia entre la ley y el concepto técnico científico han sido manejados por legisladores y por expertos del mercado. Las decisiones sobre aspectos que pueden comprometer la vida de las personas y su dignidad, terminan siendo exigidos a través del mecanismo de tutela. La profesión tendría que estar, como gremio desde su estructura institucional, enlazada con otras instancias, como las asociaciones de usuarios, abogados, etc., para demandar la derogatoria o al menos para pedir claridad en la ley, acción que es realmente un deber ético de la profesión, como también lo es revisar el rumbo que está tomando la investigación y el uso de tecnologías costosas que benefician a unos cuantos⁵¹ y dejan de lado la limitación del daño, algo básico en el manejo de la caries dental o la enfermedad periodontal, y que prácticamente no se cumple, como lo demuestra el último estudio de salud oral⁵². En la sociedad, los problemas relacionados con la salud oral y los procesos de exclusión son complejos y deben ser analizados en toda su dimensión, con aportes desde los diferentes campos del saber, entendiendo que la soluciones sólo puede darse en el trabajo colectivo, in-

ter y transdisciplinar, con el concurso decidido de la profesión.

Si la legislación postula universalidad, eficiencia y equidad, ¿no es ya momento, transcurridos más de 15 años de la aplicación de la Ley 100, de adelantar el balance sobre el cubrimiento de la atención en salud oral y establecer responsabilidades en el evidente incumplimiento? Es necesario crear directrices claras, políticas no basadas exclusivamente en argumentaciones económicas, que consideren criterios técnico-científicos, sociales, culturales y éticos en el campo de la atención odontológica.

El derecho a la salud (¡a la atención en salud!) está ligado al Estado Social de Derecho y, para Carlos Gaviria⁵³ las libertades, como la garantía de las condiciones materiales de vida que permitan ejercerlas, deben ir juntas. Este concepto ha llevado a que el derecho a la salud tenga un carácter ‘tutelable’, conectado con el derecho a la vida y la dignidad. Tanto desde el derecho a la vida como desde la dignidad de los seres humanos, resulta inaplazable abordar los problemas de salud oral desde la bioética. Escobar afirma:

La bioética se relaciona con la exclusión social como una forma de violencia que afecta grandes masas de población colombiana. Sus efectos negativos sobre la salud y la calidad de vida son evidentes y conllevan una inequidad que la bioética tiene la obligación de enfrentar⁵⁴.

Parenti sostiene que el futuro de la bioética en América Latina está íntimamente relacionado con la biopolítica⁵⁵. En consecuencia, plantea la necesidad de un programa bioético que deberá trabajar sobre cuatro ejes fundamentales: el primero, recuperar los valores de justicia,

⁵¹ PUYOL (2001) y POGGE (2005) al respecto analizan los aspectos relacionados con los intereses de la ciencia y la utilización ineficaz de recursos a expensas de tecnologías costosas que benefician a una proporción muy pequeña de la población gastando recursos y esfuerzos. Ver: PUYOL, Ángel. *El discurso de la igualdad*. Barcelona: Crítica, 2001; y POGGE, Thomas. *La pobreza en el mundo y los derechos humanos*. Barcelona: Paidós, 2005.

⁵² REPÚBLICA DE COLOMBIA – MINISTERIO DE SALUD. *Op. cit.*

⁵³ GAVIRIA, Carlos. Citado por GALVIS, Cristian. *Op. cit.*, p. 150.

⁵⁴ ESCOBAR, Jaime. Editorial. *Revista Colombiana de Bioética*. 2006, vol. 1 (1), 4.

⁵⁵ ACOSTA, José. *Bioética para la sustentabilidad*. La Habana: Publicaciones Acuario, Centro Félix Varela, 2002, pp. 171–184.

ciudadanía, derechos humanos, libertad, participación y solidaridad, donde el ideal de justicia es siempre regulador y orienta la lucha contra la inequidad en situaciones concretas, y debe combatir su base fundamental: la exclusión. Parenti refiere, siguiendo los postulados de Potter, esta vía para lograr una supervivencia sustentable en la que se garantice la promoción de la dignidad humana⁵⁶. Una situación concreta fue presentada en este artículo.

Bibliografía

- ACOSTA, José. Bioética para la sustentabilidad. La Habana: Publicaciones Acuario, Centro Félix Varela, 2002.
- AHUMADA, Consuelo. Política social y reforma de la salud en Colombia. En: AHUMADA, Consuelo; HERNÁNDEZ, Amparo y VELASCO, Marcela (Comps). *Relaciones internacionales, política social y salud: desafíos de la era de la globalización*. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana, 1998.
- BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO (BID). *Informe Anual*, 2007.
- BORDIEU, Pierre. *Los usos sociales de la ciencia*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión, 2000.
- DE LUCAS, Javier. *Globalización e identidades*. Barcelona: Icaria, 2003.
- DEFENSORÍA DEL PUEBLO – COLOMBIA. *Sistema de seguimiento y evaluación de la política pública de salud a la luz del derecho a la salud*. Bogotá: Programa de Seguimiento de Políticas Públicas en Derechos Humanos, 2006.
- DINATALE, Elio. Diseminación de la infección odontogénica [en línea]. *Acta Odontológica Venezolana*. 2000, vol. 38 (1), 37–43. ISSN 0001–6365. Disponible desde: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S0001-63652000000100006&script=sci_arttext
- ESCOBAR, Jaime (Ed). *Bioética, Justicia y Salud. Colección Bios y Ethos*, volumen 25. Bogotá: Ediciones El Bosque, 2006.
- _____. Editorial. *Revista Colombiana de Bioética*. 2006, vol. 1 (1), 3–6. ISSN 1900–6896.
- GALVIS, Cristian. La justicia sanitaria en Colombia, un proyecto inconcluso. En: ESCOBAR, Jaime (Ed). *Bioética, Justicia y Salud. Colección Bios y Ethos*, volumen 25. Bogotá: Ediciones El Bosque, 2006.
- GARCÍA, Diego. Conferencia Dictada en el marco de la Feria Internacional del Libro de Bogotá. Abril de 1995.
- GUZMÁN, María del Pilar. Impacto de la introducción de los mecanismos del mercado en la atención sanitaria. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*. 2005, vol. 8 (4), 65–78. ISSN 1657–7027.
- OLARTE, Carlos. La Ley 100 y la periodoncia en Colombia. *Revista de la Federación Odontológica Colombiana*. 2000, vol. 59 (198). ISSN 00446–354.
- PNUD. *Desarrollo humano. Informe 1990*. Bogotá: Tercer Mundo Editores, S.A., 1990.
- POGGE, Thomas. *La pobreza en el mundo y los derechos humanos*. Barcelona: Paidós, 2005.
- POTTER, Van Rensselaer. Conferencia inaugural del I Congreso Mundial de Bioética, Gijón (España), 2000.
- _____. Bioética puente, bioética global y bioética profunda. *Cuadernos del Programa Regional de Bioética*. 1998, (7), 21–36. ISSN 0717–5906.
- PUYOL, Ángel. *El discurso de la igualdad*. Barcelona: Crítica, 2001.
- REPÚBLICA DE COLOMBIA. *Constitución Política de Colombia de 1991* [en línea]. Disponible desde: http://cms-static.colombiaaprende.edu.co/cache/binaries/articles-186370_constitucion_politica.pdf?binary_rand=1416
- REPÚBLICA DE COLOMBIA – CORTE CONSTITUCIONAL. *Sentencia T-198/11*. Bogotá: 23 de marzo de 2011.
- _____. *Sentencia T-504/06*. Bogotá: 30 de junio de 2006.
- _____. *Sentencia T-708/03*. Bogotá: 14 de agosto de 2003.
- _____. *Sentencia T-175/02*. Bogotá: 8 de marzo de 2002.
- _____. *Sentencia T-640 /97*. Bogotá: 1 de diciembre de 1997.
- _____. *Sentencia T-114 /97*. Bogotá: 6 de marzo de 1997.
- _____. *Sentencia T-597 de 1993*. Bogotá: 15 de diciembre de 1993.
- REPÚBLICA DE COLOMBIA – MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución Número 3577 de 2006. Por la cual se adopta el Plan Nacional de Salud Bucal – PNSB. *Diario oficial*, (46.411), 4 de octubre de 2006.
- REPÚBLICA DE COLOMBIA – MINISTERIO DE SALUD. *Tercer Estudio Nacional de Salud Bucal – ENSAB III*. Tomado de SIVIGILA. Citado y publicado

⁵⁶ POTTER, Van Rensselaer. Conferencia inaugural del I Congreso Mundial de Bioética, Gijón (España), 2000.

- en el Informe Ejecutivo Semanal N° 8 de la Oficina de Epidemiología. Bogotá: 2000. Disponible desde: <http://www.saludcolombia.com/actual/salud46/informe.htm>
29. RODRÍGUEZ, Carlos Edgar. Aportes a la reforma de Salud en Colombia. En: ESCOBAR, Jaime (Ed). *Bioética, Justicia y Salud. Colección Bios y Ethos*, volumen 25. Bogotá: Ediciones El Bosque, 2006.
 30. SÁNCHEZ DE BALCERO, Inés. Mimeógrafo del Curso de metodologías de la investigación cualitativa a docentes del Seminario de Filosofía e Historia de la Ciencia. Bogotá: Universidad El Bosque, 2000.
 31. SARMIENTO, L. Ciudadanías y políticas públicas inclusivas e integrales. En: VELÁSQUEZ, Fabio (Ed). *Ciudad e inclusión: por el derecho a la ciudad*. Bogotá: Fundación Foro Nacional por Colombia, 2004.
 32. SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD DE BOGOTÁ, 20 de mayo a 16 de junio de 2001.
 33. SIMÓN, Pablo. La ética de las organizaciones sanitarias: el segundo estadio de desarrollo de la bioética. *Revista Calidad Asistencial*. 2002, vol. 17 (4), 247–259. ISSN 1134–282X.
 34. SPINSANTI, Sandro. Bioética global o la sabiduría para sobrevivir. *Cuadernos del Programa Regional de Bioética*. 1998, (7), 7–20. ISSN 0717–5906.
 35. TEZANOS, José Félix. Tendencias de dualización y exclusión social en las sociedades avanzadas. Un marco para el análisis. En: TEZANOS, José Félix. *Tendencias en desigualdad y exclusión social*. Madrid: Editorial Sistema, 2001.
 36. ZAMBRANO, Carlos Vladimir. Bioética, Justicia sanitaria y diversidad cultural. En: ESCOBAR, Jaime (Ed). *Bioética, Justicia y Salud. Colección Bios y Ethos*, volumen 25. Bogotá: Ediciones El Bosque, 2006.