



Facultad de Jurisprudencia

Maestría en Bioderecho y Bioética

Título de la propuesta

Entre la vocación y la culpa: la responsabilidad médica en el servicio social obligatorio en
Colombia analizada desde el derecho médico.

Presentado por:

Angie Paola González López y Linda Vanneza Parada Manosalva

Nombre del director

José Sinay Arévalo Leal

Bogotá, D.C. 29 de enero de 2025



Universidad del
Rosario

Facultad de Jurisprudencia

Maestría en
Bioética y Bioderecho

Título de la propuesta

Entre la vocación y la culpa: la responsabilidad médica en el servicio social obligatorio en
Colombia analizada desde el derecho médico.

Modalidad: Presencial

Presentado por:

Angie Paola Gonzalez Lopez y Linda Vanneza Parada Manosalva

Bajo la dirección de:

José Sinay Arévalo Leal

Bogotá, D.C. 29 de enero de 2025

CONTENIDO

| | |
|---|----|
| 1. Introducción | 2 |
| 1. Descripción de la metodología que utilizará para desarrollar el proyecto | 6 |
| 2. Contexto colombiano del servicio social obligatorio..... | 6 |
| 3. Contexto internacional del sso | 17 |
| 4. Análisis de caso desde la <i>lex artis ad hoc</i> | 21 |
| 5. Análisis de caso desde la ley 23 de 1981 | 23 |
| 6. Análisis de caso desde las causales de justificación del derecho..... | 26 |
| 7. El concepto de vulnerabilidad..... | 31 |
| 8. Discusión desde los fines de la medicina..... | 34 |
| 9. Donclusiones | 36 |
| 10. Referencias | 40 |

Lista de tablas

| | |
|---|----|
| Tabla 1. Plazas para médicos rurales | 12 |
| Tabla 2. Resumen normativa colombiana SSO | 16 |
| Tabla 3. Secuencias de turnos. | 26 |

Lista de ilustraciones

| | |
|--|----|
| Ilustración 1. Línea del tiempo normativa SSO. | 7 |
| Ilustración 2. Proceso de asignación plaza SSO | 11 |

ENTRE LA VOCACIÓN Y LA CULPA: LA RESPONSABILIDAD MÉDICA EN EL SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO EN COLOMBIA, ANALIZADA DESDE EL DERECHO MÉDICO.

INTRODUCCIÓN

El Servicio Social Obligatorio en el área de la salud implica la ejecución de una actividad profesional con carácter social; mediante la cual, egresados de los programas de educación superior contribuyen por un lado: a la solución de los problemas sanitarios desde el campo de su competencia profesional y por otra parte, tienen la oportunidad de poner a prueba tanto los conocimientos como la calidad humana, adquiridos durante el curso de su carrera universitaria; todo esto desarrollado en el contexto de una zona rural o con dificultades de acceso al servicio de salud que cumpla con todos los atributos de calidad.

Sin embargo, en Colombia, cuando se trata del servicio social obligatorio se presentan diferentes problemáticas y situaciones que resultan en un reto para su ejercicio, además de la controversia e incertidumbre que se plantean; ya que si bien el país cuenta con un déficit importante de profesionales de la salud en las zonas rurales donde estos jóvenes profesionales son ampliamente necesitados y valorados, la dificultad de acceso a estas zonas, la falta de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) o de centros asistenciales con la capacidad de resolver las necesidades apremiantes de la población, los problemas de seguridad y orden público y probablemente algunas características propias de la formación académica de los profesionales de la salud, entre otras causas, parecieran no permitir que se cumpla con el desarrollo óptimo de los objetivos primarios deseados y que por el contrario, las situaciones previamente mencionadas condicionan la

aparición de situaciones que pueden poner en riesgo el ejercicio de la profesión y conllevar incluso a procesos de índole ético y legal (Peñañiel, 2014).

Así las cosas, son múltiples las situaciones en las que los médicos en Servicio Social Obligatorio (médicos rurales o médicos S.S.O.) evalúan muchos pacientes en los ámbitos de atención designados para su ejercicio: asisten partos, realizan adaptación neonatal, controlan crisis hipertensivas y manejan traumas, entre otras situaciones, con resultados satisfactorios, pero en otras ocasiones se enfrentan a situaciones complejas, con resultados no tan favorables, no solo desde el punto de vista de resultados de salud, sino sociales e incluso de seguridad, que no han podido sortear de la mejor manera.

Relatamos el caso sucedido en un puesto de salud de nivel básico, ubicado en una vereda del departamento del Tolima y que cuenta con plazas para dos médicos que se encuentren prestando SSO. Dadas las condiciones, uno de los galenos hace turno de día y otro de noche, para después rotarse; los acompaña un profesional de enfermería que solo está disponible en el turno de día y un auxiliar de enfermería en cada turno. Este puesto de salud se encuentra ubicado a una hora y treinta minutos en ambulancia del centro de salud más cercano y como servicios de apoyo cuenta con un laboratorio clínico básico que funciona de lunes a viernes hasta las 3 de la tarde, con un electrocardiógrafo y con una farmacia con un inventario reducido, sin contar con servicio de guarda se seguridad. Un sábado en la noche llega a este puesto de salud, un paciente en estado de embriaguez que está herido por un objeto corto-contundente (machete) que deja como resultado la amputación de los tres primeros dedos de su mano derecha. Es traído en un caballo por sus vecinos quienes mencionan que se trata de un “ajuste de cuentas” y que piden ayuda, mencionando: “ya vienen por él, hay hombres armados que lo quieren matar”.

Ante la situación y los hechos descritos nos surgen los siguientes interrogantes: ¿Cuenta el puesto de salud con los insumos y recursos necesarios para el manejo de este paciente? ¿Podrían considerarse las condiciones de atención ajustadas a la *Lex Artis* para una amputación reciente? ¿Un médico recién egresado, o mejor, un médico en SSO tiene la capacidad para manejar esta situación clínica con las condiciones y dotación de la IPS? ¿Cuenta el médico en SSO con las condiciones de seguridad para salvaguardar la vida de su paciente y su propia integridad?

Un par de horas más tarde, luego de contener la hemorragia, manejar el dolor y hablar con los vecinos, familiares y agresores, nuestro médico intenta remitir a su paciente al centro de referencia más cercano, logrando únicamente que algún vecino lo traslade en un camión veredal junto con sus dedos cercenados, envueltos en gasa, embolsados e introducidos en un plato con hielo.

Es así como ahora, surgen otros interrogantes: ¿Es el sistema de referencia y contrarreferencia efectivo en estas situaciones? ¿Cómo pueden garantizarse los resultados clínicos y las expectativas de los pacientes?

La historia continúa con el paciente en el hospital local donde los médicos y personal asistencial que lo reciben consideran que el manejo no ha sido “el mejor”, que las extremidades amputadas y sus muñones “debieron manejarse diferente” además, que la cobertura con antibióticos es “subóptima”, que la historia clínica está incompleta y que no se realizó apropiadamente el dictamen de embriaguez; juicios que se le manifiestan a los familiares, a quienes se les recomienda además el traslado inmediato a un centro de atención de alta complejidad, donde un cirujano especialista en la mano resolverá la situación. La familia pide el correspondiente traslado y ya en la mañana siguiente se logra enviar al paciente a la ciudad capital para “completar el tratamiento y salvar la mano”. Casi 18 horas después de la atención en el puesto de salud, el paciente es atendido en el

centro Universitario, donde el especialista en la mano, dice que no tiene nada que hacer, que el éxito del reimplante sería muy pobre y que, si “se hubiese manejado diferente y traído más rápido, yo los hubiese salvado”. El paciente insiste en que se le opere y el médico especialista se niega, hace una cirugía de limpieza con intención funcional y cierra el caso.

Un mes más tarde, el paciente acusa al médico del centro de atención primaria de negligente, responsabilizándolo por su condición actual y junto con su abogado, lo demanda e instaura una queja ante el Tribunal Seccional de Ética médica.

Conocedores de algunas, no pocas, historias como la relatada, nace nuestro interés en describir la conducta médica de los galenos en el Servicio Social Obligatorio desde los siguientes enfoques: Lex Artis, ley de ética médica, causales de justificación del derecho y los fines de la medicina y así analizar si existe una tendencia o determinante común, dependiente de terceros, que esté presente en estos casos con el fin de generar hipótesis, que sean el punto de partida para futuras investigaciones y / o planes de intervención relacionados con los hallazgos obtenidos.

La pregunta trazadora inicial, para este fin es: ¿Son los médicos en S.S.O. incapaces o no tienen las competencias para ejercer la medicina de manera adecuada? o como coloquialmente algunos dicen “pobrecitos los médicos rurales, sin recursos, ¿cómo pueden ejercer buena medicina?”

1. DESCRIPCIÓN DE LA METODOLOGÍA QUE UTILIZARÁ PARA DESARROLLAR EL PROYECTO

En esta monografía se utilizarán métodos de observación para llevar a cabo el análisis, así como la narración de casos ocurridos a médicos durante la prestación del servicio social obligatorio. Por ende, la naturaleza de estas o su comportamiento no está en manos del investigador.

Es así como, se entrará a observar y describir el comportamiento, las características y las condiciones de la población médica rural y su comportamiento desde el ejercicio de la profesión y las condiciones locales, analizados desde la *lex artis ad hoc*, el desconocimiento de la ley 23 del 81 y desde las causales de justificación del derecho y acorde con los fines de la medicina.

Con este diseño se busca plantear situaciones importantes relacionadas con el derecho médico, enfocado a la población médica durante la prestación del servicio social obligatorio y ser punto de partida para la generación de algunas hipótesis razonables, que sirvan de base para posibles intervenciones, de ahí que la mayor virtud esperada reside en la generación de hipótesis, de acuerdo con los resultados encontrados, que más adelante deberán ser corroboradas con estudios más potentes.

2. CONTEXTO COLOMBIANO DEL SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO

El Servicio Social Obligatorio en Colombia, basados en la resolución 774 de 2022, es el cumplimiento de un deber bajo el principio de solidaridad para el ejercicio de las profesiones del sector salud: medicina, enfermería, bacteriología y odontología con la intención de contribuir a la solución de los problemas de salud desde el campo de su competencia profesional. este nace de la escasez de profesionales de la salud en las áreas rurales del país con cuyos fines parten de mejorar el acceso y calidad de los servicios de salud sobre todo en zonas urbanas y rurales o de difícil acceso, distribuir

geográficamente y de forma equitativa el talento humano en salud, favorecer espacios que permitan el desarrollo personal y profesional del talento humano, mantener una actualización constante de las guías y protocolos de manejo en las áreas descentralizadas del país, garantizar la existencia de plazas para la prestación del SSO, facilitar la respuesta en situaciones de emergencia sanitaria o las consideradas como excepcionales, fortalecer la atención primaria con enfoque en salud familiar y comunitaria y resaltar la solidaridad y el altruismo en las profesiones, como una condición ética (Ministerio de Salud y Protección Social, 2022).

La historia de la normativa por la cual se ha creado y regulado el S.S.O se muestra en la siguiente línea del tiempo:

Ilustración 1. Línea del tiempo normativa SSO.



Fuente: Elaboración propia y datos tomados de (Congreso de Colombia, 2007; Ministerio de la Protección Social, 2010; Ministerio de Salud, 1995; Ministerio de Salud y

Protección Social, 2014, 2022; Presidencia de la República de Colombia, 1949, 1952, 1994).

Desde 1949 cumpliendo con su deber de proteger la salud, el gobierno nacional mediante el Decreto 3842 plantea:

“2o. Que es deber del Estado atender a la protección de la salud de la comunidad, propendiendo por la creación de los organismos que cumplan las funciones de prevención de las epidemias y control de las endemias que afectan a la población del país;

3o. Que en muchos lugares de la República se carece de los más elementales medios de higiene y salubridad, cuya función se hace indispensable para velar por la conservación de la salud de la población, base del progreso y del conveniente desarrollo de la sociedad, y

4o. Que se hace necesario abarcar en un plan metódico el cumplimiento de esta primordial obligación, siendo al Ministerio de Higiene a quien corresponde el desarrollo y aplicación de dicho plan, con miras al descenso de los índices de morbilidad y letalidad en el país, y mediante la atención de todas las zonas por medio de los adecuados servicios de salubridad” (Presidencia de la República de Colombia, 1949, párrs. 2–4).

Decretando y asignando presupuestos para que se creen servicios de salubridad para asegurar tanto la salud física como mental de la población urbana y especialmente la población rural mediante la prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades. Es así como en el artículo tercero de este decreto, los pilares de trabajo serían: la higiene personal, la medicina preventiva, la medicina curativa y la higiene del ambiente y control de endemias todo lo anterior bajo la dirección del ministerio de higiene quienes dividieron el país en zona de salubridad. En coherencia y teniendo en cuenta lo anterior, en el artículo 8 se crea el servicio de salubridad rural, que equivaldría a un año de práctica del plan de estudio de las facultades de medicina reconocidas por el estado y solo se podría otorgar el título de médico a quienes hayan prestado este servicio y conforme al artículo 9 que este sea enriquecedor para la preparación profesional básica, con un curso previo a la prestación del servicio, y para los servicios de salubridad (Presidencia de la República de Colombia, 1949 Art. 3, 8, 9).

Posteriormente, mediante el Decreto 392 de 1952 se modifica el artículo octavo del Decreto 3842 de 1949, con 5 párrafos donde se establece que la equivalencia al servicio de salubridad rural son un año de internado continuo en un establecimiento antituberculoso o anti leproso, los servicios con las fuerzas armadas según lo establezca el Ministerio de Gobierno o de Guerra y el pago de los servicios por estos (Presidencia de la República de Colombia, 1949, 1952).

En 1994 mediante el decreto 1292 se estableció que las funciones de dirigir, orientar, regular, vigilar y controlar el servicio público esencial de salud y promover la descentralización del sector estará a cargo del ministerio de salud y posteriormente en marzo 22 de 1995 por la resolución 795 se establecen los criterios para la aprobación y renovación de las plazas para la realización del servicio social obligatorio (Ministerio de Salud, 1995; Presidencia de la República de Colombia, 1994). Sin embargo, aquí encontramos algo que no se había tenido en cuenta antes y es que se resuelve que las plazas deben presentar un programa o proyecto donde se establezca el área geográfica y las características socioeconómicas y epidemiológicas de la población y la zona. Así, el profesional de salud desarrollará las funciones y actividades de acuerdo a dicho programa y contará con la infraestructura necesaria para el desarrollo de las mismas, así como también gozará de las mismas garantías con las que cuenta el personal de planta. En el artículo sexto se establece que el personal de salud que está prestando el SSO debe permanecer disponible para responder ante cualquier emergencia sin desconocer sus derechos laborales y según el artículo séptimo se le suma que debe ejercer el rol de médico forense, si este es requerido en el área en la que desarrolla su servicio social. Finalmente, en el artículo noveno se dispone que los médicos rurales deberán contar con la asesoría, supervisión, inducción y seguimiento de forma permanente por parte de la entidad donde desarrolla sus obligaciones (Ministerio de Salud, 1995 Art. 6, 7, 9).

En el 2007 mediante la Ley 1164, se regula el desempeño y ética del talento humano en el área de la salud entendiendo este último como el personal que interviene en la promoción, prevención y educación en salud, en la realización de diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de la enfermedad, en el artículo 2 de esta ley, se habla de los principios generales del talento humano del área de la salud entre los cuales se encuentran la equidad, integridad, concertación, unidad, efectividad, y los siguientes que cabe resaltar para efectos del SSO como lo menciona el Congreso de Colombia (2007 Art. 2):

- Solidaridad: El talento humano en salud parte de la vocación de servicio y bajo el principio de que el más fuerte debe apoyar al más débil, se debe promover la ayuda mutua tanto entre los profesionales, como las instituciones, los sectores económicos, las regiones y las comunidades.
- Calidad: en la presente ley se reconoce la calidad por dos componentes principales:
 1. el ejercicio idóneo de las competencias propias de los profesionales en salud.
 2. la satisfacción y mejoramiento de la salud de los usuarios
- Ética: En el desempeño de las actividades de los profesionales de la salud se debe destacar el cuidado de la vida y la dignidad del ser humano

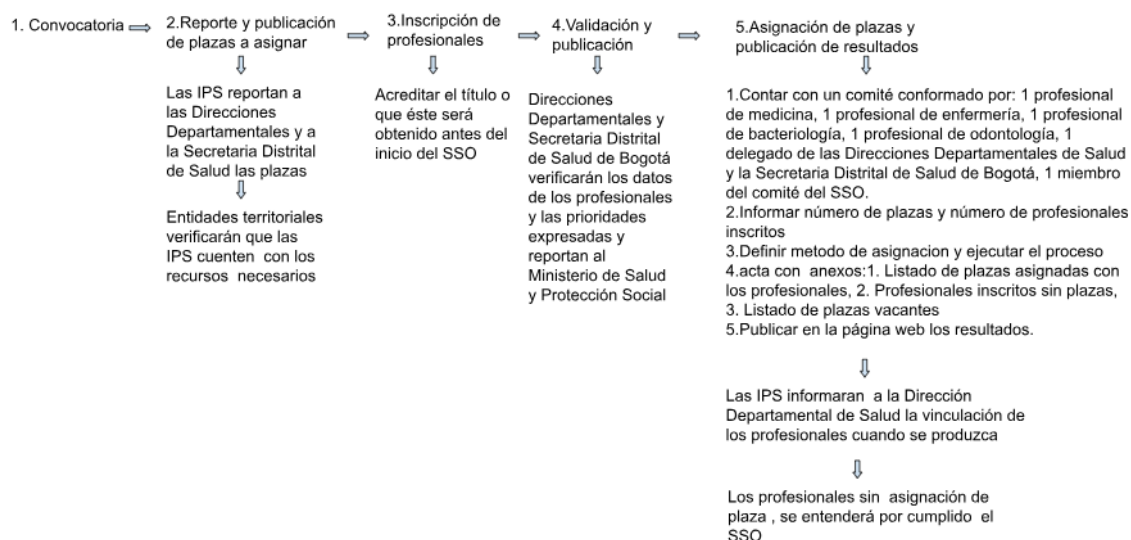
Por otro lado, y en la misma Ley de talento humano, se establecen las funciones públicas por parte de los colegios profesionales, entre las que se encuentran inscribir a los profesionales en el registro único nacional de talento humano en salud, expedir la tarjeta profesional de los inscritos en el Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud [RETHUS], expedir los permisos transitorios para el personal extranjero de salud y procesos de recertificación (Congreso de Colombia, 2007).

En el capítulo III se establecen las características sobre la formación del talento humano en salud y en el Capítulo IV se habla del ejercicio de las profesiones del talento humano en salud mencionando como requisito para el ejercicio de la profesión estar inscrito en el RETHUS (Congreso de Colombia, 2007); sin embargo, el médico que presta el Servicio Social a pesar de ser profesional no se encuentra aún inscrito en el registro único nacional y ejerce mediante una licencia provisional según lo establecido en el artículo 34 de la resolución 774 de 2022 del Ministerio (Ministerio de Salud y Protección Social (2022).

En el año 2010 se emite la resolución 1058, cuyo fin consiste en reglamentar el diseño, la dirección, coordinación, organización y evaluación del SSO, (Ministerio de la Protección Social, 2010) la cual fue derogada por la resolución 774 de 2022.

Posteriormente, se publica el 16 de junio de 2014, la resolución 2358 con el fin de “establece el procedimiento para la asignación de plazas del SSO para los profesionales de medicina, odontología, enfermería y bacteriología” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014, p. 1). Se define que en el año habrá 4 periodos de asignación de plazas y que el proceso para la asignación de esas plazas consta de 5 pasos: convocatoria, reporte y publicación de plazas a asignar, inscripción de aspirantes, validación y publicaciones de profesionales aspirantes, asignación de plazas y publicación de resultados. Adicionalmente se establecen algunas condiciones de priorización, las cuales son: ser madre o padre cabeza de familia, mujer en estado de embarazo o en periodo de lactancia, discapacidad y víctimas del conflicto armado; ante lo que hay que resaltar que estos, son criterios de priorización que no buscan la exoneración de la prestación del SSO, sino que se trata de un ajuste para la asignación de las plazas preferentes a los postulantes que así lo demuestren.

Ilustración 2. Proceso de asignación plaza SSO



Fuente: Elaboración propia y datos tomados de (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014)

En la siguiente tabla se relacionan las plazas disponibles para el SSO del 23 de abril de 2024 con el número de cupos disponibles por profesión y el rango de salarios en pesos colombianos, para los profesionales en medicina:

Tabla 1. Plazas para médicos rurales

| Departamento | Cupos | Medicina | Bacteriología | Enfermería | Odontología | Total | Salario Mínimo | Salario máximo |
|----------------------------|-------|----------|---------------|------------|-------------|-------|----------------|----------------|
| 1 Amazonas | 11 | 7 | 1 | 1 | 2 | 11 | \$ 4.832.920 | \$ 5.269.262 |
| 2 Antioquia | 68 | 64 | 0 | 1 | 3 | 68 | \$ 3.492.629 | \$ 7.424.774 |
| 3 Arauca | 14 | 11 | 1 | 2 | 0 | 14 | \$ 3.635.399 | \$ 4.855.000 |
| 4 San andrés y providencia | 5 | 4 | 0 | 1 | 0 | 5 | \$ 4.224.636 | \$ 4.224.636 |
| 5 Barranquilla | 5 | 5 | 0 | 0 | 0 | 5 | \$ 2.890.519 | \$ 2.890.519 |
| 6 Bogotá | 44 | 27 | 2 | 12 | 3 | 44 | \$ 3.337.488 | \$ 4.599.600 |
| 7 Bolívar | 68 | 59 | 0 | 7 | 2 | 68 | \$ 3.551.107 | \$ 5.510.159 |
| 8 Boyacá | 58 | 35 | 3 | 16 | 4 | 58 | \$ 3.101.970 | \$ 4.551.000 |
| 9 Caldas | 54 | 54 | 0 | 0 | 0 | 54 | \$ 2.500.000 | \$ 4.257.484 |
| 10 Cauquetá | 18 | 15 | 3 | 0 | 0 | 18 | \$ 3.734.713 | \$ 5.928.229 |
| 11 Casanare | 14 | 6 | 3 | 5 | 0 | 14 | \$ 2.641.365 | \$ 4.562.000 |
| 12 Cauca | 42 | 25 | 1 | 10 | 6 | 42 | \$ 3.114.404 | \$ 4.008.306 |
| 13 Cesar | 62 | 50 | 3 | 4 | 5 | 62 | \$ 3.113.991 | \$ 5.510.171 |
| 14 Chocó | 23 | 9 | 5 | 4 | 5 | 23 | \$ 4.327.940 | \$ 4.700.000 |
| 15 Córdoba | 40 | 31 | 0 | 4 | 5 | 40 | \$ 3.478.226 | \$ 5.281.995 |
| 16 Cundinamarca | 65 | 42 | 8 | 6 | 9 | 65 | \$ 3.480.000 | \$ 4.353.764 |
| 17 Guanía | 5 | 4 | 0 | 1 | 0 | 5 | \$ 5.071.500 | \$ 5.071.500 |
| 18 Guaviare | 10 | 2 | 1 | 2 | 5 | 10 | \$ 4.036.000 | bonificaciones |
| 19 Huila | 10 | 10 | 0 | 0 | 0 | 10 | \$ 3.934.125 | \$ 7.456.697 |
| 20 Guajira | 40 | 28 | 0 | 11 | 1 | 40 | \$ 3.153.400 | \$ 6.303.338 |
| 21 Magdalena | 22 | 9 | 2 | 6 | 5 | 22 | \$ 2.892.364 | \$ 4.994.000 |
| 22 Meta | 23 | 15 | 2 | 6 | 0 | 23 | \$ 3.344.861 | \$ 5.005.521 |
| 23 Nariño | 42 | 30 | 6 | 5 | 1 | 42 | \$ 3.827.332 | \$ 5.689.863 |
| 24 Norte Santander | 37 | 19 | 5 | 8 | 5 | 37 | \$ 3.921.533 | \$ 4.594.730 |
| 25 Putumayo | 13 | 8 | 1 | 4 | 0 | 13 | \$ 3.810.000 | \$ 5.211.587 |
| 26 Quindío | 9 | 9 | 0 | 0 | 0 | 9 | \$ 3.100.000 | \$ 4.613.115 |
| 27 Risaralda | 11 | 11 | 0 | 0 | 0 | 11 | \$ 4.400.000 | \$ 6.872.516 |
| 28 Santander | 67 | 55 | 2 | 7 | 3 | 67 | \$ 3.087.597 | \$ 4.127.831 |
| 29 Sucre | 20 | 12 | 2 | 5 | 1 | 20 | \$ 3.710.545 | \$ 5.503.648 |
| 30 Tolima | 67 | 54 | 4 | 6 | 3 | 67 | \$ 3.815.228 | \$ 6.142.535 |
| 31 Valle del cauca | 65 | 54 | 3 | 7 | 1 | 65 | \$ 3.445.813 | \$ 5.922.767 |
| 32 Vaupes | 3 | 2 | 0 | 1 | 0 | 3 | \$ 4.712.643 | \$ 5.446.046 |
| 33 Vichada | 2 | 0 | 0 | 2 | 0 | 2 | - | - |
| TOTAL | 1037 | 766 | 58 | 144 | 69 | | | |

Fuente: Elaboración propia y datos tomados de (Dirección de Desarrollo de Talento Humano en Salud, 2024).

Basado en lo anterior se puede evidenciar que hay departamentos con remuneraciones algunas más altas que se ofrecen en las de las capitales para médicos recién graduados, lo que podría ser un incentivo para estos profesionales, sin embargo, y pese a la verificación de disponibilidad de recursos que se realiza previo a la inscripción de las plazas, en algunas se presentan dificultades, cierre de plazas y retrasos en los pagos asignados.

Finalmente, en cuanto al contexto normativo colombiano sobre el SSO, en 2022 se publica la resolución 774, que resulta de la necesidad de actualizar y recopilar en un solo cuerpo normativo el procedimiento para la asignación de plazas del Servicio Social Obligatorio y definir las reglas en cuanto a la coordinación, organización y evaluación de este (Ministerio de Salud y Protección Social, 2022).

En la siguiente tabla se describen las principales normas y los puntos informativos claves de cada una:

Tabla 2. Resumen de la normativa colombiana SSO

| Norma | Objeto | Puntos claves |
|----------------------|---|--|
| Decreto 3842 de 1949 | Por el cual se organiza la de salubridad nacional | “Artículo 8o. Créase el Servicio de Salubridad Rural, equivalente al año de práctica del plan de estudios de las Facultades de Medicina reconocidas por el Estado. Este servicio tendrá una duración, por lo menos, de un año continuo en poblaciones o zonas rurales y las Facultades de Medicina reconocidas por el Estado no podrán otorgar el título de médico o cirujano sino a quienes hayan prestado este servicio, previa presentación del certificado expedido por el Ministerio de |

| | | |
|-------------------------|---|--|
| | | Higiene” (Presidencia de la República de Colombia, 1949 Art. 8) |
| Resolución 795 DE 1995 | Por la cual se establecen los Criterios Administrativos para la Prestación del Servicio Social Obligatorio Técnico para la prestación del Servicio Social Obligatorio | <p>“Art. 1: # 6. El profesional debe contar con la infraestructura necesaria para el desarrollo de sus funciones</p> <p>8. El profesional que presta el Servicio Social Obligatorio gozará de las mismas garantías de personal de planta, en cuanto a honorarios, compensatorios, etc. (Ministerio de Salud, 1995 Art. 1 Num. 6 -8)</p> <p>ARTÍCULO 6o. Es deber del profesional de la salud que presta el Servicio Social Obligatorio permanecer disponible para cualquier emergencia que se presente, sin que se le desconozcan sus derechos laborales y legales por parte de la entidad donde está prestando este servicio.</p> <p>PARÁGRAFO. Para efectos de este artículo, se entiende por disponibilidad permanente del profesional de la salud que esté prestando el Servicio Social Obligatorio, el deber legal de permanecer disponible en la localidad sede de la plaza para cualquier emergencia en salud” (Ministerio de Salud, 1995 Art. 6)</p> |
| <u>Ley 1164 de 2007</u> | Establece las disposiciones relacionadas con los procesos de planeación, formación, vigilancia y control del ejercicio, desempeño y ética del Talento Humano del área de la salud mediante la articulación de los diferentes actores que intervienen en estos procesos. | <p>“Capítulo V Del desempeño del Talento Humano en Salud Art. 33</p> <p>Del Servicio Social: Créase el Servicio Social Obligatorio para los egresados de los programas de educación superior del área de la salud, el cual debe ser prestado en poblaciones deprimidas urbanas o rurales o de difícil acceso a los servicios de salud, en entidades relacionadas con la prestación de servicios, la dirección, la administración y la investigación en las</p> |

áreas de la salud. El Estado velará y promoverá que las instituciones prestadoras de servicios (IPS), Instituciones de Protección Social, Direcciones Territoriales de Salud, ofrezcan un número de plazas suficientes, acorde con las necesidades de la población en su respectiva jurisdicción y con el número de egresados de los programas de educación superior de áreas de la salud.

- No debe ser inferior a 6 meses
- Garantizar la remuneración de acuerdo al nivel académico de los profesionales y a los estándares fijados en cada institución o por la entidad territorial y la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud y a Riesgos Profesionales. En ningún caso podrán ser vinculados a través de terceras personas jurídicas o naturales”(Congreso de Colombia, 2007) .

Resolución 2358 del 19 de junio de 2014

Por medio del cual se establece el procedimiento para la asignación de las plazas del servicio Social Obligatorio para las profesiones de Medicina, Odontología, Enfermería y Bacteriología en la modalidad de prestación de servicios de salud y se dictan otras disposiciones (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014, p. 1).

| | | | |
|------------------------|---|--|----|
| Resolución 774 de 2022 | Por la cual se reglamenta el Servicio Social Obligatorio para los egresados de los programas de educación | <ul style="list-style-type: none"> ● Definición ● Objetivos ● Condiciones de priorización | de |
|------------------------|---|--|----|

superior del área de la salud (Ministerio de Salud y Protección Social, 2022, p. 1).

- Vinculación y remuneración
 - Renuncia, no ocupación de plaza y profesionales sin asignación de plaza
 - Deberes y derechos
-

Fuente: Elaboración propia.

En nuestro interés por entender el estado legal de los médicos durante la prestación del servicio social obligatorio en nuestro país y analizar la responsabilidad relacionada con su actividad, se hace un derecho de petición al Ministerio de Salud y Protección Social y al Colegio Médico Colombiano, de donde extraemos que:

Los médicos en SSO cuentan con una licencia provisional para el ejercicio de su profesión únicamente para ejercer en la plaza asignada y a partir del momento de su vinculación formal a la misma; esta licencia tiene validez para la realización de todas las actividades que se encuentren dentro de sus funciones como profesionales de la salud, conforme al artículo 34 de la ley 774 de 2022 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2022).

Al revisar la ley 1164 de 2007, en el artículo 18 se establece que entre los requisitos para el ejercicio de la profesión se encuentra el estar inscrito en ReThus, sin embargo, los médicos a los que les fue asignada una plaza para la prestación del SSO solo serán inscritos en el ReThus cuando finalicen su año rural (Congreso de Colombia, 2007). Es así que estos médicos son considerados y reconocidos por el Estado como profesionales de medicina, pese a no estar en el ReThus. Ante esto, el Ministerio de Salud y Protección Social ¹ aclara que desde el momento en el que se obtiene el título de profesional en medicina otorgado por una institución educativa avalada por el

¹ Respuesta mediante derecho de petición Radicado No. 202113001012091 Ministerio de Salud y Protección

Ministerio de Educación, se reconoce a un médico como profesional. Es así que el ReThus es un requisito obligado para ejercer la profesión, pero no para la obtención del título profesional y como se dijo antes, para ejercer como profesional sanitario en funciones de SSO.

Aquí entonces aparece un nuevo interrogante: ¿Teniendo en cuenta que los médicos durante su SSO están ejerciendo una función pública y bajo una licencia provisional, y ya se planteó que deben operar bajo un plan de trabajo formal diseñado, ¿quién es el encargado de supervisar el ejercicio de la práctica médica de estos galenos? El Ministerio de Salud y Protección Social² informa que la supervisión de la práctica médica de estos profesionales durante su SSO depende de la plaza que ocupen y las funciones que allí se les asignen.

Por tanto, y de acuerdo con el marco jurídico enunciado, los médicos SSO cuentan con un título profesional que soportan el cumplimiento de un plan oficial de estudios, son reconocidos por tanto como profesionales por el estado y sus pares, son remunerados por sus actividades y además dependen oficialmente de un ente gubernamental definido, se infiere que son competentes reconocidos y que por tanto, a la hora de verse involucrados en un proceso Ético disciplinario, no habría porqué diferenciarlos al analizar la responsabilidad entre un médico del SSO con cualquier profesional en medicina, salvo aquellas, que la *Lex Artis Ad Hoc* reconozca.

3. CONTEXTO INTERNACIONAL DEL SSO

En todo el mundo, por recomendación de la organización OMS, se ha implementado una serie de programas e iniciativas que fomentan el servicio social en el área de la salud, con la finalidad de favorecer la presencia de profesionales en áreas rurales. Es así que, según Bendezu-Quisp, et al.(2020) más de 70 países dentro de los que

² Respuesta mediante derecho de petición Radicado No. 202113001012091 Ministerio de Salud y Protección

se encuentran múltiples de América Latina, Canadá, India y Japón, han establecido este tipo de programas sociales en salud.

En la revisión bibliográfica realizada, nos enfocamos en los aspectos normativos, educativos, laborales y profesionales de los médicos de los países de la región de las Américas que cuentan con esta modalidad de prestación de servicio social en áreas rurales y apartadas.

En Ecuador y Venezuela, igual que en nuestro país, la realización del servicio social constituye un requisito para el ejercicio profesional en el sector público y privado, las características de los programas se desarrollan a continuación:

Ecuador: Por el Acuerdo Ministerial N° 5307 de 2015 se establece el Año Rural del Servicio Social, cuyas plazas son adjudicadas mediante sorteos semestrales, en algunas situaciones excepcionales y con ciertas condiciones de priorización; en la reforma del año 2017 (Acuerdo Ministerial N° 149-2017) se establece que la remuneración de los médicos en este ejercicio profesional, será asegurada por cada una de las instituciones de la Red Pública Integral de Salud (Bendezu-Quispe et al., 2020; Ministerio de Salud Pública, 2017; Peñafiel, 2014).

Venezuela: Mediante la Ley del Servicio Comunitario del Estudiante de Educación Superior (Ley No. 38272 de 2005) y la Ley del Ejercicio de la Medicina del año 2011 se establece que para ejercer la medicina en el ámbito asistencial, administrativo, docente o de investigación, se requiere haber desempeñado el cargo de médico rural o haber realizado una pasantía no menor de seis meses en área rural durante el internado rotatorio. Las plazas disponibles son asignadas por el Ministerio del Poder Popular, de no existir vacantes en los territorios designados para tal fin, el Ministerio puede designar un médico para desempeñar el cargo en ciudades de hasta cincuenta mil habitantes y en caso de no contar con esta opción, el médico puede adjudicarse una

vacante en una institución pública o privada en ciudades con el mismo límite de población, en todos los casos por un periodo de por lo menos un año (Asamblea Nacional de la República Bolivariana de Venezuela, 2005, 2011; Bendezu-Quispe et al., 2020; Peñafiel, 2014).

En Chile y Perú, la participación en programas de servicio social en salud es requisito para acceder a programas de especialización médica y como situación especial, en Perú, constituye un condicionante para ejercer en el ámbito público, situación que ha sido catalogada como anticonstitucional en este país, por limitar las posibilidades laborales de los trabajadores de la salud (Bendezu-Quispe et al., 2020; Peñafiel, 2014).

En el caso de Chile, el servicio social fue estipulado en la Ley 19664 de 2000 y aplica para los médicos graduados que aspiren a acceder a programas de especialización profesional, no constituye una condición para ejercer la profesión para médicos no especialistas (Ministerio de Salud, 2000). La financiación del programa es realizada por el Ministerio de Salud (2000), entes municipales e instituciones de educación superior, existen tres líneas de contratación: pueden ser comisionados directamente por el Ministerio, médicos en etapa de destinación y formación o ser médicos contratados en consultorios municipales, quienes alternan periodos de trabajo y formación académica durante seis años. En cuanto al acceso al servicio social, existen igualmente, tres modalidades: el concurso Beca Primaria, cuya finalidad es disponer de médicos especialistas en zonas apartadas según necesidad con compromiso de retorno, el Concurso Nacional de Especialistas (CONE), en la que los aspirantes deben haberse desempeñado en el ámbito asistencial durante un año, además del servicio social obligatorio en retribución al estado por la beca de formación, cuyo término es el doble de la duración del programa académico y el programa de médicos en etapa de destinación y formación, en cuya primera parte los médicos ejercen en zonas rurales y durante el tercer año de

ejercicio pueden postularse al concurso de becas para especialización, sin hacerse necesaria la fase asistencial anteriormente mencionada, como retribución post beca (Bendezu-Quispe et al., 2020; Ministerio de Salud, 2000; Peñafiel, 2014).

En Perú, a través de la Ley 23330 del 10 de diciembre de 1981 se establece el Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud (SERUMS) que ha sido prestado desde su entrada en vigencia por profesionales del área de la salud titulados, como requisito para el ingreso laboral a entidades públicas, así como para el acceso a residencias médicas y becas brindadas por el Estado (Congreso de la República del Perú, 1981), su duración es de máximo un año. Las fuentes de financiamiento son: Estatales, institucionales, regionales, Seguro Social, Fuerzas militares y sector privado. Las plazas son ofertadas de acuerdo con las necesidades de la población y el presupuesto asignado; y son asignadas según puntaje de concursos anuales, sin embargo, los médicos que no logren acceder a las plazas ofertadas, pueden realizar el SERUMS en su modalidad no remunerada (*Ad honorem*) (Bendezu-Quispe et al., 2020; Congreso de la República del Perú, 1981).

Por otra parte, en Bolivia, fue implementado dentro de las prácticas profesionales al finalizar la carrera universitaria, por lo tanto, este se encuentra a cargo de las instituciones universitarias, las cuales ejercen acompañamiento en el proceso. Su ejercicio fue establecido en 2001, a través del Decreto supremo N° 26217, estableciendo el Servicio Social Rural Obligatorio como parte del internado de medicina, con una duración de tres meses (Presidencia de la Republica de Bolivia, 2001). No se otorga, por lo tanto, ningún tipo de remuneración por hacer parte de la formación académica profesional y las plazas son asignadas por concurso, realizado por los Servicios Departamentales de Salud y las instituciones de educación superior (Bendezu-Quispe et al., 2020; Presidencia de la Republica de Bolivia, 2001).

4. ANÁLISIS DE CASO DESDE LA *LEX ARTIS AD HOC*

En el hospital de primer nivel de complejidad de un municipio del altiplano, cuentan con dos plazas de médicos para prestación de Servicio Social Obligatorio (SSO). Sin embargo, debido a la extensión de las jornadas y prestación de horas extra, uno de los mencionados médicos, finalizó la prestación del tiempo correspondiente según la norma 2 meses antes de la fecha proyectada para terminación, motivo por el cual la Institución Prestadora de Servicios de salud contaba con un solo médico de turno durante el día y en las noches, el gerente del hospital contrató dos médicos por prestación de servicios para cubrir cada tercera noche en conjunto con el médico en su primer año de ejercicio profesional.

Un jueves, hacia las 6:40 pm, hora cercana a la entrega de turno, el médico en SSO, recibe una paciente de 39 años, con antecedente de 2 gestaciones previas y embarazo de 37 semanas con contracciones uterinas regulares dolorosas y sensación de pujo. No había asistido a control prenatal; presentó ruptura espontánea de membranas una hora antes. Al examen físico realizado por el médico, evidencia trabajo de parto en fase activa, borramiento del 80 % y dilatación de 8 cm, feto en presentación de pelvis, modalidad completa, con expulsión de meconio grado I y estación 0. No se cuenta con disponibilidad de obstetricia ni sala de cirugía, por lo que el profesional considera que debe remitir a la paciente a una institución de mayor nivel de complejidad con la disponibilidad de especialista y quirófano, requeridos por la paciente, sitio de referencia que se encuentra aproximadamente a 20 minutos. Se alerta a la institución de destino y a los servicios de ginecología, pediatría y anestesiología. Sin embargo, cuando el profesional va a ingresar a la ambulancia con la paciente, un par de minutos posterior a la valoración inicial, la paciente incrementa el pujo y se aprecian partes fetales en el introito vaginal, el médico

en SSO define que el parto vaginal es inevitable y decide ingresar a la paciente a la sala de partos para su atención. Luego de un parto en el que se requirió la realización de maniobras para lograr el desprendimiento de los hombros y la cabeza del recién nacido, se obtiene producto recién nacido no vigoroso, con Apgar de 4 al nacimiento, 6 al minuto y 8 a los 5 minutos; luego de la valoración del recién nacido, adaptación y reanimación, este permanece con requerimiento de oxígeno, motivo por el cual el médico, aún sin recibir apoyo de su compañero, pues no pudo llegar a su turno a tiempo por motivos personales, debió asistir el alumbramiento de la paciente en puerperio inmediato y activar nuevamente el sistema de referencia para trasladar al recién nacido a la IPS de III Nivel de complejidad más cercana. Al ingreso a la Unidad de recién nacidos en el sitio de referencia, realizan toma de gases arteriales que resultan sugestivos de asfixia e ingresan al neonato para manejo.

Al salir de la institución receptora, el médico es abordado por el padre del recién nacido, quien lo señala y le indica que lo responsabiliza por las consecuencias o secuelas que pueda tener su hijo y lo amenaza con golpearlo si algo llega a pasarle.

La *Lex artis ad Hoc* se define como la práctica médica adecuada para tratar a un paciente en un momento y situación definida, además con las herramientas disponibles para tal fin, en este caso nuestro análisis se enfoca en la definición de la adherencia a protocolos y guías clínicas por parte del médico en los diferentes momentos de la atención de la gestante, el parto, adaptación y puerperio, ajustadas a las circunstancias de la atención y propias de todas las instancias involucradas en el desenlace en salud.

Así las cosas, se considera que el médico tomó las decisiones y realizó los procedimientos adecuados, según la *Lex Artis*, o de acuerdo con lo que un profesional semejante hubiese actuado bajo las mismas condiciones de tiempo, modo y lugar, en cada

uno de los escenarios y situaciones presentadas con la paciente y su recién nacido, independientemente del resultado en salud.

5. ANÁLISIS DE CASO DESDE LA LEY 23 DE 1981

El Dr. Mario Vizcaino es uno de los médicos en servicio social obligatorio de un hospital de II Nivel de complejidad en un municipio cercano a la capital del departamento del Cesar, lleva laborando en la IPS durante un poco más de 10 meses, por lo tanto, está muy cerca de finalizar su “año rural”. La institución cuenta con un recurso humano de 6 médicos, 2 de ellos en SSO y los restantes profesionales con contrato por prestación de servicios; se distribuyen de manera rotativa en urgencias, consulta externa y el servicio de hospitalización con 7 camas habilitadas para la atención de la población.

Un viernes de su semana de rotación en consulta externa, hacia las 18:20 horas, la auxiliar le indica al Dr. Mario que no tenía más pacientes agendados pero que había recibido la solicitud de su compañero de urgencias de atender a una paciente de 28 años que consulta por dolor cervical posterior y dorsal, clasificada como Triage IV, que había mostrado una actitud demandante y de difícil control en el servicio. El Dr. Vizcaino se encontraba muy molesto pues tenía planes de viajar a su ciudad natal desde esa noche para pasar el fin de semana con su familia y amigos, luego de 3 meses de turnos extenuantes y trabajo en horas extra, sin embargo, era imposible negarse al requerimiento de la institución durante su horario de turno.

La paciente ingresó al consultorio para la valoración por el Dr. Mario Vizcaíno a las 18:30 horas y salió del consultorio a las 18:45 gritando y criticando la atención brindada en urgencias y por el profesional de consulta externa. Tras ella salió el Dr. Vizcaino corriendo para alcanzar a tomar el último transporte intermunicipal a la capital.

El domingo posterior a la atención de la paciente por el Dr. Mario Vizcaíno, la paciente reingresa al servicio de urgencias hacia las 4:00 horas en compañía de su esposo por caída de su propia altura en el baño de su casa con trauma en región mandibular y malar, además de herida transfixiante en labio superior, asociado a cuadro de somnolencia, mareo, diaforesis, fosfenos y dolor abdominal, vómito y parestesias en miembros superiores e inferiores. Durante el interrogatorio el esposo refiere que la paciente había consultado el viernes en la tarde por dolor en el cuello y región escapular, que el médico que la había atendido le había dicho que era “algo muscular” y que le había dado la orden de los medicamentos que ella había estado tomando según la prescripción que llevaba su cónyuge. En la orden médica firmada por el Dr. Vizcaíno se encontraban los siguientes medicamentos registrados: “1. *Ibuprofeno tabletas x 400 mg: Tomar 1 cada 6 horas # 8 (ocho).* 2. *Tizanidina tabletas x 2 mg: Tomar 1 tableta cada 12 horas # 10 (diez)*”. Igualmente, durante la anamnesis el médico de turno confirma que la paciente se encuentra planificando con anticonceptivos orales desde un año atrás, además el esposo de la paciente refiere que la noche del sábado habían salido a festejar un cumpleaños y se habían tomado “algunos tragos”. La paciente, aún somnolienta y quejándose de dolor por las heridas inicia a gritar: “*¡ese médico lo que quería era matarme, esos medicamentos casi me matan!*”, motivo por el cual, el esposo de la beneficiaria radica una queja formal a la IPS y la gerencia de la E.S.E pone el caso en conocimiento del Tribunal de Ética médica del Cesar.

En el estudio del caso se determina que a pesar de que el Dr. Mario Vizcaino aseguró haberle indicado los posibles efectos adversos de la medicación prescrita a la paciente atendida en la tarde de ese viernes, no existían registros en la historia clínica de advertencia del riesgo previsto, así como de las restricciones y contraindicaciones durante

el tiempo de tratamiento, específicamente la ingesta de alcohol por el riesgo de potenciar los efectos secundarios de la tizanidina.

De igual manera, se estableció que el médico en SSO no dispuso el tiempo necesario para la realización y registro del proceso de anamnesis aplicado a su paciente, toda vez que, no definió el antecedente de consumo de anticonceptivos orales y por ende, no se realizó el correspondiente registro en la historia clínica.

Este caso es un ejemplo de que no todos los factores que intervienen en la prestación de servicios de salud dependen de terceros pues uno de los actores fundamentales en la atención es el personal de salud y en este caso puntual el médico. El ejercicio de la medicina es humanístico y el médico tiene una responsabilidad ética y moral que acompañan su profesión. Si bien es cierto que los galenos se han caracterizado a lo largo de la historia por sus extenuantes jornadas laborales y la alta carga de trabajo, no se puede justificar las faltas éticas en su actuar ni poner el beneficio propio sobre el bien del paciente.

Según la ley 23 del 81 la relación médico paciente se da con el cumplimiento de alguno de los siguientes: 1. Por decisión voluntaria y espontánea de ambas partes. 2. Por acción unilateral del médico, en caso de emergencia. 3. Por solicitud de terceras personas. 4. Por haber adquirido el compromiso de atender a personas que están a cargo de una entidad privada o pública (Congreso de Colombia, 1981). situación que se cumple en este caso. La relación médico paciente conformada desde las esferas éticas, filosóficas y sociológicas, es la base fundamental para el manejo de las patologías del paciente pues el médico no trata una enfermedad, trata un paciente con una enfermedad y es por eso que esta relación debe ser sólida y productiva, pues a partir de esta se lograra obtener una mejor y más completa información que será usada en pro del diagnóstico

y tratamiento del paciente, finalmente siendo una relación solidaria que repercute de forma directa en el principio de beneficencia para el paciente. La actitud del médico es fundamental para establecer la relación médico paciente, el profesional debe mostrar interés en su paciente, la calidad y ética de su atención no puede estar condicionada a factores personales pues finalmente él asumió su rol de médico tratante y lo que esto conlleva.

En el Capítulo II, Artículo 10 se establece que el médico dedicará a su paciente el tiempo necesario para la atención de su paciente (Congreso de Colombia, 1981 Cap. 2 Art. 10), en este caso la consulta se demoró 15 minutos y se hace evidente que no fue el tiempo necesario al no haber una anamnesis incompleta sin registro de antecedentes farmacológicos y al haber una falta de comunicación con el paciente y no explicarle el manejo que se indicó ni las recomendaciones y precauciones con este incurriendo también en una falta al Artículo 16 (Congreso de Colombia, 1981).

6. ANÁLISIS DE CASO DESDE LAS CAUSALES DE JUSTIFICACIÓN DEL DERECHO

En un departamento del país que cuenta con una institución de primer nivel de complejidad, llegan solo dos médicos para la prestación del SSO al año para ejercer labores asistenciales en el servicio de urgencias y consulta externa. los dos médicos junto con el director de la IPS establecen que durante el día uno de los médicos estará encargado de la atención de urgencias y de consulta externa y el otro médico hará los turnos de noche y para el fin de semana el médico que hace el turno noche continua de turno sábado y domingo hasta que su compañero lo releve el domingo en la noche y así invertir la secuencia para semana siguiente como se explica en siguiente tabla, esto adicionalmente con el fin de tener un fin de semana de descanso cada 15 días.

Tabla 3. Secuencias de turnos.

| | L | M | M | J | V | S | D | L | M | M | J | V | S | D | L |
|--------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| DIA | M | M | M | M | M | M | M | M | M | M | M | M | M | M | M |
| | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 |
| NOCHE | M | M | M | M | M | M | M | M | M | M | M | M | M | M | M |
| | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 |

Fuente: elaboración propia

En una vereda de ese departamento ubicada a dos horas del puesto de salud, vive Don José, un señor de 74 años con antecedente de hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2 que vienen manejo con Losartán tableta de 50 mg cada 24 horas y Metformina tableta de 1000 mg cada 24 horas, sin embargo el paciente no es adherente al manejo médico ya que refiere no tiene dinero para ir a los puntos de dispensación de medicamentos establecidos por su EPS, le queda muy lejos y tampoco tiene dinero para comprarlos. La esposa de la paciente nota que desde hace una semana está cojeando y se queja de dolor en el pie derecho, la esposa preocupada, en una salida a mercar al pueblo, pasa por el puesto de salud para solicitar una cita médica para su esposo la cual es asignada en el último espacio disponible del lunes siguiente a las 2:30 pm en una agenda que está abierta desde las 2 pm hasta las 5 pm.

Ese lunes en la mañana llega el médico del SSO con solo 12 horas de descanso desde su último turno de 48 horas seguidas y recibe una paciente de 22 años de edad primigestante en trabajo de parto, la paciente da a luz a un recién nacido sano por parto natural sin complicaciones a la 1:30 pm, el médico del SSO que es el único en el centro de salud debe hacer la adaptación del recién nacido, la historia clínica de la atención del

parto, la historia clínica de la madre y las órdenes médicas para ambos, durante este tiempo se percata de que ya tiene un retraso de 40 minutos en la consulta externa y que no ha almorzado sin embargo para evitar más retrasos en la agenda el médico empieza a hacer la consulta programada y atiende al paciente inicialmente descrito haciendo diagnóstico de celulitis de miembro inferior derecho, no purulenta, sin signos de compromiso sistémico, por lo que decide iniciar manejo antibiótico de forma ambulatoria con Dicloxacilina tabletas 500 mg, una tableta vía oral cada 6 horas por 7 días y deja orden de cuadro hemático para control en 8 días. el paciente y la esposa se retiran del consultorio comentando “ese médico nos atendió como de afán y se veía cansado “. El médico continuó con la agenda programada, realizó la historia de control de las dos horas postparto, terminó la consulta y se sentó a almorzar a las 6 pm y entregó su turno a las 7 pm a su compañero de SSO.

A la semana siguiente el paciente asiste a su control sin embargo le informan que el médico debió salir en un traslado primario a un centro de atención de mayor complejidad con un paciente con diagnóstico de infarto con inestabilidad hemodinámica, desafortunadamente el paciente con diagnóstico de celulitis no ha presentado una evolución clínica favorable y el enrojecimiento y dolor de su pierna ha aumentado razón por la que la esposa insiste en que requiere el control médico agendado, se le explica que no hay médico disponible en la IPS en ese momento y se propone reprogramar la consulta, el paciente y su esposa molestos por la distancia recorrida, el tiempo perdido y los recursos gastados, rechazan la propuesta y se retiran del puesto de salud.

Dos semanas después ingresa al servicio de urgencias Don José con alteración del estado de conciencia, diaforesis, tensión arterial 80/40 mmHg, frecuencia cardíaca 110 latidos por minuto, temperatura mayor a 38.5 °C y lesión purulenta que se extiende por toda la pierna derecha, se considera paciente con choque séptico por infección de

tejidos blandos, se inicia reanimación hídrica, manejo antibiótico con cefalosporina de primera generación IV disponible en la IPS, se realiza glucometría y prescripción de insulinas, se solicita cuadro hemático, función renal y electrolitos que son los únicos que se procesan en el laboratorio, no se cuenta con gases arteriales y se inicia trámite de remisión. El médico da la orden de cancelar la consulta programada de esa tarde para priorizar la atención del paciente crítico que llegó al servicio. la esposa del paciente en medio de la angustia mientras el médico le brindaba información sobre la condición clínica del paciente, el plan de manejo y su pronóstico, empieza a gritarle y culpar al profesional por la progresión del cuadro clínico debido a su falta de atención en el control anterior que no se pudo llevar a cabo, pues la esposa refiere que si lo hubieran visto, se hubieran percatado de que la evolución no era favorable y se hubiera intervenido a tiempo evitando llegar a este estado. El profesional le explica que son situaciones que se salen de sus manos y que hace todo lo que está a su alcance para atender de la mejor forma posible a sus pacientes, sin embargo, la poca disponibilidad de médicos dificulta cumplir con los procesos de atención. La esposa pese a las palabras del médico continúa culpándolo y amenazando con iniciar un proceso legal en su contra.

Este caso llega a conocimiento del director de la IPS quien llama al médico del SSO a su oficina y le reclama por la no atención de los pacientes en la consulta externa y la cancelación de las agendas.

Conforme a lo anterior, al hacer el análisis de este caso, la familia del paciente enfoca la responsabilidad de lo ocurrido en el galeno, sin embargo, hay factores que contribuyen en la situación:

La cantidad de médicos en áreas rurales del país pese al SSO no es suficiente para atender las necesidades demandas por la población, lo que no es diferente en este departamento. adicionalmente si la IPS tiene habilitado el servicio de urgencias debe

contar con el talento humano necesario para brindar el servicio de acuerdo a sus necesidades y su capacidad instalada, al igual que con la consulta externa, por ende, si los dos servicios de encuentran habilitados debe haber el número necesario de médicos para la atención y la sobreocupación de uno de los servicios no exime a la institución de la responsabilidad de atender las demandas del otro servicio, se debe evaluar la necesidad de otro médico para garantizar la prestación de los dos servicios de acuerdo a su capacidad instalada.

El servicio de urgencias tiene como fin atender y estabilizar al paciente que requiere una atención médica de forma inmediata o prioritaria, en este caso puntual tanto el paciente que cursaba con un síndrome coronario agudo con inestabilidad hemodinámica y Don José con el cuadro de choque séptico, son urgencias vitales que requieren de atención médica inmediata y que incluso en la condición en la que se encuentra el médico del SSO de esta IPS entre la necesidad de atención del servicio de urgencias y la consulta externa, podríamos llegar a hablar de un estado de necesidad donde el bien jurídico que está en riesgo es la vida, porque si bien Don José no se encontraba inestable pese a su evolución cuando asistió a la cita de control, muy seguramente en esa valoración el médico al ver que la evolución no era favorable se hubiera cambiado el plan de acción y posiblemente se hubieran evitado el choque séptico, sin embargo en ese momento la prioridad la tenía el paciente infartado y la falta de atención de la consultas médica de esos dos días desde el punto del derecho médico están justificadas bajo el estado de necesidad y el cumplimiento de un deber en el que se encontraba el profesional de esa IPS.

7. EL CONCEPTO DE VULNERABILIDAD

Después de revisar los casos previamente desarrollados y de ver desde diferentes enfoques algunas de las muchas y complejas situaciones a las que se ven enfrentados los galenos durante la prestación de su Servicio Social Obligatorio que si bien no todas son por factores externos y reconociéndolos como profesionales de la salud que trabajan en pro de los fines de la medicina y bajo la ética que a su profesión se debe, surgen diferentes dudas: ¿puede ser considerado el profesional recién graduado un sujeto vulnerable al ejercer su profesión en áreas rurales? ¿Si se concluye que el médico recién graduado es un sujeto vulnerable, sería justo decir que todos los recién graduados, independientemente de la profesión son vulnerables? ¿Qué les otorga a los galenos la vulnerabilidad? Para poder resolver los cuestionamientos planteados se hace necesario definir la vulnerabilidad.

El concepto de vulnerabilidad ha sido estudiado y debatido por diferentes autores desde los años setenta. Este debate ha partido desde la vulnerabilidad como una condición intrínseca del ser humano, naturalizando la vulnerabilidad, hasta el entender a la persona vulnerable como aquella con mayor riesgo de tener un daño físico, psicológico y social o como aquel sujeto cuya capacidad para proteger sus intereses se encuentre comprometida. Estas concepciones se derivan frecuentemente en la práctica de actos de compasión por el otro, al que se ve menos capaz, alejándose del empoderamiento del sujeto que necesita condiciones diferentes para proteger sus intereses y minimizar los riesgos de daño.

Florencia Luna (2008) propone que, mediante la teoría de las capas de la vulnerabilidad un concepto dinámico y relacional que depende de las circunstancias y el contexto, variables que están en estrecha relación con su concepción y alcance, permitiendo la vulnerabilidad en un aspecto particular y no en una condición global de un individuo. Esta teoría, al identificar elementos específicos del entorno del sujeto para la

construcción de la connotación negativa de vulnerabilidad, permite evaluar alternativas de mejora que puedan replantear la condición de vulnerabilidad.

Rogers, Mackenzie & Dodds (2014) proponen una taxonomía derivada de tres fuentes y dos estados de vulnerabilidad; de la primera división resulta la ontológica o inherente, la situacional y la patogénica. La segunda, que puede presentarse en las tres fuentes previamente relacionadas, hace referencia a los estados de vulnerabilidad respecto: potencial y presente.

En el caso de la vulnerabilidad situacional, esta puede presentarse en un periodo determinado de tiempo, ser intermitente o indefinida. Y hace referencia a la generación o exacerbación de la vulnerabilidad por situaciones políticas, personales, sociales, económicas o ambientales de individuos o grupos sociales (Luna, 2008).

Basados en el concepto puro de la palabra vulnerabilidad, podríamos decir que todos somos sujetos vulnerables pues todos tenemos riesgo de daño físico o emocional, por eso mismo se consideró inherente a la condición de ser humano, sin embargo al analizar los diferentes conceptos de vulnerabilidad, el médico de SSO es reconocido como profesional mediante el título otorgado por una institución de nivel superior y por el estado, por ende, desde que el estudiante escoge estudiar medicina, ingresar a un proceso de selección en una universidad y culminar su carrera profesional se entiende que es un sujeto con capacidad de proteger y defender sus intereses y que adicionalmente al estar graduado ya cuenta con las bases suficientes para enfrentarse a diferentes retos de su profesión.

El galeno históricamente ha tenido un papel importante en la sociedad, popularmente se pone a nivel del sacerdote y el alcalde como figuras de poder ante la sociedad. el médico conoce lo más íntimo de sus pacientes, sus miedos, sus preocupaciones y es a este profesional al que buscan para lograr un bienestar físico y

emocional, al médico se le otorga el poder sobre el cuerpo, se deposita en él la confianza de que velará por el mejor interés de sus pacientes, se pone en sus manos derechos fundamentales como la vida, la salud e incluso la libertad cuando se acepta una hospitalización; el médico es visto con respeto no como una persona vulnerable que necesita un cuidado o trato especial, al médico no se le minimiza, al contrario, se le considera por su carga de trabajo, por su esfuerzo, por sus años de estudio, el médico no es reconocido como vulnerable por la población. Si bien es cierto que la tecnología ha favorecido el empoderamiento de los pacientes con información sobre patologías y tratamientos y que se ha experimentado un aumento en procesos ético disciplinarios para estos profesionales que ha llevado a un ejercicio “defensivo” de la profesión, siguen siendo a quienes se acude cuando se ve afectada la salud.

No se puede negar que por diferentes razones de orden público y político, de contextos culturales o factores circunstanciales, los profesionales de salud pueden estar expuestos a riesgos de lesiones físicas en el ejercicio de su profesión y no es exclusivamente por la condición de la prestación del servicio social obligatorio, sino por la delicadeza de su profesión, no hace mucho ocurrió la muerte de un médico especialista en la ciudad de Medellín, no es extraño escuchar noticias de amenazas a profesionales de salud por demoras en la atención en el servicio de urgencias, no es infrecuente saber de amenazas a médicos sujetas a resultados en los procesos de atención y lo común en todos estos casos entre sí es la profesión que se ejerce, no tiene relación con la zona del país, ni si son recién egresados o llevan años de experiencia, sin importar si son médicos generales o especialistas, el factor común es que están expuestos a situaciones de angustia, de dolor, de incertidumbre y de impotencia de un paciente, de una familia, de un grupo de personas que buscan en el médico una cura.

8. DISCUSIÓN DESDE LOS FINES DE LA MEDICINA

Sin duda alguna es evidente que el S.S.O. para todo recién graduado en Ciencias de la Salud es muy importante, no solo porque se trata de su primera experiencia asistencial, además del primer trabajo remunerado, donde la integración de los conocimientos académicos y prácticas supervisadas, se consolidan e integran con pacientes propios, entendimiento de las necesidades de los mismos y la evolución de las enfermedades, sin mencionar las posibilidades de intervención en los campos de la sanidad Pública.

Este primer desarrollo aplicado de la maestría inicialmente entendida solo como conocimiento o guías o protocolos, se ilumina con la práctica, con la observación, la semiología y la mirada acuciosa de la historia natural de las enfermedades y su respuesta ante la intervención médica. Aquí las competencias y capacidades se ponen a prueba y se pulen, con el trabajo en equipo, la responsabilidad y el cuidado no solo de la vida y salud, sino sobre el cuidado de la familia, la comunidad y el medio ambiente. Por otro lado, el médico en SSO es no solo en muchos casos cuidador y médico tratante, sino médico perito, obligado a cumplir con requerimiento del estado y las autoridades, situación que le exige talante, gracia y por supuesto mayor responsabilidad.

Sin embargo, tal y como se le exige y debe demostrar un profesional, el médico S.S.O. empieza a encontrarse con algo que probablemente no había visto en el aula, con su autonomía profesional y con esos límites que la ética y la ciencia, le exigen como es la autorregulación. Aquí sus decisiones son propias, son meditadas y las más de las veces consultadas, la prudencia lo debe acompañar; para que de esta manera el criterio médico aflore y empiece a enraizar su vida y sus decisiones futuras.

Como todo profesional, ya no como estudiante, la disciplina lo agobiará, haciéndolo repetir, repetir y practicar, estudiar y comprometerse en la búsqueda de un

mejor resultado; en el cumplimiento de lo que hay que hacer, como se debe hacer y cuando hay que hacerlo, ahora balanceándolo con sus recursos, contexto y momento específico. De esta forma, sus resultados lo invitarán a prepararse cada vez más. Es el nacimiento y entendimiento de la *Lex Artis Ad Hoc*.

Es así como caso a caso, momento a momento y día a día aprenderá acerca de la elegancia, en el sentido de saber elegir, de cuándo actuar y de cómo actuar, de cómo comunicarse y de cómo comportarse; es decir, que nos referimos al esperado desarrollo de su pensamiento crítico. Aprenderá a oír y a callar y de esta forma a decidir adecuadamente, aun en la incertidumbre. Será exigido a fondo, pues si bien de estudiante se le exigía, ahora la responsabilidad es suya y el eco de sus maestros y los textos se unirán con sus decisiones prácticas.

Y mientras perfecciona y pule lo anterior, el altruismo y el humanismo florecerán en él y en sus compañeros y colaboradores. No solo la empatía por el que sufre -cosa que de seguro vivió en la facultad- lo llamará, sino que la compasión lo obligará siempre a actuar, en pro del necesitado y del sufriente. Tendrá que aprender a resolver sus conflictos de interés en favor del vulnerable, demostrando excelencia y encontrando cada día su vocación. Así como aprenderá a reconocer el éxito de sus colegas y humildemente podrá pedir ayuda.

Curar a quien se pueda curar, cuidar de los incurables y de los vulnerables y de sus colaboradores, enseñar acerca de cómo alcanzar una vida sana, tomar medidas para que su comunidad y sus pacientes no se enfermen o no se compliquen, entender y actuar para disminuir el dolor, intervenir e identificar situaciones que conllevan sufrimiento y hacer algo para remediarlas y ver la muerte de cerca y atreverse a que esta llegue en paz y ojalá no antes de lo esperado, son en resumen, los objetivos de la medicina. Son esos fines los que generan confianza en las personas, los que engrandecen la medicina y los

que todos los agentes sanitarios, tanto el médico SSO, como cualquier profesional del sector salud debe tener siempre presentes, y que desde su actuar de seguro podrá alcanzar y proteger.

9. CONCLUSIONES

Si bien por mandato legal (ref), el servicio social es un requisito obligado para el posterior ejercicio de la medicina y la obtención de la licencia para poderla practicar, el médico rural y todos aquellos que en Colombia lo realizan, son tratados y exigidos como profesionales.

El ejercicio médico temprano que hemos venido tratando, cumple a unas expectativas trazadas por el Estado y a la vez por los sitios de práctica y ha sido avalados como benéficos para la sociedad, la medicina como corporación colegiada y el profesional mismo.

Es así como entre los fines que llevaron a la creación del SSO encontramos el interés por mejorar el acceso con una distribución geográficamente equitativa del talento humano en salud y mejorar la calidad de los servicios de salud, pese a que se cuenta con plazas en todos los departamentos del país mejorando el acceso está claro que estos servicios en un gran porcentaje no son de calidad pues no se cuenta con el personal suficiente ni con los insumos necesarios para atender las necesidades de la población, sumando a esto se buscaba que mediante los conocimientos de los recién egresados se pudiera mantener una actualización constante de las guías y protocolos de manejo en las áreas descentralizadas del país pero en qué momento teniendo en cuenta la alta carga laboral y las extensas guardias estos médicos pueden dedicarse a labores administrativas o investigativas, adicionalmente qué aplicabilidad pueden tener dichas guías en

instituciones donde se ha evidenciado escasez de medicamentos básicos y vitales tales como el Ácido Acetilsalicílico para el manejo de un infarto.

El principio de calidad se puede correlacionar con el principio de equidad puesto que hablamos de equidad desde la formación de los profesionales de la salud orientada a prestar servicios de salud en cantidad, oportunidad y calidad igual para todos los habitantes, con una medición de la calidad desde el ejercicio idóneo, la satisfacción y el mejoramiento de la salud. cuando se estudian estos dos principios desde el enfoque de la ley 1164 de 2007 queda la sensación de que la responsabilidad de la prestación del servicio de salud con equidad y calidad dependen exclusivamente del talento humano en salud, sin embargo, cabe resaltar el deber de cuidado del Estado y la salud como un derecho fundamental que no puede estar sujeto únicamente al servicio social obligatorio de los profesionales de salud. si hablamos de calidad y equidad se debe hablar de disponer de los recursos necesarios para la atención de las necesidades de la población, empezando por la cantidad suficiente de profesionales en salud por la cantidad de habitantes, tecnologías de apoyo diagnóstico y mecanismos garantes a la hora de tramites de referencia y contrarreferencia entendiendo las dificultades de las áreas rurales; y por último, no se puede volver la medicina un ejercicio con fines de resultado con un indicador como el mejoramiento de la salud de los usuarios cuando evidentemente no hay un sistema equitativo y en muchas zonas del país de hace lo que se puede con lo que hay, ejerciendo una medicina desde la *lex artis ad hoc* siendo un ejercicio de medios y no de resultados.

Si se analiza el principio de solidaridad en el contexto de los médicos que se encuentran prestando el SSO, dado que en la mayoría de los casos las dificultades que los profesionales encuentran al realizar un traslado de un paciente a un centro de mayor complejidad, implica encontrarse con colegas que por carga laboral y/o dificultades

administrativas entre los diferentes actores del sistema no admiten al paciente que llega remitido e incluso demeritan el esfuerzo del médico exigiendo estudios con los que no se cuenta en el lugar referencia o se les deja horas esperando mientras resulta una camilla para el paciente, todo esto sin percatarse de que en muchas zonas del país solo hay un médico y que esa demora retrasa o impide la atención de otro paciente, lo anterior nos muestra que sin duda hay una falta de solidaridad entre los profesionales en salud, se desconoce las dificultades que tienen los colegas en las diferentes zonas rurales y en muchas ocasiones una posición de ventaja por el nivel de complejidad de la institución en la que se trabaja genera una actitud de superioridad con el médico que acude en busca de ayuda para la atención de su paciente.

Es cierto que la prestación del SSO favorece espacios que permiten el desarrollo personal y profesional del talento humano, aumenta su capacidad resolutive, fortalece las habilidades clínicas que en ausencia o con un limitado laboratorio clínico o imágenes diagnósticas les permiten una mejor proximidad diagnóstica, forja su carácter y su capacidad de defender su actuar como profesional, genera un enriquecimiento cultural y evidencia realidades distintas del país que estimulan la empatía y en medio de las dificultades humanizan, pero sin dudas las diferentes situaciones a las que se exponen los llevan prácticas de salud con buena capacidad de respuesta pero dejando en un último plano una atención de calidad que repercute directamente en el paciente, no se trata solo de que la población rural tenga acceso a la salud sino de que sus servicios de salud sean justos y equitativos .

Aunado a lo anterior, se hace necesario contextualizar los ámbitos en los que se desarrolla la formación académica de los médicos en nuestro país, que no en todos los casos cuenta con acercamiento a situaciones como a las que se verán expuestos durante la prestación del Servicio Social Obligatorio, lo que nos lleva a regresar a la

recomendación de la OMS y a la finalidad u objetivo primordial de los programas de servicio social en salud, pues si se establecen modelos como el de Perú o Chile en nuestro país, como requisito o facilidad para acceder a programas de especialización médico quirúrgica o incluso de programas de formación o puede ser un requisito de formación en pregrado, como el caso de Bolivia, probablemente el objeto del servicio en zonas rurales podrá ser más susceptible de ser materializado.

¿Qué sucedería si en zonas de difícil acceso a servicios de salud se cuenta con el recurso de médicos de último año en formación, con supervisión de pares expertos y especialistas o aún más interesante, si se cuenta con recurso humano de médicos especialistas en formación o recién graduados, que podrían subsanar aún más las brechas y dificultades de acceso a servicios de salud de calidad en ámbitos de alta complejidad trasladados a estas áreas?

¿Podría lo anterior verse como un escenario utópico? o podría defenderse desde una perspectiva social y altruista de la medicina en la búsqueda del desarrollo de sus objetivos o bienes internos protegidos. Por otro lado, si el estado invierte en la formación de especialistas con aportes económicos, por qué no, con los cuidados y aseguramientos esperados a diferente nivel, no se podría, tal y como sucede con los recién graduados de medicina, enfermería, bacteriología, terapias y otros, mejorar las condiciones sanitarias de los más vulnerables y necesitados. Con las propias cotas de aseguramiento de recurso humano, infraestructura, insumos, dispositivos, medicamentos, sistemas integrados de gestión, seguridad y procesos que se articulen y funcionen a pesar de las barreras geográficas, de comunicación y orden público que han caracterizado la historia de nuestro país.

10. REFERENCIAS

Asamblea Nacional de la República Bolivariana de Venezuela. (2005, septiembre 14).

Ley de servicio comunitario del estudiante de educación superior. (*Gaceta Oficial N° 38.272*. <https://extensionesocial.ucab.edu.ve/wp-content/uploads/sites/10/2018/11/Reglamento-Servicio-Comunitario.pdf>

Asamblea Nacional de la República Bolivariana de Venezuela. (2011, diciembre 19).

Ley del Ejercicio de la Medicina. *Gaceta Oficial N° 39.823*.
<https://alc.com.ve/wp-content/uploads/2013/10/Ley-del-Ejercicio-de-la-Medicina.pdf>

Bendezu-Quispe, G., León, F., Moreno, J., & Inga-Berrospi, F. (2020). Características del servicio social para profesionales médicos en los estados andinos. *Medwave*, 20(2), e7848. <https://doi.org/10.5867/medwave.2020.02.7848>

Congreso de Colombia. (1981, febrero 27). Ley 23 de 1981. Por la cual se dictan normas en materia de ética médica. *Diario Oficial No. 35.711*.
<https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=68760>

Congreso de Colombia. (2007, octubre 4). Ley 1164 de 2007. Por la cual se dictan disposiciones en materia del Talento Humano en Salud. *Diario Oficial No. 46.771*.

http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1164_2007.html

Congreso de la República del Perú. (1981, diciembre 2). *Ley N° 23330 de 1981. Ley del Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud*.

<https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/256956-23330>

Dirección de Desarrollo de Talento Humano en Salud. (2024, marzo 21). *Plazas disponibles para la asignación del Servicio Social Obligatorio del 23 de abril de 2024, según lo reportado por las Direcciones Territoriales de Salud*.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/plazas-disponibles-ii-proceso-2024.pdf>

Luna, F. (2008). *Vulnerabilidad: La metáfora de las capas*. CONICET/FLACSO.

https://www.fbioyf.unr.edu.ar/evirtual/pluginfile.php/9572/mod_page/content/17/3.1.%20Luna%2C%20F.%20%282008%29%20Vulnerabilidad.%20La%20metafora%20de%20las%20capas.pdf

Mackenzie, C. (2014). *Vulnerability: New Essays in Ethics and Feminist Philosophy*. OUP USA.

Ministerio de la Protección Social. (2010, abril 5). Resolución 1058 de 2010. Por medio de la cual se reglamenta el Servicio Social Obligatorio para los egresados de los programas de educación superior del área de la salud y se dictan otras disposiciones. *Diario Oficial No. 47671*.

<https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=39644>

Ministerio de Salud. (1995, marzo 22). *Resolución 795 de 1995. Por la cual se establecen los Criterios Técnico Administrativos para la Prestación del Servicio Social Obligatorio*.

https://www.redjurista.com/Documents/resolucion_795_de_1995.aspx

Ministerio de Salud. (2000, febrero 11). *Ley 19664. Establece normas especiales para profesionales funcionarios que indica de los servicios de salud y modifica la ley n° 15.076*. <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=155848>

Ministerio de Salud Pública. (2017, noviembre 13). Acuerdo Ministerial N° 149-2017.

Refórmese la Norma para el cumplimiento del año de salud rural de servicio social en la red pública integral de salud. *Registro Oficial Suplemento 118*.

http://esacc.corteconstitucional.gob.ec/storage/api/v1/10_DWL_FL/eyJjYXJwZ

XRhIjoicm8iLCJ1dWlkIjoiZTQxYjFjMjYtNWFKNy00Njg2LWExYmEtMDE5
ZDNkODk4ZjIwLnBkZiJ9

Ministerio de Salud y Protección Social. (2014, junio 16). *Resolución 2358 de 2014.*

Por la cual se establece el procedimiento para la asignación de las plazas del Servicio Social Obligatorio—SSO-, de las profesiones de medicina, odontología, enfermería y bacteriología, en la modalidad de prestación de servicios de salud y se dictan otras disposiciones.

https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma_pdf.php?i=66579

Ministerio de Salud y Protección Social. (2022, mayo 17). Resolución 774 de 2022. Por la cual se reglamenta el Servicio Social Obligatorio para los egresados de los programas de educación superior del área de la salud. *Diario Oficial No. 52037.*

<https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=123618>

Peñafiel, M. J. M. (2014). Servicio Social Obligatorio en Colombia: Incertidumbre de los recién graduados en medicina. *Revista Médica de Risaralda, 20(2).*

<https://doi.org/10.22517/25395203.8785>

Presidencia de la Republica de Bolivia. (2001, junio 15). *Decreto supremo N° 26217 de 2001. Reglamento del Servicio Social de Salud Rural Obligatorio.*

<http://gacetaoficialdebolivia.gob.bo/normas/buscar/26217>

Presidencia de la República de Colombia. (1949, diciembre 27). Decreto 3842 de 1949. Por el cual se organiza la salubridad nacional. *Diario oficial No 27.199.*

<https://www.suin-juriscol.gov.co/viewDocument.asp?ruta=Decretos/30036321>

Presidencia de la República de Colombia. (1952, febrero 27). Decreto 392 de 1952. Por el cual se modifican algunas disposiciones de los Decretos números 3842 de

1949 y 1377 de 1951. *Diario oficial* . N. 27840. <https://www.suin-juriscol.gov.co/clp/contenidos.dll/Decretos/1850398>

Presidencia de la República de Colombia. (1994, junio 24). Decreto 1292 DE 1994. Por el cual se reestructura el Ministerio de Salud. *Diario oficial* 41406. <https://www.suin-juriscol.gov.co/viewDocument.asp?id=1260524>