

El contenido de esta obra es una contribución del autor al repositorio digital de la Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador, por tanto el autor tiene exclusiva responsabilidad sobre el mismo y no necesariamente refleja los puntos de vista de la UASB.

Este trabajo se almacena bajo una licencia de distribución no exclusiva otorgada por el autor al repositorio, y con licencia Creative Commons – Reconocimiento de créditos-No comercial-Sin obras derivadas 3.0 Ecuador



Transformaciones de la práctica odontológica en el contexto de la reforma estructural del Estado de finales del siglo XX: confluencias hacia la proletarización de la odontología en Colombia

Gabriel Jaime Otálvaro-Castro
Sandra Milena Zuluaga Salazar

2014

TRANSFORMACIONES DE LA PRÁCTICA ODONTOLÓGICA EN EL CONTEXTO DE LA REFORMA ESTRUCTURAL DEL ESTADO DE FINALES DEL SIGLO XX: CONFLUENCIAS HACIA LA PROLETARIZACIÓN DE LA ODONTOLOGÍA EN COLOMBIA

CHANGES OF DENTAL PRACTICE IN THE CONTEXT OF STRUCTURAL REFORM OF THE STATE IN THE LATE XX CENTURY. CONFLUENCE TOWARDS DEPROFESSIONALIZATION OF DENTISTRY IN COLOMBIA

GABRIEL JAIME OTÁLVARO CASTRO¹, SANDRA MILENA ZULUAGA SALAZAR²

RESUMEN. *Este ensayo caracteriza las principales transformaciones contemporáneas de la práctica odontológica en Colombia, ubicando sus principales tendencias en relación con el contexto de reforma social y sanitaria del país. A partir de ello, se plantea la hipótesis de la reducción del campo de acción profesional que define el presente momento histórico, que constituye una fuerza tendiente a la proletarización, y que es el producto de la convergencia de los múltiples procesos que han reconfigurado la práctica odontológica, en el contexto de la reforma estructural del Estado y de las reformas de apertura al mercado, en el sector de la salud y de la educación, de manera particular. Se presentan algunos rasgos de dicha reducción del campo de acción profesional, en relación con el ejercicio clínico y la formación de nuevos profesionales.*

Palabras clave: *práctica odontológica, proletarización, salud bucal, reforma del Estado, reforma sanitaria.*

Otálvaro GJ, Zuluaga SM. Transformaciones de la práctica odontológica en el contexto de la reforma estructural del Estado de finales del siglo XX: confluencias hacia la proletarización de la odontología en Colombia. Rev Fac Odontol Univ Antioq 2014; 25(Supl): S27-S38.

ABSTRACT. *This essay characterizes the main contemporary transformations affecting dental practice in Colombia, placing its principal tendencies in the context of the social and sanitary reforms of the country. Parting from this, we present the hypothesis of the narrowing of the field of dentistry defined by the present historical moment, that at present, constitutes a tendency towards de-professionalization, being it the product of the convergence of multiple factors that have reshaped the practice of dentistry in the context of the structural reform of the country and the open market, mainly in the educational and health aspects. We present several aspects that characterize this narrowing in the practice of our profession regarding the preparation of new professionals and the clinical practice.*

Key words: *dental practice, proletarianization, oral health, reform, health care reform.*

Otálvaro GJ, Zuluaga SM. Changes of dental practice in the context of structural reform of the state in the late XX century. Confluence towards deprofessionalization of dentistry in Colombia. Rev Fac Odontol Univ Antioq 2014; 25(Suppl): S27-S38.

¹ Ph.D. (c) en Salud Colectiva, profesor ocasional, Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia (Medellín, Colombia). Correo electrónico: gjotalvaro@gmail.com

² Mg (c) Investigación en problemas sociales contemporáneos. Profesora de cátedra, Facultad de Odontología, Universidad Cooperativa de Colombia (Medellín, Colombia). Correo electrónico: sazula7@yahoo.com

INTRODUCCIÓN

Las más de tres décadas de implementación del proyecto neoliberal en Colombia, desarrollado de manera sistemática a partir de inicios de la década de los 90, han producido una profunda transformación en todos los ámbitos de la vida social, política y económica del país.

Durante este periodo histórico se diseñaron e implementaron refinados y complejos procesos de ingeniería social a gran escala, que involucraron abundantes desarrollos normativos y ajustes institucionales, que pretendieron generar las condiciones para acelerar el desarrollo económico nacional, para incorporar al país en la senda del progreso en un mundo globalizado.

Luego de más de 30 años de aplicación sistemática de una política económica favorecedora del libre mercado, los resultados son contradictorios, pues si bien la clase gobernante puja por demostrar la pertinencia de ubicar a Colombia en el nuevo grupo de países de grandes economías emergentes, dado su ritmo de crecimiento económico de la última década, no es menos cierto que los indicadores sociales y de inequidad distan de ser ejemplares, y son recurrentes las crisis sociales, humanitarias y políticas a lo largo y ancho del territorio nacional, asuntos que demostrarían una disociación entre el discurso publicitario que acompaña la acción gubernamental, con las realidades cotidianas vividas por los habitantes del país.

En el marco de intencionadas transformaciones del Estado desplegadas en este periodo, se gestó y materializó una reforma del sector salud, que modificó de manera radical el campo y las reglas de juego para todos sus actores y para los propios ciudadanos. Ello condujo a la más profunda transformación de la práctica odontológica*¹ ocurrida desde

* A lo largo del texto se utilizará el concepto *práctica odontológica*, como lo propone Payares (1997), entendido como un trabajo social profesionalizado, autónomo y diferenciado de otro tipo de prácticas

su proceso de profesionalización en el país, hace poco menos de 100 años, y que pareciera ser poco entendida por las autoridades sanitarias y académicas del país, toda vez que se actúa bajo el supuesto de que el desarrollo de la odontología tiene que ver con el aprendizaje y el despliegue de un conjunto de conocimientos y habilidades aprendidas, relacionado especialmente con procedimientos y técnicas, y poco o nada bajo el reconocimiento de que la formación profesional y el ejercicio práctico, encuentran pertinencia, y están condicionados en su efectividad por las características del contexto social y del sistema de salud en el cual se insertan.²

Este ensayo presenta un análisis de las principales transformaciones de la práctica odontológica del actual momento histórico, ubicando sus principales tendencias en relación con el contexto social y sanitario en el cual se desarrolla esta praxis social. Proponiendo una hipótesis referida a la reducción del campo de acción profesional, que tiende a la proletarianización y que genera una problemática estratificación profesional, producto de la confluencia de múltiples tendencias acaecidas en el marco de la reforma estructural del Estado, finalizando con la presentación de algunos de sus rasgos básicos.³

Contexto sociosanitario en Colombia en el fin del siglo XX y comienzos del XXI

El cuarto final del siglo XX estuvo caracterizado por una profunda crisis política, económica y social, enmarcada en una compleja red de violencias múltiples y extendidas, que incluyen un conflicto armado interno, en la penetración social e institucional del narcotráfico, la deslegitimación del bi-

sanitarias y sociales, ejercido por personas que se dedican a ello como oficio u ocupación, de la cual derivan lucro o sustento, y que se encuentra protegida, regulada y legitimada en el sistema social. Lo que implica que su articulación con la sociedad se constituye en una respuesta intencionada ante una necesidad humana, en la que tanto las respuestas como la propia necesidad resultan objetivadas por la práctica social que llamamos *práctica odontológica*.

partidismo y un notorio descontento económico a razón de la crisis del pago de la deuda en Latinoamérica, el estancamiento de la producción y de las tasas de crecimiento económico, el enorme desempleo y subempleo, la magnitud de la desigualdad social y la pobreza.

En este contexto tuvo lugar la aplicación del denominado *programa de ajuste estructural PAE*,⁴ a través del cual se implementó una reforma estructural del Estado, y que enmarcó de manera particular la reforma a la salud. Los PAE fueron una de las estrategias para afrontar la crisis de acumulación de capital y crear las condiciones para garantizar el pago de la deuda externa, y ajustarse a las “reglas del juego” del nuevo paradigma de la acumulación y de las relaciones internacionales.⁵

Estos fueron impulsados por la banca multilateral, bajo la figura de los préstamos condicionados, lo que agenció la liberalización económica, la reducción del papel económico y social del Estado, la aplicación de fuertes medidas de ajuste fiscal, la privatización de áreas claves de la economía, la liquidación de los derechos de los trabajadores, la desregulación financiera y laboral, la hegemonía del capital financiero, la terciarización del aparato productivo, entre otras.⁵

La reforma estructural del Estado incluyó componentes tanto políticos como sociales, dando cumplimiento a la receta del consenso de Washington.[†] Producto de los préstamos condicionados, se hicieron privatizaciones de empresas y servicios públi-

[†] Término acuñado por Williamsom entre 1990 y 1991, derivado de la conferencia “Latin American Adjustment: how much has happened?”, hecha en 1989, “en la cual se identificaron diez aspectos de consenso para orientar los objetivos de reforma de política económica en los países deudores, que fueron: disciplina fiscal, reorientación y recorte al gasto público, reforma tributaria (incluidos los impuestos indirectos y la ampliación de la base tributaria), liberalización financiera, un tipo de cambio competitivo, liberalización del comercio, inversión extranjera directa, privatización de las empresas estatales, desregulación que promoviese la competencia (desregulando especialmente los obstáculos que la inhiben, como la desregulación de precios, las barreras a las importaciones y la desregulación laboral) y la protección a los derechos de propiedad”.^{6,7}

cos (a lo largo de las décadas 90 y la primera del nuevo siglo especialmente), la desregulación financiera (iniciada a principios de los 90 con la liberación de los tipos de interés y la modificación de la legislación bancaria y de los mercados de capitales), la reforma tributaria (ocho reformas tributarias en dos décadas), la apertura externa (inicio década del 90), la flexibilización de la fuerza de trabajo y de la contratación colectiva (expresada en reforma laboral de 1990), la descentralización y reforma del régimen de transferencias (leyes 60 de 1993 y 715 de 2002), la destrucción de los sindicatos y de otras formas de organización social, mediante el uso de la violencia sistemática.

También, en la última década del siglo XX, tuvo lugar un importante proceso de reforma a la constitución, que si bien se agenció desde algunos actores con un espíritu democratizador, también estuvo fuertemente influido por los postulados del movimiento de reforma estructural del Estado. La nueva Constitución nacional de 1991 abrió el espacio para reformas democráticas y sociales, fortaleciendo la participación ciudadana y permitiendo la emergencia de nuevas demandas sociales y políticas, pero supuso también la incorporación del ideario neoliberal en la orientación de la economía, la reducción del papel del Estado y los principios de política social asistenciales y focalizados.²

La reforma del sistema de salud que se concretó en 1993, se inscribió en el marco de este movimiento global de reforma estructural del Estado y desarrolló el mandato constitucional de 1991; por lo tanto, a la vez de recoger los planteamientos globales de la prescripción del proyecto neoliberal, se adecuó a las condiciones particulares del escenario político de la salud. Sus contextos, dinámicas y resultados se corresponden con procesos sociales e históricos complejos, como señala Almeida:

Esos procesos, que incluyen cambios en los sistemas de servicios de salud, han sido influidos por varios fenómenos simultáneos, tanto endógenos como exógenos, tales como las transformaciones de la economía mundial y sus turbulencias concomitantes; las opciones internas de los Estados nacionales frente a la globalización; las crisis fiscales del Estado y la disminución de las inversiones públicas; el aumento de las desigualdades entre los grupos sociales; la democratización política del continente; el apremiante rescate de la ingente deuda social acumulada; y la ineficiente y baja efectividad de las acciones en el sector salud.⁸

Al valorar los resultados, se impuso la doctrina neoliberal que impulsó el Banco Mundial desde sus planteamientos iniciales de 1987,⁹ hasta los ajustados y más conocidos del *Informe sobre el desarrollo mundial-Invertir en salud*.¹⁰ La reforma acogió un conjunto de postulados económicos y políticos, que afirmaron al mercado como principio organizador y la atención en salud como actividad económica a ser desarrollada preferentemente por actores privados, una incorporación de la salud como mercancía a la fuerza mediante la obligatoriedad del aseguramiento.¹¹

En el nuevo esquema definido por la reforma, no se propuso el retiro del Estado,¹² sino un cambio de rol, dejándole la responsabilidad de algunas acciones de salud pública y un paquete de servicios esenciales no discrecionales (obligatorio para el Estado), mientras a los privados, de manera particular a las empresas lucrativas, les asigna la provisión de los servicios discrecionales (llamada así el grueso de la asistencia en salud, que no está incluida en el paquete de servicios esenciales a cargo del Estado), que sería posible en tanto se garantice la estabilidad del mercado y se asegure la demanda, lo que se lograría a través del aseguramiento, permitiendo además la introducción de las aseguradoras como

representantes de los usuarios, intermediarios entre el Estado y el mercado.

Con esto se crearon las condiciones para la privatización de la salud y la apertura de un nuevo espacio de acumulación para el capital financiero, especialmente en el ámbito de la administración del aseguramiento (aspecto todavía inconcluso en la reforma colombiana, y que se desenlazará en el marco del desarrollo de los tratados de libre comercio que ha firmado el país o están en trámite de firma con EE. UU., Europa y países asiáticos) y del complejo médico industrial (producción de medicamentos, tecnología, servicios especializados, etc.). Asuntos que inciden de manera directa en la redefinición de los procesos de trabajo en salud, que se expresan de forma más nítida en el deterioro y proletarización del trabajador de la salud en el sistema colombiano.

La reforma significó la implementación de un experimento de ingeniería social y económica de gran escala, sin sustento histórico, tendiente a consolidar un nuevo mercado para la acumulación de capital a favor de los privados,^{12, 13} que ha provocado un desastre social ampliamente documentado en la literatura científica del campo de la salud pública,^{6, 11, 14-17} en los medios de comunicación, por los entes de control del Estado y de la Rama Judicial: Defensoría del Pueblo, Procuraduría General de la Nación y Corte Constitucional¹⁸ y penosamente vivido por grandes mayorías de la población colombiana.

El inicio del siglo XXI fue testigo de variadas expresiones de la crisis del sistema instaurado con la reforma de 1993, una profunda y múltiple crisis de legitimidad, financiera y de resultados en salud. Durante el último decenio, el país ha presenciado lo que pueden ser las mayores movilizaciones sociales por la salud en la historia contemporánea, que han tenido como protagonistas a los trabajadores de la salud, funcionarios públicos, sindicatos, usuarios

del sistema y estudiantes.¹⁹ Acción colectiva que se ha articulado como respuesta a los múltiples intentos de reforma propuestos desde el ejecutivo en pos de la profundización del modelo de mercado y donde la población se ha movilizad, demandando la transformación del sistema de salud en pro de la garantía del derecho a la salud.

Tendencias de la práctica odontológica en el marco de la reforma del Estado

El escenario político, normativo e institucional instaurado con la reforma del sistema de salud desde 1993, generó un nuevo modo de desarrollo de la práctica odontológica en el país. Al introducir un conjunto de procedimientos para la prevención en todos los grupos poblacionales y para la atención resolutiva, fundamentalmente en los campos de la operatoria dental, la endodoncia, la cirugía oral y maxilofacial, se modificó la forma de ejercicio liberal, independiente de que prevaleció desde el origen de la profesión odontológica en el país, dando paso a la mayoritaria incorporación institucionalizada y dependiente de la fuerza de trabajo en el mercado laboral. Esta línea de fuerza histórica marca la principal tendencia del desarrollo de la práctica odontológica del presente.

En el actual contexto sanitario confluyen diversas modalidades de incorporación del odontólogo en el mercado laboral, siendo la predominante el ejercicio clínico en instituciones prestadoras de servicios de salud, tanto públicas como privadas, de dos tipos, las que prestan los servicios incluidos dentro del sistema de seguridad social y otras, en importante crecimiento y organizadas como cadenas, que prestan servicios con énfasis en la atención especializada y los servicios no incluidos en el sistema. Subsiste también el ejercicio liberal de la profesión especialmente relacionado con la prác-

tica clínica de especialidades. En una proporción menor, el mercado laboral tiene capacidad para absorber la demanda profesional, particularmente en el campo de la administración y la auditoría, en las aseguradoras que funcionan como administradoras de recursos e intermediarias entre el usuario y los prestadores, y en el campo de la salud pública, en el interior de los entes gubernamentales y de los hospitales públicos, que actúan en el sistema como los responsables de este tema, a partir de la ejecución de las llamadas acciones colectivas.

De la incorporación de un conjunto de procedimientos básicos de atención odontológica en el plan de beneficios a que tiene derecho la población en el sistema de salud del país, se desprenden dos consecuencias paradójicas que marcan el desarrollo de la práctica odontológica en la actualidad. La primera y de gran relevancia en términos de la apropiación de los ciudadanos de la salud bucal como derecho, tiene que ver con que, por primera vez en la historia del país y de forma potencial, cualquier ciudadano cubierto por el sistema de salud puede acceder y demandar la atención odontológica a las instituciones prestadoras de servicios de salud, para ser atendido por un profesional de la odontología.

El acceso a los servicios de salud bucal dispuestos por los prestadores de servicios de salud del sistema, se convirtió así en el vehículo de una transformación en la cultura y en los imaginarios sociales de una población que siempre tuvo que pagar por estos servicios, que normalizó la pérdida de los dientes y el deterioro de la salud bucal, como una consecuencia de la edad y que vio los servicios odontológicos como un gasto oneroso.

La segunda consecuencia de la incorporación de la atención odontológica en el plan de beneficios, tiene que ver con un tema de alta sensibilidad para los profesionales y resulta paradójico a lo anterior,

toda vez que lo que representó un beneficio social para la población, resultó ser un factor de detrimento del prestigio profesional, de la calidad del trabajo y de la vida en los profesionales.

La incorporación de la odontología al sistema, ha venido acompañada de una notoria precarización del trabajo y proletarización[†] del odontólogo. La definición de las condiciones laborales y de las características del proceso de trabajo, son impuestas en el contexto de incorporación profesional en el mercado de trabajo, especialmente por las instituciones encargadas de la administración y la prestación de los servicios de salud en el sistema, estas últimas que cada vez más se estructuran como poderosas cadenas de servicios a nivel nacional, y algunas inician su proceso de internacionalización.

De allí que se haga visible la emergencia de precarizadas realidades laborales y contractuales, propias de un régimen laboral flexible, que tienen un efecto directo en el deterioro de los ingresos de los trabajadores. La tendencia ascendente y la coexistencia del pluri- y subempleo, así como la prevalencia de formas de contratación, como la prestación de servicios y al porcentaje, son realidades vividas por una proporción significativa de los profesionales en la nueva realidad creada por el sistema de seguridad social.^{21, 22}

Se estaría configurando una transformación del modo predominante de ejercicio profesional en el campo de la atención clínica, que estaría pasando de ser uno caracterizado por el ejercicio liberal independiente, a ser un ejercicio dependiente, aun cuando la profesión odontológica constituye, por su volumen, la principal profesión liberal del país.²³

[†] Entendida como “el proceso de cambio ocupativo desde el empleo por cuenta propia hacia el empleo asalariado incide directamente sobre la naturaleza del profesional. El proceso de asalariación ha afectado a todas las profesiones desde comienzos del presente siglo y en particular a las profesiones sanitarias”.²⁰

El ejercicio profesional en la actualidad se hace predominantemente en organizaciones empresariales, mayoritariamente con ánimo de lucro, en ambientes controlados, donde la autonomía profesional se encuentra restringida²⁴ y la organización del proceso de trabajo responde a criterios administrativos (controles y políticas administrativas que definen los pacientes, casos, horarios, procedimientos y materiales) orientados a garantizar beneficios económicos y no necesariamente a parámetros éticos o científico-técnicos, dispuestos para garantizar los mejores resultados en salud para la población.

En este contexto, el profesional perdió el control sobre el proceso de trabajo y la relación con los pacientes, resultando dueño solo de su fuerza de trabajo, y estableciéndose una relación subordinada con los dueños de los medios de producción, siendo esta relación una que lo define como *asalariado* y ya no como profesional liberal como lo fue en sus inicios.

Este asunto explica la pauperización en el ingreso económico y el detrimento de las condiciones laborales, especialmente en el grupo de odontólogos generales dependientes de las cadenas de prestadores privados. Deterioro que estaría generando una problemática estratificación profesional, especialmente notoria en la relación entre antiguas y nuevas generaciones profesionales.

Pero también explica el efecto contradictorio que produce la inserción laboral objetiva de los profesionales respecto al imaginario social, anclado en las aspiraciones y condiciones de la antigua práctica liberal independiente. Aspecto referido en otros análisis de contextos latinoamericanos de transformación de la práctica odontológica,²⁵ anotando cómo dicha contradicción entre imaginarios y condiciones laborales limita el reconocimiento del profesional como trabajador, restringiendo con ello

el poder de organización de los odontólogos y de exigibilidad en la disputa por el mejoramiento de las condiciones laborales, lo que empeora, a su vez, la propia situación económica y social de los nuevos asalariados.

Otra tendencia de la práctica odontológica que se articula con las transformaciones del escenario de inserción laboral, se relaciona con la forma como se despliega la función de legitimación social, específicamente respecto al desarrollo de la organización gremial, que se ha debilitado en el curso de este periodo histórico de transformaciones estructurales. La situación se caracteriza por la baja adscripción a procesos organizativos,²⁶ el escepticismo y desinterés por los asuntos organizativos de carácter gremial,²⁷ lo que explica la baja incidencia y protagonismo como actor sociopolítico del escenario de las reformas y la gestión sectorial.

Otro conjunto de tendencias relevantes de la práctica odontológica tiene que ver con otra de sus funciones: la formación del recurso humano. Estas se configuran también al tenor de las condiciones impuestas por el contexto de la reforma estructural del Estado anteriormente mencionado.

A este respecto, la situación se caracteriza por una marcada explosión de instituciones de formación profesional y técnica. En 1970 existían 4 programas de formación profesional, en 1999 eran 18 y en 2004 ya eran 30 programas,²⁸ que fue desencadenada a partir de las décadas de los 80 y 90, al amparo de la apertura al mercado del sector educativo y de la débil rectoría nacional y territorial, en relación con la formación superior, todo ello producto de la reforma educativa (Ley 30 de 1992) y de las políticas de expansión universitaria y a la presión de grupos de interés.²⁹

La multiplicación de las instituciones formadoras, especialmente de carácter privado,²³ y consecuen-

temente del número de egresados anuales, ha tenido como consecuencia directa la saturación del mercado laboral especialmente en los grandes centros urbanos del país. Esta situación de sobreoferta y concentración urbana ha sido reconocida como una tendencia general del país y de América Latina,^{30, 31} y ha hecho visible la emergente problemática de desempleo profesional, calculada en 14% en el estudio contratado a inicios de 2000 por el entonces Ministerio de la Protección Social,²³ y la alta competitividad que se genera por cada puesto de trabajo disponible.

Lo que resulta paradójico a este respecto, es que a pesar de la sobreoferta y la concentración urbana, no se ha resuelto la universalidad en el acceso a los servicios, tanto porque la disponibilidad de la oferta es insuficiente en relación con la magnitud y distribución de las necesidades, así como porque la oferta en los centros urbanos se concentra en específicas centralidades o corredores del nuevo negocio de la salud (como ocurre en la ciudad de Bogotá y de Medellín), y porque, fundamentalmente, el modelo de atención en el sistema y los servicios de salud, sigue centrado en el desarrollo tecnológico para la atención individual de enfermedades.

Lo que se complementa y potencia con las predominancias de la formación de los estudiantes, que de un lado, respecto a lo clínico, se hace en escenarios completamente desarticulados del sistema de salud y, de otro, donde la dedicación a los contenidos de las áreas relacionadas con la salud pública, los sistemas de salud, la promoción de la salud, la planeación y las ciencias sociales, en su conjunto, son francamente inferiores a la dedicación relacionada con la atención clínica y preclínica, produciendo una evidente subvaloración en la formación de los contenidos no referidos al desarrollo técnico instrumental, ligado al consumo de productos tecnológicos y al desarrollo de procedimientos para la

atención a la enfermedad,²⁶ y al precario desarrollo de estrategias de articulación de los procesos formativos, con las realidades sociales de la población y o de articulación funcional al sistema de salud.³²

Asuntos que expone la compleja manera como se configura la hegemonía del modelo biomédico, que se instaló y arraigó desde el inicio de la profesionalización en el país, y lo poco que se ha trascendido en la innovación para la implementación de tecnologías, tendientes a lograr la universalización de la atención, el desarrollo de estrategias poblacionales de alta efectividad y la integración con programas y estrategias amplias, derivadas de las políticas de salud existentes.

El cierre del campo de acción profesional: una hipótesis preliminar

A modo de cierre de este ensayo, se plantea una hipótesis preliminar que sintetiza el análisis de las tendencias de la práctica odontológica en la conjunción de sus diferentes funciones y componentes.

El planteamiento es que asistimos a un momento inédito, caracterizado por la reducción y constricción del campo de acción del odontólogo general, que constituye una fuerza tendiente a la proletarianización e incluso a la desprofesionalización,[§] y que es el producto de la convergencia de las múltiples tendencias que han reconfigurado la práctica odontológica en el contexto de la reforma estructural del Estado y de las reformas pro mercado en la salud y la educación de manera particular. Algunos de los rasgos que expresarían esta reducción del campo de acción del odontólogo general son:

Una reducción en la práctica clínica. Toda vez que el sistema de salud ha incorporado un conjunto básico de procedimientos, que es superado en su alcance por la amplitud de los contenidos ofreci-

[§] Referida a la transformación de la profesión en el sentido de la pérdida de poder, autonomía y autoridad.²⁰

dos en el proceso formativo del profesional general, lo cual crea tensiones, tanto hacia los procesos de formación como hacia el propio campo laboral, producto de la interdependencia que existe en la relación entre las condiciones de trabajo y la formación, como se ha señalado desde la sociología del trabajo.³³

En el campo laboral se genera una limitación de las posibilidades de desarrollo en lo cotidiano, del acervo de conocimientos y técnicas que el profesional puede desplegar para afrontar y resolver satisfactoriamente las necesidades de los sujetos de la atención clínica, lo que en un escenario de una práctica rutinaria altamente controlada en sus rendimientos, producción y costos, genera, como consecuencia lógica, la hipertrofia en las habilidades relacionadas con los procedimientos reiterativos, y un menoscabo en aquellas no susceptibles de ser desarrolladas en lo cotidiano. Lo que perfila el quehacer laboral en los términos de un técnico cualificado (como lo podría ser en el perfil de auxiliar en operatoria dental, creado a finales de los años 60 en la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia).³⁴

De manera complementaria a esta restricción inicial en la que opera el ejercicio profesional de carácter clínico, la preeminencia de una fuerte racionalidad económica que subordina las decisiones clínicas,³⁵ impuesta por la nueva lógica empresarial en la que se inserta el ejercicio clínico, incita al desarrollo de prácticas de auto-limitación profesional, que privilegiaban el desarrollo de los procedimientos simples en el acto clínico del odontólogo general y delegan la atención al especialista de procedimientos básicos, pero que, por su propia naturaleza, exigen mayor dedicación de tiempo y tecnología.[¶]

[¶] Como es el caso de los procedimientos de endodoncia en el primer nivel de atención. Práctica de autolimitación identificada a propósito de la discusión de la actualización de los planes de beneficio en el año 2010, y que es desarrollada por los odontólogos generales como respuesta a la estructuración de tiempos de atención reducidos, la

En este mismo sentido, y derivado de la subsunción del acto clínico a la lógica empresarial del sistema, y dado el carácter subordinado de la inserción laboral del odontólogo en los ambientes institucionalizados de la prestación de los servicios, algunos estudios han explicitado la manera como se presenta una constricción en la autonomía profesional en el propio acto clínico, que opera en detrimento de la realización plena del derecho a la salud de los ciudadanos que son atendidos en el sistema.²⁴

Un segundo vector de esta fuerza reduccionista se presenta en los procesos formativos. Una contracción que se retroalimenta por lo ocurrido en el campo laboral, y que se expresa de manera particular en la presión para la redefinición hacia lo mínimo de los contenidos de los programas de formación de pregrado.

La presión generada en el mercado educativo, en la búsqueda de rentabilidad y para el aumento de coberturas, ha impulsado la toma de decisiones en algunas instituciones formadoras de reducir el tiempo de formación profesional, existiendo en la actualidad programas de formación profesional con un ciclo acortado de cuatro años de duración.^{**}

Además de dicho acortamiento del ciclo de formación, también se presenta una presión que deviene de la creciente demanda, posicionamiento institucional y necesidad social creada en torno a la formación especializada. Al existir una fuerte competencia en el mercado laboral, producto del creciente egreso de nuevos profesionales, al estar concentrada la población profesional en las ciudades y emerger el desempleo como realidad, la posesión de un título de posgrado se convierte en necesidad adicional para competir por los, cada vez más restrin-

baja disponibilidad de tecnologías requeridas (rayos X, por ejemplo) y la presión generada por el mecanismo de evaluación comúnmente utilizado por las instituciones (productividad relacionada con un número de actividades previamente definidas).

^{**} Véase, por ejemplo, el plan de estudios del programa de Odontología del Colegio Odontológico Colombiano: <http://www.unicoc.edu.co/>

gidos, cupos disponibles en el mercado del trabajo odontológico. En este sentido, los posgrados tienen un periodo de florecimiento en las instituciones formadoras de recursos humanos, que ha ocasionado una presión hacia la reducción de contenidos en la formación del pregrado que retroalimenta y favorece la idea de la pertinencia del acortamiento del ciclo de formación profesional.^{††}

Un último vector de esta tendencia hacia la reducción del campo de acción profesional, en el escenario de la formación, está relacionado con la entrada en vigencia del discurso de las competencias en el campo de la formación y la evaluación en la educación superior. Perspectiva que se instaló inicialmente con una fuerte connotación empresarial y que, a pesar de su resignificación en el marco de los procesos de formación en la educación superior, sigue avivando importantes debates y consecuencias prácticas.³⁶

Una de ellas, y que alimenta esta tendencia a la reducción del campo de acción profesional, tiene que ver con el lugar que va ocupando el SENA^{††} en el debate nacional por la definición de las competencias ocupacionales del odontólogo, asunto que se hace en abierta controversia con las instituciones universitarias, en cuanto al enfoque y los propósitos de dicha definición, y que especialmente tiene al concepto de competencias en el centro de dicha controversia, por la implicación que puede tener en la definición de un perfil ocupacional centrado en las capacidades técnicas e instrumentales, en detrimento de otras dimensiones fundamentales de la

^{††} El efecto de esto ha sido visible en las discusiones nacionales de actualización de los contenidos odontológicos del plan de beneficios del sistema de salud, y en la elaboración de las pruebas estandarizadas de evaluación de la calidad de la educación superior, donde emerge la pregunta de qué debe saber y qué competencias debe demostrar el odontólogo general, y dónde se ha hecho visible la perspectiva de algunas sociedades científicas que abogan porque algunos contenidos sean manejados exclusivamente por los especialistas.

^{**} El Servicio Nacional de Aprendizaje —SENA—, es la institución de carácter público creada para cualificar la formación para el trabajo.

formación profesional y ciudadana, no exclusivamente ligadas a dicho quehacer.

Esto implica que estamos ante un momento histórico en el que se constituye una disyuntiva en el desarrollo de la profesión, y que se resolverá en el devenir de los procesos de adaptación frente a los cambios profundos del orden social y del sistema de salud, reconfiguración que se hace en un movimiento complejo entre lo externo, en función de su inserción en los procesos políticos y económicos generales de la sociedad, y en lo interno respecto a las transformaciones de los componentes de esta práctica social, siguiendo un proceso dialéctico de profesionalización y desprofesionalización, como lo plantea Arroyo: “las categorías profesionales de una sociedad están en un proceso constante de profesionalización y desprofesionalización. Toda profesión necesita ser consciente por tanto de a dónde la conducen las tendencias sociales”.³¹ Los resultados dependerán de la capacidad de diálogo e incidencia social de sus líderes académicos, gremiales y estudiantiles

AGRADECIMIENTOS

Los autores agradecen a la Estrategia de Sostenibilidad CODI 2011-2012 de la Universidad de Antioquia.

CORRESPONDENCIA

Gabriel Jaime Otálvaro Castro
Calle 62 N.º 52-59, Oficina 301
Facultad Nacional de Salud Pública
Universidad de Antioquia
Medellín, Colombia
Correo electrónico: gjotalvaro@gmail.com

REFERENCIAS

1. Payares C. ¿Es la práctica odontológica un trabajo social descontextualizado? *Rev Cubana Estomatol* 1997; 34(2): 96-102.
2. Jiménez C. La Carta constitucional de 1991 como nuevo mito fundacional. A propósito del discurso legitimador de la democracia participativa. *Espacio Crítico* [Internet]. 2005;3 [Consultado 2013 junio 13]. Disponible en: http://www.espaciocritico.com/sites/all/files/revista/recrt03/n3_a03.pdf
3. Kalmanovitz S. La economía política a fines del siglo XX: Constitución, conflicto interno y narcotráfico. Nueva historia económica de Colombia. Bogotá: Taurus, Fundación Universidad de Bogotá Jorge Tadeo Lozano; 2010.
4. Reyes R. Diccionario crítico de ciencias sociales [Internet]. Madrid-México: Plaza y Valdés; 2009. [Consultado 2013 junio 10]. Disponible en: <http://www.ucm.es/info/eurotheo/diccionario/ficha.htm>
5. Sarmiento L. Capitalismo y cambios estructurales en la economía colombiana. En: Seminario Internacional Marx Vive. Sujetos políticos y alternativas en el actual orden capitalista. Bogotá: Edición Digital Espacio Crítico; 2004.
6. Ahumada C. Política social y reforma de salud en Colombia. *Papel Político*. 1998; 7: 9-35.
7. Mora AF. El Consenso de Washington como prescripción política. Aspectos históricos, teóricos y críticos. *Espacio Crítico* [Internet]. 2005;3. [Consultado 2013 junio 11]. Disponible en: http://www.espaciocritico.com/sites/all/files/revista/recrt03/n3_a07.pdf
8. Almeida C. Reforma del sector salud y equidad en América Latina y el Caribe: conceptos, agenda, modelos y algunos resultados de implementación. *Rev Gerenc Polit Salud* 2005; 4(9): 6-60.
9. Akin J, Birdsall N, Ferranti D. Financing health services in developing countries: an agenda for reform. Washington: World Bank; 1987.
10. Banco Mundial. Informe sobre el desarrollo mundial 1993. Invertir en salud. Washington: Banco Mundial; 1993.
11. Echeverri O. Mercantilización de los servicios de salud para el desarrollo: el caso de Colombia; Commodification of health care services for development: the case of Colombia. *Rev Panam Salud Pública* 2008; 24(3): 210-216.

12. Laurell AC, (editor). La salud: de derecho social a mercancía. Nuevas tendencias y alternativas en el sector salud. México: Fundación Friedrich Ebert Stiftung; 1994. p. 9-32.
13. Guerrero R, Gallego AI, Becerril-Montekio V, Vásquez J. Sistema de salud de Colombia. Salud Pública Mex 2011; 53(s2): 144-155.
14. Hernández M. El debate sobre la Ley 100 de 1993: antes, durante y después. En: Franco S (editor). La salud pública hoy. Enfoques y dilemas contemporáneos en salud pública. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2003. p. 463-479.
15. De Groote T, De Paepe P, Unger J-P. Las consecuencias del neoliberalismo. Colombia: prueba in vivo de la privatización del sector salud en países en desarrollo. Rev Fac Nac Salud Pública 2007; 25(1):106-117.
16. Homedes N, Ugalde A. Las reformas de salud neoliberales en América Latina: una visión crítica a través de dos estudios de caso. Rev Panam Salud Pública 2005; 17(3): 210-220.
17. Franco S. Para que la salud sea pública: algunas lecciones de la reforma de la seguridad social en Colombia. Rev Gerenc Polit Salud 2003; 2(4): 58-69.
18. Colombia. Corte Constitucional. Sentencia T-760. Bogotá: Corte Constitucional; 2008.
19. Ocampo D, Echeverry E. Acción colectiva contenciosa por crisis hospitalaria en Colombia entre 1994 y 2008. Los efectos de la reforma a la salud en el desmantelamiento de la red pública. En: XII Congreso Latinoamericano de la Asociación de Medicina Social y Salud Colectiva; Uruguay 3 al 8 de noviembre. Montevideo: Asociación Latinoamericana de Medicina Social; 2012
20. Guillén M. Profesionales y burocracia: desprofesionalización, proletarización y poder profesional en las organizaciones complejas. REIS 1990; 51: 35-51.
21. Nieto E, Montoya G, Cardona E, Bermúdez LF. El mercado laboral de los odontólogos en la ciudad de Medellín. Medellín: Universidad de Antioquia, Facultad Nacional de Salud Pública; 1999.
22. Suárez MC, Moreno JP. Formas de contratación y situación laboral de los odontólogos del municipio de Medellín 2009 [Trabajo de grado especialista en Administración de Servicios de Salud]. Medellín: Universidad de Antioquia, Facultad Nacional de Salud Pública; 2010.
23. Colombia. Ministerio de la Protección Social, Programa de Apoyo a la Reforma, Cendex-PUJ. Los recursos humanos de la salud en Colombia. Balance, competencias y prospectiva. 2.ª ed. Bogotá: Impresor; 2007.
24. Velásquez JP. El odontólogo como operador jurídico en el Sistema General de Seguridad Social en Salud colombiano [Tesis para optar el título de magister en Derecho]. Medellín: Universidad de Antioquia Facultad de Derecho y Ciencias Políticas; 2012.
25. Dávila A. ¿Desprofesionalización en la Odontología Argentina? [Internet]. [Consultado 2013 junio 11]. Disponible en: <http://www.emancipacionsye.com/%C2%BFdesprofesionalizacion-en-la-odontologia-argentinadr-alejandro-daniel-davila-saavedra/>
26. Mesa Sectorial Centro de Formación Talento Humano en Salud. Caracterización de la odontología en Colombia. Bogotá: SENA, Federación Odontológica Colombiana, Colegio Colombiano de Odontólogos; 2008.
27. Jaramillo G. La práctica odontológica: una práctica de incertidumbres. Impacto del régimen de seguridad social en el ejercicio de la práctica odontológica. Medellín: Tarjetas; 1998.
28. Asociación Colombiana de Facultades de Odontología. Situación actual de la práctica odontológica, aproximación a sus puntos críticos. Bogotá: ACFO; 2004.
29. Malagón G, Rodríguez W, Jurado CE. Estudio de recursos humanos del sector salud en Colombia. Medicina Ac Col [Internet]. 1997; 19(46). [Consultado 2013 junio 11]. Disponible en: <http://www.encolombia.com/medicina/academedia/Academ190297/Estudiorecursoshumanos.htm>
30. Brito P. Impacto de las reformas del sector de la salud sobre los recursos humanos y la gestión laboral. Rev Panam Salud Publica 2000; 8(1-2): 43-54.
31. Arroyo J. Situación y desafíos en el campo de los recursos humanos en salud en el Área Andina en los albores de los 2000. Cuadernos Médico Sociales 2002; 82: 29-42.
32. Jaramillo G, Gómez M. Efectos de la Ley 100 sobre el campo de estudio y el quehacer de los profesionales de la salud: la práctica odontológica y su caso. Rev Fac Odontol Univ Antioq 2006; 18(1): 95-102.
33. Barajas G, Fernández JA. Formación profesional y mercado de trabajo. Estudio de la profesión odontológica desde la sociología del trabajo [Internet]. [Consultado 2013 junio 10]. Disponible en: <http://www.aset.org.ar/congresos/7/11010.pdf>

34. Gómez O, Jiménez A, Mejía R. El aporte de la Universidad de Antioquia a la odontología latinoamericana. *Educ Méd Salud* 1978; 12(4): 349-360.
35. Iriat C, Merhy EE, Waitzkin H. La atención gerenciada en América Latina. *Alames en la memoria : selección de lecturas*. Francisco Rojas Ochoa, Miguel Márquez. (Compiladores) La Habana: Caminos; 2009. p. 538-561.
36. Otálvaro GJ, Jácome S. El tránsito de los propósitos a los efectos en la evaluación masiva de la educación superior. *Revista Pedagogía y Saberes* 2003; 19: 95-104.