Trabajo de Investigación

Transformaciones del Trabajo Odontológico en Bogotá (1985-2015).

Proceso de inequidad acumulada

María Carolina Morales Borrero

2021

Trabajo almacenado en el Repositorio Institucional UASB-DIGITAL con licencia Creative Commons 4.0 Internacional

Reconocimiento de créditos de la obra
No comercial
Sin obras derivadas

Para usar esta obra, deben respetarse los términos de esta licencia

UNIVERSIDAD ANDINA SIMÓN BOLÍVAR

Sede Ecuador

Programa: Posdoctorado en Salud Colectiva

Transformaciones del Trabajo Odontológico en Bogotá (1985-2015) Proceso de inequidad acumulada

María Carolina Morales Borrero

Tutor: Jaime Breilh Paz y Miño, Md. MsC, PhD, Ecuador.

Bogotá, D.C., Marzo de 2021

Resumen

Esta investigación aporta a la comprensión de las transformaciones que ha sufrido el trabajo odontológico entre los años 1985 y 2015 en Colombia, a partir del devenir de la profesión y específicamente de las distintas prácticas odontológicas que han surgido en este período, como parte de las características y dinámicas que colocan al mundo del trabajo en el desarrollo del capitalismo global, en una fase del régimen de acumulación flexible, entre el pos-fordismo y el toyotismo.

Se interroga por las determinaciones territoriales del socio metabolismo del capital y de sus contradicciones con el trabajo, sus múltiples expresiones en el actual período de crisis estructural del globalismo en el trabajo odontológico. Las desigualdades entre los modos de vida de los profesionales, debido a la intersección entre los marcadores sociales de la estructura de clases en la cual se insertan, como son la clase social, el género, la generación y el territorio.

Los patrones de territorialización mercantil de los servicios odontológicos en las zonas urbanas de una ciudad neoliberalizada como Bogotá, explican una parte importante de las desigualdades existentes entre los modos de vivir de las clases sociales inmersas en prácticas odontológicas inherentes al pos-fordismo; otras clases sociales al ser posicionadas en prácticas toyotistas enfrentan desigualdades con modos de vida deslocalizados; se completa así la comprensión del largo proceso de inequidad que se acumula determinando las transformaciones del trabajo odontológico desde 1985.

Los esfuerzos de investigación y movilización social de las academias críticas y de las comunidades científicas y sociales vinculadas a la salud bucal colectiva y a la salud colectiva no pueden ahorrarse, se requiere enfrentar y superar con entereza las nuevas tendencias del capitalismo y las marcas de las desigualdades sociales en la salud, en la vida del trabajador y de las poblaciones. El actual conflicto capital/trabajo odontológico precisa de expresiones colectivas y organizadas políticamente en su carácter gremial/judicial, sindical/profesional y comunitario, cuya ausencia complejiza aún más el panorama colonial, patriarcalm racista y capitalista de la inequidad en Bogotá / Colombia.

Este texto se organiza en cuatro capítulos; en el primero describimos el problema que suscita la investigación y configura una parte nuclear de este documento, con el posicionamiento ético político, ontológico, epistemológico y metodológico en un enfoque diseñado para dar respuesta a los cuestonamientos y a las preguntas de la investigación. Con fundamento en ciencias sociales críticas de la sociología política urbana, la geografía crítica, la ecología política y la salud colectiva latinoamericana desde uno de sus componentes centrales: la epidemiología crítica, propuesta por el tutor de esta investigación, profesor e investigador ecuatoriano y representante principal de esta corriente de la salud colectiva latinoamericana: Jaime Breilh Paz y Miño.

El segundo capítulo aporta a las transformaciones del trabajo odontológico en Bogotá a partir de las determinaciones de la estructuración del territorio, de los flujos y las disputas que se ponen en juego en la ciudad urbana al localizar unos modos y medios de producción de los servicios odontológicos entre circuitos y enclaves de mercantilización de la capital de Colombia. En este capítulo describimos la producción y la distribución de los mercados odontológico de Bogotá, bajo territorializaciones que son determinadas por fuerzas diversas.

El tercer capítulo presenta las transformaciones del trabajo odontológico en Bogotá a partir de los modos de vida de los profesionales y las desigualdades entre estos. Describimos incialmente la inserción social de los trabajadores entre las jerarquías y dinámicas generales de la sociedad y en el posicionamiento de los tipos de práctica odontológica y de los patrones organizados por las relaciones entre las clases sociales, los géneros y las generaciones que configuran los modos de vida del odontólogo. La producción - reproducción de la matriz de poder que contiene estos modos de vivir, en la realidad particular de la ciudad capital, nos aproxima a comprender y a explicar los procesos que han determinado social e históricamente las transformaciones que se estudian en este trabajo. Finalizamos con algunos contrastes y conflictos entre los modos de vivir y la singularidad de los estilos de vida, desde trayectorias laborales que consideran las tendencias y las autonomías relativas propias de la movilidad social desde subjetividades políticas que enfrentan la matriz de poder dentro del mundo del trabajo odontológico con concreciones que abren posibilidades esperanzadoras.

El cuarto y último capítulo recoge en conclusiones parciales e integradoras las respuestas a las preguntas estructurales/generales, particulares y singulares sobre el problema que nos ocupa. Iniciamos con las transformaciones en los modos de producción y su expresión en los modos y estilos de vida de los trabajadores con un tipo de intersección entre las desigualdades que subraya una mayor vulnerabilización sobre las mujeres jóvenes de clase obrera media y baja en jefatura de hogar y en condiciones de informalidad laboral creciente. Destacamos las principales determinaciones del proceso de inequidad acumulada del trabajo odontológico en Bogotá desde la década del 80 con recomendaciones para el ámbito académico crítico, el de las políticas de salud sobre la prestación de servicios odontológicos y el pleno empleo y, especialmente el ámbito cotidiano del espacio/tiempo de la buena vida con énfasis en el derecho a la ciudad.

El cierre y fin de este trabajo de investigación lo ofrezco con toda mi esperanza, a las personas y grupos de amigos y amigas, familiares y situaciones que me llevaron a concluirlo, pese al profundo cambio que vivenciamos en un tiempo de pandemia mundial e inédita que hemos decidido nombrar coronavirus SARS-CoV-2 (Covid-19) y que nos ha recordado en nuestra fragilidad e indudable interdependencia, la importancia de todas las formas de vida en toda su polisemia.

Agradecimientos

Expreso mis más profundos agradecimientos a todas las personas que han aportado al proceso de investigación acerca del devenir de la profesión, especialmente a quienes con amorosa paciencia nos han acompañado en este trayecto vital.

A los profesores y las profesoras de la Universidad Andina Simón Bolívar, al amigo e incansable maestro Jaime Breilh por su bondadosa orientación, por el apoyo y amistad para realizar esta investigación y por persistir durante varias luchas en nuestra región; a la querida amiga María Fernanda Soliz, por su afectuosa contribución al campo de la Salud Colectiva, a la amiga y compañera Giannina Zamora por sus sugerentes y oportunas enseñanzas, a los queridxs compañerxs del posdoctorado, del doctorado y al equipo humano que constituye el soporte académico y administrativo en la destacada Universidad Andina: María Luisa xxxx.. Ha sido muy grato y constructivo compartir un espacio y un tiempo de tanto aprendizaje al lado de ustedes.

Igualmente quiero subrayar los valiosos aportes de compañerxs de mi Alma Mater, la Universidad Nacional de Colombia, con especial reconocimiento a Jairo Luna García y a Mauricio Torres Tovar quienes como parte del "Grupo de Investigación Salud Ambiental y Laboral" nos inspiraron para tomar caminos interesantes para este estudio. A los compañerxs de la Red Latino Americana de Investigación en Clase social. A los amigxs y compañerxs de la profesión quienes tomaron parte de la investigación en las encuestas, en las entrevistas o en la fase del trabajo de campo, especialmente a lxs estudiantes del Semillero de Investigación Salud Colectiva de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Colombia, por aportar dinamismo y esperanza a este trabajo.

Durante la primera fase del estudio en el año 2019, recibimos el Premio Nacional de Investigación convocado por la Asociación Colombiana de Facultades de Odontología y Colgate ACFO-Colgate-2019, anunciado en la UniSinú de Montería y entregado en la ceremonia de cierre y premiación a Rafael Caro Reyes, estudiante de pregrado de nuestro semillero quien participó y ganó la convocatoria con la presentación de parte de este proyecto. Destaco el apoyo y respaldo de María Beatriz Ferro, directora ejecutiva de Colgate quien ha tomado parte en varias actividades de nuestra investigación y además impulsa la investigación en las Facultades de Odontología del país.

A la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Colombia por el apoyo institucional y financiero, al Centro de Investigación y Extensión y la amable gestión de su directora Catalina Arévalo y de la Unidad Administrativa de la Facultad; a los compañerxs de trabajo en el Departamento de Salud Colectiva. A la Facultad de de Odontología de la Universidad Cooperativa de Colombia y la Facultad de de Odontología de la Universidades El Bosque por sus valiosos aportes desde los semilleros de investigación, bajo la coordinación de la profesora Claudia Naranjo y del profesor Alejandro Perdomo, respectivamente. Sus aportes como co-investigadores nos permitieron adelantar conjuntamente parte de las fases de recolección de datos, organización y análisis preliminar de la información. Asi mismo adelantamos trabajos de grado en el marco de los semilleros.

A la amiga y compañera Clara Mercedes Suárez por su asesoría estadística; al médico y doctor en Salud Colectiva Jhon Benavides, por sus valiosas asesorías metodológicas y análisis estadístico. A la amiga Kimberly Piñeros Chía, quien como activa geógrafa nos orientó generosamente durante todo el trabajo de campo en el territorio de 19/20 Localidades de Bogotá.

Sin todo este magno y colectivo esfuerzo esta investigación no habría visto su fin. Consideramos el trabajo conjunto y en colectivo, no sólo una manera de hacer la buena vida, sino también, de aprender de ella.

Tabla de Contenido

TRANSFORMACIONES DEL TRABAJO ODONTOLÓGICO EN BOGOTÁ (1985 – 2015). PROCESO DE INEQUIDAD ACUMULADA 1

RESUMEN 3

AGRADECIMIENTOS 5

CAPÍTULO 1 10

ENFOQUE Y POSICIONAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN 10

1. PREMISAS ONTOLÓGICAS, EPISTEMOLÓGICAS, METODOLÓGICAS Y ÉTICO - POLÍTICAS DEL OBJETO DE INVESTIGACIÓN 10
1.2 PROBLEMA Y PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN 12
1.2.1. EL TRABAJO ODONTOLÓGICO SE HA DESCONOCIDO COMO PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA 13
1.2.2. EL GIRO NEOLIBERAL Y DESCONOCIMIENTO DEL TRABAJO ODONTOLÓGICO COMO UN PROBLEMA DE SALUD COLECTIVA 14
1.2.2.1. PREGUNTAS DEL INVESTIGACIÓN 17
1.2.2.2. OBJETIVOS GENERALES DEL PROCESO DE LA INVESTIGACIÓN 17
1.2.2.3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS DEL PROCESO DE LA INVESTIGACIÓN 17
1.2.3 DISEÑO METODOLÓGICO 17
1.2.3.1. FASES DE LA INVESTIGACIÓN 19
1.2.3.2. POBLACIÓN Y MUESTRAS 20
1.3. EL ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN PARA COMPRENDER LAS TRANSFORMACIONES DEL TRABAJO ODONTOLÓGICO EN BOGOTÁ 22
1.3.1. SUBSUNCIÓN FORMAL DEL TRABAJO Y DEL CONSUMO AL CAPITAL 22
1.3.2. SUBSUNCIÓN REAL DEL TRABAJO Y DEL CONSUMO AL CAPITAL 22
1.3.3. MODOS DE PRODUCCIÓN Y MUNDO DE TRABAJO ODONTOLÓGICO 23
1.3.4. MODOS DE PRODUCCIÓN / TIPOS DE PRÁCTICAS ODONTOLÓGICAS 24
1.3.4.1. PRÁCTICAS ODONTOLÓGICAS FORDISTAS: LIBERAL - INSTITUCIONAL (1962 – 1995) 25
1.3.4.2. PRÁCTICAS ODONTOLÓGICAS POSFORDISTAS: NEOLIBERAL – INSTITUCIONAL (1996 – 2015) 26
1.3.5. LOS TERRITORIOS EN LOS PROCESOS DE DETERMINACIÓN SOCIAL 28
1.3.5.1. LAS POLÍTICAS DE SALUD ORAL EN LA DETERMINACIÓN SOCIO-TERRITORIAL DE LOS SERVICIOS 29
1.3.5.2. RELACIONES DE PODER EN EL ESPACIO SOCIAL: DETERMINAN Y SON DETERMINADAS 30
1.3.5.3. TERRITORIOS URBANOS NEOLIBERALIZADOS: RELACIONES Y DINÁMICAS DEL PODER EN EL ESPACIO 32
1.3.7.1. GÉNERO Y MODOS DE VIVIR 35
1.3.7.2. DIMENSIONES DE INTERPRETACIÓN - ANÁLISIS DEL GÉNERO Y DESIGUALES MODOS DE VIVIR 36
1.3.7.3 CLASE SOCIAL Y MODOS DE VIVIR 38
1.3.7.4. CÓMO ESTUDIAR LA CLASE SOCIAL EN LOS MODOS DE VIVIR 38
1.3.9. PLAN GENERAL DE ANÁLISIS DE LA INVESTIGACIÓN 47

CAPÍTULO II 51

GEOGRAFÍA CRÍTICA DE LA INEQUIDAD 51

ANOTACIONES SOBRE LOS ENFOQUES, MÉTODOS Y LAS TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN DE ESTE CAPÍTULO 52
2.1. LA ESTRUCTURA SOCIO HISTÓRICA DEL TERRITORIO DE BOGOTÁ 55
2.2. ESTRUCTURA SOCIO POLÍTICA DEL TERRITORIO DE BOGOTÁ, DISTRITO CAPITAL 61
2.2.1. PROPUESTAS DE INTERVENCIÓN POLÍTICA DE LA CIUDAD, LA SALUD Y SALUD BUCAL EN EL TERRITORIO 62
2.3. BOGOTÁ, CIUDAD DE DESIGUALDADES TERRITORIALIZADAS Y DE TERRITORIALIZACIONES DESIGUALES 64
2.3.1. TERRITORIALIZACIONES DESIGUALES 69
2.3.2. BOGOTÁ, UNA CIUDAD QUE REPRODUCE LA SEGREGACIÓN 72
2.4. DETERMINACIÓN SOCIO TERRITORIAL DE LOS SERVICIOS Y LAS PRÁCTICAS ODONTOLÓGICAS EN BOGOTÁ 73
2.5. PROCESOS TERRITORIALES QUE DETERMINAN LOS MODOS DE PRODUCCIÓN DE LOS SERVICIOS Y LAS PRÁCTICAS ODONTOLÓGICAS EN BOGOTÁ 74
2.5.1. COOPTACIÓN ESTATAL 74
2.5.2. ESPECULACIÓN 76
2.5.3. EMBELLECIMIENTO 76
2.5.4. COMERCIALIZACIÓN 77
2.5.5. NEO-HIGIENIZACIÓN TERRITORIAL, DESPLAZAMIENTO DE SERVICIOS ODONTOLÓGICOS 79
2.5.6. VULNERABILIZACIÓN DE LA POBLACIÓN 84

CAPÍTULO III 89

MODOS DESIGUALES DE VIVIR DE LOS PROFESIONALES EN BOGOTÁ: PROCESOS DE DETERMINACIÓN SOCIAL 89

ANOTACIONES TEÓRICO – METODOLÓGICAS PARA ESTE CAPÍTULO 90
3.1. CARACTERIZACIÓN DE LOS MODOS DE VIDA DE LOS ODONTÓLOGOS ENCUESTADOS 93
3.2. POSICIÓN SOCIO/OCUPACIONAL DE CLASE SOCIAL DE LOS ODONTÓLOGOS EN BOGOTÁ 93
3.2.1. POSICIÓN OCUPACIONAL DE LOS ODONTÓLOGOS - JEFES DE HOGAR 95
3.2.2. POSICIÓN OCUPACIONAL DE LOS ODONTÓLOGOS NO JEFES DE HOGAR 100
3.3. MODO DE VIDA DE LOS ODONTÓLOGOS QUE TRABAJAN EN BOGOTÁ 101
3.3.1. DESIGUALDADES ENTRE LOS MODOS DE VIDA 102
3.3.2 DESIGUALDADES DE CLASE SOCIAL ENTRE MODOS DE VIDA DE EMPLEADOS - OBREROS Y EMPRESARIOS 103
3.3.3. DESIGUALDADES DE CLASE SOCIAL EN LAS CONDICIONES DE TRABAJO 104
3.3.4. RELACIONES DE PODER Y ORGANIZACIÓN GREMIAL DE LA CLASE OBRERA 105
3.4. PRECARIDAD LABORAL POR CLASE SOCIAL 105
3.5. DESIGUALDADES EN LOS MODOS DE VIDA POR TIPO DE PRÁCTICA ODONTOLÓGICA 106
3.5.1. DETERMINACIÓN TERRITORIAL DE LAS DESIGUALDADES EN LOS MODOS DE VIDA 107
3.6. ESTILOS DE VIDA DE LOS ODONTÓLOGOS QUE TRABAJAN EN BOGOTÁ 113
3.6.1. DESIGUALDADES EN ESTILOS DE VIDA POR CLASE SOCIAL DEL ODONTÓLOGO EN BOGOTÁ 114
3.6.2. DESIGUALDAD DE CLASE EN EL PROCESO SALUD - ENFERMEDAD – ATENCIÓN – CUIDADO DE LOS PROFESIONALES EN BOGOTÁ. 115
3.7. TRAYECTORIAS LABORALES Y MOVILIDAD SOCIAL 117
3.7.1. LA ETAPA DE INSERCIÓN LABORAL: PRIMER EMPLEO 119
3.7.2. ETAPA DE ESTABILIZACIÓN LABORAL: UNA NUEVA INVERSIÓN 120
3.7.3. ETAPA DE CONSOLIDACIÓN LABORAL: PRESTIGIO Ó ESTABILIDAD. 122

3.8. MODOS Y ESTILOS DE VIDA DE LOS PROFESIONALES QUE TRABAJAN EN BOGOTÁ: DESIGUALDADES DE CLASE SOCIAL, GÉNERO, GENERACIÓN Y TERRITORIO. 125
3.8.1. TERRITORIOS Y TERRITORIALIZACIONES MÚLTIPLES EN EL TRABAJO ODONTOLÓGICO EN BOGOTÁ 126
3.8.2. ESQUEMA CAPITALISTA Y PATRIARCAL DE INSTITUCIONES SOCIALES RE-PRODUCEN INFORMALIDAD LABORAL 127
3.8.3. MATRIZ DE PODER SOCIO - TERRITORIAL DE CLASE SOCIAL, GÉNERO Y GENERACIÓN REPRODUCE INEQUIDAD EN EL TRABAJO ODONTOLÓGICO. 128

CAPÍTULO IV 130

DETERMINACIÓN SOCIAL DEL PROCESO DE INEQUIDAD ACUMULADA 130

4.1. CONCLUSIONES 130
4.2. RECOMENDACIONES 134
4.3. LIMITACIONES DEL ESTUDIO 136
5. REFERENTES 136
6. ANEXOS 142

Índice de Tablas, Fotos, Gráficas y Mapas

Tabla 0.1 Tipos y subtipos de Práctica Odontológica según los modos de producción 24
Tabla 0.2 Dimensiones y contenidos de los modos de vida y los estilos de vida 34
Tabla 0.3 Dimensiones y contenidos para interpretación y análisis de género 36
Tabla 0.4 Categorías y subcategorías de Posición de clase social 41
Tabla 0.5 Relación de propiedad del profesional según jefatura de hogar 41
Tabla 0.6 Lugar en el aparato o proceso productivo 42
Tabla 0.7 Papel / control del proceso productivo 43
Tabla 0.8 Tipo de cuota de distribución de la riqueza. 44
Tabla 0.9 Síntesis de Posición de clase social del profesional 44
Tabla 0.10. Combinaciones de respuestas para ubicar tipo de cuota de riqueza y relaciones de distribución 45
Tabla 0.11 Caracterización de clase y posición de clase de los trabajadores de la salud bucal de Bogotá 45
Tabla 0.12 Clasificación de clases sociales y fracciones de clase por atributos 45
Tabla. 0.13 Plan general de Análisis de la investigación 48
Tabla 0.14 Relaciones y correlaciones entre variables y categorías – algoritmo 49
Mapa 2.1. Polígono de Chapinero Bogotá, 2019 53
Tabla. 2.0.1 Propuestas e intervención de la ciudad, de la salud / salud bucal en el territorio 62
Mapas 2.2. Proyecciones poblacionales Cundinamarca – Bogotá 2019 66
Mapa 2.3. Estimación de personas vulnerables Bogotá 2018 66
Mapas 2.4. Concentración de hogares con NBI 2018. Concentración de Desempleo 2019 DANE 68
Gráfica 2.1. PIB Bogotá 2015 - 2020 69
Mapas 2.4.1. Segregación de Bogotá – 2011 2.4.2. Patrón espacial de Calidad de vida básico - 2017 72
Mapas 2.5. Concentración de servicios odontológicos a escalas de Localidad, UPZ, Áreas (Trabajo de campo) 75
Mapas 2.6. Concentración y contraste de servicios públicos y privados de odontología general 78
Fotos 2.1. Territorialización de comercios en el Sector Norte de Bogotá 79
Mapas 2.7. Concentración de servicios de odontología especializada en Bogotá 80
Fuente: Elaboración propia, Fuente primaria IDECA sobre Servicios habilitados en Bogotá 2020 80
Mapas 2.8. Contraste entre servicios de odontología general pública y privada en la Sub Red Norte 81

Fotos 2.2. Sector Sur-Occidente de Bogotá 82
Mapas 2.10. Contraste entre servicios de odontología general públicos y privados Sub Red Sur 83
Mapas 2.11. Contraste entre servicios de odontología general y de odontología especializada Sub Red Sur Occidente – Bogotá 83
Mapas 2.12. Contraste entre servicios de odontología especializada Sub Redes : Norte - Sur - Centro Oriente y Sur Occidente 85
Fotos 2.3. Sector Sur de Bogotá: Localidad Usme 2019 y 2020 86
Mapa 2.13. Contraste usos de suelo y territorialización de los servicios odontológicos 87
Fotos 2.4. Sector sur de Bogotá: Localidad Usme 2019 y 2020 88
Gráficas 3.2. Estado civil y Nivel de escolaridad de profesionales 2019 94
Gráfica 3.3. Histograma del comportamiento de edad de los profesionales 2019 94
Gráfica 3.4. Inserción laboral por tipos de práctica odontológica 95
Gráficas 3.5. Jefe de hogar Gráfica 3.6. Estado civil 96
Gráfica 3.7. Nivel máximo de escolaridad 96
Tabla 3.1. Clasificación por clase social de los profesionales jefes de hogar 99
Gráfica 3.8. Jefatura de hogar por subclases en obreros 99
Tabla 3.2. Tabla 0.1 Clasificación por Clase social de profesionales no jefes de hogar 100
Mapa 3.1. Contraste Polígonos, sitios de y áreas de trabajo y de residencia - por estratos 107
Mapa 3.2. Contraste concentración de los servicios habilitados de Odontología general y especializada en Bogotá 2020 109
Mapas 3.3. Contraste concentración de servicios habilitados por especialidad odontológica Bogotá 2020 110
Mapa 3.4. Servicios odontológicos habilitados 2020 Polígonos de oferta de trabajo, sitios de residencia y trabajo de encuestados 112
Gráfica 3.9. Desigualdad de género en la tasa de desempleo en Colombia 2008 -2017 112
Tabla 3.3. Trayectorias Laborales y movilidad: relaciones entre medios producción y lugar en el proceso productivo. (Profesionales entrevistados Bogotá, 2019). 117
Gráfica 3.10. Pirámide de clases sociales - Mundo de trabajo Odontológico 128

Capítulo 1.

Enfoque y posicionamiento de la investigación

1. Premisas ontológicas, epistemológicas, metodológicas y ético - políticas del objeto de Investigación

El presupuesto ontológico que asumimos para esta investigación toma como premisa formas de conocer y de interpretar al otro en una alteridad no excluyente. Para ello partimos de la acepción de las ciencias críticas y del pensamiento crítico, según los cuales, la vigilancia de los mecanismos de control de la legitimidad de las sociedades donde se construye el conocimiento, pueden reconocer en la configuración de normas y leyes dentro del proceso de conocer, la legitimidad ó limitación en la experiencia del investigador. Se trata de realizar un proceso reflexivo por parte del investigador cuyo posicionamiento ontológico, no se vea limitado por lo que se ha considerado válido (Vasilachis de Gialdino, I., 2006) entre las convenciones de las ciencias modernas (Gadamer, 2006). La consecuente ruptura ontológica entre el investigador y el sujeto/objeto de investigación, como ha propuesto John Creswell, le facilita la aproximación a la realidad desde enfoques, métodos y técnicas (Creswell, John W., et al., 2007) se orienten

por el carácter emancipatorio de las ciencias críticas, reconociendo los límites del control científico y tecnológico del conocimiento sobre la sociedad, así como sus límites sobre la naturaleza y los sujetos sociales.

En el presupuesto epistemológico o la teoría del conocimiento acerca de quién conoce ó genera conocimiento válido y qué clase de conocimiento es, en estrecha relación con el presupuesto ontológico planteado en el anterior apartado, asumimos el proceso de construcción del conocimiento, considerando el lugar de enunciación en la producción de conocimientos científicos, el diálogo con las distintas disciplinas que pueden tomar parte de dicho proceso, así como, con los procesos sociales, culturales, políticos y éticos de las fuerzas que disputan la hegemonía y la no hegemonía en el conocimiento. La complejidad de la realidad nos exige reconocer los aportes de disciplinas con métodos distintos, procedentes de paradigmas diferentes; reconocer igualmente el conocimiento situado y los puntos de vista (Harding Sandra, 1987, 2004; Young, 2011) que permiten valorar la consistencia de la relación entre la epistemología, la ontología, los métodos y la ética del proceso de investigación y de contrucción del conocimiento.

Asumimos por ello, las premisas epistemológicas y éticas del conocimiento inter y transdisciplinario (Samaja, 2004) proveniente de la corriente de pensamiento crítico del campo de la Salud Colectiva Latinoamericana, y en particular de los aportes de la epidemiología crítica que ha reconocido la salud como un proceso complejo con dimensiones diversas y concatenadas: lo general de las contradicciones globales de la sociedad y su metabolismo socionatural; lo particular, como los procesos de reproducción social, los modos específicos de vivir de grupos bajo relaciones de (género-clase-etnocultura) y lo individual como procesos propios de la reproducción cotidiana familiar e individual en sus condiciones biopsicológicas (Breilh 1979, 2003, 2010). Asimismo la Salud Colectiva orienta la generación de prácticas y la construcción de conocimientos que se validan en el diálogo con los contextos histórico-social, cultural y político de los actores y comunidades inmersas en agencias de movilización y de acción colectiva emancipatoria. La busqueda de la equidad y la justicia social como principios rectores de la Salud Colectiva, nos sitúan con compromisos éticos y políticos dentro del proceso de comprensión de la determinación social de la inequidad en toda su complejidad (Breilh, 2010c, 2015). Asimismo nos interpela a tomar parte activa de la acción solidaria y consistente de una academia crítica que cuestiona e interrumpe las matrices de poder que estructuran las desigualdades sociales y en salud.

En cuanto a los métodos, enfoques y técnicas de investigación asumimos diseños cualitativos y mixtos en la interpretación de la realidad (Moran-Ellis et al., 2006, pp.48-49), con procesos de reflexividad que resisten y confronten la naturalización del mundo social y la invisibilización de procesos sociales normalizados. Buscamos profundizar la comprensión de la complejidad de la realidad desde perspectivas dialécticas (Vasilachis de Gialdino, Irene. 2009) y propuestas que permitan estructurar la investigación cualitativa, bajo el fundamento de la Salud Colectiva (Souza Minayo, Maria Cecília, 2010).

La aproximación cualitativa de esta investigación plantea un sujeto/objeto de estudio que es problematizado desde la objetividad, la neutralidad, la fragmentación y la reducción del conocimiento predominante en salud. No naturalizamos el conocimiento sobre la salud bucal ó

sobre la práctica social de la odontología. No desplazamos la subjetividad del investigador/investigado a un terreno técnico con la pretensión de corregir y/ó controlar la observación o la interpretación, desconociendo el proceso de los sujetos sociales y su experiencia ante la realidad, la complejidad y diversas fases que la componen. Tomamos en cuenta la dinámica que caracteriza a los procesos y al contexto social de la investigación así como las afectaciones que ocasiona sobre el objeto/sujeto de estudio (Mason 2006, p.16, Maxwell 2004a, p.36); las relaciones entre el sentido y los significados de los sujetos investigados (Silverman, 2000; 2005) así como las narrativas sobre la realidad (Atkinson, 2005) y la relación de los investigadores con el objeto/sujeto de estudio.

En los diseño mixto -cualitativo y cuantitativo- de esta investigación se usan métodos flexibles y sensibles a las realidades, a los sujetos estudiados, a los contextos sociales donde se producen los datos, en diálogo con los contextos. Dado el carácter de objeto/sujeto de estudio de la investigación: los trabajadores de la odontología en Bogotá, se privilegian perspectivas críticas, feministas, interseccionales bajo un enfoque relacional.

Se tomaron las siguientes consideraciones éticas específicas durante el proceso investigativo:

Con base en la resolución 8430 de 1993 de Colombia la cual considera una investigación de riesgo mínimo a aquella que tratará información sensible (por ej: salario, cargos, relaciones laborales, entre otros), técnicas y métodos de investigación documental, en las cuales se garantiza la protección de la confidencialidad especificada. Se apoya también en referentes internacionales para la investigación social y de comportamientos que son pertinentes para este estudio: Informe Belmont -expresar cómo los principios allí planteados serán plenamente respetados para los participantes del estudio, Declaración de Bioética y Derechos Humanos - en aspectos como confidencialidad, dignidad y responsabilidad social.

Los compromisos de los investigadores con los participantes garantizan la confidencialidad, participación voluntaria, retiro voluntario del estudio en cualquier momento, personas de contacto para resolver dudas, garantía de no repercusiones en el trabajo por participar en el estudio. Finalmente se asumen compromisos con la información recolectada y con el(los) producto(s) derivado(s) de la investigación mediante el proceso de anonimización de la información, almacenamiento de esta y el compromiso de los investigadores con los estándares de integridad científica (transparencia, veracidad, imparcialidad, no fabricación/falsificación de datos, entre otros).

1.2 Problema y preguntas de investigación

El trabajo odontológico articula las distintas prácticas de la odontología que existen en Colombia. El estudio de este tipo de trabajo como elemento constitutivo del mundo del trabajo, sus funciones, fines y objetivos se considera de gran importancia social, en la configuración del campo de la salud bucal, la salud de la población y del trabajador de la salud bucal. La re-producción de bienes y de servicios del mundo del trabajo requiere asimismo de condiciones sociolaborales y contextos sociales y políticos que consideren prioritario la materialización del

derecho a la salud bucal para la población, el reconocimiento del trabajo odontológico como un derecho, así como la plena protección social del talento humano inmerso en él. El giro neoliberal de las políticas y de la sociedad en general, convoca al estudio y a la comprensión del cambio del trabajo odontológico y de las transformaciones que ha sufrido este trabajo, así como a proponer y difundir maneras críticas y colectivas de enfrentar estos cambios.

El problema de investigación se construye en el marco de los estudios sobre el tema en el campo de la salud pública y de la salud colectiva, en los siguientes apartados.

1.2.1. El trabajo odontológico se ha desconocido como problema de salud pública

El trabajo odontológico ha sido definido por los profesores de la Universidad de Antioquia Carlos Payares y Alberto Arango, como un trabajo social con base en las consideraciones socio históricas de la profesionalización de la práctica odontológica (Payares & Arango, 1991). Estos autores distinguen el trabajo odontológico de otros trabajos en salud por elementos específicos e inherentes que lo constituyen, entre los cuales mencionan el objeto del trabajo odontológico (no se reduce al componente bucal de la salud y la vida humana), los medios (conocimientos científicos, biotecnológicos; instrumentos y mercados) y las finalidades de este trabajo (bienestar de pacientes). Estos elementos, cada uno por separado, y en conjunto, ubican la práctica social de la odontología en un contexto social e histórico determinado.

Entre los medios del trabajo odontológico, los autores mencionados contemplan los conocimientos del profesional, los insumos para la práctica y relación entre la oferta y la demanda de servicios. Los medios de trabajo y su relación los modos de producción, así como, la relación entre estos medios y modos de producción con el proceso mismo del trabajo odontológico, no son tenidos en cuenta, en este estudio sobre las consideraciones sociohistóricas que han producido cambios de la práctica odontológica.

Además de las condiciones sociolaborales del trabajo para producir bienes y/ó servicios, es preciso considerar la perspectiva a emplear sobre el tema, para no reducir la comprensión del trabajo y su relación con la estructura social. La sociología del trabajo ha definido las condiciones socio laborales como elementos constitutivos del trabajo, destacando la relación entre las condiciones laborales, los fines y las funciones sociales del trabajo. Noguera, J. (2011) subraya los cambios de las condiciones laborales y su impacto en el alcance de los fines del trabajo, tanto en su carácter teleológico (de creación de autonomías y/ó formas de autorealización del trabajador) como en la interacción social que el trabajo posibilita.

El proceso de trabajo adquiere relevancia en el estudio del trabajo odontológico, toda vez que la relación entre el objeto y los medios/modos de producción de este trabajo, permite ubicar las relaciones que son determinantes entre la sociedad/naturaleza y el modelo de producción. En estas relaciones, el proceso de producción ejerce una acción de regulación y de control sobre este metabolismo sociedad/naturaleza generando daños en su interior o impactos destructivos en las fuerzas productivas. El proceso de trabajo al ser estudiado desde sus componentes objetivos y subjetivos (Rodríguez & De la Garza, 2011), materiales e inmateriales e

intersubjetivo (Ayres, 2004; Ayres, 2009), incorporan una relación esencial, que existe entre el profesional y el paciente durante el proceso de trabajo.

El estudio del proceso de trabajo en la especificidad de la relación entre el trabajador y la sociedad, conlleva a ampliar la perspectiva sobre los fines del trabajo, que han sido delimitados al bienestar del paciente, para considerar además asuntos tales como: la autonomía de los pacientes para tomar decisiones conscientes e informadas sobre su situación de salud, y la autonomía y satisfacción del profesional, como elementos constitutivos del trabajo (Gastao Wagner de Sousa Campos, 2001).

Entre los fines del trabajo (Faria, 2009) se ha contemplado la recuperación del paciente y la constitución de una oferta de servicios, fuera del ámbito de la relación empresarial entre odontólogo en las IPS, las empresas y los pacientes. Sin embargo, es imposible dividir el acto del trabajo odontológico, tanto en sus componentes psicosociales, narrativos y comunicativos, como en los resultados en la salud del paciente, de aspectos como la posición en el mercado, los resultados sociales, de prestigio y de reconocimiento de capital social.

En el proceso de trabajo se pone también en juego la relación del profesional con los pacientes, con otros trabajadores que intervienen en la prestación del servicios (administrativos, interconsultas, personal auxiliar en un ambiente generalmente caracterizado por disputas y tensiones, conflictos y aciertos que requieren formas de negociación que pueden incidir sobre la salud del paciente y/o la salud del trabajador. Una relación de a-simetría entre estos actores del proceso de trabajo, activa más fácilmente la jerarquía de las relaciones de poder que caracterizan esta relación, con efectos en todo el proceso de trabajo (Heritage & Robinson, 2006).

El trabajo odontológico requiere para su estudio, considerar los determinantes sociohistóricos y sociopolíticos de la profesión, de la práctica odontológica y, también de los distintos contextos que afectan la configuración del trabajo; desde su devenir en la organización por modos de producción del capitalismo, hasta sus cambios y transformaciones por las políticas sociales, económicas y tecnológicas del núcleo articulante del modelo productivo. Varias de las dimensiones del trabajo odontológico y de sus componentes constitutivos (Mendes Goncalves, 1984) son frecuentemente descuidados; se toma el trabajo odontológico como una actividad técnica – intelectual -instrumental, reducido a una gestión eficiente en materia administrativa de la relación entre oferta y demanda como lo plantea Jairo Ternera (Ternera, J., 2009; 2011), sin historia, sin contexto social y sin relaciones socio políticas para la inserción laboral y la producción de servicios.

El trabajo odontológico es invisibilizado, limitando su estudio e intervención a la gestión del trabajador, a las acciones emprendidas por parte del estado como un problema de políticas públicas de salud oral, sin considerar el giro neoliberal del estado y la importacia del trabajo odontológico como un problema de salud pública.

1.2.2. El giro neoliberal y desconocimiento del trabajo odontológico como un problema de salud colectiva

Los cambios recientes ocurridos en el orden socioeconómico y político mundial con fuerte impacto en la región de América Latina y desenlaces en el trabajo, señalan la década del 70 como un período de inflexión en las reformas neoliberales, debido al cambio de régimen de acumulación fordista, con concentración de la riqueza y financiarización de la economía por parte de una fracción de clase capitalista que expulsa gruesos sectores sociales de las relaciones sociales y políticas mediante la reorientación del estado y de la civilización en general. Los efectos en el trabajo insertan las tendencias de flexibilización, pérdida de estabilidad del trabajo asalariado y despojo de las garantías de protección social del trabajador (Henríquez, H., et al., 2006).

La transición de un régimen global de acumulación capitalista de corte industrialista (fordista) a otro de corte neoliberal típicamente especulativo y financiero, estuvo precedida por una baja en la productividad del trabajo, en la tasa de ganancia y en la organización política de los trabajadores, con un giro en el papel y poder económico y político del estado para hacerse más funcional a la macroestructura del sistema global de acumulación (Sierra, 2014). La creciente expansión mundial de las corporaciones transnacionales, aumentó la hegemonía estadounidense en la economía neoliberal, imponiendo un predominio ideológico: el globalismo de pensamiento único, mediante el cual se canaliza la agenda de reformas del nuevo orden mundial, anunciada por el Banco Mundial en la década del 80, basada en la expansión de neoliberalismo del régimen de acumulación posfordista (Hernandez, Mario, 2017)

El régimen posfordista de acumulación recorta derechos laborales y sociales, aumentando las desigualdades sociales. Se produce un desempleo estructural en el cual, las trayectorias de las personas en el empleo se fragmentan, se pierde la estabilidad y la garantía de futuro; aumenta la precaridad laboral (Fair, H., 2012). Sobre el sector de la salud y la seguridad social, el trabajo y la educación se imponen políticas, mediante la Ley 100 de 1993[1], Ley 50 de 1990[2] y Ley 30 de 1992[3] respectivamente, materializan la acumulación del regimen posfordista en Colombia. El modo de producción de servicios de salud en Colombia señala una profundización en la mercantilización con expresiones muy específicas que limitan o dificultan el acceso a la salud por parte del sector público con barreras geográficas, económicas, burocráticas y culturales (Homedes, N. Ugalde, A., 2015). Todas ellas impiden el goce efectivo del derecho a la salud bucal y el derecho al trabajo.

En el tema de educación, los estudios insisten en una sobre oferta de profesionales como consecuencia del aumento de programas e instituciones de formación de odontólogos en todo el país. Entre el año 1932 con la fundación de la primera facultad de odontología en la Universidad Nacional de Colombia y el año 1974 se realiza la fundación de 4 facultades más en la Universidad de Antioquia (1941), la Universidad de Cartagena (1947) y la Pontificia Universidad Javeriana (1951). Entre los años 1985 y 1983 aparecen facultades en las

[1] https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-100-de-1993.pdf
[2] https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=281
[3] https://www.cna.gov.co/1741/articles-186370_ley_3092.pdf

Universidades del Valle, el Colegio Odontológico Colombiano, la Universidad Metropolitana, Instituto de Ciencias de la Salud, la Universidad Santo Tomás, la Universidad Autónoma de Manizales, la Fundación Universitaria San Martín, y la Universidad El Bosque. Entre 1994 y el año 2002 ya han creado 18 facultades en total, con la Universidad Antonio Nariño, Universidad Santiago de Cali, Corporación Universitaria del Sinú, Corporación Universitaria Rafael Núñez, Universidad del Magdalena.

Con el aumento del número de programas de pregrado e instituciones de formación ubicadas en distintas ciudades colombianas (Min Educación - SNIES, 2016), se concentra la oferta de mano de obra de los profesionales en las ciudades grandes, lo cual conlleva a un creciente desempleo y subempleo del profesional de la odontología (22,23) con estancamiento del salario promedio desde el año 2014, en $1.800.000 es decir 2.9 SMMLV vigentes a la fecha, ó $616.000 (Donatres, 20; Observatorio Laboral. Graduados de Colombia, 2016).

El aumento del número de odontólogos por año, favorece el desarrollo empresarial – comercial de la práctica profesional y aumentan las desigualdades en las condiciones laborales del profesional. Los pacientes y las poblaciones sujeto de atención, especialmente las más vulnerables, sufren las múltiples dificultades de acceso espacial a la atención, el aumento de costos de los servicios y, la pérdida de autonomía del profesional; esta situación ocurre en Colombia, en América Latina y en distintos países del mundo[4].

La información reportada por el Ministerio de Salud de Colombia para el año 2016, estimó 47.500 odontólogos (incluyendo especialistas) en el país, lo que representa 9,8 odontólogos por cada 10.000 habitantes, ocupando el tercer lugar en producción de odontólogos en LA después de Brasil y Argentina (países con más habitantes y con una distribución distinta del profesional). En 2018, según el registro de IPS habilitadas para prestación de servicios de odontología general en la ciudad de Bogotá, el 25% del total de IPS (es decir 747 IPS) son parte de las empresas de servicios de la ley 100 de 1993; para el mismo año, la proporción de profesionales independientes de la práctica general de la odontología se mantiene alta, con una proporción de 69% para Colombia. La ciudad capital continúa concentrando los profesionales en IPS y en consultorios de práctica independiente con cerca del 46% de odontólogos, seguida de Antioquia con un aproximado del 15% y Valle con el 10% (Tovar y Ternera, 2013)[5].

Algunos cálculos acerca de las tasas de desempleo mencionan un aumento cercano al 50% en todo el territorio nacional para al año 2020 (Ministerio de la Proteccion Social, 2007). Entre las quejas más frecuentes formuladas por los profesionales sobre la situación laboral, sobresalen las referidas a la contratación civil y al abuso en la relación laboral por la extensión de las jornadas de trabajo, el bajo salario, el traslado de responsabilidades de carácter administrativo por parte de las instituciones que prestan el servicio a los profesionales, sin remuneración; la escasa estabilidad laboral y, la creciente competencia desleal (Ruiz Morato, N., 2016).

[4] Observatorio Iberoamericano de Políticas de Salud Bucal, 2018 https://issuu.com/mainesk/docs/espanhol_-_final
[5] Minsalud, 2013. Consultado septiembre 29 de 2018. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/Odontologia_Octubre2014.pdf

La crisis neoliberal generalizada trae nuevas formas de opresión sobre el mundo del trabajo, al controlar mas áreas por nuevas formas de plusvalía absoluta y relativa y por esquemas de extracción de rentas, con precarización y tercerización laboral. Además de lo anterior, el giro neoliberal se completa con la imposición de condiciones de informalidad laboral en las cuales el trabajo odontológico puede uno de los trabajos en salud con procesos y etapas de explotación laboral más fuertes y sostenidas, las cuales requieren ser compredidas y explicadas en profundidad.

1.2.2.1. Preguntas del investigación

¿Cómo y por qué se generan contradicciones, complementos y/ó antagonismos entre el trabajo odontológico, los modos de producción y las políticas de salud bucal de Bogotá desde 1985?

¿Cuáles son los procesos críticos de la determinación social y territorial de los modos de vida de los profesionales en Bogotá desde 1985?

¿Cuáles son las desigualdades entre los modos de vivir de los profesionales por tipo de práctica y su expresión en las formas de enfermar de los profesionales de salud bucal que se insertan laboralmente en diversas prácticas?

1.2.2.2. Objetivos generales del proceso de la investigación

- Comprender y documentar el proceso de transformación del trabajo odontológico, su relación con los territorios urbanos y los modos específicos de vivir de los trabajadores en Bogotá entre 1985 y 2015.

- Caracterizar las intersecciones de las desigualdades entre los modos de vida de los trabajadores profesionales según tipo de práctica, género, clase social y sus repercusiones en la salud, con el fin de establecer una base para la reinterpretación de las políticas públicas de salud bucal de Bogotá, y proveer información para el monitoreo crítico de la equidad en salud bucal.

1.2.2.3. Objetivos específicos del proceso de la investigación

- Caracterizar la determinación social e histórico territorial del cambio en el trabajo odontológico en Bogotá entre 1985 y 2015
- Contrastar las desigualdades de género, clase social, generación y su expresión en el modo de vida de odontólogo-a en Bogotá desde 1985.
- Describir las relaciones entre los modos de vivir de los profesionales y la salud de los profesionales en Bogotá.
- Describir las relaciones entre el trabajo y los servicios de salud bucal en Bogotá.
- Identificar indicadores que puedan servir para monitorear la equidad como política de salud bucal en Bogotá.

1.2.3 Diseño Metodológico

El diseño del método empleado en esta investigación es dialéctico complejo con componentes cualitativos y cuantitativos (con técnicas intensivas y extensivas) que consolidan un esquema relacional para la comprensión e interpretación de la complejidad del objeto de estudio, cuya base es entender que se trata de procesos de investigación. Dichos procesos "*forman parte de un desarrollo más vasto correspondiente al desarrollo de la historia en que se genera todo producto científico y a la que todo producto retorna como una condición de los nuevos procesos"* (Juan Samaja 1992). Este diseño es dialéctico con relaciones entre las distintas dimensiones del objeto de estudio (macro/general, meso/particular y micro/individual), entre los diversos componentes epistemológico, metodológico y ético del estudio. Para ello se triangulan técnicas y perspectivas de la realidad con el rigor científico necesario (Betancurt, 2017).

Este diseño se fundamenta en ciencias sociales críticas especialmente aquellas de carácter emancipatorio[6] del campo de la salud colectiva, que visibilizan el movimiento de subsunción/autonomía de las dimensiones del objeto de estudio, aportando elementos claves para el análisis e interpretación del fenómeno en estudio. Este movimiento contribuye, tanto en la identificación como en la comprensión de las relaciones dialécticas de la determinación social (indeterminación, sobredeterminación) que participan de la conformación del objeto de estudio y de sus potencialidades de emancipación.

Los componentes cualitativo/cuantitativo contemplan técnicas intensivas/extensivas (entrevistas semiestructuradas y en rpfudnidad, grupos focales y encuestas, previa prueba piloto), las cuales son dirigidas a recolectar datos provenientes del objeto de estudio. La selección de los datos se realiza bajo un criterio teórico de la muestra, con apoyo en el fenómeno de saturación, (grabación y posterior transcripción de las entrevistas, previo consentimiento fundamentado) y en programas de word y de análisis de datos cualitativos (N-vivo versión 11. La base de estas técnicas es el estudio de las categorías propuestas en el enfoque teórico de la investigación y de las categorías que emergen con un carácter situado, al colectar datos sobre las trayectorias profesionales de los sujetos seleccionados para la investigación.

El componente cuantitativo se fundamenta también en ciencias del campo de la salud colectiva, particularmente en las herramientas teórico metodológicas de la epidemiología crítica, propuesta elaborada por Jaime Breilh Paz y Miño, desde el año 1977 (Breilh, J., 2010c).

Se parte de la selección de una muestra probabilística de los registros consolidados en una base de datos de los profesionales y las institucionales habilitadas para prestar los servicios de odontología en Bogotá[7], con corte al mes de junio de 2018 para los primeros y, con corte al mes de diciembre de 2018 para las instituciones; se aplica una técnica extensiva consistente en una encuesta de autodiligenciamiento con apoyo en métodos virtuales (correo electrónico yó

[6] Breilh, Jaime. *Epidemiología crítica: ciencia emancipadora e interculturalidad,* Buenos Aires, Lugar Editorial, 2da. ed, 2004, p. 22.

[7] Registro de prestadores del Ministerio de Salud y protección Social https://prestadores.minsalud.gov.co/habilitacion/

contacto telefónico - vía whats ap) y de la plataforma de google para el registro de las respuestas del formulario sobre la inserción social de los profesionales. Dicha encuesta es derivada del instrumento diseñado y validado por Jaime Breilh para estudiar la categoría de inserción social bajo el nombre de INSOC. Los datos colectados con la encuesta se analizan mediante la aplicación de diversas pruebas estadísticas dirigidas a identificar medidas de tendencia central ó medidas de resumen, el comportamiento de las variables del estudio, el resultado de cruces bi y multivariados y las correlaciones entre las variables, con el fin de identificar inferencias y correlaciones entre estas. El centro del componente cuantitativo del estudio es la inserción social de los profesionales y las desigualdades de clase, género, edad y sexo que han determinado sus modos y estilos de vida en las últimas décadas.

El enlace de ambos componentes cuali y cuantitativo se lleva a cabo mediante la lectura contextualizada de la información derivada de las técnicas y los métodos, así como de la triangulación entre las técnicas.

1.2.3.1. Fases de la investigación

Documental[8] la cual está dirigida a consolidar el enfoque teórico metodológico de la investigación y a organizar la comprensión de la información en los contextos y en cada dimensión del objeto de estudio.

i. Diseño, prueba y validación del instrumento de encuesta (INSOC)[9],[10],[11] previa selección de muestras, pruebas piloto y firma de consentimientos informados.
ii. Aproximación al trabajo de campo y aplicación de intrumentos de recolección de datos
iii. Procesamiento, sistematización, interpretación, triangulación y análisis, diseño de informes
iv. Socialización de informes

Entre las fuentes primarias de información se destacan los registros suministrados por la Secretaría Distrital de Salud sobre odontólogos habilitados en condición de empleados o de trabajadores independientes en la ciudad de Bogotá, en respuesta a solicitud realizada por la investigadora al inicio del estudio. (Registro de prestadores de servicios de salud bucal general y servicios especializados con habilitación en Bogotá corte junio de 2018, registros de capacidad instalada en IPS y empresas de la seguridad social, públicas y privadas, antiguos

[8] Revisión documental en bases de datos especializadas (bibliotecas institucionales) y bases de datos institucionales, Revisión de libros y documentos en bibliotecas institucionales y personales.

[9] Breilh Jaime. 1989. Breve recopilación sobre operacionalización de la clase social para encuestas en la investigación social. Quito: Centro de Estudios y Asesoría en Salud, 1989; http:// hdl.handle.net/10644/3565.

[10] Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. 2014. La inserción social – clase social de Jaime Breilh en "IV Estudio Nacional de Salud Bucal" (Volumen I: "Metodología y Determinación Social de la Salud Bucal") Bogotá: MINSALUD, páginas. 85- 102.

[11] Breilh, Jaime. INSOC 2017. (Cuestionario modificado para investigar la inserción laboral del profesional Fundamentos teóricos y explicativos). Quito: Dirección Nacional de Derechos de Autor y Conexos, Certificado N. QUI-052530, N. 002301-2017. Se hace un ajuste al instrumento INSOC.

empleados del ISS, de cajas de compensación en Bogotá y, emprendedores diciembre de 2018)[12]. Entre las fuentes secundarias se destacan las bibliotecas públicas y los centros de documentación de la SDS, de las universidades y las bibliotecas personales de investigadores en el tema, así como las páginas web de varias instituciones nacionales y regionales vinculadas al tema.

1.2.3.2. Población y muestras

Para el estudio de la población y para el análisis estadístico de los datos colectados, se toma como *unidad de análisis* a los profesionales activos, registrados en calidad de individuos o de establecimientos / institución de prestación de servicios de salud bucal en Bogotá. Como *unidad de observación* a los y las profesionales de la odontología que trabajan en Bogotá y como *unidad de muestreo*[13] al universo conformado por profesionales generales y especializados de la odontología, que trabajan en área clínica y/o en áreas administrativas o afines de la odontología (en salud pública, gerencia, administración o auditoría), en una y/o en más de una de las distintas instituciones de inserción laboral existentes en la ciudad, entre las cuales se destaca: las instituciones de prestación de servicios (consultorio-independiente, empresas de la seguridad social privada EPS – IPS y de la seguridad social pública ESE ó mixtas, las universidades o las entidades organizadas por cuenta propia. Para el cálculo y selección de la muestra se emplean los registros de los profesionales habilitados en el sistema de información de habilitación de la SDS y los registros de las instituciones correspondientes a la capacidad instalada de servicios de salud bucal dentro del SGSSS.

Para la fase cualitativa se seleccionan muestras distintas con el fin de recolectar datos derivados de distintos grupos de población correspondientes a cada uno de los cuatro tipos de práctica odontológica, identificados con base en el año de graduación: 1985-1994; 1995-2000; 2001-2007 y 2008-2015. Igualmente se seleccionan profesionales clave para realizar las entrevistas semiestructuradas y en profundidad.

Criterios de inclusión fase cualitativa. Se selecciona una muestra de odontólogos que una vez aceptan tomar parte de la fase intensiva, proveen información sobre su inserción social a partir del año de graduación, de los distintos tipos de universidades y de su ubicación en cada una de las cuatro prácticas odontológicas existentes desde 1985 a 2015.

Criterios de inclusión fase cuantitativa: - Profesionales de la odontología general y o especializada, habilitados y debidamente registrados en la base de datos de Registro Especial de Prestadores de Servicios de salud (REPS) del Sistema de Información de Habilitación en Salud de Bogotá, o profesionales habilitados con un año o más de ejercicio profesional.

-Profesionales cuyos datos de registro como prestadores de servicios de salud bucal incluyen: Nombre personal o de Sede, identidad como persona natural y persona jurídica, teléfono fijo o celular o correo electrónico y fecha de apertura del servicio.

[12] Gentileza del Dr. Jairo Ternera, funcionario de la SDS.
[13] Asesor estadístico: Pedro Nel Pacheco, Profesor Universidad Nacional de Colombia

-Profesional que acepta ser parte del estudio en fase cuantitativa - extensiva, mediante aplicación de encuesta virtual donde expresa su deseo de participar en el estudio con cuidado de sus datos personales y con un carácter confidencial en las respuestas de la misma.

-Profesional que acepta ser parte del estudio en fase cualitativa – intensiva mediante aplicación de entrevista colectiva, con previa firma de consentimiento informado y declaración de confidencialidad.

Criterios de exclusión: Profesionales con título de pregrado distinto al de odontólogo. Profesional odontólogo clínico, prestador de servicios de salud bucal en Bogotá No habilitado o con habilitación previa al año de 1985. Profesional cuyos datos de contacto o información registrada en la base de datos no corresponden a la realidad. Profesionales odontólogos con desempeño laboral en ciudades distintas a Bogotá.

Se configura una base de datos final usando el protocolo definido para filtrar los datos requeridos, con 3324 datos que cumplen los criterios de inclusión y de exclusión. Finalmente para estimar el tamaño de muestra necesario para realizar la encuesta se toman las siguientes pautas:

Para estimar el tamaño de muestra necesario para realizar una encuesta epidemiológica se debe de aplicar la siguiente fórmula:

$$n = \frac{z^2 pq}{B^2}$$

Donde n= Tamaño de la muestra,
z= 1,96 para el 95% de confianza, 2,56 para el 99%
p= Frecuencia esperada del factor a estudiar
q= 1- p
B= Precisión o error admitido

El valor de n obtenido por esta fórmula indica el tamaño de la muestra para una población infinita, a efectos prácticos se considera población infinita cuando la muestra supone menos del 5% de la población total.

Cuando la población es pequeña, la muestra obtenida mediante esta última fórmula es demasiado grande, en estos casos se debe aplicar la siguiente fórmula correctora:

$$\frac{1}{n'} = \frac{1}{n} + \frac{1}{N}$$

Donde n'= Tamaño de la muestra necesario
n= Tamaño de la muestra según la primera de las fórmulas
N= Tamaño de la población

Para nuestro caso de los 4496 odontólogos suponiendo una máxima variación del atributo a valorar y un 95% de confianza en la estimación, con un error máximo admisible del 3.5%

n=(1.96)2*(0.5)*(0.5)/(0.035)2 =781

para una población de 4496 se ajusta este valor a n'=668.

1.3. El enfoque de la investigación para comprender las transformaciones del trabajo odontológico en Bogotá

Esta investigación se fundamenta en la corriente de pensamiento de la Medicina Social Salud Colectiva Latinoamericana específicamente en los autores y en las escuelas que han trabajado los componentes social y colectivo de la salud con aportes del campo de ciencias críticas tales como: economía política, geografía crítica, sociología del trabajo (rama especializada de la sociología dedicadas al estudio del mundo del trabajo) y socio-ecología política. Estas corrientes de pensamiento crítico en las ciencias permiten organizar un enfoque para comprender e interpretar la realidad de la problemática que se estudia en esta investigación en la ciudad de Bogotá.

Se destacan los planteamientos desarrollados por varios autores a partir del estudio del capital de Karl Marx y específicamente de la interpretación de las sociedades a partir de la producción de valor e intercambio dentro del capitalismo; específicamente la producción de mercancías cuyo valor de uso y de cambio concretan formas de subsunción real y formal al capital. Las diferencias y desigualdades ocasionadas en la explotación y acumulación capitalista son de especial interés en la construcción de la determinación social, que se emplea para explicar las transformaciones del trabajo del odontólogo en Bogotá (Echeverría, B.; Breilh, 2010; Soliz F,. 2016: 35-50).

1.3.1. Subsunción formal del trabajo y del consumo al capital

Del trabajo vivo producido por una fuerza de trabajo que es convertida en mercancía en el capitalismo, -no con el trabajo muerto-, se extrae un valor distinto al de otras mercancías, en tanto la fuerza de trabajo crea un valor superior. Este valor es superior porque repone el valor de la fuerza de trabajo y genera o crea además un plus valor. Cuando se prolonga ó se intensifica la jornada de trabajo, (en tiempo, fines de semana, horas nocturnas, horas de medio día, etc., ó con más pacientes por hora ó más actividades por paciente) el capital explota al trabajador en un valor absoluto que subsume formalmente el trabajo al capital. El consumo del trabajador explotado queda subsumido formalmente al capital al depender del salario que el capitalista le paga y asimismo los bienes/servicios que el salario le permite adquirir (el capital gana por cada nueva actividad que se intensifica o por cada nuevo paciente, mientras el trabajador gana el mismo salario) (Soliz, 2016).

1.3.2. Subsunción real del trabajo y del consumo al capital

Una modificación en el modo productivo o en la productividad misma, mediante un ajuste técnico del proceso de trabajo o con un ajuste en tecnología (con división sexual del trabajo o territorial), genera una subsunción real del trabajo y del consumo al capital, con cambio en las necesidades sociales con un énfasis marcado sobre el ajuste técnico o tecnológico, más no, en la cualidad del trabajo (uso de robots o máquinas, uso de cad cam en odontología, etc). Se crea un plus valor en tanto hay menor esfuerzo en la producción por el uso de la tecnología y además hay una transferencia del valor de la innovación tecnológica sobre el producto. Aunque no se modifica el salario del trabajador, se reduce la jornada necesaria para la misma producción, con lo cual, se aumenta la productividad y por tanto se obtiene plusvalor para el capital. También se reduce el salario al verlo respecto de la nueva producción.

El capital no se subsume al consumo del trabajador, crea nuevas necesidades, superfluas o suntuosas. Mientras que el capital si subsume el consumo, al bajar el valor social de las mercancías, al crear nuevas mercancías y nuevas necesidades. El trabajo odontológico como un trabajo sometido a formas de subsunción real y formal al capital y a cambios deletéreos sobre la fuerza de trabajo, desde sus orígenes dentro de la profesión, es estudiado, desde esta perspectiva marxista en el marco histórico del devenir de la profesión y bajo los modos de producción en los cuales se produce este trabajo, los cuales también han cambiado en las últimas décadas. Se toma para esto la categoría de mundo del trabajo, desde la disciplina de la sociología del trabajo.

La sociología del trabajo estudia el trabajo y las colectividades humanas que se constituyen alrededor del mismo, profundizando sobre las transformaciones en su organización y la puesta en práctica de modelos organizativos de base administrativa y tecnológica del trabajo, con formas de flexibilización laboral, cuyas limitaciones y regulaciones favorecen la descentralización (satelización) de los procesos productivos; estos procesos frecuentemente son trasladados a países donde la mano de obra es más barata y/ó menos regulada, acabando con la organización obrera, de los trabajadores.

La sociología estudia también cambios referidos a la mayor intensificación y prolongación de la jornada de trabajo, con precarización de las condiciones laborales que conllevan efectos directos sobre la identidad colectiva y la capacidad organizativa de los trabajadores que junto a la mayor insatisfacción en varias esferas de la vida del trabajador, de lo psicológico, emocional y de salud general, producen enfermedades laborales y mayor accidentalidad (Torres, M, 2020).

La sociología ha investigado acerca de las diversas formas en las cuales la fase capitalista ha generado modelos que implementa desde mediados del siglo pasado con afectaciones sobre el trabajador: taylorismo-fordismo hasta el toyotismo y posfordismo de este siglo. Con el fin de adaptar el mundo de la producción a las necesidades del capital se impulsan esquemas de flexibilización global que intensifican el trabajo y alargan las jornadas laborales, bajo formas de falsa autonomía del trabajador. El aporte de la sociología del trabajo a este enfoque es crucial, en diálogo con la Salud Colectiva Latinoamericana constituye una articulación importante para comprender el problema que nos ocupa.

1.3.3. Modos de producción y mundo de trabajo odontológico

La sociología médica, por su parte como ciencia que forma parte de los orígenes de la Salud Colectiva, combina la comprensión del componente social de la salud con las condiciones de vida y de trabajo de las poblaciones; el trabajo entraña un asunto central del metabolismo sociedad /naturaleza, pues es de ese metabolismo que se produce riqueza. Las relaciones de producción hacen visible la disputa entre el capital y el trabajo al enfrentar los medios producción y la fuerza de trabajo, con los mecanismos de extracción de valor, de renta del trabajo. En un régimen de acumulación pos fordista, como el que se ha vivido en Colombia desde la década 90, no solamente se vive crisis laboral por las medidas impuestas por el capital, sino también porque se pretende hacer una adecuación técnica y tecnológica del trabajo con la globalización. El trabajador ya no disfruta de los beneficios del conocimiento científico tecnológico y por tanto recibe menos bienestar de su trabajo. La ofensiva social y política del capital para recuperar su hegemonía y extraer más renta, es tensionada por la organización y movilización de los trabajadores (Ruiz B., & Stefano, F., 2016).

En este marco, el trabajo odontológico se ve afectado desde los modos de producción de la sociedad industrial que organiza nuevas modalidades de trabajo con base en las demandas y desarrollos del taylorismo, pasa por el modo de producción en serie del modelo fordista (nominado de esta forma por la producción industrial de automóviles en la Ford de USA), hasta el modo de producción posfordista (Boyer, R. y Freyssenet, M., 1996). Estos dos últimos modos de producción se ven afectados por los cambios en la estructura de regulación de la economía, especificamente debido a la crisis del modelo de acumulación fordista. Es por ello que se debe revisar el modo de producción bajo el esquema regulacionista de la economía y del trabajo.

El trabajo odontológico en su vinculación con el régimen de acumulación de riqueza, produce cambios sobre la práctica odontológica, por lo cual se requiere considerar en su estudio tanto los modos y medios de producción, como las distintas prácticas que han surgido desde la década del 80. El proceso de trabajo se estudia como parte de los modos de producción.

1.3.4. Modos de producción / tipos de prácticas odontológicas

En Colombia, se han descrito distintas prácticas odontológicas, según su grado de diferenciación y autonomía respecto de la medicina; y según su inserción a los servicios de salud (Payares C., & Arango, 1991). Igualmente se han definido a partir de competencias profesionales y técnicas con articulación de elementos de orden social, ético, comunicativo, pedagógico, actitudinal y político (Jácome L., Sofia, 2019).

Para esta investigación la práctica odontológica no se reduce a componentes articulados en el proceso de trabajo o a etapas de la práctica médica. La práctica odontológica como una práctica social desarrolla las relaciones de poder de clase social, en los modos de producción del capitalismo global.

Tabla 0.1 Tipos y subtipos de Práctica Odontológica según los modos de producción

Modo de producción	**Fordista**		**Posfordista**	
Tipo Práctica Odontológica / Año	Liberal Privada/1962	Institucional / 1972 Seguridad Social Conv.	Neoliberal Institucional/1996 Segur/Social Ley 100	Corporativa / 2001

							Mercados complementarios	
Subtipo Práctica Odont.	Básica	Tecnologizada	ISS SegSocial Convencional	Tecnologizada	POS	No-Pos Tecnlgizad	No-POS	Tecnlogizada
Generalidad en oferta de Servicios Od.	Consultorio Od Gral.	Consultorio Especialidades	Público - Cajas de Compensación/ Cooperativas/sindicatos	Privado - Consultorio especialidades	Público/ESE Mixta P/P	IPS Privada/Mixta No - Pos	Pública/ mixta	Clínicas en cadena y Franquicias

1.3.4.1. Prácticas odontológicas fordistas: Liberal - Institucional (1962 – 1995)

La primera práctica odontológica que orientó el ejercicio profesional, desde mediados del siglo pasado, fue un tipo de **Práctica Odontológica liberal**, artesanal y privada, regulada por la Ley 10/1962 que delega en el mercado la producción de servicios de odontología general y especializada, sin resistencia por parte de la profesión y sin cuestionamiento por la seguridad social en salud. Esta práctica se instaló con oferta de servicios individualizados de atención de enfermedad para quien pudiera pagarlos, cuyo costo se asociaba al uso de tecnologías o conocimiento especializado como parte del modo de producción del capitalismo industrial fordista donde surge. La Ley 10 de 1962 fue firmada por un presidente liberal -saliente- del período político del Frente Nacional: Alberto Lleras Camargo, y desde entonces ha predominado el ejercicio profesional dedicado a la atención de enfermedades de los dientes y tejidos de sostén:

> *"la aplicación de medios y conocimientos para el examen, diagnóstico, pronóstico, prevención y tratamiento de las enfermedades, defectos y malformaciones que se relacionan con lo dientes, los tejidos que les sirven de soporte y demás partes de la boca que se relacionan con ellos"* (Ley 10, 1962).

La influencia del Consejo Europeo de Dentistas[14] en el desarrollo persistente de esta práctica, destaca su carácter liberal por dos aspectos: la alta representatividad dentro del crecimiento económico en Europa y la exigencia de un alto nivel de cualificación y regulación profesional, ambas en estrecha relación con la protección de la economía liberal que impone patrones de evidencia científica y comercio de servicios como parte de la estructura productiva de la odontología, limitada al consultorio; las pautas de producción y relación gremial, se excluyen sin exigir una organización social o política (CEO, 2013). En el año 1972 esta práctica se institucionaliza con las primera etapa de reforma sanitaria de la Seguridad Social en Colombia.

Estos cambios traen la 1ª. inserción laboral del odontólogo a la seguridad social convencional en salud, como un prestador de servicios de salud y como trabajador asalariado. La **Práctica Odontológica de Seguridad Social Convencional** cambia el perfil del trabajadador independiente que lideraba la práctica liberal, por otro que ve reducida su libertad y autonomía

[14] https://eudental.eu/tags/20-liberal-professions.html 20 de febrero de 2019.

profesional[15] para ser regulada dentro de la Seguridad Social, tanto en el número de pacientes a atender por periodo de tiempo, como en el costo del servicio y la modalidad de atención.

El trabajo del profesional pasa a ser dependiente del salario y del contrato que ofrece la institución prestadora del servicio de seguridad social, con dos sub-tipos de práctica: institucional de carácter privado dentro de un modo de producción de libre mercado y, práctica institucional de oferta pública de servicios que incorpora la odontología a la seguridad social convencional del Instituto de Seguros Sociales "ISS", con oferta de servicios en las entidades estates u oficiales, tales como: cooperativas y/ó las cajas de compensación. La odontología sanitaria desarrolla esquemas de atención preventiva mediante incremento de acciones en la población escolar, como parte de esta práctica institucionalizada (Metrosalud, 1990; Servicio de Salud de Bogotá, D.E,. Sección salud oral, 1983).

En ambos subtipos de práctica, el odontólogo se inserta laboralmente como asalariado al sistema de salud y seguridad social, lo que le exige al profesional adaptarse a un modo de producción fordista, para ser más productivo dentro del sistema, usar un manual de tarifas estandarizado (manual ISS) y atender grupos de población cautiva de la seguridad social. Se ofertan servicios, procedimientos y actividades de diagnóstico, prevención y atención general y especializada, bajo una nueva reglamentación (Resolución 5261), que no limita el servicio por área ó sub/especialidad (incluían endodoncia, periodoncia, implantes) sino que oferta un tratamiento integral (ej enfermedad gingival, labio y paladar hendido con cirugía ortognática).

Si bien persiste y predomina la práctica odontológica liberal, se ofrece una práctica no hegemónicas, caracterizada por una forma de organización social - profesional de carácter sindical y/ó de trabajo cooperativo.

1.3.4.2. Prácticas Odontológicas posfordistas: Neoliberal – Institucional (1996 – 2015)

La segunda fase de las reformas sanitarias en Colombia, favorece la instalación de dos nuevas prácticas odontológicas derivadas de la forma empresarial neoliberal que implanta la Ley 100 de 1993: La práctica institucional de Ley 100-93 y la práctica corporativizada; ambas ofrecen servicios dentro de los esquemas de aseguramiento en salud de las nuevas empresas que entran a competir en los mercados públicos y privados de servicios de salud, con la participación de diversos actores y sectores que buscan esencialmente acumular capital, extrayendo plusvalía del trabajador. Las diferencias entre estas prácticas se describen en seguida.

La **práctica institucional de Ley 100-93** se implanta dentro de los servicios odontológicos desde el año 1996, mediante la concurrencia de empresas que venden servicios odontológicos dentro y fuera de la seguridad social con una característica mercantil, dirigida a los nuevos

[15] El artículo 17 del capítulo III de la Ley Estatutaria 1751 de 2015, garantiza la autonomía de los profesionales de la salud para adoptar decisiones sobre el diagnóstico y tratamiento de los pacientes que tienen a su cargo. Esta autonomía será ejercida en el marco de esquemas de autorregulación, ética, racionalidad y evidencia científica. Se prohíbe todo constreñimiento, presión o restricción del ejercicio profesional que atente contra la autonomía de los profesionales de la salud, así como cualquier abuso en el ejercicio profesional que atente contra la seguridad del paciente. La vulneración de esta disposición será sancionada por los tribunales u organismos profesionales competentes y por los organismos de inspección, vigilancia y control en el ámbito de sus competencias".

nichos de mercado: la necesidad de atención, el acceso y el costo del servicio. Para la población cautiva en la seguridad social de la Ley 100, se desarrollan esquemas de mercadeo de servicios de odontología general, dentro del plan obligatorio de servicios de la seguridad social (POS) con costos, actividades y cuotas que moderan el consumo por parte de la población. La necesidad de atención se restringe a un conjunto reducido de actividades de tratamiento de las enfermedades en el POS. El acceso es limitado por la localización de la oferta de servicios públicos y por la oferta de las empresas prestadoras de servicios dentro de la seguridad social (IPS). Para los servicios de odontología especializada, se crean los planes complementarios a la seguridad social, o los planes de odontología prepagada, que venden servicios no incluidos en los planes de beneficios de la Ley 100-93 ó servicios No-POS. Estos servicios son individualizados, pueden vender también servicios de odontología general, aunque cada vez, más reducida.

El esquema de regulación mercantil institucional de la seguridad social (POS y No-POS) se dirige a estandarizar y clasificar los procedimientos en salud mediante códigos "CUPS", unificación de tarifas, de protocolos y guías de atención en salud bucal (POS: Resolución 365 del 4 de febrero de 1999-, No-POS: Resolución 2333 de 2000 y para servicios comunitarios/colectivos: Resolución 1896 de 2001), lo cual da lugar a la venta de servicios de odontología general de carácter curativo y preventivo individual y comunitario dentro de la seguridad social y, a la exclusión de la protección y garantía del derecho a la salud bucal, con la venta de planes complementarios de odontología especializada fuera de la seguridad social.

La **Práctica odontológica corporativizada** inicia en el año 2001 mediante la reunión de empresas que, por su gran tamaño (grande, mediano) y por su modelo de negocio, imponen la financiarización[16] como esquema de acumulación y de competencia mercantil. El modo de producción pos fordista contempla modalidades tales como: franquicia y clínicas en cadena, caracterizadas por inversión de capital (internacional) y venta de nuevas tecnologías de la 4ª revolución tecnológicas, dirigidas a diversificar los mercados, vincular a los profesionales con especialidades clínicas y/o sub especialidades con formas de explotación, captar nichos de mercado de poblaciones cautivas y venta de servicios individualizados.

Las corporaciones dentro de la odontología provienen del Complejo Médico Odontológico Industrial y Financiero, que tiene una gran expansión en Estados Unidos, el cual acompaña la profesión desde sus inicios. El mercadeo de las corporaciones ha sido definida por Paul Starr como un cambio de control de la salud por parte del estado y la academia, por el pleno control por parte de las empresas y las corporaciones, donde convergen *industria/academia/estado.* La expansión de la corporativización en la odontología está dirigida a colonizar varias áreas dentro de la profesión con fines similares, acumular ganancias: producción de conocimiento, procesos de trabajo y el uso de las tecnologías en salud. Como parte del capitalismo contemporáneo global (Forero P., María A., 2018), el trabajador de la salud bucal, recibe el impacto de los cambios al convertir los pacientes en consumidores y al transferir las responsabilidades en salud en los pacientes y en los trabajadores (Iriart, Celia, 2018).

[16] Financiarización, como un sistema económico del capitalismo financiero, intenta reducir todo el valor intercambiado como producto de trabajo, de bienes y servicios, a un instrumento financiero con fines mercantiles inmediatos ó más ágiles (Polanyi, 2017).

La OMS[17] en su 60ª asamblea, impulsa las empresas corporativizadas de servicios de "prevención integrada" para los programas públicos/privados (con atención especializada), fuera de la seguridad social. En la esfera internacional la OPS/OMS impulsa la estrategia de "Salud en todas las políticas" con el fin de superar las barreras de acceso a los servicios, induciendo la demanda de atención dentro del Sistema de salud "SGSSS" bajo criterios de costo efectividad[18], lo cual debilita más la garantia del Derecho a la salud bucal. En Bogotá, un ejemplo de esta política, es la Ley 715 de 2001 que regula el talento humano[19], abriendo opciones de venta de servicios de salud pública por parte de empresas privadas mediante el aseguramiento en salud.

Dentro de la práctica odontológica corporativizada se dan dos subtipos de prácticas de acuerdo al mercado donde se instala: la pública ó de Seguridad social (POS) y, la privada, por fuera de la Seguridad social, que se diferencia por su mayor tecnologización y uso intensivo de la especialidad y sub-especialidad, recambio de tecnologías como expresión de la intervención del uso de conocimientos científico técnicos en la odontología (ej. nanotecnologías y robótica).

Para Arturo Escobar, en "La invención del Tercer Mundo", la transferencia de tecnología y cooperación internacional conlleva a una nueva colonialidad del poder. La colonialidad tecnológica que crea formas de dependencia de los países del norte, con dominio de los recursos, los medios de producción, la fuerza de trabajo y asimismo, una aparente imposibilidad de salir de formas de neoesclavismo. Los efectos en el trabajo del profesional de la salud bucal son diversos, entre otros se destacan: pérdida de autonomía relativa dentro de la seguridad social la cual es favorecida por las reformas estructurales del estado y las exigencias del Fondo Monetario Internacional y del Banco Mundial (Homedes & Ugalde, 2005).

Cabe destacar que persisten otras prácticas odontológicas no hegemónicas, de carácter comunitario, preventivo, pero con una tendencia a desaparecer en el mercado por la escasa organización gremial y la débil asociatividad existente en la profesión.

Todas las prácticas descritas tienden a relegar la participación del talento humano a los mercados de la odontología con crecientes condiciones de desprofesionalización social y laboral. Los investigadores que han estudiado el tema, señalan la proletarización como un problema general de la profesión (Otávaro & Zuluaga, 2014). No obstante, la corporativización, además de constituir una tendencia de larga duración en la profesión, que aparece desde sus orígenes en el marco del capitalismo industrial en el país, se consolida dentro de las diversas prácticas de la odontología que coexisten en la actualidad, señalando relaciones y formas de potenciación entre las prácticas. No obstante, este tema es poco estudiado.

1.3.5. Los territorios en los procesos de determinación social

[17] OMS en su Asamblea del 22 de marzo de 2007, impulsa el Plan de acción para la promoción y la prevención integrada, como intervención de la morbilidad en salud bucodental.

18 La Organización Panamericana de la Salud (OPS), en la 138 Sesión del Comité Ejecutivo, aprobó la Propuesta de Plan Regional Decenal Sobre Salud Bucodental 2005-2015, a partir de la superación de las barreras de acceso a los servicios de salud bucodental.

[19] En la ley 715 de 2001 se interviene la salud pública en el campo de la salud bucal, mediante el aseguramiento por parte del Estado.

En el estudio que nos ocupa sobre las transformaciones del trabajo odontológico nos aproximamos a comprender las características de los procesos productivos del mundo del trabajo en el territorio, por lo cual es de importancia estudiar el derecho a la ciudad que propone Lefevbre. Este derecho conlleva el estudio de la producción y la movilización del espacio en el área urbana, e igualmente la re-producción de relaciones de poder derivadas de la comercialización del espacio de la ciudad con obstáculos para acceder a los servicios de salud. Los trabajos de Harvey y Neil Smith entran en diálogo con Lefevbre para orientar el estudio de los procesos estructurales del espacio.

También se revisan las políticas distritales en salud bucal porque al proponer una organización del trabajo odontológico generan y regulan las dinámicas de los servicios en el territorio. Para esto se estudia a Haesbaert quien apoya la visibilización de las formas de poder en el espacio social mediante el uso de la categoría de territorializaciones múltiples. Estas dinámicas del poder en el territorio son analizadas a la luz de la perspectiva ecofeministas de la geógrafa Masey, por sugerir la distinción del género en el territorio y su expresión en las poblaciones, como lo plantea también Fernanda Soliz.

1.3.5.1. Las políticas de salud oral en la determinación socio-territorial de los servicios

Las políticas de Salud oral de Bogotá, D.C. que se implementan en la ciudad en la actualidad, decenio 2011-2021, han sido formuladas con participación social bajo la coordinación de la Secretaria Distrital de Salud de Bogotá. En estas política se trata el trabajo del odontólogo como un derecho humano y se destaca su importancia en la gestión del talento humano mediante óptimas condiciones laborales que permitan resolver las necesidades de salud oral de las comunidades. Se especifica además que un número de profesionales y puestos de trabajo debe ser considerado para atender dichas necesidades e idoneidad del talento humano odontológico (Alcaldía Mayor de Bogotá, 2011).

Esta política sin embargo, no considera el contexto social y político en el cual se encuentra el sector de la salud por causa de la reforma a la seguridad social en salud que se ha impuesto mediante la Ley 100 desde el año 1993. Los efectos de esta ley, impactan también la prestación de servicios de salud/salud bucal, lo cual, amerita un análisis sobre la reducción del papel del estado en la neoliberalización de las políticas de salud, de los derechos y los servicios sociales. Igualmente, es indispensable un seguimiento o monitoreo a las condicionales laborales del profesional, mediante una acción general y/ó específica de la política distrital dirigida a este tema, o mediante la evaluación de la política (Malambo, 2014). La ausencia de estos componentes de la política de salud oral, así como de los elementos generales vinculados con ésta, para la regulación del trabajo odontológico en el Distrito Capital por parte de las entidades públicas encargadas, como es la Secretaria de Salud de Bogotá, del Ministerio de Salud y Protección social, del Ministerio de Educación Nacional y/ó de entidades gremiales y de la profesión: reclaman un análisis profundo. Tanto las normas sobre los distintos servicios odontológicos existentes, como la normatividad sobre ciencia y tecnología en la salud bucal y sobre la protección social de los trabajadores, requieren ser revisados a la luz del Derecho a la salud, actualizado mediante la Ley Estatutaria de 2015, del Derecho al trabajo y derechos laborales, según la Constitución Política de Colombia de 1991 - Artículo 25 y la jurisprudencia vinculada al tema.

Investigadores del campo de la salud bucal han reclamado la atención de las necesidades de la población y su relación con la pérdida generalizada de los sistemas de vigilancia epidemiológica y del diseño de una política pública orientada a realizar una planeación y gestión programática (Jaramillo, G., 2006) Igualmente se ha destacado entre sus principales determinantes sociales, la profundización del modelo mercantilista en el que se ha inscrito la salud y las necesidades de la población en materia de salud bucal en todo el territorio nacional (Franco, A., Ochoa, E., Martínez E., 2004) .

Otras trabajos publicados, sobre las formas de producción y venta de servicios odontológicos (Otálvaro & Zuluaga, 2014), el modo de producción de servicios odontológicos y los procesos que determinan el esquema de producción existente bajo formas de subsunción real al complejo médico odontológico industrial, especialmente en las áreas de sub/especialización como es el caso de los implantes dentales (Forero, 2018), han reclamado políticas públicas y formas de acción colectiva dentro de la profesión.

En la producción de servicios de salud bucal y en la oferta de empleo para el profesional, la localización de los servicios en el territorio juega un rol determinante, por contener y conjugar varios elementos a la vez referidos a la salud y a la vida: mediaciones, negociaciones y conflictos entre grupo sociales y en las relaciones entre la sociedad y la naturaleza (Bozzano, 2002; Ingunza, J., 2015). El territorio como una fuente de poder social, se ha estudiado e interpelado desde varias escuelas de conocimiento convencional y conocimiento crítico en salud.

1.3.5.2. Relaciones de poder en el espacio social: determinan y son determinadas

El estudio del territorio desde la salud pública convencional se ha definido como un lugar físico, de carácter natural y por ello separado de la sociedad, como algo externo a ella y al ser humano. El lugar y el tiempo son definidos por los ecologismos -de carácter liberal-, provenientes de las ciencias modernas, funcionales de los siglos XVIII y XIX en Europa como factores. Estas ciencias invisibilizan la historia del territorio y de las relaciones sociedad naturaleza para la comprensión de la vida y de la salud, poniendo la naturaleza al servicio del mercado, de la producción de conocimiento y de materias primas. El modelo de la multicausalidad en salud describe los determinantes de la enfermedad a partir de la propuesta liberal del ecologismo.

Los ecologismos marxistas señalan el carácter social de la relación entre la sociedad y la naturaleza, dado el intercambio material del trabajo humano con la naturaleza y los recursos naturales y, la construcción social de la naturaleza (Sacher, 2019). Estos ecologismos evidencian la inexistencia de procesos naturales en esta relación. Llaman la atención, desde la ecología política sobre la importancia de comprender en profundidad el carácter dialéctico y dinámico de la relación metabolismo sociedad – naturaleza y del valor social para la vida en sentido amplio. La salud colectiva por su parte, en particular la epidemiología crítica destaca las interconexiones de las relaciones sociometabólicas con los distintos dominios de la realidad (General, particular y singular) donde se expresan las relaciones de poder que dan lugar al proceso de inequidad. La descripción y explicación de los procesos de determinación social, visibilizan y desnaturalizan las relaciones de poder entre la sociedad y la naturaleza que han sido naturalizadas por las ciencias modernas (Breilh, Jaime,. 2003)

La geografía crítica trae al debate la propuesta de espacio social en la perspectiva de Lefebvre, con un sentido amplio en la dimensión social y en la dimensión simbólica; esta forma de ver el espacio, enmarca los procesos que ocurren en él con las formas de de ser, de estar, sentir y vivir el territorio. Gonçalves (2002) pone el acento en las relaciones de poder en el espacio y define la territorialización como una expropiación social y material del espacio, con producción de territorialidades, es decir con nuevas formas de relacion en el espacio.

María Fernanda Soliz, Doctora en Salud Colectiva, llama la atención sobre cómo los territorios constituyen "espacios socioecológicos con vida", dadas las relaciones de los grupos organizados en ellos, donde las formas específicas de producción y de reproducción social, los modos diferenciados de consumo, de vida cultural y de identidad transforman las naturalezas de estos grupos y, en ese proceso, también son transformados por ellas (Soliz Torres, 2020).

Entre los efectos del territorio sobre las poblaciones Soliz Torres (2018) destaca las diferencias de género sobre las poblaciones. Las mujeres deben asumir una sobrecarga social, afectiva y económica por la dependencia del salario de sus parejas y/ó por la ocupación del territorio al limitar la autonomía productiva de las mujeres. Masey aporta una manera de comprender el territorio desde la geografía feminista que visibiliza las relaciones entre el género y el espacio a partir de las múltiples y diferentes trayectorias que toman vida en él (Massey, D., et al., 1998)

El territorio, como elemento central de la determinación social de la salud ha sido valorado y estudiado en la Salud Colectiva Latinoamericana por varios autores en Brasil (Milton Santos, Haesbaert) en Ecuador (Breilh, Soliz, Zamora), en México (León) y en Colombia (Torres, Borde, Otálvaro) con aportes de interés general.

Borde & Tovar (2017) proponen desnaturalizar y visibilizar el territorio a partir de los elementos condicionantes que caracterizan los diferentes tipos de territorio en las estructuras sociales y económicas determinantes que les configuran. Con esta perspectiva el territorio es desnaturalizado y aparece con segregaciones entre zonas in/compatibles con una vida saludable y digna y con la muerte. Otálvaro destaca las formas como las relaciones de poder re-producen cambios y transformaciones en los territorios donde tienen lugar la vida y la salud de las personas y comunidades. Asimismo, las formas como los territorios re-producen esas relaciones de poder, segregando el espacio urbano (J. González et al, 2007 citado por Otálvaro, 2019).

Para Rogério Haesbaert, geógrafo de la Universidad Federal Fluminense y doctor en geografía de la Universidad de São Paulo, es importante revisar cómo el territorio está encadenado a relaciones de poder distintas, pero con características comunes al momento de controlar el espacio. Las diferencias de poder en el territorio se observan por la forma como afecta a los pobladores. Las diferencias entre los trabajadores y los empresarios por razones de movilidad de las empresas durante procesos de desterritorialización, radican en que la empresa mantiene el control sobre el territorio. En esa diferenciación plantea la noción de territorialidad múltiple, para evitar confundirla con desterritorialización en situaciones que conllevan escaso control del territorio por parte de actores subalternizados en el territorio. Para Haesbaert el espacio es social porque se produce por los actores que están en él.

Henry Lefebvre en su obra sobre la revolución urbana (Lefebvre, 1974, 2015) afirma la producción social del territorio como un resultado de varias dimensiones: económica, la política, la cultural y también natural (2013). Lefebvre exalta también una de las contradiciones del territorio manifiesta en su capacidad de producirlo, lo cual conlleva dos disputas: una que es impuesta por el capital cuya pretensión de abarcarlo todo y, otra que lo contrarresta: la sociedad busca habitar el espacio con el derecho a la ciudad. La propiedad privada disputa al capital en la escala del espacio (global, regional, local) y en su ubicación en el territorio (centro, periferia, norte sur, focalizado/disperso). Con esto Lefebvre propone estudiar con cuidado el devenir del espacio urbano y llama la atención sobre la complejidad en la producción social del espacio.

1.3.5.3. Territorios urbanos neoliberalizados: relaciones y dinámicas del poder en el espacio

La obra de Lefebvre fundamenta la comprensión de la producción social del espacio y los flujos entre las territorialidades/territorializaciones múltiples en lo urbano. Sugiere estudiar la estructura socio histórico territorial urbana como resultado de las disputas por poder en el territorio. David Harvey, geógrafo inglés y catedrático de la Universidad de la Ciudad de New York, toma la propuesta de Lefebvre sobre el derecho a la ciudad y destaca la importancia de atender la disputa de los distintos proyectos neoliberales del capital que despojan del territorio a los actores subalternizados, creando formas de desigualdad espacial dentro de un esquema político y económico de neoliberalización del espacio.

Harvey y Neil Smith caracterizan el esquema de neoliberalización del espacio mediante procesos estructurales de expropiación del espacio con fines de extracción de plusvalías, a traves de procesos de destrucción y reemplazo de las poblaciones mediante la gentrificación. La productividad espacial definida antaño por el geógrafo Milton Santos como expresión de la acumulación de capital, encadena procesos y dinámicas en el territorio cuyos actores, acciones, relaciones de poder generan territorialidades y territorializaciones múltiples. Entre las relaciones de poder, la acción de la sociedad urbana es destacada por autores como Neil Brenner desde la Universidad de Harvard, desde teorías urbanas que cuestionan el derecho a la ciudad a partir de las diferencias de poder entre los actores y propone considerar formas de resistencia social mediante programas de reestructuración urbana del espacio (Brenner, 2013).

La gentrificación como proceso complejo de mercantilización de lo urbano, se entiende como una estrategia para renovar las ciudades y extraer renta de ellas, desplazando poblaciones de una clase social por otra de mayor capacidad adquisitiva, despojando y segregando clases sociales vulneradas bajo una propuesta del desarrollo progresivo de las ciudades. La gentrificación está sujeta a los modelos de acumulación global de capital que se materializa en la estructura de las relaciones de disputa por el poder económico y social que determinan la transformación de las ciudades y metropolis contemporáneas (Smith, 2002).

1.3.6. La Determinación socio territorial de las transformaciones del trabajo odontológico en Bogotá

Para estudiar la determinación social y territorial de las transformaciones del trabajo odontológico en la ciudad, partimos de la epidemiología crítica para comprender y explicar la determinación social de la salud. Desde los orígenes de la Medicina Social Salud Colectiva de la región, Jaime Breilh plantea en su tesis de maestría las bases de lo social de la salud, a partir de la identificación de procesos que se generan o se reproducen en forma dialéctica entre los distintos dominios de la realidad, la relación entre estos y la autonomía relativa que se logra, dada la capacidad de subsunción de estos procesos (Breilh, 2010c).

La determinación social de la salud conduce a proponer, en el dominio particular o de los grupos sociales y humanos, la categoría de los modos de vida como un desarrollo epistemológico de la epidemiología crítica, que supera el individualismo metodológico de la epidemiología convencional para destacar el caracter social e histórico de la salud planteado por otros autores de la Salud Colectiva como José Blanco y Asa Cristina Laurell en la década del 70 del siglo pasado. Aunque para ellos lo biológico y lo psíquico humano tiene un carácter social e histórico que no está suficientemente explicado dentro de la salud colectiva. Razón por la cual Laurell propone desarrollar perfiles de angustia y desgaste dentro de la salud de los trabajadores, en el desarrollo de la maestría de medicina social de la Universidad Autónoma Metropolitana en México.

Lo colectivo de la salud tiene un desarrollo amplio desde los modos de vida que visibilizan la confrontación de las relaciones de poder de clase social, de género y de etnia, que conforma la matriz de la triple inequidad. No obstante, estas relaciones de poder de la triple inequidad en su carácter epistemológico, metodológico y ético, no han sido valoradas en su carácter interseccional; el privilegio de la clase social desde el enfoque marxista empleado en la Salud Colectiva, persiste.

La determinación social de la salud, si bien actualiza la discusión que articula sus componentes epistemológico, metodológico, la práxis en salud tiene un escaso desarrollo sobre la materialización del campo de la Salud Colectiva, especialmente al revisar las teorías provenientes de la sociología y la antropología médica crítica. Ana Casallas plantea cómo, pese a que se han incorporado temas sobre los derechos de la mujer, las diversidades en la exploración de las relaciones y concentración de poder, la etnia como ámbito de reproducción de poder, no se ha consolidado una propuesta que reconstruya el núcleo de los problemas de la salud contemplando las matrices de poder de las sociedades clasistas (Casallas, A., 2017), sexistas y patriarcales, en toda su complejidad

Para el estudio del modo de vida de las comunidades resulta esencial profundizar sobre cómo el territorio permite o restringe el acceso a recursos públicos o privados, a dotaciones y a equipamentos para mejorar la vida y la salud de los habitantes, así como a los derechos colectivos. En la articulación entre la naturaleza y la sociedad, la configuración del territorio incorpora otras relaciones de poder, cuyos efectos sobre los modos de vida requieren ser tomados en cuenta, tanto en los procesos críticos, como en su intervención.

En el nivel general de la determinación social de las transformaciones del trabajo y específicamente sobre el modo de producción de los servicios a partir de este trabajo odontológico, es de interés estudiar la localización y distribución de servicios por zona de la

ciudad y por densidad poblacional, para identificar patrones generales del proceso productivo. Con ello la revisión profunda sobre las formas de organización territorial orienta el estudio de los modos de producción social de capital. La generación de barreras geográficas - territoriales, burocráticas, económicas y culturales (Laurell, 2016) han sido sugeridas por Laurell para el estudio de los modos de producción. En el desarrollo productivo interesa estudiar la mercantilización de distintas esferas de la vida social del profesional en el territorio de Bogotá, así como, los patrones de consumo y la presencia de conflictos en el territorio.

La relación entre los modos de vivir y los modos de producción en Bogotá, en periodos de acumulación global del capital, supone estudiar igualmente, las empresas y las corporaciones de la odontología (Contreras A., 2011). Esto para identificar modos de vivir y sus maneras de insertarse en las dinámicas de la reproducción social y en la estructura social según las condiciones de clase, género y etnia.

1.3.6.1. Determinación social de los modos de vida del trabajador de la salud bucal

Para el estudio de los modos de vida del trabajador de la salud y, en este caso el profesional de la odontología, se parte del modelo propuesto por Jaime Breilh, el cual ha sido modificado con aportes de Fernanda Soliz, Gabriel Otálvaro y Gianina Zamora con sub-categorías o dimensiones que permiten identificar cómo se conforman los patrones de vida grupales o colectivos en el espacio social, en relaciones ecológicas y políticas de la estructura de clases de las sociedades. En el análisis de patrones de vida de trabajadores de la salud bucal de esta investigación, se realizan ajustes al modelo. No se consideran los esquemas de exposición/ vulnerabilidad y sus relaciones con los procesos protectores y destructivos, debido a la diversidad cultural y variabilidad social. Los procesos de resiliencia y adaptación cultural pueden contribuir en la conformación de modos de vida de los grupos sociales.

En seguida se describen las dimensiones contempladas para el estudio del trabajador de la salud bucal, a partir de Benach, Joan, 2014; Breilh J., 2021; Zamora, 2020, Otálvaro, G., 2019).

Tabla 0.2 Dimensiones y contenidos de los modos de vida y los estilos de vida

Dimensiones	**Contenidos y características de los modos de vida**	**Contenidos y características de los estilos de vida**
Patrones de vida determinados por las condiciones de la estructura social, del espacio/tiempo; por las relaciones e intersecciones género, clase, etnia, generación.	Los patrones colectivos de vida son determinados socialmente por el grupo en el cual se inserta y del cual forma parte	Los patrones singulares de vida son determinados socialmente por la familia y el grupo al cual se pertenece
Trabajo, Condiciones de empleo del mundo del trabajo.	Espacio/tiempo por la posición en la estructura social y productiva Patrones, condiciones de trabajo, medios de producción y de subsistencia.	Labor y control del proceso productivo; intensidad y cantidad de tiempo día de la jornada.

Consumo, capacidad y disfrute de bienes de consumo.	Espacio/tiempo de los patrones de consumo por marcadores sociales de género, clases sociales, etnia. Calidad y acceso consumos Necesidades: reales / formales	Espacio/tiempo de los patrones personales de consumo Espacio/tiempo improductivo Espacio/tiempo de buena vida.
Medios, valores y relaciones inter-culturales	Espacio/tiempo de relaciones de subjetividad, consanguinidad, identidad cultural y soberanía. Re-producción de redes sociales y comunitarias de emancipación / interculturalidad.	Subjetividad e identidad crítica, capacidad espiritual.
Relaciones de poder y organización social y política	Re-producción de espacios/tiempos y organizaciones colectivas, relaciones de poder para buena vida del profesional	Capacidad de organizar y movilizar clases y organizaciones comunitarias
Relaciones socio ecológicas	Espacio/tiempo recursos para reproducción de la vida, creación y multiplicación de relaciones de soberanía socio-ecológicas.	Calidad e intensidad de relaciones y jornadas ecológicas

Dentro de los múltiples modos de vivir, se dan expresiones singulares que corresponde a las decisiones individuales de cada sujeto, las cuales mantiene las condiciones de libertad y de autonomía de la subjetividad de cada quien al interior del grupo y de la clase social. Los modos de vivir determinan el proceso salud-enfermedad-atención-cuidado-discapacidad y muerte de los sujetos y de los grupos.

Las relaciones dialécticas entre cada dimensión del modo de vida y de éstas con el modo de producción de una sociedad, determinan la vida de cada grupo social y los estilos de vida individuales dentro del grupo.

1.3.7. Interseccionalidad de género y clase social en el territorio determinan los modos de vivir del profesional

La intersección entre género, clase social en el territorio permite identificar procesos y mecanismos de poder que conforman acumulados sociales (Hankivsky, 2008) de reproducción de la inequidad. Cada marcador social, tanto el género como la clase u otros, aportan al proceso de determinación social y a la intersección enntre ellos para la explicación e interpretación.

1.3.7.1. Género y modos de vivir

El género marca socialmente formas de opresión y desigualdad que se reproducen en las sociedades inequitativas. Como categoría de interpretación y análisis, el género visibiliza roles, identidades, actitudes – aptitudes, valores sociales y políticos que se han atribuido al ser hombre y al ser mujer para mantener estructuras sociales injustas. Pero más allá de una categoría de análisis social, de desequilibrio en las relaciones entre hombres y mujeres (WHO, 1998), en esta investigación se entiende el género como expresión de un régimen de vida social que impone modos de opresión e inequidad. Para relacionar el género como aspecto central del

enfoque de esta investigación, se toman teorías y corrientes críticas de los estudios feministas[20] que cuestionan la estructura social y las relaciones sociales, institucionales / no institucionales e individuales que reproducen la inequidad (Arruzza, Cinzia & Tithi Bhattacharya & Nancy Fraser, 2019).

Las posturas ético - políticas toman el género como una categoría previa al capitalismo, esencial en el análisis de la inequidad (Broderick, 2012) y el estudio de la realidad social (García-Calvente et al., 2012). El patriarcado, su funcionamiento y relación con el capitalismo se estudia desde el reconocimiento de las relaciones de poder /opresión que por razón de sexo (en general favorables hacia los varones) generan desigualdades; relaciones cuya constitución histórica atraviesan el entramado social para conformar y reproducir formas de vivir y estructuras sociales de opresión. Por ello el género en este estudio conlleva a identificar desigualdades en la existencia, distribución y reproducción de beneficios, derechos y responsabilidades entre sexos / géneros, con perspectiva histórica y de justicia social; las desigualdades entre géneros corresponde a necesidades y opresiones distintas, para hombres y para mujeres por lo cual se requiere acciones diferentes para transformar la vida hacia el buen vivir de todos y todas. Para ello se suscribe la propuesta de un feminismo para el 99 por ciento, en contra del feminismo liberal en boga.

1.3.7.2. Dimensiones de interpretación - análisis del género y desiguales modos de vivir

El género en esta investigación comprende recursos y valores sociales, políticos (Rubery y Fagan, 2000; Comisión Europea, 1998) y culturales Se pueden tomar las siguientes dimensiones de análisis:

Tabla 0.3 Dimensiones y contenidos para interpretación y análisis de género

Dimensiones	Contenidos para interpretación y análisis de desigualdades de género
Participación	Incluye participación de hombres y mujeres en una composición proporcional del nivel, de la paridad y de la función de dicha participación dentro del sistema laboral. La existencia de una perspectiva de género en las instituciones donde trabajan los odontólogos, se hace mediante el uso de indicadores y de acciones orientadas a proteger a los/as más vulnerabilizados/as por la desigualdad de género Incluye la participación con perspectiva de género en los modos y estilos de vida.
	Acceso, distribución y uso de recursos -simbólicos y materiales- como: tiempo, espacio, salario, conocimiento, tecnología y poder público para llevar

[20] Feminismos comprenden el conjunto de teorías, pensamientos críticos y prácticas políticas que cuestionan y toman posición entorno a las relaciones sociales e históricas desiguales entre hombres y mujeres (a partir de las experiencias femeninas en su mayoría); cuestionan las desigualdades de poder económico, político y cultural con el fin de materializar los derechos de las mujeres. Los movimientos sociales feministas generan pensamiento crítico y acción política en contra de la opresión (García Calvente, Mar. 2016 p 97)

Recursos	a cabo las labores necesarias en el trabajo, en el modo y estilo de vida, considerando las desigualdades y opresiones de género que ha acumulado la sociedad.
Valores sociales	Los valores inciden y reproducen la división sexual del trabajo, los roles desempeñados por hombres y mujeres y los significados ó comportamientos que refuerzan las tradiciones en las desigualdades de género
Derechos	Los derechos se refieren a la discriminación directa o indirecta por razones de sexo, al acceso a justicia en ámbitos económicos, políticos, jurídicos; pese a la existencia de derechos formales para cada sexo; al acceso a servicios disponibles, accesibles, pues su localización o mecanismo de acceso puede impedir a la mujer tomar parte; se requiere indicadores y derechos distintos por género que permitan monitorear su alcance.

Para la interpretación y análisis de las desigualdades de género se emplean las siguientes herramientas metodológicas:

Herramientas y fuentes	**Interpretación y análisis de las desigualdades de género**
Indicadores, estadísticas y análisis de género en odontología o en salud bucal. Fuente secundarias y fuentes primarias	Condiciones demográficas, históricas, económicas, de políticas públicas en salud bucal.
Normas y políticas institucionales con perspectiva de género / Fuente secundarias	Marco legal y político de las instituciones con capacidad de género o en su contra
Información sobre desigualdades de género y otras desigualdades (edad, Clase, territorio) en salud/salud bucal Fuentes primarias: entrevistas, encuestas, técnicas empleadas en trabajo de campo.	Análisis de desigualdades por género, clase, etnia, edad y territorio vs tipo de práctica, modo y estilo de vida. Relación entre desigualdades por colectivos: a. división sexual del trabajo, fracciones de clase, familia, trayectoria de vida. b. acceso a recursos: nivel escolaridad, empleo, jornada, salario, cargo, control del proceso productivo, tipo de contrato, pensión y seguridad social. c. expresión tipo de salud y cuidado,

	d. capacidad de representación de mujeres y defensa de derechos; elementos generadores/protectores de equidad de genero. e. Procesos de determinación de inequidad de género/clase/otros
Estudios con perspectiva interseccional de género y otros / Fuente primarias y secundarias	Necesidades, expectativas, valores y creencias sobre género y equidad de género
Estudios sobre barreras o desigualdades / indicadores Fuente primarias y secundarias	Desigualdades, barreras o brechas de género.

Elaboración propia a partir de Murgibe (2005) y De la Cruz (1998).

1.3.7.3 Clase social y modos de vivir

La clase social es una categoría que permite explicar la desigualdad en la distribución del poder y los recursos en la sociedad. Se han desarrollo distintas propuestas teórico metodológicas para el estudio de la categoría de clase social con un interés relacional, igual que en este estudio.

La categoría clase social se ha desarrollado en las ciencias sociales colocando en el centro del debate las relaciones de propiedad y el control sobre los recursos productivos como determinantes de las desigualdades sociales y en salud de las comunidades (Muntaner et al., 2015). Esta categoría destaca las relaciones de poder social como parte esencial del estudio de las desigualdades y del proceso de determinación social de las inequidades. Se diferencia de la categoría de posición social del enfoque de Determinantes sociales de la salud promovido desde el año 2008 por la Comisión de determinantes sociales de la Salud, por la orientación epistemológica y ético política; asimismo la clase social cuestiona la variable de estrato socieconómico al pretender explicar la clasificación social del poder en la sociedad a partir de medidas estandarizadas y homogéneas.

La posición social al ser usada dentro del paradigma positivista para designar el estrato socioeconómico del individuo contribuye en el estudio de los determinantes sociales de la salud como factores del sistema; el estudio de los procesos que configuran las desigualdades en salud no se puede realizar a partir de estándares con una interpretación factorial y fragmentada de la desigualdad.

1.3.7.4. Cómo estudiar la clase social en los modos de vivir

Para comprender el acceso de los individuos al poder y a las posibilidades de vida y salud, a la distribución de este poder en las sociedades, la clase social identifica las jerarquías sociales y las clasifica de forma relacional con distintos fines. En este trabajo se toma aquel que además de caracterizar las clases, tiene un interés teórico y relacional dirigido a explicar las jerarquías con apoyo en diversos atributos (sociodemográficos) y a explicar por qué se alcanzan diferentes grados sociales con los cuales se emplean mecanismos de poder y de control sobre recursos

económicos, políticos y culturales que orientan las estrategias de obtención de riqueza y condiciones de vida desiguales.

Entre los clásicos de la sociología europea existen las teorías de Karl Marx y Max Weber con diferencias eseciales entre ellas. Las teorías de Weber ubican en un lugar central el mercado el cual puede otorgar oportunidades de ser propietarios de los medios de producción, de alcanzar prestigio y ganar una posición de vida similar entre los grupos de interés para detentar poder y oportunidades de vida en una sociedad. Entre los autores que han desarrollado la perspectiva weberiana se destaca al inglés John Goldthorpe quien define la ocupación como una categoría central para explicar la posición social dado un mercado de trabajo. Los ingresos, las capacidades del empleado, las condiciones de empleo y el sistema de autoridad y control del proceso productivo configuran clases con oportunidades de vida diferentes. Define diferentes posiciones de clase social con base en la especificadad del trabajo, el tipo de contrato y de supervisión; no obstante, permanecen las limitaciones de la teoría weberiana referidas al desconocimiento del conflicto entre clases sociales y del poder de las clases sociales para sí, para generar cambios sociales (ONS, 2015).

Las teorías marxistas de clase social en este estudio aportan elementos centrales para la comprensión de las desigualdades en salud bucal en Bogotá, al tomar el poder efectivo (control sobre los recursos, la riqueza, el proceso productivo) y el poder legítimo (derechos) como parte del análisis. Entre los abordajes marxistas para el estudio de la clase social, se destacan los aportes de Erik Olin Wright por facilitar la identificación de poder en el estudio de las clases mediante las posiciones de clase y la relación de éstas con la jerarquía social, las formas de autoridad vinculadas y sus consecuencias en las condiciones de vida. Este análisis permite identificar formas de explotación múltiple dentro de las clases sociales y las relaciones con la autoridad a la cual se someten las clases dado un tipo de vinculación con el proceso productivo. Sin embargo, estos estudios impiden profundizar sobre las relaciones entre los procesos que definen una estructura social de clases con los estilos de vida o análisis del nivel micro en los individuos, especialmente sus expresiones en salud.

Entre los aportes marxista al estudio de la clase social y salud se destacan los planteamientos de América Latina en varios países, entre los cuales se anida esta investigación. Destacamos los aportes de Jaime Breilh en Ecuador, de Fresneda en Colombia y de Muntaner et al en la Red de Clase social y salud. Oscar Fresneda desarrolla una propuesta para el país en la cual señala nueve clases sociales para enriquecer la comprensión de las diversas jerarquías sociales de la sociedad colombiana, a partir del trabajo de Goldthorpe. Propone clasificar las clases partiendo de un estudio minucioso del trabajo ejercido en tres categorías: la actividad económica, en la ocupación y en la posición ocupacional, para ubicar con precisión las desigualdades en salud. Destaca desigualdades entre sectores de economía y dentro de estos sectores distribuye trabajadores agrícolas y manuales dada la importancia de estos trabajadores en la historia económica de la división del trabajo en Colombia. Estas clasificaciones abren opciones a varias fracciones de clase social cuya posición y explicación de la misma se asocia al capital económico y a capital cultural y por tanto al poder derivado del empleo de dichos capitales.

Como parte del desarrollo de la propuesta marxista en Colombia, al lado de Fresneda se han generado estrategias metodológicas similares orientadas a emplear las encuestas nacionales de calidad de vida para explicar la estructura de clases. (ONS, 2015)

Los aportes al estudio de clase social como insumo de política en salud y en trabajo en Colombia son escasos. Muntaner et al., han señalado la importancia de profundizar en el estudio de las relaciones de la clase para identificar la redistribución de la riqueza para impulsar la justicia laboral en términos de las relaciones de empleo (Muntaner C, Rocha KB et al., 2012; Muntaner C, Ng E, Chung, et al. 2015). Esta investigación aporta en esa dirección, tomando como núcleo de análisis un problema poco estudiado: las condiciones de empleo y de trabajo y su relación con las desigualdades sociales de clase, de género y territorio.

La propuesta de Jaime Breilh estudia la clase social a partir de los estudios de Salud Colectiva de América Latina, entre los cuales él es pionero en Ecuador y en la Región. Breilh parte de entender las clases sociales como resultado de la posición social lograda en la relación entre el trabajo, los medios de producción en el sistema productivo. El individuo se inserta al sistema productivo, de acuerdo a los bienes (propios o no) que le permiten su reproducción social. Esta forma de entender la clase social, descrita por Marx, destaca las relaciones de poder en el mediano y largo plazo, con la ubicación de fracciones de clase en conflicto y sus expresiones en la vida y la salud de los miembros de la fracción de cada clase.

El estudio de Breilh sobre las clases sociales orienta la comprensión de la determinación del proceso de inequidad, aspecto esencial al integrar los elementos sociales, históricos y de economía política de las desigualdades por clase social. Con el énfasis en el proceso de inequidad se estudia la forma cómo se producen y reproducen las desigualdades sociales y en salud a través de la identificación de un conjunto de procesos y mecanismos generales, particulares y singulares, que determinan la forma como está constituida la estructura de clases sociales, la forma como se relacionan las clases y su potencial transformador. Este proceso concentra en la configuración de un acumulado de desigualdades la relación entre la estructura de clases con el modo de vida y el estilo de vida para situar cada clase social en los contextos de desigualdad que le subsumen o potencian el cambio.

La propuesta metodológica para el estudio de la clase social de Breilh es recogida en el instrumento de inserción social publicado en INSOC (Breilh, 1979). En este estudio se toma como referencia dicha propuesta, se revisan los aportes a la misma desarrollados por Gabriel Jaime Otálvaro en el año 2019 en su tesis doctoral a partir del uso de encuestas nacionales, y, se plantean componentes novedosos dirigidos a aportar al estudio y comprensión de la clase social de los profesionales de la salud bucal como insumo de política pública para el trabajo digno y para la salud de los trabajadores de este campo; a la comprensión de la interseccionalidad clase/género/territorio y la relación entre la estructura de la sociedad en clases dada legalmente por un conjunto de normas, derechos y por el mercado Produraduría General de la Nación, 2012).

Para el estudio de las clases sociales se estructuran agrupaciones sociales que diferencian características o subcategorías de las clases con el fin de clasificar las clase sociales a partir

del carácter dinámico de estas características, y sin perder precisión (Instituto Nacional de Salud & Observatorio Nacional de Salud, 2016; Otálvaro, G., 2019).

i. lugar que ocupan cada individuo en el sistema de producción: posición en aparato productivo
ii. relaciones de propiedad de los medios de producción. Se amplía al estudio del género con: la propiedad sobre medios de reproducción de la vida profesional y su expresión en la jefatura de hogar.
iii. papel en la organización del trabajo y
iv. tipo de cuota de riqueza alcanzada y en disfrute (ingresos, fuente y cantidad) Se contempla la dinámica de esta característica con la estabilidad de la riqueza, estudiando dos momentos (riqueza al encuestar y en referencia al trabajo que ha proporcionado mayor riqueza).

La combinación de estas características permite ubicar las fracciones de clase social existentes, entre Clase Empresarial y clase empleada/obrera (alta, media y baja); Sub-asalariado, Jubilado y desempleado. La posición de clase del profesional se define con base en las subcategorías mencionadas, como se señala en seguida:

Tabla 0.4 Categorías y subcategorías de Posición de clase social

Categorías y subcategorías de Posición de clase social

Categoría	Sub-categorías
Posición de Clase Social del trabajador profesional de la salud bucal	(i) lugar en el aparato productivo (ii) relaciones de propiedad con los medios de producción. (iii) control sobre el proceso productivo; (iv) tipo de cuota de riqueza.

a. Relación de propiedad del profesional se establece de acuerdo a la propiedad y a si es o no jefe de hogar, según encuesta. Dado que existen desigualdades de clase y de género entre los propietarios y la jefatura de hogar se contempla el estudio de desigualdades en la posiciones de clase/género con apoyo en la jefatura del hogar.

Tabla 0.5 Relación de propiedad del profesional según jefatura de hogar

Jefe de hogar	Trabajo actual	No de trabajadores	Relación de propiedad medios de producción y reproducción
Si	Micro Empresario	Entre 2 y 10 trb	Propietario de pequeña emp
	mediano Empresario	Entre 11 y 50 trb	Propietario mediana empresa

si	Empresario	51 trb y más	Propietario empresa grande
	Empleado	Trabaja Solo	Propietario negocio/consultorio sin trabajadores o comparte propiedad
	Independiente	Trabaja Solo	Propietario de casa-afines y/ó carro-afines o comparte propiedad
	Pensionado	No trabaja	
	Subasalariado	Trabaja solo	Propietario de casa-afines y/ó carro-afines o comparte propiedad
	Desempleado		No propietario
			No propietario
No	Independiente		Propietario o comparte propiedad
	Subasalariado		No propietario
	Desempleado		No propietario
	Pensionado		No propietario

Tabla 0.6 Lugar en el aparato o proceso productivo

Jefe de hogar	Inserción social	Relación de propiedad	Lugar en el proceso	Tipo de contrato	Nivel de educación	Categoría ocupacional
Si	Empresario	Propietario Negocio	Trabajo por cuenta propia	Contrato laboral	Pregrado y posgrado	Empresario
	Pequeño Empresario	Propietario pequeña Empresa	Cuenta propia/Patrón empleador	Verbal o escrito a término fijo o indefinido	Pregrado / posgrado	Comerciante
	Mediano empresario	Propietario mediana empresa	Patrón empleador	Contrato prestación de servicios verbal o escrito directo o con intermediario	Pregrado Especialización	Empleado obrero

	Empleado Independiente	No propietario Propiet consultorio sin trabajadores	Obrero empleado privado/pública Cuenta propia			Independiente
No	Empleado Independiente Subasalariado Pensionado desempleado	Propiedad compartida No propietario No propietario	Obrero empleado privado/pública Cuenta propia Trabajo con baja remuneración / sin remuneración No trabaja	Contrato verbal de prestación de servicios Verbal	Pregrado Pre y posgrado	Semiasalariado Pensionado desempleado

Tabla 0.7 Papel / control del proceso productivo

Jefe de hogar	Inserción social	Relación de propiedad	Lugar en el proceso productivo	Categoría ocupacional	Papel control del proceso productivo
Si	Empresario Pequeño Empresario Mediano empresario	Prop consultorio Propi pequeña Emp Propie mediana empresa No propietario	Trabajo por cuenta propia Cuenta propia/Patrón empleador Patrón empleador Obrero empleado privado/pública	empresario Empresario comerciante	Dirige y hace Dirige y hace Dirige Hace y dirige

	Empleado Independiente	Propiet consult sin trabajadores	Cuenta propia	Empleado obrero Independiente	Hace
No	Empleado Independiente Subasalariado Pensionado desempleado	No propietario Propiet consult sin trabajadores No propietario No propietario	Obrero empleado privado/pública Cuenta propia Trabajo con baja remuneración/ sin remuneración No trabaja	Empleado /obrero Independiente Semiasalariado Pensionado desempleado	Hace y dirige Hace Hace NA NA

Tabla 0.8 Tipo de cuota de distribución de la riqueza.

Tipo de cuota	Criterio para clasificar
Pago por honorarios Pago por prestación de servicios	Trabaja por cuenta propia con honorarios Trabaja por prestación de servicios
Pago por evento, por capitación	Empleado con salario por prestación de servicios, por actividad, por persona o por tratamiento
Comisiones	Trabaja con salario por porcentaje o comisión de la actividad o labor realizada
Salario con prestaciones	Empleado con salario con prestaciones vacaciones, primas, cesantías. En Emp pública o privada.
Sueldo sin prestaciones	Empleado con sueldo sin prestaciones
Ganancia del negocio	Propietario del negocio de servicios, de industria o comercio (dental, laboratorio, otro).

Tabla 0.9 Síntesis de Posición de clase social del profesional

Inserción social	Relación de propiedad	Control del proceso/ organización del trabajo	Tipo de cuota de distribución de la riqueza
Empresario	Propietario grande/ mediana/pequeña empresa	Dirige Dirige y hace	Ganancia del negocio
Pequeño Empresario	Propietario consultorio/Propietario Negocio sin trabajadores	Dirige Dirige y hace	Ganancia del negocio
Empleado	No propietario	Dirige y hace Hace	Honorarios, prestación de servicios. Por Actividad, por evento por capitación, comisiones, salario con prestaciones/ salario sin prestaciones
Independiente	No propietario	Dirige y hace	Honorarios, Por prestación de servicios
Subasalariado	No propietario	Dirige y hace	Por prestación de servicios. Por Actividad, por evento por capitación, salario sin prestaciones. Sin remuneración
Pensionado Desempleado	No propietario	NA	NA

Tabla 0.10. Combinaciones de respuestas para ubicar tipo de cuota de riqueza y relaciones de distribución

Tipo de riqueza	Trabajo actual	Contrato/otro	Ingresos
Honorarios			
Pago por evento			
Salario			
Tipo de riqueza	**Trabajo principal : de mayor ingreso**	**Contrato/otro**	**Ingresos**

Tabla 0.11 Caracterización de clase y posición de clase de los trabajadores de la salud bucal de Bogotá

Jefatura de hogar/parentesco con jefe	Fracción de clase	Sub fracción de clase	Clase social
Si	Empresario	Empresa grande Empresa mediana	Empleador Alta y Media Empleado alta y media Media Baja
	Pequeño empresario		
Si y No: Esposo/a	Independiente	Semiasalariado	Baja

Madre/ padre/hijo etc	Empleado Sub asalariado Pensionado Desempleado	Trabaja sin remuneración	

Tabla 0.12 Clasificación de clases sociales y fracciones de clase por atributos

Fracción de clase	Categoria ocupacional/posición	Relación de propiedad	Control del trabajo	Tipo de Cuota de riqueza
Empresario	Empresario Contratista	Empresa grande Empresa mediana Empresa pequeña	Dirige Dirige y hace	Ganancia del negocio Ganancia del negocio / otros usos del negocio
Empleado	Empleado asalariado Empr Pública o privada	No propietario	Dirige y hace	Honorarios Obra o labor Comisiones
Independiente	Profesional independiente	Negocio independiente Propietario No propietario	Dirige y hace	Ganancia del consultorio Ganancia del consultorio
Obrero Sub asalariado	Subempleado	No propietario	hace	Comisiones Sin remuneración Sin prestaciones
Pensionado Desempleado	Pensionado Desempleado			Pensión o sin ingresos

Con base en la propuesta de Breilh para estudiar las clases sociales, en esta investigación se clasifican en clases con fracciones de clase. Se contempla la importancia de sitúar el conocimiento críticamente mediante los aportes de estudios decoloniales sobre las teorías marxistas de clase social; esto implicó revisar la apuesta epistemológica de las teorías de la clase social, a la luz de la realidad empirica sobre la producción y reproducción de las desigualdades socio territoriales en salud bucal en Bogotá, como parte del análisis macro en el estudio del proceso de inequidad.

Ya en la interseccionalidad al enfrentar el proceso de trabajo clínico odontológico de la mujer, se distingue del hombre. Se viven todas las opresiones a la vez en una sola vida, en una sola categoria ser mujer, sin fragmentarlas. Se trata de un sistema de opresión que se entrecruza afectándose unos a otros (Smith, B., 1983)

1.3.8. De tal modo, tal estilo de vida del profesional

En la dimensión singular la relación entre territorio y salud se relaciona con los estilos de vivir de manera individual y en familia. La libertad para definir un estilo de vivir con una autonomía relativa resulta de interés para el modo de vida y el estilo de vida también (Breilh, 2021). La relación entre las pautas familiares y las pautas individuales para definir un estilo de vida, se estudian en el marco de la vida laboral del profesional y con énfasis en la relación de género y de clase social del profesional con la familia y el gremio.

El carácter dialéctico de la relación entre modo/estilo de vida en el territorio, señala procesos críticos de determinación social del territorio sobre la salud individual/familiar y la salud colectiva del profesional (Samaja, 2004). Los estilos de vida se refieren al libre albedrío que se emplea y actúa de forma individual, activando en la variabilidad y singularidad de decisiones cotidianas, la libertad de cada quien para decidir con grados de libertad y de autonomía.

Las categorías a estudiar en los modos y los estilos de vida del trabajador se enfocan al estudio de la relación con el trabajo, con la expresión de daños en la salud ocasionados por enfermedades profesionales y/ó otro tipo de enfermedades de carácter crónico que están asociadas al modo de vida. Las capacidades personales para funcionar y organizar acciones en pro de la vida propia o en defensa de la salud en el trabajo; espacios de socialización en el hogar, el trabajo y la comunidad y por último, capacidades ecológicas.

En las últimas décadas los profesionales de la odontología han sido afectados por situaciones graves de salud y enfermedad y por formas de deshumanización del servicio que visibilizan el crecimiento de las agresiones en contra de los profesionales de la salud por parte de pacientes y familiares, en las cuales los antagonismos entre profesional / paciente, cuestionando la legitimidad y autonomía del profesional de la salud y del trabajador. Aumentan enfermedades como: estrés laboral, agotamiento profesional, depresión o suicidios en los trabajadores del sector salud. Y aumenta el antagonismo en el cuidado de la salud y de la vida (Arroyo M, María J., et al., 2017. Beltrán, Magda, 2011). Por lo anterior se requiere profundizar en cómo se ha afectado el estilo devida del profesional y sus efectos o expresiones en salud.

1.3.9. Plan general de análisis de la investigación

En el plan de análisis se revisa en síntesis, las relaciones y las correlaciones entre las variables y las categorías definidas para el algoritmo de clase social y su intersección con el género y la generación en el territorio.

Tabla. 0.13 Plan general de Análisis de la investigación

Objetivos específicos	**Categorías**	**Subcategorías**	**Guías de posibles preguntas para las encuestas, entrevistas individuales y colectivas**	**Relaciones y Análisis**
Caracterizar el proceso de inequidad en los modos de re/producción de servicios de salud bucal por tipos de práctica odontológica en Bogotá entre 1985 y 2015	Relación sociedad /naturaleza Formas de subsunción real y formal al capital/ Interseccionalidad e inequidad	Tipos de práctica odontológica 1985 - 1996 1997-2000 2001-2007 2008-2015 Proceso de intersección histórico - territorial	¿Cambios en re/producción de servicios por tipo de práctica División del trabajo por tipo de práctica y territorio Condiciones de empleo por tipo de práctica	Cambios del proceso de inequidad (socio histórico territorial) por tipo de práctica od en Colombia desde 1985
Contrastar las desigualdades entre producción de servicios od y de consumo en Bogotá por tipo de práctica od. Contrastar las desigualdades de clase, género y edad, su expresión en el modo y estilo de vida de Bogotá desde 1985. Describir las relaciones entre los modos de vivir y estilos de vivir y su repercusión en la salud de los profesionales en Bogotá. Identificar indicadores que puedan servir para monitorear la política de salud bucal en Bogotá.	Relación sociedad /naturaleza Modos de vida por tipos de práctica odontológica 1985-1994 1995-2000 2001-2007 2008-2015 Modos de vida por consumo, relaciones ecosistémicas y de poder en Bogotá Modos y Estilos de vida por práctica odontológica 1985-1994; 1995-2000; 2001-2007 2008-2015 Indicadores de estructura, de relaciones de trabajo por tipo de práctica Od.	Proceso de intersección en las desigualdades por territorio laboral según tipo de práctica Proceso de intersección en las desigualdades por clase, Género, edad Desigualdad por consumo, por relaciones ecosistémicas, por organización social y de poder en Bogotá Desigualdad en salud por tipos de práctica y estilo de vida Indicadores de condiciones de empleo	¿¿Cómo fue el proceso de desigualdad desde que se graduó hasta el trabajo actual según modo de produccion y de consumo de servicios? Cómo fue el proceso de desigualdad desde que se graduó hasta el trabajo actual por grupos de práctica? ¿Cómo fue el proceso de desigualdad desde que se graduó hasta el trabajo actual por clases? ¿Desigualdades por clase y entre clases? ¿Cómo fue el proceso de desigualdad desde que se graduó hasta el trabajo actual según modo de relaciones ecosistémicas y de poder? ¿Desigualdades entre las relaciones ecosistémicas y de poder existentes Cómo fue el proceso de desigualdad desde que se graduó hasta el trabajo actual y la repercusión en la salud del profesional ? ¿Desigualdades en estilos de vida por grupos de práctica y género/ clase?	Principales desigualdades por tipos de práctica, territorio laboral clase, edad y género Desigualdades por modos de vida Principales desigualdades por estilos de vida y su expresión en salud Medición cuali cuanti de Desigualdades e inequidad en trabajo en salud bucal

Tabla 0.14 Relaciones y correlaciones entre variables y categorías – algoritmo

Categorías	Subcategorías	No de preguntas	Análisis: relaciones y correlaciones
Inserción Social	Tipo de Universidad 1, Tipo de práctica 2, sexo 3 Edad 4, grupo étnico 5, estado civil 6, vive con 11, número de personas que dependen de usted 11a, aporta al mantenimiento de 10, estrato vivienda 11b, localidad 11c, barrio 11d	1 – 6	Inserción social correlación posición de clase Inserción social correlación Modos de vida y estilos de vida
Posición de Clase Social	*Relación SocioOcupacional*: Nivel de escolaridad 7, título 7a, Responsable económico 8 ó parentesco con el jefe de hogar 8a, trabajo principal 9, trabajo actual 9a,	7 – 11 d	Trabajo principal /Fracción de clase: variable dependiente proporciones
	Relación de propiedad: segundo trabajo 12, propietario de 13, propietario de empresa o negocio 14 propietario del local de empresa 15	12 -15	Trabajo principal /Fracción de clase: variable dependiente proporciones
	Cuota de riqueza: fuente de ingresos 16, Ingresos actuales se pagan con base en 17, cuanto hace dejo de percibir ingreso por trabajo clínico 17a. ingreso mes 18	16 -18	Trabajo principal Fracción de clase: variable dependiente proporciones
	Lugar en el proceso productivo: tiempo en trabajo clínico 19, tipo de contrato 20, contrato incluye 21, cotiza salud y pensión 22, semanas 22 a. tipo de contrato último empleo 22 b. segundo trabajo antiguedad 23, segundo trabajo empleo - tipo de contrato 24, contrato incluye pago de 25, empleo prioritario subsistencia 26	19 – 27 b	Trabajo principal /Fracción de clase: variable dependiente proporciones
	Control del proceso productivo: actividad principal 27a, función principal 27b **Sintesis Posición de Clase Social por atributos**	27 a- 27 b	Trabajo principal /Fracción de clase: variable dependiente proporciones /correlación Modos de vida y estilos de vida
Modos de vida Espacios de procesos de buena vida Sustentable y Solidaria, Saludable	*Trabajo*: horas a la semana de trabajo 28, aporta suministro 29, cuál, 29 a localidad 30, barrio 30a, localización geográfica 30b, acceso al trabajo 30c, medio de transporte 30d, tiempo al trabajo 30e, medio de transporte 30f, satisfacción con trabajo 31, a que lo atribuye 31a, insatisfacción 31b, valorar satisfacción 31c, cambio de trabajo principal 32, *Segundo trabajo* suministro 35, cuál 35a, barrio 36, localización 37, acceso segundo trabajo 38, transporte 39, tiempo 40, satisfacción con 2º. trabajo 41, a que lo atribuye 42, insatisfacción 43, valorar satisfacción 44 , cambio de trabajo 45	28 – 32 35 - 45	Trabajo principal /Fracción de clase: variable dependiente /proporciones Posición de Clase Social correlación trabajo
	Trabajo y Condiciones de empleo: exposición a riesgos físicos 46, cuáles 46a, intensidad en el trabajo por 46b, ambiente social del trabajo 47, tecnología en el trabajo clinico 48, ha consistido en 49, renovación de tecnológica 50, en qué 50a,	46 – 56 b	Trabajo principal /Fracción de clase: variable dependiente /proporciones Posición de Clase Social correlación *Trabajo y Condiciones de empleo*

	Tiempo de desempleo 56, lapso desempleo 56a, causa desempleo 56b, **Síntesis Modo de vida por Posición de Clase Social**		
Estilo de vida Espacios de procesos de buena vida Sustentable y Solidaria, Saludable	*Concepciones y valores personales*: comparación trabajo actual con anterior 51, trabajo actual mejor 52, Es peor 53, alternativa de mejora 54, se puede hacer 55	51 – 55	Trabajo principal /Fracción de clase: variable dependiente / proporciones Análisis de Encarnación Posición de Clase Social correlación *Concepciones y valores personales*
	Capacidad personal para organizar acciones en defensa de la salud: *Relaciones de poder*: apoyo sociales, jurídicos, sindical o gremial 57, alternativa de mejora 58	57 – 58	Trabajo principal /Fracción de clase: variable dependiente proporciones Análisis de Encarnación Posición de Clase Social correlación *Capacidad personal para organizar acciones en defensa de la salud*: *Relaciones de poder*: *y 4 s*
	Itinerario ecológico personal Itinerario típico en trabajo /hogar Relaciones ecosistémicas : dificultades con desechos en trabajo 59, reciclaje es costumbre 60, reciclaje rutinas día 60ª, en casa 60b, cuida ecosistema 60c	59 – 60c	Trabajo principal /Fracción de clase: variable dependiente proporciones Posición de Clase Social correlación *Itinerario ecológico personal Itinerario típico en trabajo /hogar Relaciones ecosistémicas y 4 s*
	Patrones familiares y personales de consumo Descanso Vivienda Acceso y calidad de servicios y recreación y salud: alternativas vejez 33, alternativas para usted 33a, tiempo libre 34, actividad en tiempo libre 34ª, Enfermedad profesional 61, cuál 62, tratamiento realizado 63, enfermedad crónica 65, tratamiento 64, hoy tratamiento 65, stres 66, tratamiento 66a, cuál 66b, salud percibida 67, seguro atención 68, atención médica 69, donde 70, resolvió 71 **Síntesis : Estilos de vida / inserción social por posición de clase social**	33 a- 34 a 61 - 71	Trabajo principal Fracción de clase: variable dependiente proporciones Análisis de Encarnación Posición de Clase Social correlación *Patrones familiares y personales de consumo Descanso Vivienda Acceso y calidad de servicios y recreación y salud y 4 s* Tipos de práctica / sexo/ clase
Conclusión	Correlación inserción social/ clase social/ modos de vida-estilos de vida por inserción social/ clase social/		Intersección de inserción social /posición de clase/ correlación Modos de vida y estilos de vida

Capítulo II

Geografía crítica de la inequidad

‘‘Por un mundo donde seamos socialmente iguales, humanamente diferentes y totalmente libres”. Rosa Luxemburgo

El segundo capítulo responde a las preguntas por las transformaciones del trabajo odontológico en Bogotá a partir de las nuevas determinaciones del socio metabolismo del capital en la ciudad capital y sus relaciones con los servicios de salud bucal que emplean a los profesionales en las últimas décadas. Nos aproximamos a la estructura del territorio, los flujos y las disputas que se ponen en juego al localizar unos modos y medios de producción de servicios de salud en los circuitos y enclaves de mercantilización de la odontología en la ciudad. Y el segundo eje de aproximación del capítulo para responder las preguntas lo constituyen los mismos servicios de salud bucal de la ciudad, desde la producción y distribución de estos entre los mercados de salud de Bogotá, bajo territorializaciones que son determinadas por fuerzas diversas. Este capítulo se realiza desde una perspectiva crítica de la sociología urbana, la geografía y la ecología política del tiempo y del espacio social de y para la vida digna y la buena vida.

Este estudio cuestiona las nociones y percepciones clásicas sobre el territorio, que lo asumen como un lugar dado, natural, delimitado por medidas físicas solamente o por los recursos naturales que lo componen, haciendo de éste una entidad relacionada con el ser humano externamente, que le provee una salubridad general, por su carácter o por los elementos del del ambiente, del clima, el aire, el agua o el suelo, definidos por las ciencias convencionales y/ó la epidemiología, la salud pública o la política de salud que persisten en la idea prístina de la naturaleza y de la sociedad. El territorio queda convertido en un componente factorial del medio sin considerar el espacio social, el poder o las fuerzas de la economía o de la política inmersas en él, ó las relaciones entre la sociedad y la naturaleza que lo contienen y lo constituyen.

En el devenir del territorio y de las territorializaciones en Bogotá, varias fuerzas quedan imbricadas en la productividad espacial, tanto de naturaleza pública como privada y/ó mixta con presiones que se ejercen por el capital y por la participación de actores diversos que disponen formas de producción del espacio y también del consumo, con subjetividades y valores cambiantes (materiales y simbólicos). Sin embargo, al estudiar las territorializaciones el papel del actor y el caracter de las fuerzas que le impulsan y encadenan es esencial; si las fuerzas provienen del gobierno distrital o del estatal, uno de los actores que impone un tipo de ejercicio del poder más asimétrico en el territorio, se reproducen formas de productividad espacial cuyas consecuencias afectan varias esferas de la vida de las comunidades, que son incontrastables con las de otros actores con poder desigual. Por lo tanto su expresión en el tiempo y el espacio de la vida en el territorio no es igual. Se estudian las territorializaciones

múltiples, las diversas fuerzas y actores imbricados en las relaciones (complejas y conflictivas) entre la sociedad y la naturaleza en Bogotá.

Iniciamos con anotaciones generales sobre los métodos y las técnicas empleadas en el proceso de investigación, describimos en seguida la territorialización de servicios de salud en la estructura socio-política e histórica de la ciudad. Y finalizamos con las tendencias y procesos ecológico políticos del territorio de la ciudad y del servicio de salud bucal que emplea a los profesionales en Bogotá.

Anotaciones sobre los enfoques, métodos y las técnicas de investigación de este capítulo

Este capítulo se construye desde enfoques y métodos de investigación que combina métodos cualitativos y cuantitativos, técnicas intensivas y extensivas para un diseño mixto de carácter secuencial y concurrente, con énfasis en un esquema relacional dirigido al estudio del espacio y el tiempo de la salud bucal y la vida en el territorio de la ciudad, con fundamento en la obra de Samaja (1992). Se realiza un trabajo de campo caminando 19 de las 20 Localidades de Bogotá, con apoyo en etnografía y geografía crítica para identificar distintas dimensiones del carácter general y particular de los servicios odontológicos en Bogotá y las relaciones -dialécticas- entre estas dimensiones. Igualmente se siguen las pruebas de rigor científico para obtener la validez y la confiabilidad de las técnicas empleadas a partir la imbricación epistemológica-metodológica y ética del estudio. El equipo de investigación de este capítulo se conforma por una geógrafa Kimberly Piñeros Chía, una estudiante de útlimo semestre de antropología María Fernanda Ortegón Vanegas y por 19 estudiantes del Semillero de Investigación Salud Colectiva[21].

La recolección de la información se realiza en un período comprendido entre el 10 de diciembre de 2019 y el 12 de septiembre de 2020. En este lapso se obtienen los datos generales del territorio local/distrital, de la oferta de servicios de salud bucal en las Localidades de Bogotá, excepto en la Localidad de Sumapaz debido a dificultades de accesibilidad espacial. El trabajo de campo se dividio en fases: una dirigida a preparar la inmersión en el terreno, revisar literatura y organizar el trabajo entre el grupo de estudiantes en formación como investigadores con apoyo en fuentes secundarias provenientes de entidades públicas encargadas del tema, como Secretaría Distrital de Salud, “SDS”[22], DANE, Veeduría Distrital, Infraestructura de Datos Espaciales IDECA[23]. Y otra fase dedicada a recolectar los datos en cada Localidad, identificando las áreas a georeferenciar para la caracterización general de los servicios de salud bucal de Bogotá y los servicios como tal.

Durante la preparación de la inmersión al trabajo de campo se realizan varias reuniones de sensibilización, capacitación y calibración de cada estudiante en la fase de campo con apoyo en formatos escritos y en literatura de apoyo para cada actividad (Ver anexo 2.1. Trabajo de campo my maps; instructivo georeferenciación; Mapa de Polígonos de Chapinero). Se asigna

[21] Esta fase de la investigación se financia con recursos del Premio Nacional de Investigación ACFO - COLGATE

[22] La información se solicito mediante cartas y entrevistas con funcionarios de la SDS con participación de un referente de salud oral, en un espacio técnico abierto con fines del presente estudio. No se obtuvo información acerca de los Servicios de salud bucal en Bogotá, su distribución por Localidad / Unidad de Planeación Zonal, ni del talento humano profesional -tanto general como especializado por IPS, como tampoco del estado del derecho a la salud bucal en la ciudad.

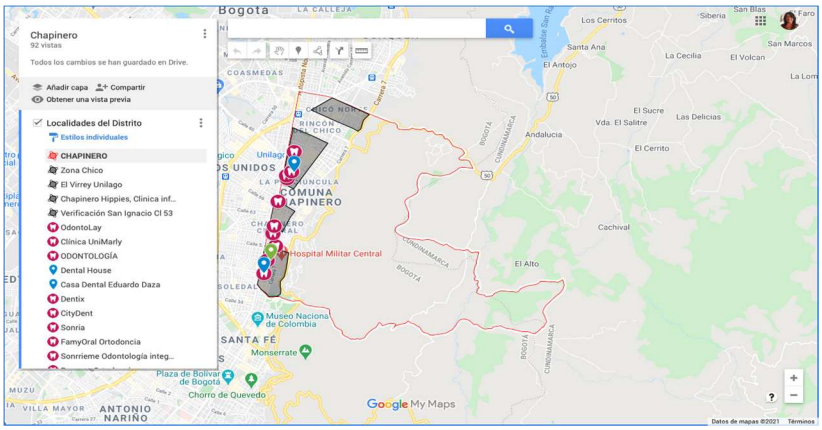
[23] Agradecimiento especial al Sr. Pedro Alberto Pinzón Montero Subgerente de Operaciones de IDECA.

una Localidad a cada estudiante con base en el reconocimiento y la memoria del territorio por parte del estudiante quien vive en la Localidad por un tiempo superior a un año; la fase de trabajo en campo se apoya en técnicas de observación simple y observación participante, encuestas y charlas informales con informantes base con apoyo en formatos específicos, en fotografías, diarios o notas de campo y en estudio del territorio de cada Localidad.

Los instrumentos de recolección de datos en el territorio se diseñaron de forma secuencial después de georreferenciar los datos de la residencia y del lugar de oferta de empleo de los odontólogos que trabajan en Bogotá de la encuesta aplicada a los profesionales; esta información se contrastó con la georreferenciación de fuente secundaria sobre los lugares de oferta de empleo de los profesionales habilitados para trabajar en el Distrito existente en el IDECA. Se identificaron así las zonas y las variables a georeferencia en la revisión de los mapas; se realizaron formatos y la Matriz de caracterización de la oferta de servicios para la recolección y registro de los datos.

En el trabajo de campo se geocodifican los datos de dirección, barrio y Localidad, se hace validación de la calidad de la geocodificación para luego mapear las zonas seleccionadas para estudio denominadas polígonos de observación. El Polígono se toma como muestra del territorio local con límites definidos por el grupo de investigación incluyendo la localización y sus relaciones con las distintas UPZ, las Localidades y los otros polígonos seleccionados para el estudio de la ciudad. La observación en el polígono hizo énfasis en la oferta de empleo / servicios de Salud Bucal, la localización y las relaciones de la oferta /servicios con las características estructurales del territorio, los aspectos, sujetos y las relaciones del empleo/ servicio de salud bucal en el territorio. (Ver ejemplo de Polígono de Chapinero / 2019)

Mapa 2.1. Polígono de Chapinero Bogotá, 2019



Fuente: Elaboración propia con apoyo en herramientas informáticas para planear el trabajo de campo de la investigación en las Localidades de Bogotá en el año 2020

El recorrido por los polígonos se orienta a georreferenciar los datos de todos los servicios de salud bucal ofertados y caracterizarlos mediante el diligenciamiento de los formatos diseñados con un componente dedicado a esta caracterización y otro a una encuesta personal dirigida al profesional encargado de prestar los servicios de salud bucal en los sitios de oferta

seleccionados. Cada estudiante registra notas o diario personal en los recorridos. Los formatos estaban disponibles tanto en versión impresa/papel como en versión electrónica y accesibles para su diligenciamiento por los estudiantes (Ver anexo 2.2 Matrices trabajo de campo); la revisión de los mismos se realiza en tiempo real. Una vez concluido el trabajo en campo se realiza la sistematización en una base de datos en excell sobre la estructura territorial de Bogotá con soporte en archivo word, de cada Localidad, en las matrices e informes locales. Para la construcción de mapas se emplean herramientas de ArcGIS Pro y ArcGIS Online a partir de la información espacial consolidada, proveniente de la encuesta dirigida a los profesionales, del registro del trabajo de campo y de la localización de los servicios de salud bucal de los profesionales habilitados en Bogotá, proveniente de fuentes secundarias[24].

Toda la labor de campo se fundamenta en documentos, reuniones presenciales y virtuales con los grupos de estudiantes de semillero y las investigadoras, para capacitar, socializar, discutir los hallazgos y hacer ajustes cuando así se requería. Se realiza supervisión de toda la fase de trabajo de campo con apoyo en informes verbales y escritos de cada estudiante, en reuniones individuales y grupales semanales (Ver Anexos 2.3. Inducción al trabajo de campo). Igualmente se verifica la calidad y precisión de los datos recolectados mediante la supervisión y control de todo el operativo de la recolección de datos y del procesamiento de los mismos con apoyo de una estudiante de antropología, encargada del control de la calidad de todas las actividades realizadas en el territorio. El procesamiento de los datos colectados se realiza con apoyo en formatos para cada etapa del proceso, empezando por la validación en terreno, seguida de la depuración de datos y la verificación de la consistencia interna de los datos, por parte de todo el equipo de estudiantes e investigadoras. Fue necesario reducir la recolección de datos de la Localidad de Antonio Nariño, debido a dificultades de la persona encargada.

Para la interpretación y análisis de los datos recolectados se emplean métodos mixtos que combinan un componente espacial, otro temporal y otro temático de las categorías definidas previamente, con representación en varias escalas espaciales (áreas ó polígonos, UPZ, Localidades y Subredes). Las categorías contemplan la dimensión particular del territorio desde sus características físicas, organizativas, de localización y concentración por polígono/UPZ/Localidad y caracterización de los servicios de salud bucal, según el tamaño y antigüedad por tipo de servicio (general o especializado), el carácter (público/privado o mixto), la publicidad empleada, así como su relación con el centro de la Localidad y con las zonas periféricas en la ciudad. Las categorías de la dimensión general ó estructural / simbólica del territorio revisan la relación entre el trabajo del profesional, su prestigio e inserción laboral con las coberturas y accesos para la atención de los pacientes, por tipo de población.

El análisis temporal considera rutas de acceso en transporte masivo y en particular, estado y el tipo de vías, uso del suelo, las condiciones ambientales de la zona, relaciones ecológicas (manejo inadecuado de basuras, tenencia de mascotas, obras en construcción, contaminación por aire, olores, auditiva y /o visual); condiciones de seguridad o deterioro y las capacidades

[24] Se emplean varias fuentes distritales, entre las cuales se mencionan: Diagnósticos por sub Red sobre Condiciones, calidad de vida, salud y enfermedad, publicado por la SDS 2017-2019. A manera de ejemplo señalamos enlace correspondiente a la sub red Norte de Bogotá que reúne las localidades de Suba, Usaquén Chapinero, Engativá y Barrios Unidos. http://www.saludcapital.gov.co/DSP/Diagnsticos%20distritales%20y%20locales/Local/2017/Subred%20Norte/SUBRED%20NORTE.pdf

generales del territorio para ofrecer servicios de apoyo diagnóstico o terapeútico para la salud bucal en cada territorio.

Los datos recolectados se representan en escalas (polígonos, UPZ, Localidades, y/o Subredes Integradas de Servicios en Salud), para contrastar las características de la oferta de servicios y los cambios relacionados con el territorio tanto en terreno, como en la información existente en las fuentes secundarias; igualmente se elaboran informes a partir de la observación etnográfica, los formatos y las matrices de datos con indicadores, para el contraste con la información de los mapas; se realiza triangulación de información por polígono, por localidad y por sub red, con apoyo en las fuentes primarias (mapas e informes) y las fuentes secundarias. Luego se realiza triangulación por investigador con apoyo en un relato verbal, en información georeferenciada, en mapas e informes locales, con interpretación y análisis por cada Sub red. Las fases de revisión, validación y contraste garantizan con la triangulación, el control de sesgos durante fase de terreno y control de errores en los registros.

2.1. La estructura socio histórica del territorio de Bogotá

La estructura del territorio de Bogotá se ha descrito frecuentemente a partir de la historia social y política del patrón de mercantilización que el sistema de acumulación capitalista impone a la ciudad capital desde el siglo XIX (Bejarano, J., 1983, Torres-T, C., 2012). Este patrón ha sido determinante al asegurar espacios que benefician el establecimiento y el mantenimiento de mercados privados, públicos o mixtos (cuando es en alianza con el gobierno), favoreciendo el uso del suelo y de la tierra con fines de acumulación de ganancias. Igualmente ha encadenado diversas fuerzas, algunas de ellas contrarias (en oposición / resistencia) a la producción hegemónica del territorio en Bogotá. Esta investigación, va más allá, toma la división de clases sociales en el territorio, los cuales han predominado en la división espacial de la ciudad dando una estructura al territorio que actúa en alianza ó en conflicto simultáneamente. Por esto, la estructura del territorio de Bogotá se estudia a partir de la propuesta de producción social del espacio de Lefebvre, desde la combinación de dos fuerzas:

i) El territorio como producto: de la división de clases sociales en el espacio social y,
ii) El territorio como productor: de la relación entre las clases sociales, el territorio y la cercanía a los centros de la ciudad y/ó lejanía a las periferias de la ciudad.

El territorio bogotano como productor de cercanías a los centros de la ciudad, se caracteriza por ser esencialmente urbano, como plantea Henri Lefebvre esta cercanía (1969, 1972) además de contribuir con el precio que se asigna al suelo, confirma un patrón colonial -español- de territorializar el espacio de la ciudad que es la apropiación mediante expropiación por parte de fuerzas predominantes del mercado. Este patrón de la organización del territorio en Bogotá se ha realizado mediante la segregación de comunidades que han sido expropiadas del espacio y además desplazadas por parte de las fuerzas del capital que emplea múltiples territorializaciones creando nuevas determinaciones en el metabolismo socio metabólico de la ciudad.

En la estructuración histórica del territorio de Bogotá el predominio del capitalismo y de la industria naciente del país desde el siglo XIX, ha producido una ciudad excluyente y desigual

(Renan R, 2012). La organización de la economía del café, el desarrollo primario de las vías para el comercio, la comunicación y la mercantilización de productos, el ferrocarril, la fundación de los primeros bancos e industrias como la cervecería de Bavaria, -por ejemplo-, proveen una organización del desarrollo económico de la ciudad que paulatinamente va transformando el espacio de la ciudad con un lugar de privilegio para la capitalización, si se contrasta con las demás ciudades del país. Este esquema de crecimiento de la ciudad atrae a personas de todo el país, acelerando la organización territorial y localización de los primeros barrios obreros al sur de Bogotá y en las periferias de la ciudad, donde las personas desplazadas del éxodo campo - ciudad o quienes por su condición de pobreza extrema tenían escasas alternativas de sobrevivencia, se empleaban en minas de cal, yacimientos de arcilla, fabricación artesanal de teja y ladrillo (chircales), molienda de harina ó producción de pólvora, que eran las formas de supervivir en Bogotá empezando el siglo XIX (Cámara de Comercio de Bogotá, 2007).

El territorio bogotano como un producto del capital y de la estructura social y política de la población del país en el siglo XIX, cambia al recibir la población de otras ciudades del país que llegaban a Bogotá desplazadas por la violencia en otros departamentos como Tolima, Boyacá y Santander; o al recibir la población migrante o pobre que vive en Bogotá segregada por los procesos de urbanización del centro y del norte de Bogotá que se empiezan a aplicar, siguiendo patrones de modernización europea. Uno de los proceso de urbanización empleado en la ciudad fue la higienización del territorio como un dispositivo político de disciplinamiento y de control de la moral de los pobres, bajo la idea de urbanizar el territorio no sólo con edificaciones, sino también y especialmente con educación en urbanidad que buscaba cambiar los hábitos de la población pobre y la apariencia del sur de la ciudad (Noguera, C., 1998). Mientras el sur y las zonas alejadas del centro de la ciudad recibían a las poblaciones segregadas del desarrollo urbano y moderno de las ciudades europeas, el centro de Bogotá estaba reservado para las nuevas edificaciones destinadas a las instituciones de gobierno y a la iglesia.

A principios del siglo XX la tendencia del territorio como producto del capital para la producción industrial y comercial de ganancias en Bogotá se acelera con la construcción de acueductos y alcantarillados para hacer uso del agua de ríos en la producción industrial; el Río Arzobispo, el San Agustín o el San Francisco se usan para esta producción antes que para el consumo humano en las viviendas; las condiciones de vida de la población no ocupan el espacio del patrón de industrialización. La tensión entre las poblaciones por espacios de vivienda y de educación y, el capital con presión por un mayor crecimiento de la producción a más de la tercera parte del total de la producción nacional, hace que entre los años 1920 y 1930 Bogotá siga atrayendo a mucha población de todas las regiones de Colombia en busca de trabajo o de cambio en las condiciones de vida. Pero la ausencia de alguna oferta de vivienda para la clase obrera, la pobreza extrema y las desigualdades entre el sur y el resto de la ciudad, empujan a la organización de barrios de invasión con más desplazamientos hacia el sur de la ciudad y cambios en las formas de vida de los obreros, dejando el norte reservado para las élites y para otras formas de urbanizarla. Durante los años 30 y 40 la urbanización de la ciudad mantiene el uso del suelo para vivienda, a expensas de la extracción de rentas de la población pobre que llega a Bogotá, desplazada del campo o que llega como víctima de La Violencia política bipartidista y debe empezar a aportar al acelerado crecimiento económico de la ciudad. Las transformaciones del territorio de Bogotá que son impulsadas por el gobierno, conllevan

esencialmente procesos de segregación urbana[25] que se impone a los pobres como forma de habitar la ciudad en los espacios destinados para su vivienda.

El Bogotazo[26] acontecimiento social y político acaecido el 9 de abril de 1948 con la muerte del líder político liberal Jorge Eliécer Gaitán y levantamientos populares en toda la ciudad, marca un hito para las resistencias a la estructura socioterritorial de una ciudad excluyente y aburguesada. Se derrumba la ciudad afrancesada para dar paso a una ciudad dirigida a abrir espacio a cuatro funciones de la vida urbana y social: trabajar, habitar, circular y recrear. La Violencia de los dos partidos políticos hegemónicos apropiados del poder político y el poder económico de la ciudad, el levantamiento campesino y rural en contra de la propiedad de la tierras (Bejarano, J., 1983) en manos de las élites y las resistencias populares contenidas por el cúmulo de expropiaciones y desplazamientos al sur de la ciudad, impulsan un cambio con expansión territorial que divide el territorio entre el sur y el occidente de Bogotá para los más pobres y el norte para los ricos.

En las décadas siguientes y hasta la década del 70 se urbaniza la ciudad destinando gran proporción del espacio a viviendas en el centro de la ciudad; se aumenta la participación de las clases medias en el desarrollo de formas de vivir en alquiler de una parte o toda la vivienda de las élites que viven en el centro de Bogotá; esto crea los inquilinatos que mantienen la propiedad de las casas en manos de las élites. También se contruyen edificios para vivienda de clase media e intelectuales en el centro de Bogotá. Paulatinamente se producen zonas que simulan el centro consolidando centros alternos en el norte de la ciudad que usan el suelo para vivienda de élite, mientras el centro se destina a la mezcla del comercio informal ambulante, con el deterioro de algunas zonas que reciben grupos de población desplazada de otras ciudades y de la misma Bogotá, en extrema pobreza; se generan una urbanización del centro bogotano que combina vivienda de clase media con barrios para intelectuales y espacios de inseguridad, congestión, ruido y peligro que resta prestigio e impulsa la segregación poblacional, modificando el patrón de urbanización por otro donde no convergen las distintas clases sociales en el mismo territorio del centro de la ciudad. Al mismo tiempo se consolida el uso creciente del suelo en edificaciones para instituciones públicas, culturales y educativas acompañadas de edificios destinados a universidades en el centro de la capital (Jaramillo, 2015).

Durante los años 70s la crisis del capital en el mundo, impone un modelo de producción atado al capitalismo de acumulación que va dejando la industria y el comercio para sumergir a la ciudad en otro patrón de territorialización correspondiente al esquema neoliberal. Desde los años 80s, con fuertes implicaciones socio económicas, culturales y políticas se impone un modo de producción con introduce cambios drásticos en los esquemas globales de producción capitalista. El fordismo definido por Antonio Gramsci en 1934 como un modo de producción industrial en serie con el fin de aumentar la producción y la ganancia a expensas de la especialización del modo de trabajo del obrero, entra al espacio de la ciudad. Se esperaba que

[25] Segregación urbana es el fenómeno que separa grupos sociales diversos sobre el espacio urbano en función de sus características socioeconómicas, de origen u otras características sociales xxxxx

[26] https://bogota.gov.co/mi-ciudad/gestion-publica/que-es-el-bogotazo-esto-ocurrio-el-9-de-abril-de-1948

el fordismo generara un crecimiento económico e industrial capaz de reubicar al país en la región y en le mundo.

La transformación del territorio en tiempos neoliberales colocó al gobierno en un lugar de mayor gobernabilidad e hizo uso de herramientas para la privatización del espacio, como la descentralización y la desregulación estatal de la urbanización de la ciudad, para orientar la capital como ciudad de mayor importancia política, comercial, turística, cultural y también, debido a la presión del capital, importancia industrial, ambiental, portuaria y fronteriza. Se constituye un Distrito Capital de carácter autónomo de la Gobernación y de la Asamblea de Cundinamarca, donde las normas gubernamentales descentralizadas dirigidas al ordenamiento territorial, pretenden aumentar la capacidad del gobierno en la acumulación de ganancia y poder neoliberal, mediante las formas de planeación, gestión y administración de las entidades e instancias que se van integrando a un territorio gubernamentalizado, cuyo propósito es la intervención de la vida individual y colectiva mediante estrategias de saber - poder que fundamentan el fin esencial del gobierno en la forma de biopoder, en palabras de Foucalt (Foucault, 2007).

De otra parte, el patrón neoliberal en el territorio de la ciudad impulsa la expansión hacia los municipios aledaños generando una forma de metropolización que conserva la manera como se urbanizaba la ciudad, mediante procesos de segregación social, política y económica, que para finales de los años 80 son parte del globalismo de las ciudades capitales en toda la región latinoamericana.

En Colombia la territorialización neoliberal de los años 90s tiene particularidades. Las fuerzas estatales que impulsan el libre mercado y la apertura económica imponen a la ciudad una mayor participación en el PIB nacional mediante un desarrollo territorial en infraestructura con soporte en macroproyectos de carácter competitivo. La territorialización cambia hacia la explotación del espacio urbano mediante esquemas de renovación urbana -del centro histórico de la capital- como parte de la estrategia. Esta renovación da lugar a la construcción de parques tecnológicos e industriales, a la construcción de núcleos de negocio, de recreación y de uso del tiempo libre, entre otros (Brand y Prada 2003: p.5). La renovación urbana en manos del gobierno toma la gentrificación como el proceso central más eficiente para alcanzar el desarrollo de los nuevos instrumentos de política de ordenamiento territorial que ponen en juego toda la capacidad institucional del gobierno/estado. La política de ordenamiento territorial POT se usa como esquema de legalización y legitimación de la gentrificación que adelanta el gobierno.

La gentrificación puede ser entendida desde dos enfoques opuestos; como una forma de intervención del territorio de carácter neutral por parte actores del gobierno ó como una intervención política por parte del gobierno que busca extraer rentas y acumular ganancias como parte de una política socioeconómica y territorial. Se toma para este estudio la segunda perspectiva sobre la gentrificación según la cual, combina despojo del espacio con desplazamiento de una clase social de menos recursos por otra de más recursos, bajo las fuerzas del gobierno y/ó de actores privados; esta estrategia de renovación urbana concitando procesos de confrontación e imitación entre clases. La clase que llega, busca una identidad social similar a aquella clase social que es distinguida por sus prácticas y valores, exaltados no

sólo por la ubicación dentro del territorio, sino por el significado social de dicha localización y por el prestigio que adquiere la clase que conquista la gentrificación (Jaramillo, 2015).

La gentrificación entendida como un proceso central en el patrón global de territorialización urbana de la ciudad neoliberal -Bogotá- se orienta con énfasis en las zonas del centro bogotano; debido a la existencia de múltiples zonas deterioradas, no sólo por la forma como se habita el espacio, sino también por el abandono del estado que ha favorecido su deterioro, configurando la fase legitimadora de la gentrificación por parte de la ciudadanía. Sin embargo, la urbanización de Bogotá ha señalado que no es más un patrón exclusivo del centro; también se construyen zonas céntricas ó de prestigio al norte de la ciudad, mediante gentrificación.

Varios autores defienden la neutralidad del gobierno en el uso de la gentrificación como esquema de renovación dada la eficacia cultural del deterioro, como fase preparatoria a la limpieza o higienización del territorio (Hurtado, 2011). No obstante, en Bogotá el auge de la gentrificación en barrios como San victorino, El cartucho, La Concordia, o en sectores céntricos circunvecinos a las universidades, señalan cómo desde los años 90s, además de hacer atractivos los territorios intervenidos para ofrecerlos a actores con capital globalizado, como oportunidad de negocio, el gobierno pone estos territorios al servicio del capital, impulsando de suyo procesos de segregación. Gentrificación y segregación van en cadena, además de ocasionar des-ordenes territoriales, conducen a la producción y reproducción de violencias en los territorios de las ciudades neoliberales (Borde, E., 2018)

En el siglo XXI una nueva fase del capitalismo global que ya no es industrial ni comercial sino financiero conforma la fase pos-fordista del capital; esta fase busca valorizar el capital dinero sin pasar por la producción de productos de consumo/mercados con el propósito de generar ganancia líquida dentro del mercado financiero sin salir de éste. Esta fase del capitalismo afecta el territorio bogotano desde las fuerzas y dirección de dichas fuerzas que se han mencionado en este apartado, produciéndo el territorio y siendo producido por él.

El posfordismo se origina entre los siguientes aspectos principales encadenados a la crisis estructural de la super producción de capital:

i) Búsqueda frenética de financiación pública del déficit fiscal del Estado y, la financiarización de la riqueza con emisión de valores (acciones, monedas y títulos públicos).
ii) La desmedida producción destructiva de desperdicios y desechos del capitalismo global como consecuencia del desbalance entre valores de uso/cambio en el metabolismo sociedad/naturaleza, con abuso destructor y depredador.
iii) Una de las más fuertes contradicciones entre capital / trabajo señala al capital y a las relaciones capitalistas como el mayor obstáculo para la realización/emancipación del ser/especie humana. El nuevo modelo productivo que se desenvuelve dentro de la revolución científico técnica es el toyotismo (Alves, 2005).

En el periodo posfordista el patrón globalizado de territorialización de las ciudades neoliberales desarrolla un mercado mal denominado, de oportunidades de inversión extranjera, con fines de extracción de plusvalías y acumulación flexible de capital. Varias fuerzas contrarias a las formas

de despojo y desplazamiento del territorio que impulsa esta territorialización, oponen resistencia a este patrón, con actores comunitarios, actores públicos y privados e incluso, distintos mercados que se disputan el mismo territorio en la ciudad, el cual es ofrecido al mejor postor. Entre estas fuerzas, el gobierno (Estado/local) asume un papel pasivo de regulación, distribuyendo el espacio bajo criterios que garanticen el uso del suelo para las clases sociales que puedan consumir y apoyar la limpieza del territorio, reemplazando al gobierno en esas funciones públicas; pero la fuerza del gran capital estimula al Estado a ser más un agente corporativo y garante de la expansión del capital financiero en períodos de crisis que, un garante de la ciudadanía y de los derechos como explica el profesor de la Universidad Nacional Carlos Torres en su estudio (Torres-T, C., 2012). En este estudio consideramos que el capitalismo posfordista emplea este período de crisis para imponer un cambio en el modelo económico y político con consecuencias en la territorialización de la vida buena y de la salud en Bogotá.

La crisis actual del capitalismo global coloca el toyotismo japones en el centro del mundo del trabajo con un carácter predominante. Giovanni Alves, profesor brasilero de la Faculdad de Filosofia y Ciencias Humanas de la Universidad Estatal Paulista, PhD en ciencias sociales y coordinador del núcleo de estudios sobre la globalización en la red de estudos de trabajo, define el toyotismo como una mutación estructural del capitalismo global con una ideología orgánica en la producción capitalista, que dialoga en muchas esferas con la crisis civilizatoria que vive el mundo en la actualidad. Impone nuevas determinaciones del metabolismo sociedad naturaleza sobre la producción y la reproducción social de la vida con cambios y significados ontológicos en los trabajadores de la industria, los servicios y hasta en la administración pública.

Las contradicciones del toyotismo contemplan la subsunción real de las subjetividades del trabajo vivo al capital con manipulación de los trabajadores mediante estímulos productivos que pueden generar mejora salarial, sin consideraciones ético/humanas, ante situaciones en las que los trabajadores entran en dilemas entre los valores del capital y los del trabajo asalariado -individual y colectivo-. Esta es una subsunción distinta a la subjetividad del fordismo del siglo pasado que estaba dirigida esencialmente al consumo de mercancías, mientras que el toyotismo apela a la psicología del miedo en el trabajo vivo donde el carácter precario del mundo del trabajo y la ofensiva de la crisis de capital actual, aclimatan el consentimiento subjetivo y material del trabajador (Watanabe, B. 1993).

Entre formas de precarización laboral y de destitución de derechos laborales son frecuentes y se consideran inevitables los cambios que ocasiona en el trabajador. Esta inevitabilidad fortalece la capacidad de enajenación del ser humano debido a la intervención del posfordismo sobre el trabajo y la vida del trabajador, por lo que hacemos énfasis en una reflexión sobre la subjetividad desde una perspectiva del materialismo dialéctico, en un contexto socio metabólico del capital que es enajenante; no con fines de anotar categorías binarias entre subjetividad / objetividad, sino de subrayar el carácter del capitalismo de la 4ª. revolución industrial desde una ecología política del tiempo y el espacio de la vida digna y la vida buena. Esta forma de enajenación subjetiva del trabajador se encadena a la experiencia del espacio y del tiempo en el capitalismo actual, donde la deslocalización del trabajo -virtual- despoja al trabajador del espacios y tiempos para la vida, como lo plantean Harvey (1992), Giovanni Alves, (2005) y el ecuatoriano René Ramírez (2012).

El toyotismo se expresa en la territorialización del espacio doméstico por parte del espacio del trabajo, con una sobre – explotación de la fuerza de trabajo, sin mejora del salario y/ó sin mejora de las condiciones laborales. La contradicción se visibiliza ante la anunciada posibilidad de autonomía o emancipación del trabajador durante el tiempo libre/de no trabajo; éste tiempo constituye sólo una ilusión de reconquista del espacio/tiempo habitado por y para la vida familiar, por la casa/doméstico. El espacio/tiempo del trabajo productivo invade y se superpone al espacio/tiempo de la reproducción de la vida social, pero el predominio del trabajo muerto, sin reparar el espacio /tiempo del trabajo vivo anula la reproducción de la vida social.

2.2. Estructura socio política del territorio de Bogotá, Distrito Capital

En la estructura socio-política del territorio de Bogotá se establece una relación entre diversos actores y mercados inmersos en el territorio, mediante el empleo de políticas de gobierno en las esferas nacional, distrital y local. La estructura socio histórica del territorio se afecta directamente con el componente socio político. Desde el siglo XIX se han empleado dispositivos políticos de gobierno para el control del territorio, con fines de urbanizar e higienizar ó controlar los comportamientos considerados indeseables y/ó renovar su estructura, para embellecer los territorios bajo criterios mercantiles y extraer plusvalías. Desde la década del 90 del siglo XX, los gobiernos nacional y distrital persisten en intervenir los territorios bajo esquemas neoliberales, con fines generales dirigidos a situar macroproyectos y/ó con propósitos particulares que conllevan a la apropiación de territorios para la implantación de las normas del POT. En esa dirección el gobierno del expresidente Ernesto Samper en 1996 da inicio al programa de Municipios Saludables por la Paz auspiciado por la OPS con el fin de articular la promoción de la salud al desarrollo social y económico del país, bajo fundamentos clásicos del bienestar.

En esta propuesta de Municipios saludables por la Paz se imponen criterios de costo-eficiencia para la articulación de los niveles de complejidad, de esquemas de referencia y contrarreferencia de servicios con consecuencias funestas para las ciudadanías. Se desarrolla la idea de redes de servicios de salud, bajo la normativa central de la Ley 100 de 1993 (Bernal, Jorge. 2014) y la pérdida de rectoría y de dirección del sistema de salud por parte del Estado. La intermediación en beneficio de las empresas creadas con la Ley 100 (EPS), favorecen la organización y distribución de mercados de servicios de salud en el territorio, que impiden la territorialización de los servicios de salud para facilitar acceso a las poblaciones. La Ley 100 de 1993 y las leyes que la modifican superficialmente, sin afectar la estructura de subsidio a la demanda y de privatización de servicios de salud (Ley 715 del 2001, la Ley 1122 de 2007 y Ley 1438 de 2011) se suman al patrón de acumulación del capital con distintas territorializaciones de los mercados de servicios de salud en Bogotá.

Los gobiernos distritales de Bogotá intervienen el territorio mediante el desarrollo de proyectos mercantiles que permitan la extracción de plusvalías del suelo y de los distintos usos del suelo que puedan situarse en el espacio, como es el uso para viviendas más frecuentemente, para equipamentos e infraestructura, industria y comercios aunque en menor proporción. Las distintas territorializaciones de los mercados llevadas a cabo emplean los procesos de gentrificación/segregación y/ó formas de expansión del territorio. Sin embargo, se han señalado diferencias entre la intervención de los gobiernos y los partidos políticos de gobierno de filiación

política opuesta. El aspecto común entre los diversos partidos de gobierno al momento de territorializar es: la disposición a profundizar la reconstrucción/renovación de la ciudad, mediante el uso de los recursos del POT. Mientras los gobernantes de partidos políticos progresistas proponen usar el POT para implementar políticas sociales de carácter asistencialista para personas pobres y vulnerables con apoyo en los derechos de propiedad individual o en los derechos colectivos; los gobernantes de partidos de derecha, proponen renovaciones de la ciudad con apoyo en herramientas de intervención del comportamiento del ciudadano -situado generalmente en zonas de deterioradas-, al atribuirle a ese comportamiento del ciudadano -pobre- el origen social y moral de los obstáculos e impedimentos al embellecimiento, higienización y modernización que en sus propuestas, requiere el territorio para lograr bienes de interés común: como pueden ser la seguridad o el cuidados del ambiente en la ciudad.

En ambas corrientes políticas que han gobernado a la ciudad de Bogotá desde 1998 se ha gestionado el suelo, mediante un esquema de conservación de la gobernabilidad de la ciudad como lo explica Marlón Arias, Secretaria de Educación Distrital de Bogotá, al cuestionar la gestión moderna del suelo (Arias, M., 2018). Las formas de territorialización sociopolítica de la ciudad desde el esquema neoliberal han generado procesos dañinos y malsanos en muchas esferas del tiempo/espacio de la vida de las ciudadanías. Se ha restado espacio y se ha anulado la posibilidad de participar del poder político y social de las ciudadanías mediante el control sobre el territorio. Las poblaciones empobrecidas sufren daños al ser estigmatizadas e instrumentalizadas para legitimar el uso del POT con fines de limpieza social, de embellecimiento y aburguesamiento de la ciudad a expensas de la marginalización de cuerpos de ciudadanos que son des y subvalorizados con la intervención social y política del territorio. En seguida se describen las diferencias en detalle: al contrastar los planes de desarrollo de los distintos gobiernos distritales, las características de las propuestas y de las medidas de intervención sobre el territorio, con fines particulares que interesan en este estudio: la salud/salud bucal y, los fundamentos socio políticos de la intervención de dichos planes de gobierno. Estos planes de desarrollo distritales surgen en el marco del neoextractivismo de los Planes Nacionales de Desarrollo que impulsa el presidente de Colombia, Juan Manuel Santos, desde 2010: “Prosperidad para todos 2010 – 2014 y “Todos por un nuevo país, 2014- 2018”.

2.2.1. Propuestas de intervención política de la ciudad, la salud y salud bucal en el territorio

Tabla. 2.0.1 Propuestas e intervención de la ciudad, de la salud / salud bucal en el territorio

Plan de desarrollo[27]/ Período Gobierno y Alcalde	**Propuestas e intervención de la ciudad, de la salud / salud bucal en el territorio**	**Fundamentos sociopolíticos y territoriales de los planes de gobierno**

[27] http://www.sdp.gov.co/gestion-a-la-inversion/planes-de-desarrollo-y-fortalecimiento-local/planes-de-desarrollo-distrital

Formar ciudad 1995 – 1998 Antanas Mockus Sivickas	Megaproyectos cultura medio ambiente, productividad urbana, progreso social y espacio público	La cultura ciudadana e institucional, como herramienta para fundamentar, legitimar lo público: las instituciones públicas, políticas de organización del espacio público, del tiempo y espacio de cada quien. Responsabilidad del ciudadano que debe realizar la auto regulación cultural para sí y para la convivencia.
Por la Bogotá que queremos 1998 - 2000 Enrique Peñaloza	Subsidio a la demanda en salud, con uso del SISBEN como herramienta de focalización de inversión social en población pobre. Embellecimiento estético para dignificar la ciudad. Los megaproyectos de Modernización se apoyan en la Empresa de Renovación Urbana de Bogotá (ERU), creada por peñaloza para embellecer el Espacio público, hacer Troncales para Transmilenio, extender a las periferias la vivienda de interés social. Venta de la ETB como esquema de obtención de recursos para vivienda y vías.	Se planea mejorar la calidad de vida mediante proyectos de modernización urbana y económica que legalizan el uso extenso del POT con consecuencias en la extensión de gentrificación/ segregación Se impone la auto construcción en vivienda de interés social. Privatización de servicios de salud para acumulación de capital con nuevos mercados de turismo en salud: Ciudad salud Cierre del HSJD
Bogotá Para vivir todos del mismo lado 2001 - 2003 Antanas Mockus Sivickas	Intervención a “zonas críticas” Aseguramiento de la población vulnerable en el régimen subsidiado. Cultura ciudadana cívica como herramienta	Cultura como auto regulación ciudadana
Bogotá sin indiferencia 2004 - 2007	Cobertura de plan de atención básica con acercamiento del ciudadano en entornos de vida y de trabajo: salud para vida digna. Empieza renovación urbana en el centro histórico en conexión con lo rural regional: mejora del habitat con integración regional. Creación EPS-ARS públicas, movilidad y	Miembro del Polo democrático alternativo Reducir desigualdades y establecer el estado social de derecho como estrategia para hacer una ciudad competitiva. Fortalecimiento de políticas sociales contra la pobreza y de Participación ciudadana, con uso del POT

Luis Eduardo Garzón	cuenca de ríos con POT y recursos de nación.	
Bogotá positiva 2008 - 2011 Samuel Moreno Rojas	Ciudad de derechos y derecho a la ciudad con movilidad, tecnología y belleza. Bogotá sana y garantía de aseguramiento, microterritorios y Salud a su casa. Oferta pública en salud 76% norte y 9 % al sur. Sobre-concentración de 38.7 prestadores por cada 10.000 habitantes en la zona norte y de 4.1 por 10.000 habitantes en la zona sur; para el total del Bogotá la concentración es de 18,3 prestadores/10.000 habitantes. Capital salud EPS inicia labores. Se hace dotación de unidades de la red pública distrital, Hospitales: Vista Hermosa, Trinidad Galán, Ecoterapia en Nazareth y Guavio.	Partido progresista con dificultades legales por corrupción. Se asumen los derechos individuales y colectivos como acuerdo social para el cambio en la ciudad y la salud es tema crucial para esta política: se implanta la idea de microterritorios en salud. Se busca generar suelo nuevo para vivienda, sin considerar la mejora de la vivienda en informalidad (58%).
Bogotá Humana 2012 - 2015 Gustavo Petro Urrego	Reducir la desigualdad y segregación social espacial de la ciudad a partir del cambio climático, uso democrático del suelo, inicia reciclaje, política de residuos cero y transporte multimodal. Programa de territorios saludables con atención de salud bucal	Partido progresista Vida y paz, lemas de rentabilidad política. Se desarrollan programas de salud territorializada en distintas zonas de la ciudad, con criterio de inclusión y desmarginalización.
Bogotá mejor para todos 2016 - 2020 Enrique Peñaloza	Intervención en el espacio público mediante acciones policivas sobre vulnerables y vendedores ambulantes. Énfasis en calidad de vida Cierre de UBAS/UPAS/CAMIS en toda la ciudad	Proyecto Ciudad Salud Región Inversionistas ERU

Fuente: Elaboración propia a partir de fuentes secundarias, 2020

2.3. Bogotá, ciudad de desigualdades territorializadas y de territorializaciones desiguales

Bogotá la capital del país, en el año 2019 es ubicada en el 6º. lugar en densidad de población dentro de las ciudades de la región latinoamericana. En Colombia se destaca por ser la ciudad más grande, con una población total de 10.9 millones de habitantes que representan el 23% del

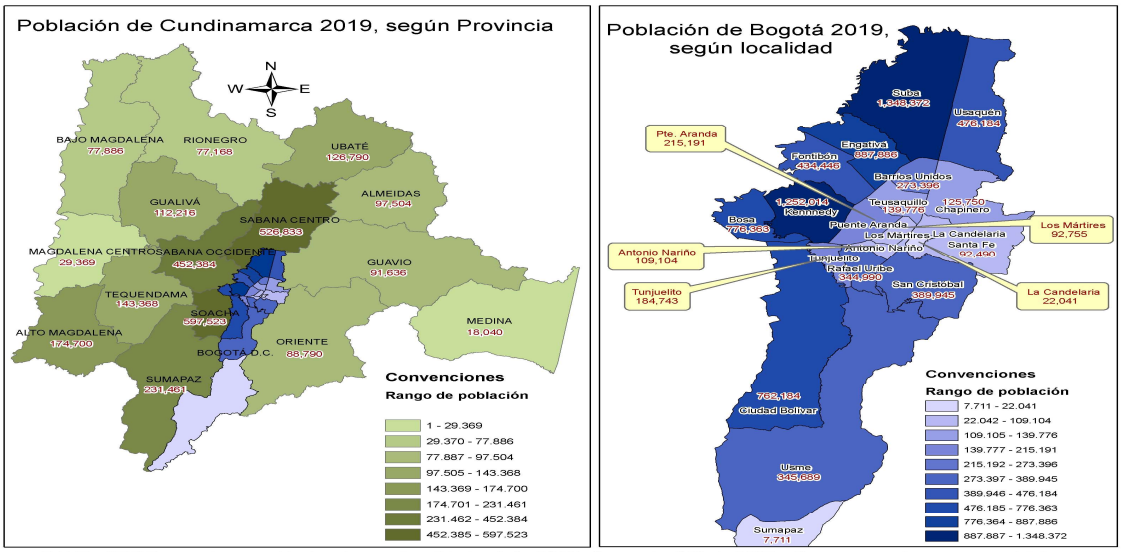
total de colombianos. Sin embargo, el interrogante que nos ocupa en este apartado es cómo vive la población de Bogotá, cuáles son las determinaciones de este modo de vivir en el territorio de las Localidades de la ciudad y cuáles sus relaciones con la territorialización social, histórica y política de los servicios de salud bucal en Bogotá.

Según la encuesta de calidad de vida “ECV” del año 2018, el total de los hogares conformados en Bogotá es de 2.345.190 hogares, con una relación de 2.92 personas por hogar, un promedio inferior al promedio nacional que es de 3.23 personas. La proporción de hogares unipersonales es el más alto de Colombia, del 16 %. Las personas viven principalmente en viviendas arrendadas (43%) (DANE). Al observar la distribución de la población por cada Localidad se visibiliza una alta segregación en varias Localidades, que no es reciente, es resultado de una tendencia segregacionista que se impulsa desde mediados del siglo pasado, afectando una gran proporción de personas pobres y en permanente vulnerabilización por la imposición de espacios y viviendas informales en las periferias de la ciudad. Este modo de configuración histórica del territorio conlleva múltiples territorializaciones con un carácter desigual que obedece al proceso de urbanización de Bogotá.

Las múltiples territorializaciones de la ciudad son resultado de las fuerzas predominantes en el territorio; estas fuerzas mantienen una dinámica conflictiva de disputa por el territorio, lo que se expresa en la característica de la ciudad, con más de la mitad de los territorios ocupados en viviendas (58%) del total. Esta estructura socio histórica del uso del suelo en vivienda y su concentración en un tipo de vivienda informal, está dirigida a personas pobres y vulnerables que deben vivir al sur de Bogotá, asumiendo el papel determinante que el territorio ha jugado al imponer la división social del espacio, concentrando las desigualdades en las zonas alejadas del centro de la ciudad y en las periferias de las Localidades. Sin embargo, revisamos también la distribución espacial de la población, lo cual señala la imporancia de otras fuerzas y procesos sociales en conflicto cuyas determinaciones sobre las territorializaciones de la ciudad, son de interés para comprender la estructura social y política del territorio.

Las Localidades más densamente pobladas del sur de Bogotá alojan más pobres que en el norte; entre las Localidades del sur con más pobreza están: Ciudad Bolívar, Kennedy y Bosa; excepto para Suba que pese a estar localizada el norte, es densamente poblada, lo cual la destaca entre las Localidades que distribuyen el territorio entre distintos usos del suelo y distintas clases sociales. En el siguiente mapa se contrasta la territorialización de las desigualdades por densidad poblacional.

Mapas 2.2. Proyecciones poblacionales Cundinamarca – Bogotá 2019

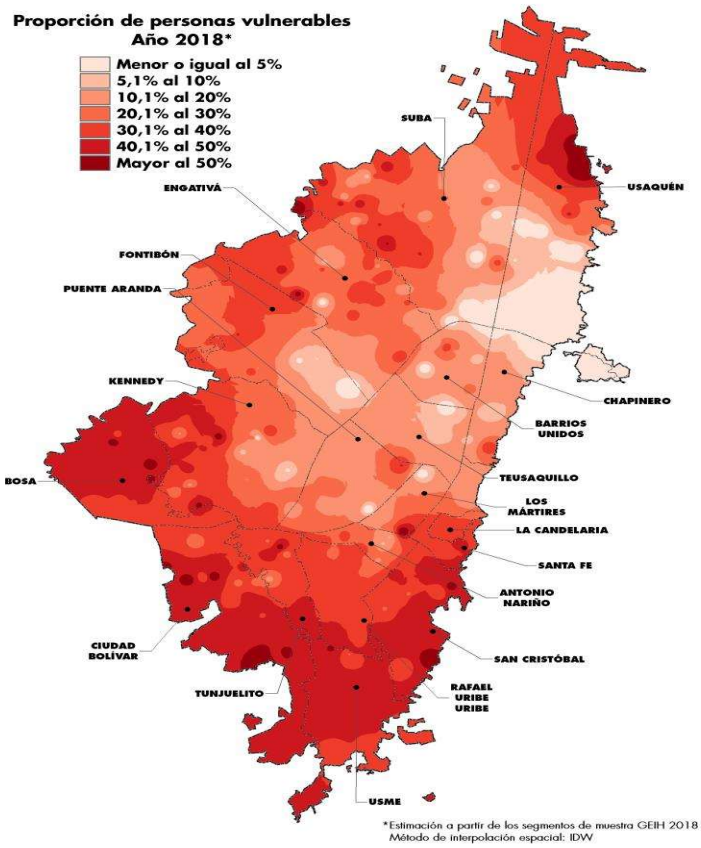


DANE - SDP Proyecciones poblacionales por localidades (año 2019). Convenio 096 de 2007 y Dane proyecciones por municipio.
Elaborador por: Dirección de Gestión y Transformación del Conocimiento de la CCB

La distribución del territorio de Bogotá según los usos del suelo, privilegia la vivienda, con un 58%, seguida del uso en equipamentos e infraestructura y en industrias/comercios. No obstante, el déficit de vivienda es persistente en el 4,5 % de los hogares de Bogotá, para el año 2019. Al norte de Bogotá, las tendencias en las Localidades con menos personas pobres y vulnerables señalan también un promedio del espacio público tres veces mayor que para quienes viven al sur de la ciudad. El promedio de 21 mts cuadrados/habitante de espacio público disminuye en las periferias de la ciudad, lo que contrasta con Localidades del norte como Teusaquillo, Chapinero y Usaquén.

En la configuración territorial de Bogotá, la alta concentración urbana y el éxodo rural coloca a la ciudad en el tercer lugar del mundo entre las áreas más hiperdegradadas, y la No. 24 entre las mega ciudades, de acuerdo al estudio de Milke Davis (2007), analista social, teórico urbano, historiador y activista político estadounidense que clasifica las zonas de extrema pobreza y alta segregación contrastando en las ciudades capitales las zonas céntricas y sus perifericas. La pobreza que habita en Usme, Ciudad Bolívar, Bosa y Tunjuelito visibiliza una de las grandes desigualdades por la disminución del espacio público, la menor cantidad de equipamentos colectivos para facilitar la movilidad o la recreación de las comunidades; las distancias mínimas entre las localidades del sur y las periferias, que contrasta con las grandes distancias entre las zonas céntricas y las periferias. Todo esto crea dificultades en la vida diaria, con la moviilidad, los altos costos para el desplazamiento de las personas en las Localidades o hacia otras zonas céntricas de la ciudad. Hay mayores gastos de tiempo en las distancias más grandes lo cual no solo precariza más la vida de las poblaciones ya empobrecidas en la ciudad sino que también la encarece. (Ver mapa: Estimación de personas vulnerables en Bogotá, 2018).

Mapa 2.3. Estimación de personas vulnerables Bogotá 2018



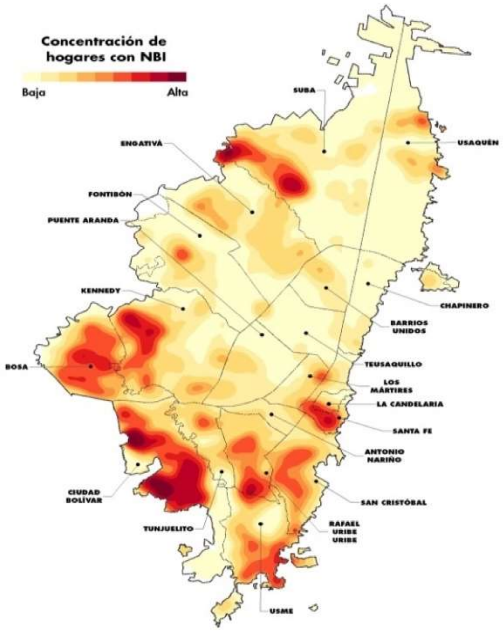
Al observar la localización del 40% o 50% de la población vulnerable/Localidad, se constata la tendencia en su concentración en las periferias de todas las Localidades de Bogotá, como resultado del patrón de gentrificación/segregación con el cual se ha urbanizado la ciudad durante las últimas 7 décadas; hoy es considerada la 2ª. ciudad más desigual del país según el coeficiente de Gini, superada sólo por Medellín (DANE).

Las periferias de la ciudad tiene una mayor concentración de hogares con NBI (Cámara de Comercio de Bogotá, 2018), y es mucho más alta esa concentración en cuatro Localidades del sur de Bogotá: Ciudad Bolívar 14,5% lo que representa 48.155 personas en condición de pobreza extrema; Kennedy 14,17%; Bosa 11,6% y Suba 9.9%[28], Localidades que conservan a la población con NBI durante las últimas 4 décadas. Esas Localidades conservan altas tasas de desempleo. En Colombia la tasa de desempleo para 2020 fue de 18.2% y en Bogotá fue del 19,1%, con un aumento severo del 121 % respecto de 2019; este desempleo está distribuido con más desigualdad entre las mujeres que alcanzan el 20.3%, principalmente localizadas al sur de la ciudad donde hay más pobreza y persisten las NBI. El desempleo en hombres es de 14,6% para el mismo año de 2020. La mayor proporción de informalidad en el empleo se registra en el sector de servicios y comercios con un 77% de informalidad. Es importante destacar que el grupo más afectado por el desempleo es el grupo de la población de jóvenes con un 33% en 2020[29]. (Ver mapas)

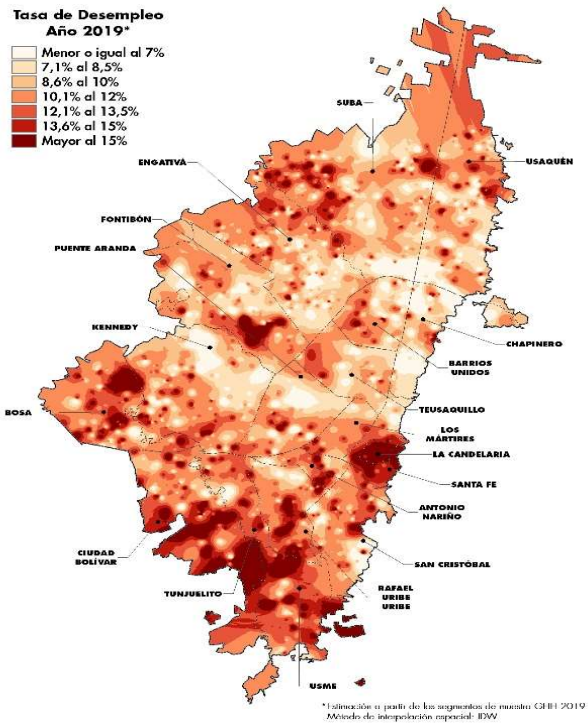
[28] http://200.69.105.199/sites/default/files/indice_distribucion_recursos_fdl_17-20.pdf
[29] https://www.ccb.org.co/observatorio Consultado en enero de 2020

Mapas 2.4. Concentración de hogares con NBI 2018. Concentración de Desempleo 2019 DANE

Concentración de hogares con NBI 2018



Concentración de desempleo 2019 DANE

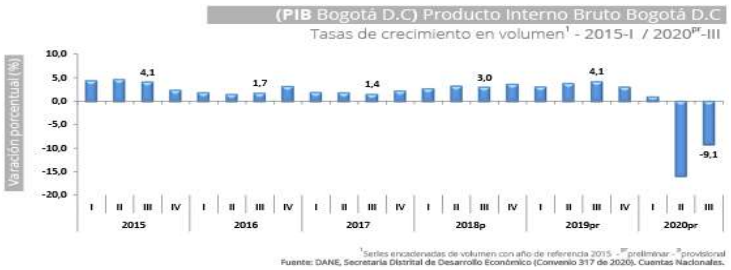


Fuentes: DANE 2018 y 2019 y Cámara de Comercio de Bogotá Obervatorio de la Región) En: https://www.ccb.org.co/observatorio.

Al contrastar las diferencias territoriales que viven las poblaciones localizadas en zonas con mayor y menor densidad poblacional, se destaca la importancia de la territorialización de las desigualdades en la vida de las personas. Quienes viven en las zonas céntricas de la ciudad, pueden disponer de más tiempo y espacio para la vida buena y la vida digna, mientras que en las zonas periféricas la organización de la sociedad urbana señala la tendencia opuesta. Se analizan algunas medidas económicas relativas al desarrollo de Bogotá.

A partir de los indicadores económicos de Bogotá se observa que mientras en el año 2016 el PIB percápita ó por habitante a precios constantes era de 27.563.655, desde el año 2019 decrece en forma constante. En el año 2018 Bogotá genera la cuarta parte del del PIB Nacional 25,7% esto es $74.529 millones de pesos, lo que la ubica como la ciudad más competitiva del país, con amplia participación de distintos sectores de la economía nacional, entre los cuales se destacan grandes empresas de la región (Ecopetrol, Terpel, Claro). (Ver gráfica PIB Bogotá).

Gráfica 2.1. PIB Bogotá 2015 - 2020



Del total de Pymes de Colombia, Bogotá aloja el 11% y un poco más del 97% de empresas pequeñas y microempresas colombianas. Sin embargo, cerca de la mitad de sus empresas está en un proceso de informalidad empresarial 47%, lo que afecta más la población de la ciudad con altos niveles de pobreza por Localidad. El gobierno de Bogotá atrae inversión extranjera en distintos sectores de la economía, pero los inversionistas buscan localizarse en zonas de la ciudad con más movilidad y desarrollo económico (Cámara de Comercio de Bogotá, 2019) lo que refuerza el patrón de territorialización de la desigualdad, pese al modelo de desarrollo que promete atender las desigualdades.

Sumado a la distribución poblacional por la localización y el tipo de vivienda, las coberturas de servicios públicos en Bogotá alcanzan el 99 % de la población para 2019; sin embargo, el acceso al agua potable es menor en los hogares que están concentrados en la periferia de la ciudad. De igual forma, la cobertura de aseguramiento en salud y seguridad social es del 96%, pero el acceso real a la atención efectiva en servicios de salud o en protección social integral es desigual. La territorialización de las desigualdades se expresa también en el acceso al agua y a la salud, entre otros; lo cual conlleva daños en la vida de la población encadenados con el tiempo requerido para el desplazamiento y los costos del mismo. El patrón de la territorialización de las desigualdades en Bogotá, no sigue el patrón del capital para territorializar los mercados.

2.3.1. Territorializaciones desiguales

En la disputa entre los actores que compiten por los beneficios de los distintos usos del suelo de la ciudad urbana, se activa la intervención del territorio y la competencia por las tasas de ganancia; se emplean los POT y se crean mecanismos de mercantilización de las NBI de las poblaciones. Las territorializaciones desiguales que nos interesa señalar se refieren a las que se producen al intervenir el suelo con distintos usos según la zona (urbana o rural; norte ó sur) y, al intervenir el suelo de vivienda según el estrato socioeconómico de la población. En ésta última, la territorialización del suelo de vivienda de la zona urbana la intervención se dirige

principalmente a producir barrios informales para estratos bajos o a renovar la ciudad urbana para estratos altos.

En el año 2017 la población urbana de Bogotá reside en viviendas de estrato 2: 43 %, y en estrato 3: 36%[30] mientras que el 50% están en estratos 1 y 2, y el estrato 5 y 6 en las localidades de Chapinero y Usaquén del norte y nororiente de la ciudad. La población urbana clasificada dentro de las clases sociales bajas se ubican en las periferias de la ciudad, al suroriente, suroccidente y al norte de la ciudad; las distancias para desplazarse desde la vivienda hasta las zonas de generación de empleo, de oferta de servicios/bienes urbanos, son grandes. Igualmente ocurre con la disponibilidad, la cobertura y la calidad de infraestructuras de servicios públicos, de equipamentos comunitarios, con la accesibilidad y la calidad habitacional.

La mayor concentración de población en orden descendente está localizada en Suba 14,2%, Kennedy, 13,7% y Engativá 11,3%. La mayor densidad poblacional va encadenada a la informalidad en la vivienda, como explica el arquitecto y urbanista Carlos Torres Tovar, profesor de la Universidad Nacional de Colombia, en su investigación sobre la calidad de vida urbana en la ciudad. Los barrios informales se producen en las Localidades de Ciudad Bolívar, Kennedy, San Cristóbal y Puente Aranda, lo cual obedece a formas de urbanización pirata de barrios informales, para población de estrato 1 en un 80%, y para población de estrato 2 en el 18%, con sólo un 50% de las personas aseguradas en el régimen subsidiado de la seguridad social en salud (Torres, Carlos, 2010: 95-97). Y el aumento de barrios formales e informales, de lotes, de pisos, de viviendas por espacio, de usos del suelo con destino diferente a vivienda, como ocurre en los distintos usos del suelo para el comercio, la industria, las vías, los servicios, la recreación y la dotación, entre otros, se diferencian en la forma de gentrificación.

El proceso de gentrificación produce territorializaciones desiguales al imponer un tipo de vivienda según la clase social. La zona urbana de Bogotá conserva el patrón de otras ciudades de la región Latinoamericana, en la mayor ocupación del territorio por la poblacion urbana: (73%). Pero la urbanización de la ciudad capital es desigual según las poblaciones objetivo de la gentrificación. Los mayores contrastes están entre las poblaciones en desplazamiento forzado como víctimas del conflicto armado interno, las poblaciones desplazadas dentro de la ciudad y aquellas poblaciones que hacen uso del suelo renovado. El usufructo del suelo se activa mediante la acción de los actores públicos y privados, especialmente los actores que durante los períodos electorales usan una investidura política y con una baja inversión extraen altas plusvalías de las comunidades; por su parte, los agentes comunitarios (cooperativas) intervienen con baja inversión y también baja extracción; y la acción de actores mixtos (público/privados) quienes impulsan también la producción de barrios informales[31] es de alta extracción. Lo común de estos actores es el uso de formas de gentrificación[32] en toda la ciudad.

[30] http://www.sdp.gov.co/sites/default/files/resultados_obtenidos_del_operativo_de_campo_aplicacion_7250encuestas.pdf

[31] Sequera entiende la informalidad en los territorios como un modo de habitarlos, más que un sector determinado por la urbanización contemporánea. Esta urbanización es definida por el autor como una gentrificación que produce segregaciones y desigualdades. (Sequera, 2015).

[32] Gentrificación definida como el desplazamiento de población residente en determinadas áreas urbanas, a través de formas distintas de presión por el mercado inmobiliario ó por el Estado mediante políticas urbanísticas, reemplazándolas por población de mayor capacidad adquisitiva, con valores proclives a aceptar pasivamente las normas urbanas y expresiones del gobierno

La intervención de estos actores consiste en territorializar el suelo en vivienda para sacar usufructo de éste.

La acción del Estado en la gentrificación ha sido más de su legalización que en la defensa del derecho a la vivienda o a la ciudad. Desde finales de los años 80 se han legalizado los asentamientos de origen informal mediante las políticas del distrito. El Acuerdo 1 de 1986 para formalización de barrios ubicados en las periferias de Bogotá o en sectores marginales de la economía, pese a su fundamento en el derecho, favorece la inclusión socio-económica de los pobres a la ciudad, con el fin de legalizar su consumo. El acceso a los servicios públicos y a la vivienda es parcial. En palabras del autor de la investigación:

> "…*la formalización de barrios es un proceso en el que priman los objetivos de «normalización económica», esto es, de incorporación de los habitantes de los barrios y de sus bienes inmuebles al sistema fiscal y al mercado regular de bienes y servicios, sobre el objetivo de hacer efectivo el derecho a la vivienda adecuada" p2.* (Torres, Carlos 2010).

La Constitución Política de Colombia plantea la obligación del Estado de hacer efectivo el acceso al derecho a la vivienda digna, mediante planes de vivienda de interés social (Constitución Política de Colombia, 1991). Pero al ser el gobierno un actor corporativo más que garante de ciudadanías, los expertos proponen acudir al Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) de las Naciones Unidas, que dispone las medidas que se deben cumplir para una vivienda en condiciones físicas y de seguridad para proveer un modo de vida sano, seguro y sustentable (Op cit. pp.36).

En el año 2000 el gobierno de la ciudad inicia la formalización de los barrios con los Planes de Ordenamiento Territorial POT y mediante el Decreto 619 que emite el Estado. Sin embargo, esta formalización es además de incompleta, lenta lo cual genera una ilusión de formalidad atada a una forma de miseria que se prolonga en el tiempo y en el espacio. El POT da lugar a una tendencia en el uso del suelo dedicada a la producción de barrios informales con un crecimiento permanente desde los años 90; del total de área urbanizada en Bogotá en 1990 se produce el 20.9% en barrios informales, se pasa a un 23 % en el año 2000. Las localidades que más aportan suelo están al sur de la ciudad principalmente en Ciudad Bolívar, Usme, Suba, San Cristóbal, Bosa y Kennedy. A esta localización se suman las pésimas condiciones habitacionales de las casas de estos barrios que son. El resultado de esta forma de urbanización y legalización de los barrios, lo cual completa la gentrificación del sur de Bogotá con mayor beneficio para los actores público/privados que para los habitantes de los barrios ó para los actores comunitarios, dado que la población debe asumir los costos de la vivienda, de vivir y de ser parte de la ciudad neoliberal; mientras los actores que impulsan la gentrificación reciben el usufructo en el valor de la renta tributaria más el valor derivado de la mejora paulatina de las condiciones habitacionales.

---

para el control del terrirorio ó en disposición de no representar impedimentos o resistencia a la pretensión de acumulación (Quijano, 2020)

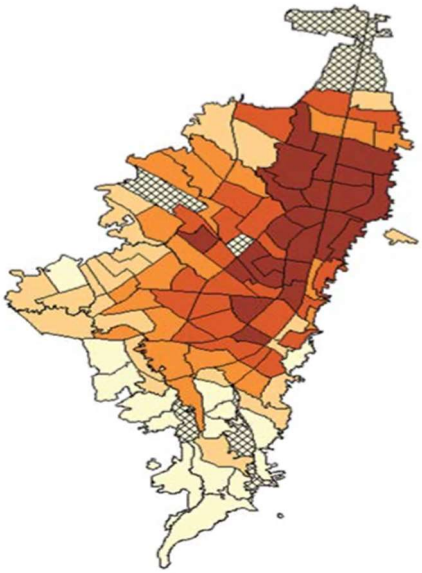
En el uso del suelo en vivienda de lujo en la ciudad, la gentrificación va acompañada de segregación. El despojo y el desplazamiento forzado interno de la población se realiza bajo el sustento de un uso del suelo para renovación urbana, con vivienda y/ó con infraestructura, ó equipamentos, algunas veces de uso público. También se construyen zonas dirigidas al embellecimiento/aburguesamiento de la zona, que justifica el uso de administración privada para zonas de comercialización ó recreación para extracción de rentas. Esta gentrificación se generaliza en todas las Localidades de Bogotá con fines extractivos del uso del suelo y del valor del cambio que se produce en la vida material. Las poblaciones segregadas/desplazadas o en permanente migración del campo a la ciudad, desde otras ciudades o desde el interior de la misma Bogotá, reciben daños por el desarrollo del capitalismo en el territorio.

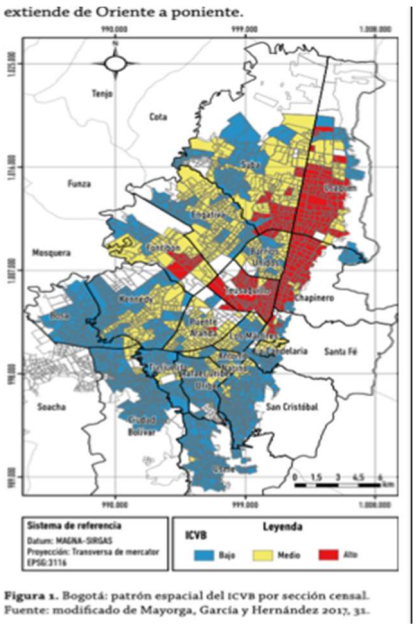
El uso del suelo obedece también a los conflictos entre los actores por el poder sobre el territorio, especialmente después del POT que fortalece la gentrificación en favor del mercado y en contra de las necesidades sociales. La segregación socio espacial en Bogotá produce el derecho de propiedad de la vivienda que está vinculado a la capacidad de adquirir el mejor lugar del espacio por medio de individualización del espacio. La alta valoración cultural y simbólica de un espacio social para la vivienda, incentiva el mercado inmobiliario y reproduce la segregación territorial a partir del consumo; se adquiere valor cultural y simbólico en el territorio y se provee estatus a sus habitantes.

2.3.2. Bogotá, una ciudad que reproduce la segregación

Los daños que ocasionan las formas de territorializar la ciudad urbana afectan a todas las clases sociales en sus condiciones materiales/sociales de vida. La gentrificación como elemento central de la territorialización desigual de la ciudad capital, re-produce un tipo de urbanismo global, definido por Smith (2008) como una forma de unificar/globalizar la apariencia física, imponer un significado simbólico de la ciudad y exponer a las comunidades que lo habitan a modos de vivir neoliberales. Esta neoliberalización de la ciudad urbana conlleva a la segregación de las poblaciones. En el contraste de los mapas de segregación de Bogotá en 2011 y de patrón de calidad de vida básico de Bogotá en 2017, se constata el mismo patrón que segrega a las poblaciones pobres al sur de la ciudad con menor acceso a recrusos y, a las poblaciones ricas al acceso y uso de los territorios y los recusos del norte de Bogotá. El tipo de uso del suelo y la distribución espacial de las clases sociales, están determinadas por la segregación del espacio urbano de Bogotá.

Mapas 2.4.1. Segregación de Bogotá – 2011 2.4.2. Patrón espacial de Calidad de vida básico - 2017





Fuente: Secretaría Distrital de Planeación, 2013. Fuente: Mayorga Henao, 2020.

2.4. Determinación socio territorial de los servicios y las prácticas odontológicas en Bogotá

El papel del territorio en la producción, distribución y consumo de servicios de salud bucal en la ciudad de Bogotá es crucial; conjuga las múltiples relaciones existentes en el espacio/tiempo social de la ciudad, para llevar a cabo el derecho a la ciudad. El papel del territorio en los servicios de salud bucal igualmente se relaciona con la creación de nuevas clases sociales relativas a la precarización del empleo de los profesionales odontólogos en Bogotá, a la expansión de pobreza en la población; a las condiciones de accesibilidad al servicio y al empleo de los odontólogos. Igualmente el territorio determina los modos y medios de producción de estos servicios, así como la distribución de estos y el consumo por parte de las poblaciones.

Las relaciones entre los procesos que producen el territorio y los procesos qué son producidos en él guardan una tendencia predominante en el espacio social de una ciudad neoliberal como Bogotá, manifiesta en la producción y reproducción desigualdades territorializadas y territorializaciones desiguales vinculadas al modo de urbanizar la ciudad y de disponer modos de vivir que limitan, obstaculizan, naturalizan, e invisiblizan el derecho a la ciudad. Estos procesos se expresan, en las gentrificaciones que impone el capital con usos determinados del suelo, esencialmente dirigidos a viviendas informales, a la extensión de infraestructuras y equipamentos privatizados (transporte, industria, comercios, etc), o a zonas de abastecimiento, recreación, entretenimiento y uso del tiempo, encadenadas a los circuitos de mercantilización de los espacios/tiempos de la vida de las poblaciones. Y se expresan también en procesos de segregación de las poblaciones.

Los servicios de salud bucal en el espacio social de Bogotá, la ciudad neoliberalizada, son intervenidos también por las políticas de gobierno mediante el POT, y las políticas referidas al sistema de salud y seguridad social, las políticas particulares en el tema de salud bucal y por los procesos que se desarollan en el territorio mencionados en el apartado anterior: desigualdades territorializadas y territorializaciones desiguales. Los *procesos territoriales* que se caracterizan en seguida, representan las disputas de poder entre los actores y fuerzas que impulsan la producción y acumulación de capital en Bogotá, determinando modos de vida deteriorada, precarización laboral y daños irreparables en la salud bucal de las poblaciones. Todos estos procesos conllevan una intervención territorial, por parte de actores que, bajo el mismo modelo neoliberal, aplican formas de financiarización del capital y de los recursos sociometabólicos existentes, con el fin de acumular ganancias, creando nuevas formas despojo y gentrificación de la ciudad. La caracterización de estos procesos territoriales se realiza mediante la triangulación de fuentes y técnicas intensivas y extensivas, aplicadas durante el trabajo de campo realizado en la ciudad, con apoyo en fuentes primarias[33] y en fuentes secundarias de información, con uso de herramientas virtuales como el Laboratorio de cartografía crítica[34].

Los procesos territoriales que determinan los modos de producción de los servicios de salud bucal y crean nuevos tipos de práctica odontológica en Bogotá, son: i) cooptación estatal, ii) embellecimiento y especulación, iii) comercialización, iv) neo-higienización territorial y v) vulnerabilización de la población. Estos procesos se caracterizan por crear y reproducir desigualdades socio territoriales y por tanto limitar los modos de vivir de los pobladores, -de los sujetos y sus familias-, al obstaculizar y despojar el derecho a la ciudad de los pobladores. Estos procesos no actúan por separado, se potencian entre ellos en el territorio, generando desplazamientos permanentes de las viviendas, de los servicios de salud y de salud bucal, que limitan la accesibilidad al derecho a la ciudad en Bogotá. La gentrificación que se ha dado en Bogotá invade los espacios de vida buena parar reemplazarlos por enclaves mercantiles neoliberales.

2.5. Procesos territoriales que determinan los modos de producción de los servicios y las prácticas odontológicas en Bogotá

2.5.1. Cooptación estatal

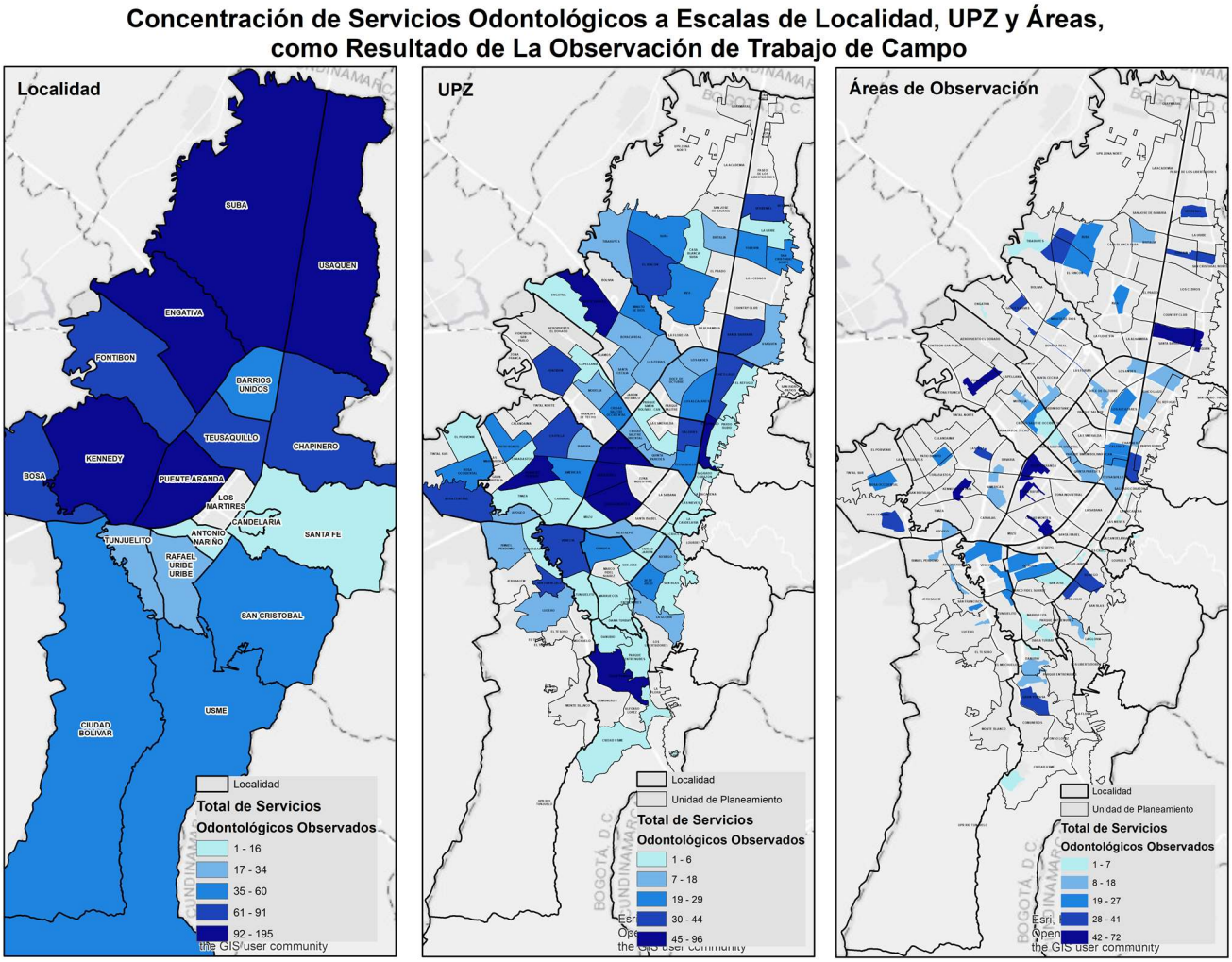
la privatización de gran proporción del espacio público mediante formas de gentrificación, se realiza con la participación activa del Estado y de los Gobiernos Nacional y Distrital. El Estado es cooptado por el capital, para transferir espacios de ciudadanía al mercado y reproducir la acumulación de capital por despojos (Harvey 2004; Brielh, 2010b) y desplazamientos. Los

[33] Agradecimiento especial por la bondadosa asesoría de la candidata a PhD en Salud Colectiva, Ambiente y Sociedad: Gianina Zamora, Geógrafa de la Universidad Andina Simón Bolívar.

[34] Laboratorio de cartografía crítica es un colectivo y un espacio de mapeos y cartografías urbanas, con la finalidad de hacer una lectura del territorio y analizar las transformaciones que acontecen en las ciudades desde una óptica crítica y emancipadora. Genera mapas de la ciudad que permitan develar su situación actual, en función a las restricciones de movilidad, espacio, entre otros, y de los intereses que atraviesan el espacio, desde perspectivas del derecho a la información y a la ciudad. En: http://cartolabmed.blogspot.com/p/gentrificacion.html

intereses de las clases sociales controlan el poder del territorio mediante la cooptación y pérdida de soberanía del Estado. El territorio es intervenido bajo una política neoliberal con dispositivos de disciplinamiento del territorio bajo la gobernabilidad que busca la ciudad moderna y el esquema de urbanización. Se encadenan procesos de creación de deterioro e inseguridad de los territorios acompañados de la vulnerabilización de la población. En el caso de los servicios de salud bucal, las Localidades con más concentración de mercados odontológicos son Usaquén, Suba, Engativá, Kennedy y Puente Aranda. La menor concentración de servicios odontológicos se observa en las zonas periféricas de las Localidades del centro, sur oriente y occidente de la ciudad, lo que ocurre de una manera similar en las distintas escalas del territorio, correspondientes al poder distrital y al poder local. (Ver mapas de concentración de servicios odontológicos por Localidad - UPZ)

Mapas 2.5. Concentración de servicios odontológicos a escalas de Localidad, UPZ, Áreas (Trabajo de campo)



Fuente: Elaboración propia. Resultado fase de trabajo de campo en el año 2020

La concentración de la oferta de servicios odontológicos en las zonas céntricas y al norte de la ciudad, con disminución en las periferias de las Localidades y de la ciudad, sigue un patrón urbano que usa el espacio para estimular el desarrollo de producción y consumo de mercancías

de alto costo. El objetivo que cumple la localización de estos servicios en centros de movimiento de la economía, es reforzar y mantener el orden espacial por clase social, que establece el capital mediante la cooptación del estado. Se marcan los cuerpos y el territorio con productos de exclusión y exclusividad.

La menor concentración de servicios de odontológicos al sur oriente y al occidente de la ciudad en contraste con las otras zonas (ver mapas de concentración de servicios por UPZ y Polígonos o áreas de observación), responde a modos de producción de servicios odontológicos limitados por la dinámica de disputa territorial que busca la urbanización de la ciudad moderna. Las periferias de la ciudad tienen menor atractivo para la localización de servicios odontológicos.

2.5.2. Especulación

Con el proceso de especulación del territorio se producen desigualdades basadas en un patrón de clase social que encuentra beneficios en las distancias y diferencias entre las clases. El capital impone jerarquías entre los mercados de acuerdo a la división clasista del espacio. En las Localidades reservadas a las clases altas (Usaquén y Chapinero), se observan procesos de especulación territorial que sigue el orden establecido por el POT. Las normas económicas para la producción del territorio (valorizaciones en impuestos, curaduría, obras públicas, semaforización etc) ubica servicios de odontológicos que favorecen esta especulación y a la vez estos servicios producen especulación mediante el precio de los servicios, con sustento en su localización.

Un servicio de salud bucal que ostente accesibilidad por diversas vías (principales y secundarias), ubicación privilegiada (en la Localidad y en la ciudad), gran visibilidad dentro de los mercados locales, características físicas/simbólicas de atracción/coacción para el consumidor en cualquier lugar de la ciudad, puede marcar su territorio mediante imagenes corporativas que conllevan a la especulación. Esta forma de territorializar los servicios de salud bucal producen un geomarketing con herramientas dirigidas a localizar los clientes, la competencia y la capacidad del negocio para extraer máximos beneficios económicos y así justificar la especulación.

Este proceso conlleva a prácticas odontológicas que despojan y vacian de valores y de significados a la salud bucal, para otorgarle valores corporativos que privilegian un orden social basado en la jerarquía del poder impuesto por la especulación territorializada. Las franquicias realizan especulación, crean desigualdades en las formas y los mecanismos de acceso real a la salud bucal y reproducen las asimetrías entre los actores que disputan el territorio urbano, legitimando las políticas de control social orientadas por el capital (Harvey, 2006).

2.5.3. Embellecimiento

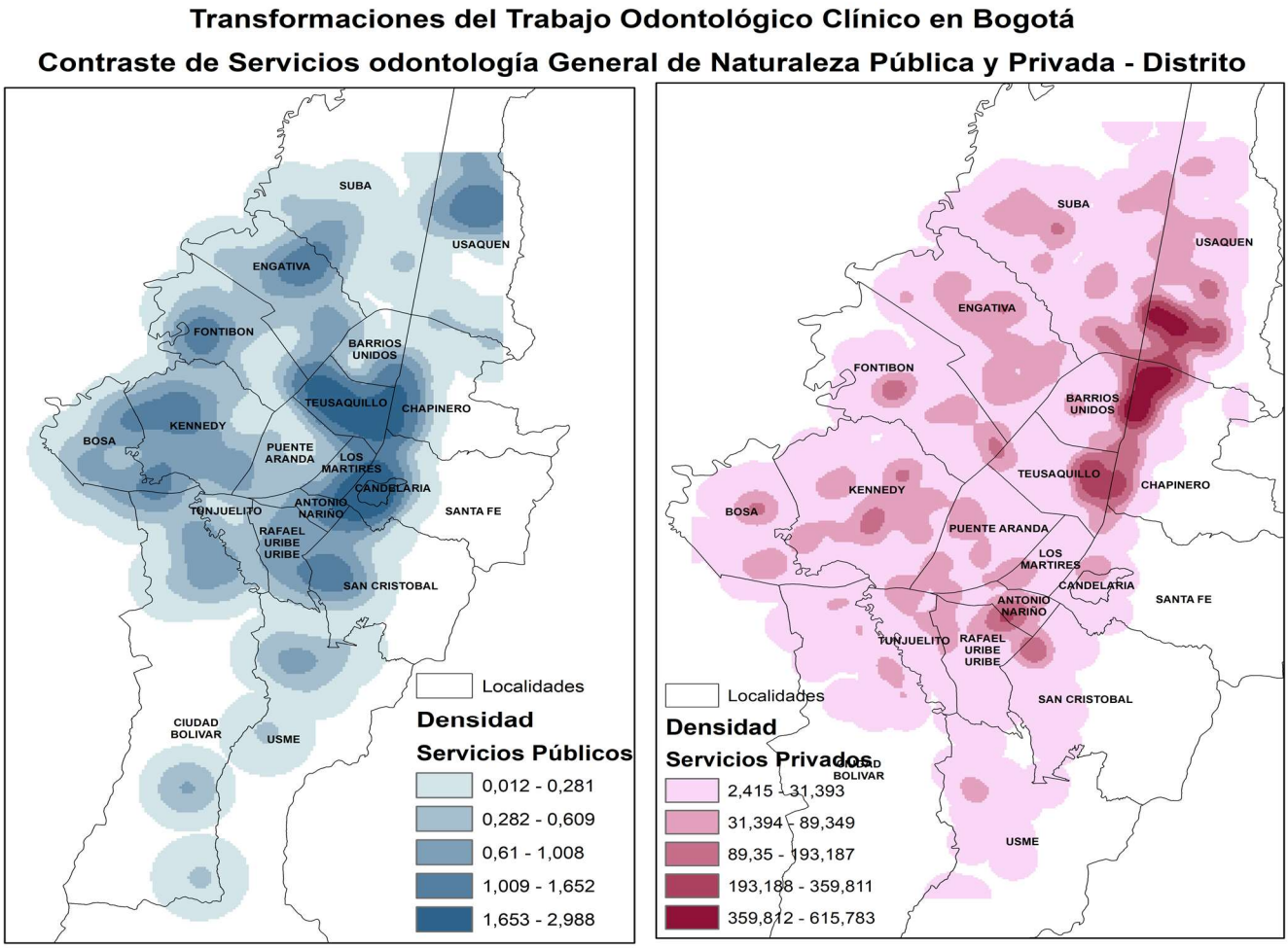
El proceso de embellecimiento territorial consiste en cambiar o adornar la apariencia física del espacio ó de algunas de sus características, reforzando con éste, los valores, los significados y/ó los símbolos de embellecimiento, que acompañan la justificación del aumento del costo en el modo de vivir. Genera nuevas subjetividades en la población vinculadas al consumo de servicios con fines estéticos. Entre los daños generados por este proceso destacamos un

obstáculo significativo al ejercicio del derecho a la ciudad, impidiendo la integración socio - territorial de las diversas poblaciones, por medio de barreras de acceso cultural, socioeconómico, físico o geográfico para quienes requieren los servicios de odontología. Se produce igualmente un estímulo al desarrollo de mercados lucrativos como el turismo en salud bucal, que privilegia la producción y consumo de servicios de odontología estética por demanda con consideraciones ético-políticas que descuidan la atención. Los modos de producción y de consumo que se ofrecen en los servicios de odontología determinados por este proceso son corporativizados, con prácticas odontológicas que robustecen y extienden este proceso de embellecimiento como parte del diseño de la imagen corporativa de las clínicas en cadena o de las franquicias, generando una marca como medio de producción odontológica.

2.5.4. Comercialización

El proceso de comercialización se expresa en el valor de uso y en el valor de cambio del suelo, mediados por los mercados. Se pasa de un uso del suelo en vivienda a uno uso en comercio ó de un uso en espacio público a uno en entretenimiento, en función de la creación de nuevas necesidades y patrones de consumo. La producción de servicios odontológicos en territorios de comercialización, conlleva la creación de nichos de mercado entre poblaciones de alta capacidad adquisitiva y movilidad, cuyos consumos odontológicos les proporciona estatus exclusivo y sensación de seguridad, como marcador del modo de vida en territorios comercializados. En la ciudad de Bogotá, se observa una tendencia a ubicar los servicios de odontología general y/ó especializada en las zonas céntricas de las Localidades, dentro de centros comerciales o en pasajes de comercio, que concentran mercados públicos y/ó privatizados y crean nuevas necesidades de movilidad y desplazamiento hacia los territorios de comercialización. Estos centro de comercio están caracterizados por menor densidad poblacional y mayor diversidad de bienes y servicios mercantilizados. (Ver mapas de concentración de servicios públicos y privados, de odontología general y especializada)

Mapas 2.6. Concentración y contraste de servicios públicos y privados de odontología general



Fuente: Elaboración propia a partir de información de fuentes primarias sobre servicios habilitados en Bogotá – IDECA, 2020.

En los mapas se observa un patrón similar en la localización de la concentración de los servicios públicos y los servicios privatizados de odontología general en Bogotá: ambos rodean las vías de transporte masivo y de enclaves comerciales cincunvecinos. Y las diferencias entre los dos tipos de servicios de oferta de odontología general, radican en la densidad de la oferta total y por Localidad. Los servicios odontológicos públicos se localizan y se distribuyen en menor cantidad en toda la ciudad y especialmente en las zona de desarrollo comercial dentro de la ciudad moderna. Este tipo de servicios públicos privilegian un tipo de práctica odontológica que está incorporada a los mercados de la seguridad social en salud -convencional y de la seguridad social en salud derivada de la Ley 100 de 1993-, con más bajos costos para la población. Los servicios privatizados de odontología general se localizan y distribuyen en mayor cantidad y densidad por zonas de desarrollo urbano-moderno, por lo cual se ha naturalizado y generalizado una licencia social para cobrar una mayor costo por el servicio, aunque en realidad no valga más producir el servicio. (Ver fotos de la territorialización de comercios y embellecimisntos selectivos en el sector norte de la ciudad).

Fotos 2.1. Territorialización de comercios en el Sector Norte de Bogotá

Fotos tomadas por Diana Marcela Martínez Torres, estudiante del Semillero Investigación Salud Colectiva, Trabajo de campo en el Sector Norte de Bogotá: Localidad de Usaquén, 2020.

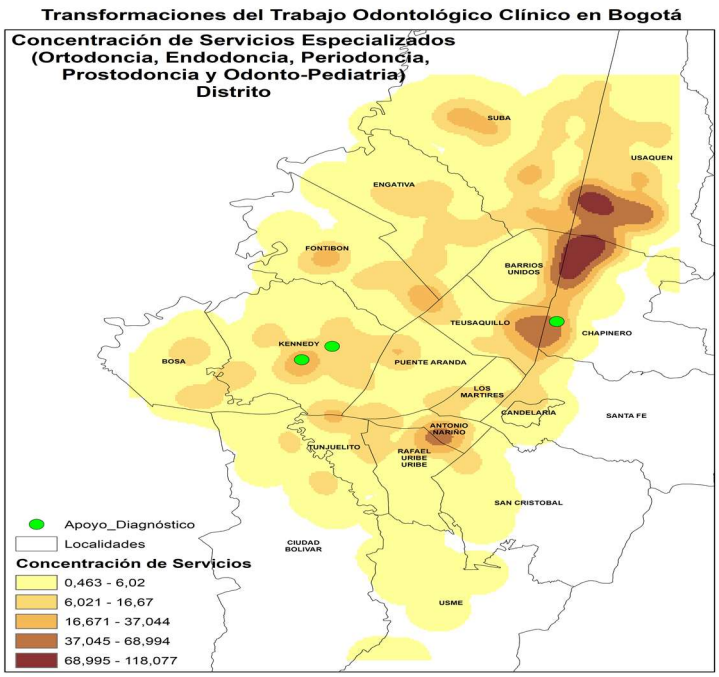
2.5.5. Neo-higienización territorial, desplazamiento de servicios odontológicos

El proceso de neohigienización territorial es una forma de intervenir el territorio para urbanizar los cuerpos, los comportamientos de la población y el espacio público, a la manera de la acción sanitaria realizada por la salud pública del siglo XIX, pero en éste se actualiza con el uso de la gubernamentalidad biopolítica. En palabras de Michel Foucault, esta acción es una modulación de los dispositivos de la biopolítica existentes, para orientarlos hacia un esquema político neoliberal que ya no es dirigido por el Estado sino por el mismo sujeto intervenido. De no tener éxito en esta labor, el sujeto queda excluido de lo social, no por ser anormal (poder disciplinario) ni peligroso (biopolítica estatalizada), sino por ser un marginado que no ha sabido gestionar bien sus recursos (Foucault, 2007). El biopoder, incluso en su versión liberal, crea lo social y utiliza tecnologías y técnicas que provocan desigualdades y disfunciones sociales, que pueden convertirse en tanatopolítica (Urabayen, J., León, J., 2018).

Al aplicar esta neohigienización se produce gentrificación de la población, a partir de la atribución de responsabilidades políticas y culturales a quienes se consideran causantes del daño, la inseguridad, la marginación o la aparofobia (Cortina, A., 2017). La neohigienización bajo los criterios neoliberales produce gentrificaciones reemplazando todo lo que constituya un estorbo para el mercado.

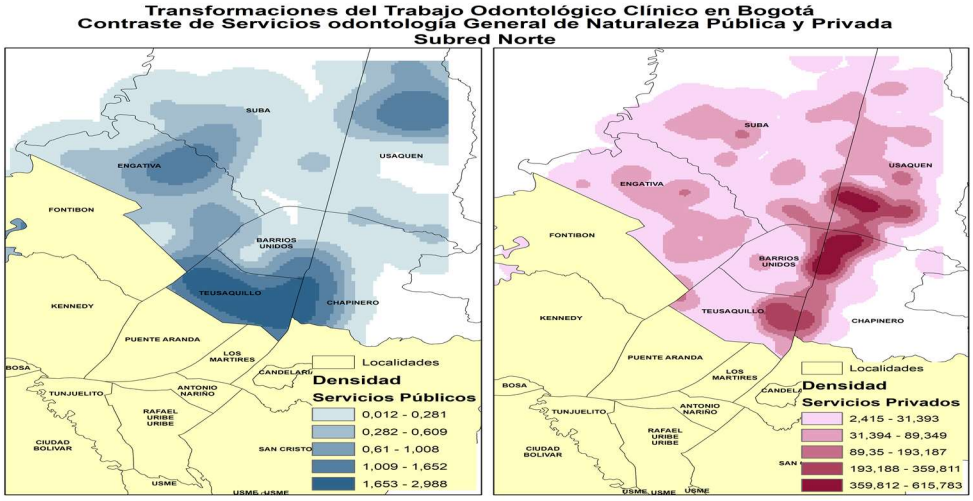
En el territorio global las fuerzas de producción neoliberal de los servicios odontológicos han subordinado los mercados locales a las pautas transnacionales corporativas, produciendo y reproduciendo desigualdades territorializadas en la salud bucal de la población. Estas desigualdades se expresan en los modos de producción de servicios odontológicos bajo mecanismos de financiarización, se crean formas de práctica odontológica con re-colocación laboral del profesional en nuevas relaciones de poder entre el capital global y el local, que no puede enfrentar solo; queda subordinado a una competencia asimétrica entre actores con poder y con capacidad económica y política para oprimir, generar precarización en el trabajo y comercializar nuevas prácticas odontológicas que le despojan de la fuerza de trabajo y le imponen una forma deslocalizada de trabajo, en los territorios de enclaves comerciales de la ciudad. La localización de las clínicas odontológicas en cadena y de las franquicias que emplean a los odontólogos, imponen esquemas de comercialización de servicios generales y especializados de la odontología en zonas territorializadas para la producción y el consumo de mercancías. (Ver mapas de Concentración de servicios de odontología especializada, y mapas de Contraste entre servicios de odontología general y de odontología especializada). (Ver fotos de las distintas territorializaciones para el consumo de servicios en el Sur occidente de Bogotá)

Mapas 2.7. Concentración de servicios de odontología especializada en Bogotá



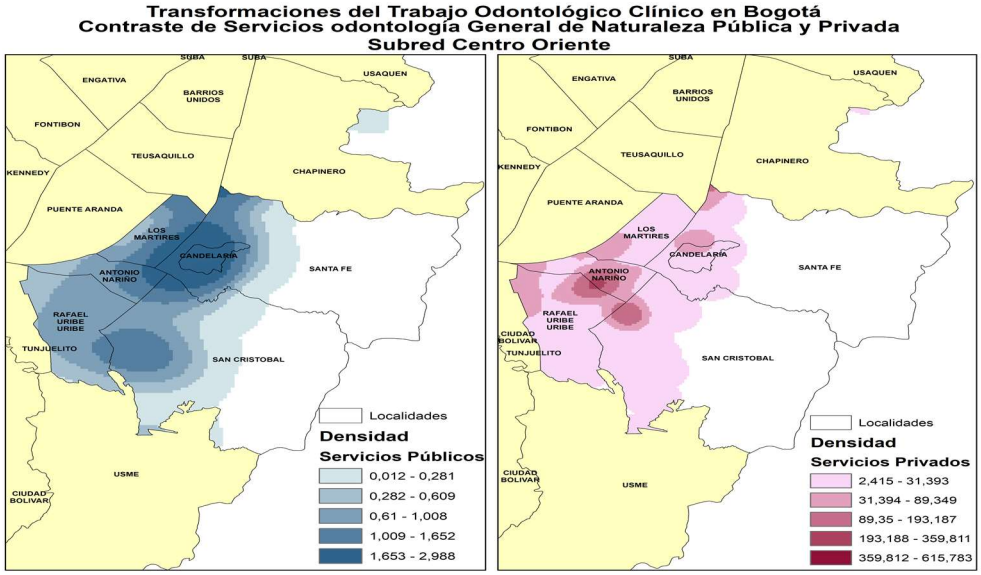
Fuente: Elaboración propia, Fuente primaria IDECA sobre Servicios habilitados en Bogotá 2020

Mapas 2.8. Contraste entre servicios de odontología general pública y privada en la Sub Red Norte



Fuente: Elaboración propia fuentes primarias, servicios habilitados en Bogotá, 2020

Mapas 2.9. Contraste entre servicios de Odontología General de naturaleza pública y privada en Sub Red Centro Oriente



Fuente: Elaboración propia, Fuente primaria IDECA sobre Servicios habilitados en Bogotá 2020

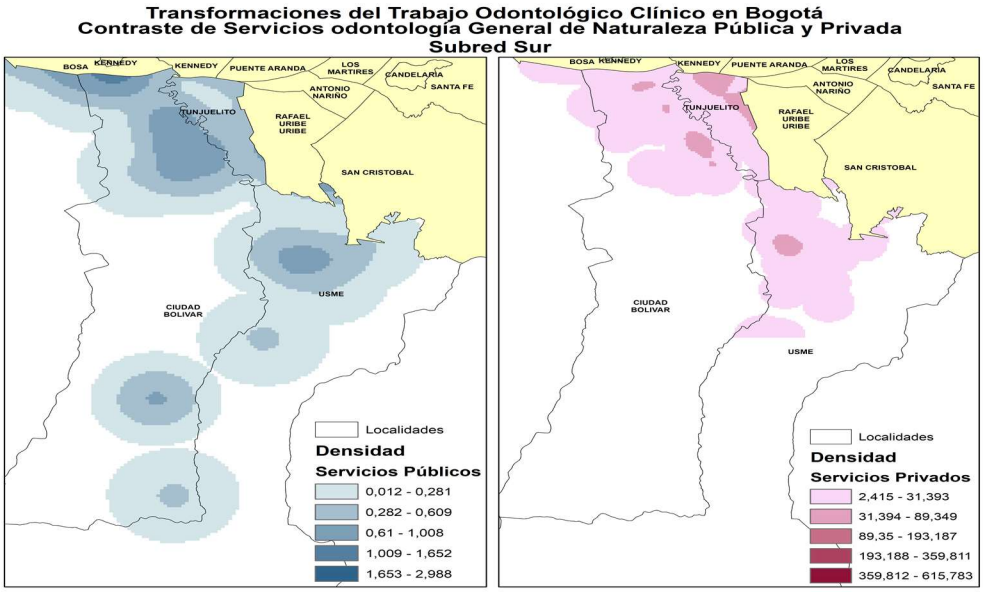
Fotos 2.2. Sector Sur-Occidente de Bogotá

Fotos tomadas por Mario Esteban Prada Palacio, estudiante del semillero de Investigación Salud Colectiva en trabajo de campo en el sector Sur-Occidente de Bogotá: Localidad de Puente Aranda, 2020.

Al contrastar la oferta de servicios odontológicos por polígono de observación en cada Localidad, durante el período de trabajo de campo del año 2019, se constata una tendencia: el tamaño de la oferta de servicios es proporcional a la densidad poblacional en cada Localidad; en órden descendente la oferta decrece con la densidad poblacional en las siguientes Localidades: Suba, Kennedy, Fontibón, Usaquén, Puente Aranda, Engativá, Bosa, Ciudad Bolívar, Teusaquillo, Usme, Chapinero y San Cristóbal. No obstante, esta tendencia cambia con la oferta de servicios odontológicos especializados y privatizados en la ciudad porque están territorializados en los sectores de la ciudad de alta comercialización.

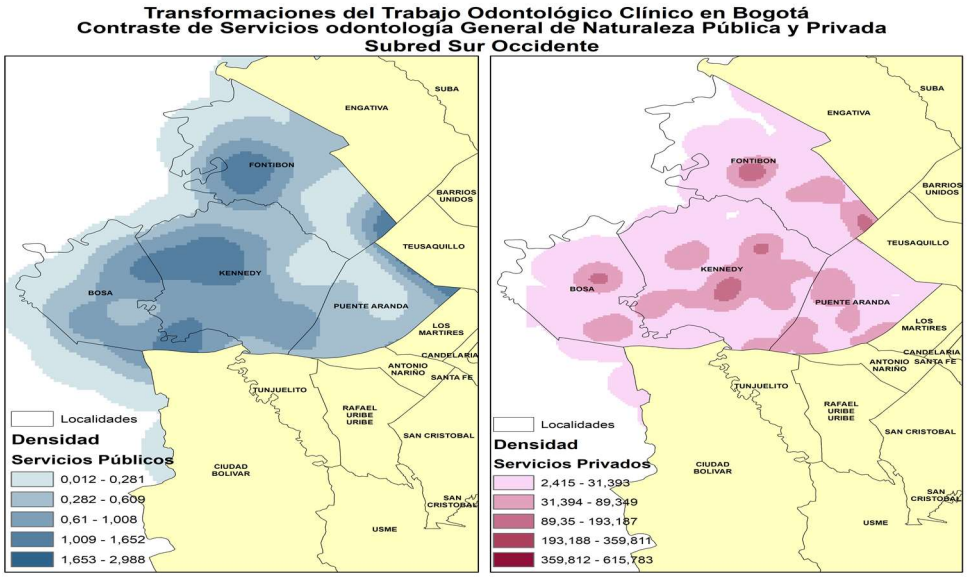
En las Localidades del sector Norte de Bogotá, hay una mayor oferta de servicios privatizados por densidad poblacional, especialmente en tres Localidades: Usaquén, Chapinero y Teusaquillo. Al Centro Oriente de Bogotá la oferta privatizada de servicios especializados ha crecido para asimilarse a la del norte que es más grande que la oferta pública; mientras que en las Localidades del sector Sur la tendencia se invierte, con mayor concentración de oferta pública de servicios de odontología general, especialmente en zonas de Ciudad Bolívar, Tunjuelito y Usme que no siguen un patrón territorial comercial o de embellecimiento. (Ver mapas)

Mapas 2.10. Contraste entre servicios de odontología general públicos y privados Sub Red Sur



Fuente: Elaboración propia a partir de fuente primaria del IDECA sobre servicios habilitados en Bogotá, 2020.

Mapas 2.11. Contraste entre servicios de odontología general y de odontología especializada Sub Red Sur Occidente – Bogotá



Fuente: Elaboración propia a partir de fuente primaria del IDECA sobre servicios habilitados en Bogotá, 2020

Al Sur-Occidente de Bogotá en las Localidades de Bosa, Kennedy, y Puente Aranda las formas de territorialización se repiten, con mayor concentración de la oferta de servicios de odontología

general privatizada en sectores comerciales, de especulación y cooptación estatal de estas Localidades, en contraste con la oferta pública.

2.5.6. Vulnerabilización de la población

El cambio en los territorios de la ciudad genera un patrón de vulnerabilización generalizado, como se ha mencionado anteriormente; y también persigue patrones locales muy particulares, orientados a capitalizar los espacios locales mediante alianzas público/privada. En el centro histórico de la ciudad, por ejemplo, el cambio del territorio se realiza bajo el direccionamiento del sector público cuyo sustento es el de preservar y cualificar el patrimonio, aunque en realidad el propósito es otro; capitalizar. En dos Localidades del centro sur de la ciudad: Candelaria y Santa Fé, persiste una representación similar a la del centro histórico de Bogotá que las posiciona como parte del territorio de cultura y de patrimonio de la ciudad; al mismo tiempo estas Localidades reciben nueva población de estratos altos mediante la gentrificación del centro, con localización de espacios excluyentes de grupos grandes de población local que es vulnerabilizada al ser despojada de sus derechos. Entre los nuevos espacios de embellecimiento y vulnerabilización de la población local de la ciudad, bajo el patrón de capital moderna se destaca en la Localidad la Candelaria: Manzana 5, adyacente a la Universidad de los Andes - Triángulo de Fenicia, donde se cohibe al profesional de ofrecer servicios de odontología general o especializada.

En el centro de la capital ocurren varios cambios que sustentan la norma pública para expropiar el territorio, fortaleciendo la tendencia al despoblamiento del centro y al desplazamiento de los servicios de salud bucal para dejar los espacios libres para los fines estratégicos e intereses del capital internacional. El patrimonio queda olvidado y la población local despojada del derecho a la ciudad y en ella despojada del derecho a servicios de salud bucal. Los procesos de estigmatización de la población que es segregada incrementa las vulnerabilidades y la colocan en situaciones más profundas de vulneración de derechos, en tanto, se suman al desplazamiento, al despojo, y a estos se añade la falta de movilidad, de trabajo conllevando a extrema pobreza. A esto sumamos el creciente desanimo de las comunidades por acciones de desobediencia o resistencia ante la exaltación de la recuperacion del espacio público y de la seguridad, legitimando la biopolítica del gobierno Distrital.

La expresión de estos procesos en el territorio local de Bogotá se puede observar en los mapas de concentración de sevicios generalizados y especializados de odontología por Localidad y por sectores que agrupan redes de servicios por cada subred. (Ver mapas 2.12. Contraste de servicios especializados).

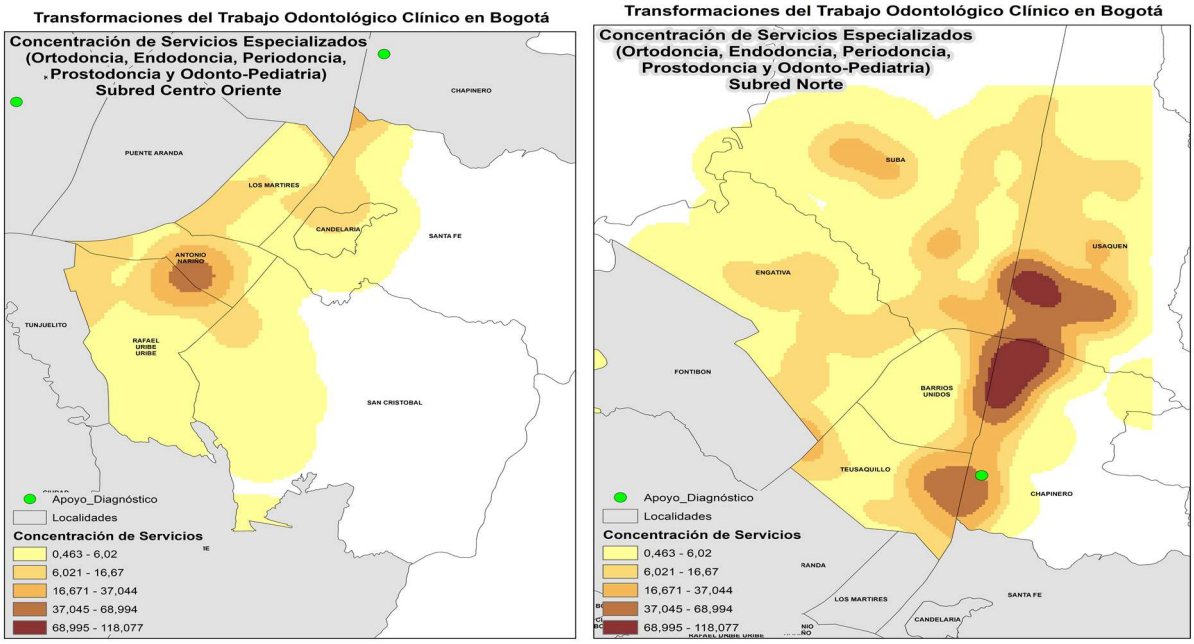
Los servicios especializados y privatizados se ofrecen en su gran mayoría en el sector Norte de Bogotá, algunos -pocos- se venden en la Localidad de Rafael uribe del Centro Oriente de Bogotá, al Sur de la ciudad, especialmente en Kennedy, Fontibón y Bosa y al SurOccidente. Las poblaciones localizadas en Centro oriente de Bogotá tienen acceso muy limitado a la ciudad, pues para acceder a los servicios de odontología especializada, requieren además de considerar la capacidad adquisitiva, desplazarse por la ciudad para consumir el servicio ue ofrece un especialista y evitar ser excluídas. Los servicios públicos de odontología que se ofrecen en el sector, no mitigan la exclusión de las poblaciones por el tipo de oferta pública que

está subsumida a la mercantilización de aseguramiento de la seguridad social, por la escasa oportunidad de atención y por la no inclusión de la odontología especialiazada en los planes de beneficios de la seguridad social. Esto genera nuevas exclusiones en la población con mayor vulnerabilización.

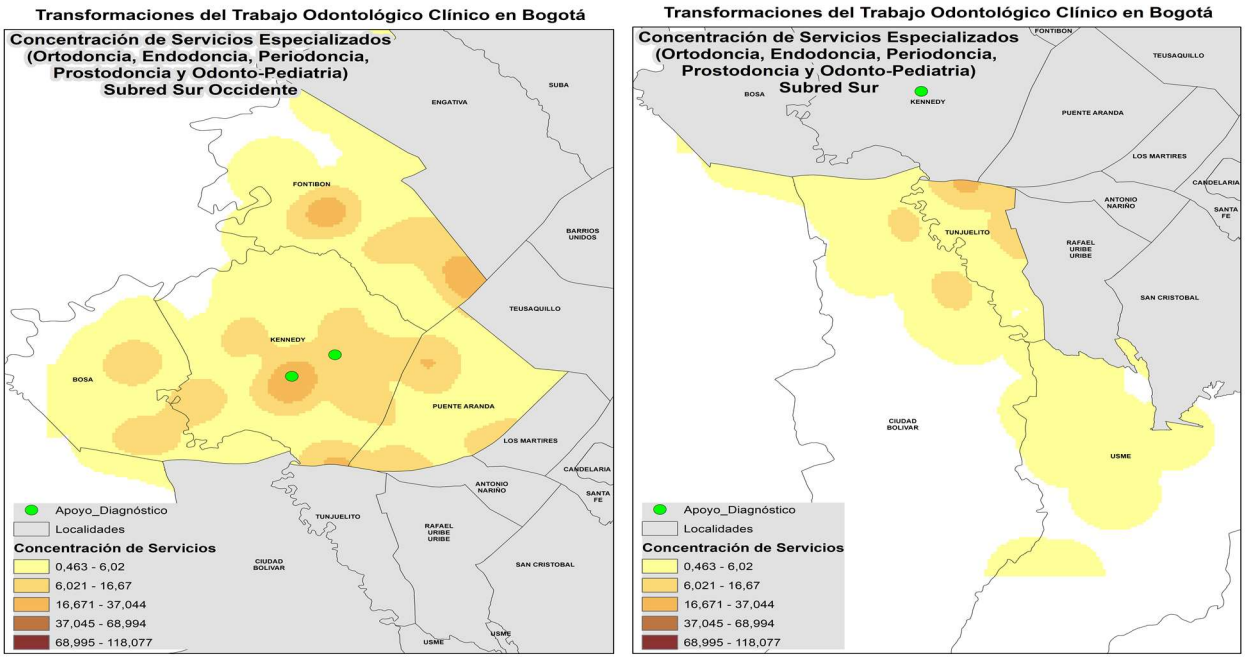
En el sector sur de Bogotá, la Subred sur de servicios de odontología, crean vulnerabilización de las poblaciones al limitar el acceso a la ciudad con escasez de espacio público y de espacios para la buena vida, al mantener el patrón de alta densidad poblacional y la ausencia de servicios públicos de odontología general territorializados para la población del sector. Es similar el comportamiento al Centro Oriente y al Sur-Occidente de Bogotá, es muy limitado el acceso a la ciudad también, por la concentración de la oferta especializada y privatizada de la odontología, en sectores de creciente embellecimiento, especulación y comercialización, donde los consumos de los servicios vulnerabilizan a la población al obstaculizar su acceso con el costo de los servicios, con ofertas exclusivas de odontología estética por parte de clínicas en cadena o franquicias; ambas con prácticas territoriales neohigienizadas.

Los servicios de apoyo diagnóstico, dirigidos a realizar exámenes complementarios o de apoyo (con imágenes diagnósticas) al trabajo del odontólogo, son escasos en la ciudad, siguen el patrón de territorialización de los servicios especializados y su enfática comercialización.

Mapas 2.12. Contraste entre servicios de odontología especializada Sub Redes : Norte - Sur - Centro Oriente y Sur Occidente



Fuente: Elaboración propia a partir de fuente primaria del IDECA sobre servicios habilitados en Bogotá, 2020



Fuente: Elaboración propia a partir de fuente primaria del IDECA sobre servicios habilitados en Bogotá, 2020

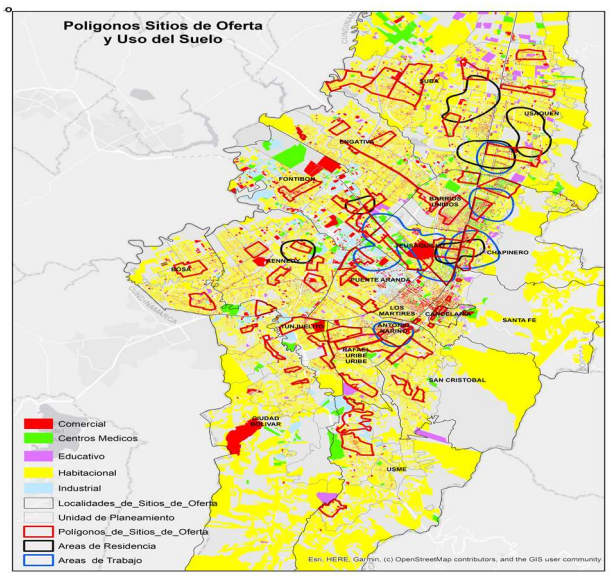
El espacio público contiene a los habitantes de calle, los inmigrantes, las prostitutas y a los asentamientos de la informalidad, por lo que se constituye en el territorio de la subsistencia de la población más vulnerabilizada. La renovación o recuperación del espacio público bajo la lógica de la gentrificación generalizada excluye de los derechos colectivos a población ya en proceso de vulnerabilización por el Estado/gobierno y privilegia los derechos individualizados, bajo la expropiación y desterritorialización de la ciudad de dinámicas sociales y colectivas de sus pobladores.

Fotos 2.3. Sector Sur de Bogotá: Localidad Usme 2019 y 2020

Fotos tomadas por Brayan Alejandro Wilches Niño, estudiante del semillero de Investigación Sald Colectiva en trabajo de campo en el Sector Sur de Bogotá: Localidad de Usme, 2019 y 2020.

A manera de conclusión se constata que los procesos que determinan los modos y medios de producción de servicios odontológicos en Bogotá, afectan todas las Localidades de la ciudad sin ser neutralizados por formas de resistencia de los pobladores al exigir el derecho a la ciudad. Estas resistencias resultan insuficientes para ejercer el derecho a la ciudad en los términos que que lo planteó Lefebvre: como la propiedad del espacio. Lo que ocurre corresponde más a procesos de derecho al cambio de la ciudad, como lo ha planteado Harvey. (Ver mapa de contraste entre los usos de suelo y la territorialización de los servicios odontológicos que comercializan los profesionales encuestados)

Mapa 2.13. Contraste usos de suelo y territorialización de los servicios odontológicos



Fuente: Elaboración propia a partir de fuentes primarias del IDECA sobre usos del suelo, de la encuesta y del trabajo de campo realizados para esta investigación, 2020.

El predominante uso del suelo en vivienda (habitacional), seguido del uso comercial, en centros médicos y en industrias, señala la ausencia del derecho a la ciudad para la población de profesionales y de comunidades (pacientes) vinculadas a la salud bucal.

Proteger la diversidad y lo público en la ciudad, conlleva a tomar en consideración y actuar ante la desigualdad social y la desigualdad política; porque al aplicar la norma técnica de la

urbanización del territorio -POT- con el fin de intervenir la desigualdad bajo una lógica disciplinar o neohigienización, se desconoce la prioridad de los derechos colectivos de los pobladores.

Fotos 2.4. Sector sur de Bogotá: Localidad Usme 2019 y 2020

Fotos tomadas por Brayan Alejandro Wilches Niño, estudiante del semillero de Investigación Salud Colectiva en el trabajo de campo en el Sector sur de Bogotá: Localidad de Usme, 2019 y 2020.

El territorio de la ciudad de Bogotá es desplazado hacia una urbanización llevada al límite, en cuya intervención, las políticas de salud bucal han fracasado ante la inminente y plena comprensión que requieren las desigualdades social. Estas políticas también han sido cooptadas para encubrir y garantizar la reproducción de la inequidad en salud bucal dentro del sistema neoliberal de la ciudad capital (Harvey, 2004). Como plantea Benavides en su tesis para optar por el título de magistra en urbanismo de la Universidad Nacional de Colombia, la gentrificación se expande por medio de alianzas con agentes privados que redefinen la espacialidad permanentemente, como una expresión concreta del modo actual de producción del capitalismo. (Benavides, 2017)

La ciudad moderna impone al modo de producción y de consumo de servicios odontológicos un endeudamiento permanente que precariza el tiempo de salud bucal, de ocio, el tiempo de la buena vida y el espacio para la amistad, el amor y la vida común, homogenizando a los profesionales, según la división social del espacio y desestimulando las luchas/confrontaciones contra el fraude del Estado. En su lugar se extienden las zonas de confrontación y competencia entre los profesionales por los pacientes. Este tema se trata en profundidad en el siguiente capítulo.

La producción de servicios de salud bucal y su implicación en el trabajo del profesional en odontología en Bogotá, requiere estudiar la creciente expropiación de la ciudad, investigar sobre cómo participa la profesión odontológica en la re-producción de las desigualdades en salud bucal y en el modo de producir los servicios y consumos en Bogotá. Las formas de territorializar la odontología en Bogotá, requiere ser estudiado y atendido como un problema de salud pública, ante el cual es necesario realizar acciones emancipatorias.

Capítulo III

Modos desiguales de vivir de los profesionales en Bogotá: procesos de determinación social

Por el derecho a la pereza, Paul Lafargue, 1883. En respuesta al derecho al trabajo de Louis Blanc, 1848.

El tercer capítulo analiza y explica las transformaciones del trabajo odontológico en Bogotá a partir de los modos de vida de los profesionales en la ciudad. Inicia con anotaciones teórico - metodológicas del proceso de investigación para explicar la inserción social de los profesionales en las jerarquías y dinámicas generales de la sociedad y de la profesión en Bogotá. El posicionamiento de los profesionales en unos tipos de práctica odontológica y en grupos de patrones organizados por las relaciones entre las clases sociales y los géneros, configuran los diversos modos de vida del odontólogo. La producción - reproducción de los modos de vida del profesional en la matriz de poder que los contiene, en la realidad particular de la ciudad capital, nos aproxima a comprender y a explicar los procesos que han determinado social e históricamente las transformaciones de este trabajo. Finalizamos con los contrastes entre estos modos de vivir del profesional, considerando las autonomías de esta matriz de poder que se localizan en el territorio de Bogotá y sus concreciones en el mundo del trabajo odontológico.

En la caracterización de los modos de vida a partir de la esfera del trabajo del odontólogo localizado en la ciudad capital, se contemplan las relaciones entre los grupos y patrones de inserción socio laboral del profesional, con la producción y el consumo en el mundo del trabajo a partir, específicamente de, los medios empleados para la producción del servicio y para la

realización de la práctica odontológica; y, de la satisfacción y el disfrute de los bienes derivados de la producción de la vida material y de la vida social, en las distintas esferas y espacios de la vida del odontólogo. Tanto en la relación consigo mismo, como en la familia, en las comunidades y en el marco del metabolismo socio-natural donde se desenvuelve el modo de vida, de acuerdo a la inserción en una posición social y política de clase social, de grupo cultural, de género y edad del profesional.

El modo de vida en la dimensión de la producción del trabajo del profesional, estudia las relaciones laborales y las condiciones de empleo, con los esquemas y rutinas culturales de organizar el mundo del trabajo como odontólogo, con las pautas de consumo e identidad como parte de la profesión, así como, con las maneras de organizarse para realizar acciones de cambio y/ó emancipación y, desarrollar relaciones ecológico políticas con el campo vital del profesional.

Anotaciones teórico – metodológicas para este capítulo

Para la producción de datos sobre los modos de vida y su posterior recolección mediante la encuesta INSOC ajustada y validada para este estudio (Ver Anexo 3.1. Instrumento INSOC-TOC), mediante asesoría con expertos de la Universidad El Bosque (Ver Anexo 3.2. Formato de validación[35]) se tomó un período comprendido entre el 1º de febrero de 2019/30 de abril de 2019. En este lapso se colectaron los datos del período de referencia correspondiente al empleo principal y segundo empleo del profesional, es decir, aquel que aporta el mayor sustento económico y el empleo que complementa dicho sustento entre quienes lo tienen.

El método de recolección consistió en encuesta personal de autodiligenciamiento, mediante formulario electrónico diseñado en la plataforma google, asistido por correo y/ó teléfono vía whast ap. La recolección de los datos se acompaña de Acuerdo de confidencialidad (Ver anexo 3.3. Acuerdo de confidencialidad) con el apoyo de grupos de estudiantes de semillero de pregrado de tres universidades (El Bosque, Cooperativa y Nacional: EB-UCC-UN), quienes recibieron una calibración compuesta de tres fases: una de sensibilización (verbal), una fase de capacitación (verbal y escrita: ver anexo: Instructivo de aplicación de encuesta) y para el esquema de operación se estableció la tercera fase correspondiente a la supervisión con apoyo de profesores colaboradores de las mismas universidades, quienes además de supervisar todas las fases durante el tiempo dedicado a la recolección, también aplican la encuesta y reportan a la investigadora los resultados de estas fases en una reunión semanal llevada a cabo durante todo el tiempo de recolección de datos. Algunos de los estudiantes (UCC – UN) a su vez se vinculan a la investigación mediante la realización de proyectos de investigación[36] formativa (ver Anexo 3.4 Acta proyectos investigación - Trabajos de grado).

[35] El resultado de la validación arroja la necesidad de realizar ajustes mínimos referidos a la ubicación de algunas preguntas entre las distintas secciones de la encuesta, ajustar el diseño del instrumento para facilitar su manejo por el encuestado y precisar que la información necesaria para la investigación saldrá de diversas fuentes, las cuales se sumarán a la encuesta.

[36] Se han realizado 5 trabajos de grado: tres en la UN y dos en la UCC. Asimismo se han formado en el modelo teórico de la investigación 20 estudiantes pertenecientes al semillero de investigacion “Salud Colectiva” de la UN, con aportes de importancia para la aproximación y puesta en práctica del trabajo de campo realizado en 19 de las 20 localidades de Bogotá. Solamente se descartó la Localidad de Sumapaz por su localización en zona rural de Bogotá, tema que no se estudia en esta investigación.

El inicio de la recolección de datos se hizo mediante envío del formulario de encuesta al correo electrónico registrado en la base de datos del REPS con apoyo de llamadas telefónicas para confirmar el recibo del formulario, reiterar la invitación y confidencialidad de la investigación. Dos semanas después del inicio, la tasa de respuesta era sólo de 3% por lo que fue necesario cambiar la estrategia por la visita al profesional acompañada de llamada telefónica, con previa distribución de la muestra en los tres grupos de estudiantes encuestadores, de acuerdo a la ubicación geográfica seleccionada para cada grupo de los estudiantes/encuestadores; se da inicio a la visita a los profesionales en sus IPS y a las institucionales seleccionadas en la muestra para realizar la encuesta con apoyo en tablets y/ó impresa en papel, llamada telefónica y carta de presentación del escuestador (Ver Anexo 3.5 Carta de estudiantes UCC). Dos semanas después, debido a la persistente baja tasa de respuesta, de solo el 2%, ocasionada esencialmente por dificultades de ubicación presencial o virtual del profesional para realizar la encuesta, fue necesario realizar muestra por conveniencia con apoyo en el mecanismos de bola de nieve. Se incluyen profesionales de distintos años de graduación, trabajadores de distintas instituciones, vinculados desde universidades, IPS, Hospitales, Secretaría Distrital de Salud, “SDS” y Federación Odontológica Colombiana, “FOC”, bajo la operación del grupo de investigación en pleno. Se logra una muestra grande e importante para estudiar los trabajadores de la odontología de Bogotá. Esto con estímulo del reconocimiento otorgado con el premio nacional de Investigación de ACFO Colgate, obtenido por la investigación con estudiantes del semillero de investigación, especialmente de Rafael A. Caro. Durante los meses de marzo y abril se hace la recolección de datos mediante el autodiligenciamiento del formulario de la encuesta.

La supervisión y el control de todo el operativo de la recolección de datos y del procesamiento de los mismos se llevo a cabo por parte de la investigadora principal, el control del desempeño de las actividades realizadas por los encuestadores se llevo a cabo por los tres profesores supervisores quienes verifican la calidad de la información colectada y reportan a la investigadora principal el resultado de la calidad de las mismas, semanalmente con apoyo en formatos de registro diseñados para facilitar el control de calidad de la recolección de datos (Ver Anexo 3.6. Formato Registro de Control Encuestas realizadas).

El control del procesamiento de los datos colectados mediante encuesta se hizo en varias etapas, empezando por la depuración de datos directamente en la base de datos que arroja el programa excell de la plataforma google, mediante la verificación de la consistencia interna de los datos para luego realizar la edición de los mismos. La verificación de la consistencia incluyo el uso de la respuesta: “No Responde, NR” para los casos de casillas en blanco, y No Aplica NA para los casos que no requerían respuesta por parte del encuestado. Se perdieron solamente 6 casos correspondientes a la variable edad cuyos datos son inválidos por error de digitación en la fecha de nacimiento. Se imputaron las siguientes variables de la encuesta aplicada: 52, 53 y 54. La 65 debido a errores de digitación. Para el análisis de la variable 51 sobre si el trabajo actual es mejor o es peor que el anterior, se toma el trabajo actual como el empleo principal, el cual según el encuestado, es el de mayor productividad o de altos ingresos; y el segundo empleo, sólo para quienes afirman tenerlo. Se define una nueva variable que establece el resultado de la comparación entre el empleo principal y el segundo empleo.

La base de datos se organiza en archivo excell denominado “Base de datos - UN/ACFO/COLGATE – versión 2019”; (Ver Anexo 3.7. “Base de datos - UN/ACFO/COLGATE

– versión 2019) con revisión por parte de los colaboradores, durante los meses de abril y mayo de 2019; se mantuvo bajo estricto ciudado de la confidencialidad de la información registrada en la base, por parte de la investigadora principal; al ser compartida con los expertos en estadística se omite la información correspondiente a la identificación del encuestado. Sobre la misma base de datos se realizan derivaciones de las siguientes variables: de la fecha de graduación se derivan el tipo de práctica y los años de graduado; y de la fecha de nacimiento se derivan la edad del encuestado y el grupo etario.

El análisis estadístico se realiza con apoyo de dos expertos en etapas diferentes, la primera dirigida al análisis general mediante cruces bivariados se realiza con la Dra. Clara Mercedes Suárez y la segunda dirigida a identificar las asociaciones y dentro de éstas las medidas de riesgo (OR) con apoyo en regresiones logísticas bajo la dirección del Dr. John Benavides. Cada etapa estuvo organizada en fases cuidando la confidencialidad de la información, el procesamiento de datos y el proceso de validación de los datos con apoyo en pruebas estadísticas. Las distintas pruebas estadísticas se especifican en los anexos donde se registra esta información y en los apartados de este documento.

Al estudiar la distribución de los datos se observa un comportamiento armónico en todos los casos lo cual permite ubicar ampliamente a la población estudiada con un alto intervalo de confianza correspondiente al 95%. Igualmente, pese al tamaño -grande- de la muestra para estudios de profesionales de salud bucal en la ciudad, se observó un error alfa de 3,9% en la muestra debido a la imposibilidad de controlar el sesgo de selección; este error conlleva a limitaciones en el análisis de los datos en territorios locales, donde una distribución no aleatoria de los sujetos de estudio reduce la validez externa para generalizar los resultados sobre poblaciones distintas a las que se estudiaron en Bogotá. En todo el análisis el estudio estadístico se realizan pruebas de análisis factorial alfa de crombach y chi cuadraro para variables discretas con el fin de controlar el error proveniente de la muestra en su incapacidad aleatoria.

La recolección de datos cualitativos se realiza entre los meses de abril y julio de 2019, mediante 29 entrevistas individuales semi estructuradas, 2 en profundidad y dos grupos focales dirigidos a grupos de profesionales situados laboralmente en diversos niveles jerárquicos, a hombres y mujeres provenientes de distintas IPS de carácter público y privado, profesionales y Hospitales de la Secretaría Distrital de Salud y profesionales de las universidades vinculadas a la investigación (Ver Anexo 3.8. Grupo focal). Estas entrevistas se realizan por parte de la investigadora, de los profesores colaboradores de la investigación y el 10% de estas se realizaron con apoyo de los estudiantes del semillero, con previo consentimiento informado, acuerdo de confidencialidad y aval de ética; igualmente se hizo invitación a la entrevista mediante carta personalizada y confirmación telefónica, con apoyo de funcionarios de la Secretaría Distrital de Salud y de la FOC (Ver Anexo 3.9. Carta invitación SDS); se graba toda la entrevista y se registra en papel notas de campo de la entrevista. Posteriormente se realiza la transcripción del total de las entrevistas en programa word, guardando la confidencialidad del entrevistado con el uso de códigos. Cada transcripción es revisada por el entrevistador para ser empleada luego en el análisis e interpretación de resultados con apoyo del programa N-Vivo-11.

3.1. Caracterización de los modos de vida de los odontólogos encuestados

En la caracterización de los modos de vida de los odontólogos estudiados se describen las formas y tipos de inserción social de los profesionales y la posición social que ocupan en la esfera productiva y en la de consumo. Posteriormente se contrastan los modos de vida de los profesionales para identificar los marcadores sociales que re-producen desigualdades situadas en el territorio de Bogotá.

3.2. Posición socio/ocupacional de clase social de los odontólogos en Bogotá

La posición ocupacional de clase social del profesional se identifica a partir de las categorías que la configuran, con base en la operacionalización del modelo propuesto y desarrollado por Jaime Breilh (Breilh, 1989; Otálvaro, 2019). Antes se hace la identificación de la inserción social del profesional, con relación a su núcleo familiar, contexto comunitario y profesional; en éste último se toma en cuenta el tipo de universidad de pregrado y el año de graduación, para clasificar la inserción profesional por el tipo de práctica odontológica.

Al revisar distintos criterios de la muestra y las características de la población, se constata que no hubo sesgo de selección en las distintas variables, lo cual permite confirmar la consistencia de los datos recolectados sobre la población y la distribución de la misma.

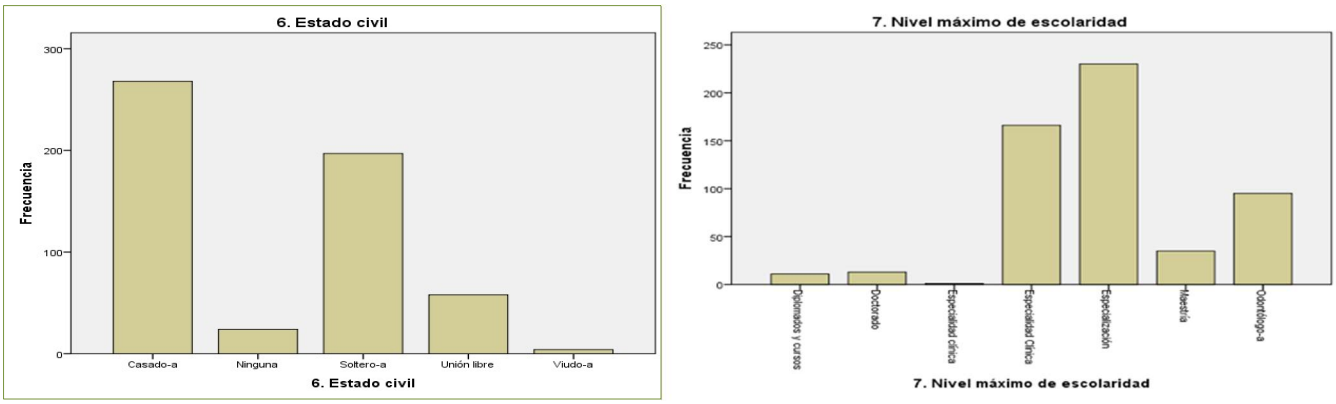
En este estudio se puede constatar que del total de 551 profesionales escuestados se insertan socio-profesionalmente como egresados de pregrado de universidades de naturaleza privada, cerca de las dos terceras partes de la muestra (68%), el resto se insertan como egresados de universidad pública.

Gráfica 3.1. Tipo de Universidad pregrado

Fuente : Elaboración propia a partir de fuente primaria, 2020.

Socialmente se insertan y distribuyen por sexo (pregunta 3) a razón de tres mujeres por cada hombre con proporciones de 76,4% y 23,6% respectivamente. En los grupos etarios la proporción más alta es de adultos de 30 a 39 años (26,9%) y la más baja de adulto mayor de 60 o más años (7,3%); el estado civil más frecuente es casado (48,6%) y el más escaso es unión libre (10,5%); predomina la proporción étnica auto-identificada como mestiza (49.9%), con cerca de la mitad, un 44.6% no auto-identificada en algún grupo étnico y, un nivel máximo de escolaridad correspondiente a posgrado y específicamente especialización (41,7%) en áreas de conocimiento (pregunta 7a) distintas al área clínica, entre las cuales se destaca: salud pública/administración/gerencia y afines; este hallazgo contrasta con un menor predominio de escolaridad en el nivel doctoral (2,4%). (Ver Gráficas 3.2)

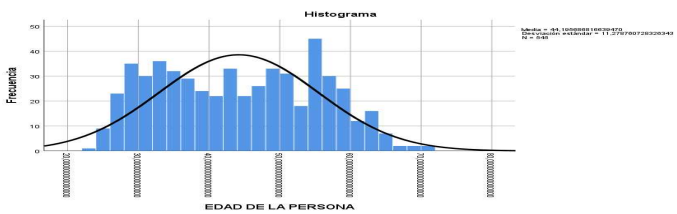
Gráficas 3.2. Estado civil y Nivel de escolaridad de profesionales 2019



Fuente : Elaboración propia a partir de fuente primaria, 2020.

En el comportamiento de la variable edad de la población estudiada, se observan diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres, con mayoría entre las edades de 50 a 59 años, lo cual motiva a realizar una evaluación de la normalidad de la distribución de la edad, con apoyo en la prueba de Kolmogorov-Smirnova (Ver Anexo 3.10 Kolmogorov-Smirnova); se constata que la edad no tiene una distribución normal, por lo cual se realizan medidas estadísticas no paramétricas para describir la población. Una de las medidas seleccionadas es la mediana de la edad entre hombre y mujeres, comparada mediante la prueba Mann-Whitney, con una significancia alta, de 0.001. Se observa que existe una diferencia estadísticamente significativa en la distribución de la edad por sexo, correspondiente a una mediana de edad mayor en los hombres (48 años) que las mujeres (42 años); con esta prueba que confirma la existencia de una característica no paramétrica en la población estudiada (ver anexo 4 e histograma), por lo cual, se define realizar un control de confusión de todas las variables por el sexo y la edad al momento de hacer el análisis estadístico.

Gráfica 3.3. Histograma del comportamiento de edad de los profesionales 2019



Las características sociodemográficas de la población señalan una mayor proporción de mujeres egresadas de universidades privadas 69.6%, mientras que hombres son una proporción menor 61.5%; sin embargo esta diferencia no fue estadísticamente significativa con un (P=0.086) (Ver Anexo 3.11. Socio-demografía).

En la inserción laboral, se observa una distribución normal entre los distintos tipos de práctica odontológica identificadas, a partir de la fecha de graduación del profesional (pregunta 2); hay un predominio de la práctica correspondiente a la Práctica Fordista de Seguridad Social Convencional (41%), seguida de la Práctica Posfordista Tecnologizada (35%) y Corporativizada 15% y de seguridad social de la Ley 100/93 (10%). (Ver gráficas 3.4. Tipo de universidad en pregrado e inserción laboral por tipo de práctica odontológica).

Gráfica 3.4. Inserción laboral por tipos de práctica odontológica

Fuente : Elaboración propia a partir de fuente primaria, 2020.

Los tipos de práctica odontológica por sexo señalan el predominio de la mujer en todas ellas y una mayor proporción de profesionales dentro de la Práctica de seguridad social convencional seguida de la tecnologizada.

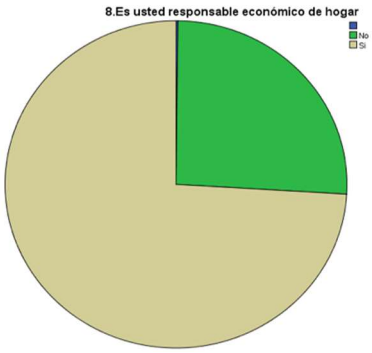
Para describir la inserción social de esta población se diferencia entre jefe-a de hogar/familia o unidad de convivencia (pregunta 8ª), es decir, quienes aportan la mayor cantidad de sus ingresos para la manutención del hogar a partir del auto reconocimiento de este rol (pregunta 8); se hace el análisis de las correlaciones entre esta jefatura de hogar y la posición ocupacional según su clasificación en clases sociales.

3.2.1. Posición ocupacional de los odontólogos - jefes de hogar

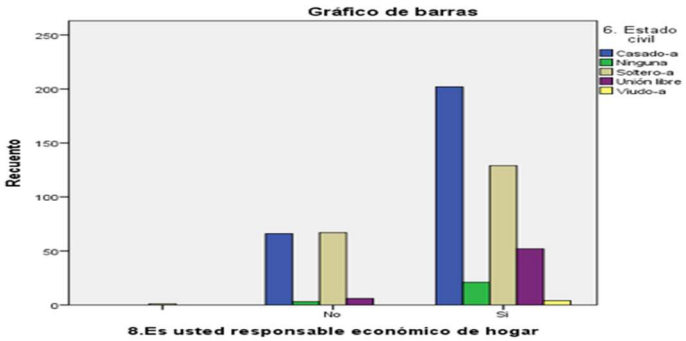
Sobre **la jefatura de hogar** en esta población se encontró un predominio de profesionales jefes 74%, y en su mayoría mujeres 73.5%, de ellas cerca de la mitad (48.3%); la mayoría son casados, seguidos de solteros; residen en zonas de estrato socioeconómico 4 y 5 (pregunta 11b) seguida de las jefes que residen en zonas clasificadas en estratos 2 y 3 (45.1%); están a cargo de la manutención de pareja e hijos (pregunta 10) con quienes conviven en la misma residencia 65,2% (pregunta 11). Mientras que los que **no son jefes de hogar** en su mayoría son también mujeres (80%), la mitad de ellas son conyuges del jefe de hogar y se sostienen asimismas en el 42,9% de los casos, y solo una tercera parte (33,6%) sostiene a la familia

nuclear, aunque una de cada dos conviven con ella. Uno de cada dos profesionales se insertan en la práctica tecnologizada el 50%.

Gráficas 3.5. Jefe de hogar

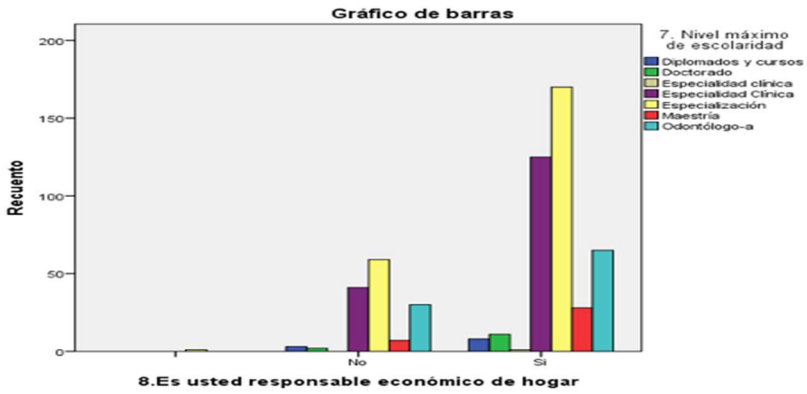


Gráfica 3.6. Estado civil



El nivel máximo de escolaridad en ambos tanto jefes como no jefes de hogar es la especialización seguida de la especialidad clínica y la menor es el doctorado.

Gráfica 3.7. Nivel máximo de escolaridad



Fuente : Elaboración propia a partir de fuente primaria, 2020.

Para la **clasificación del profesional por clases sociales** se continúa con el modelo teórico, ubicando las posiciones de los jefes o no de hogar con base en la matriz de operacionalización (ver matriz); se toman para ello las relaciones de propiedad en la vida laboral con énfasis en el trabajo actual (pregunta 9a) y en la propiedad de los medios de producción en empresa/negocio

en dicho trabajo teniendo en cuenta el tamaño de la empresa (pregunta 14), y diferenciando y el tipo de propiedad: local de la empresa, local del consultorio (pregunta 15), o propiedad de bienes como casa, equipos/maquinaria odontológica, vehículo etc., (pregunta 13). Así se identifican las categorías ocupacionales en sus relaciones de propiedad con fundamento en la clasificación de las ocupaciones específicas de la clasificación internacional universal de ocupaciones versión de 1988 "CIUO" que ratifica el DANE para Colombia[37] (Ver Anexo 3.12. Análisis para posición de clase: Tablas Jefe de hogar). Las categorías ocupacionales empleadas en la encuesta para su selección por los profesionales son las siguientes: empresario, empleado, independiente, subempleado, pensionado y desempleado.

De acuerdo a la ocupación y a **la relación de propiedad del odontólogo** se identifican dos formas de insertarse laboralmente en los modos de producción de la odontología en la sociedad de Bogotá, con medios de producción distintos: como empresarios (1,45%), y como empleados – obreros, con propiedad 27;95% y sin propiedad (70,6%) una gran mayoría. Entre los empresarios no se encontró ningún macro empresario (más de 51 trabajadores), pocos mediano empresarios (11 a 50 trabajadores) ó en su mayor proporción se ubican como microempresario (de 1 a 10 trabajadores). El microempresario hace labor como comerciante y/ó empleador.

La segunda forma de inserción ocupacional es como empleados - obreros cuya diferencia con los empresarios de la odontología en Bogotá es la ausencia de trabajadores a cargo. En ambas ocupaciones se combina la labor principal con trabajo por cuenta propia. Lo cual justifica estudiar en detalle las fracciones de clase y sus diferencias, tal como se ha previsto en esta investigación.

Los empleados - obreros se insertan con y sin propiedad de los medios de producción, en algunos casos comparten medios de subsistencia y producción: consultorio/casa, equipos/vehículo los cuales emplean en el trabajo, ya sea para desplazarse al sitio de trabajo o para insertarse laboralmente más rápidamente con ocupaciones flexibles. Se posicionan frecuentemente en trabajos por cuenta propia, como fuente principal de ingresos, combinados con un segundo empleo para completar el sustento. De tal forma, se observa una quinta parte de los odontólogos empleados - obreros en la base inferior de la pirámide y el 6,7% en una posición aún más inferior que ésta como subempleados, sin propiedad de medios de producción o en condiciones de alquiler de algunos medios de producción tales como: el consultorio y/ó los insumos y el instrumental.

Para ubicar el **lugar que ocupan los profesionales en el proceso productivo** se revisa el nivel máximo de escolaridad (preg 7), el tipo de contrato (pregunta 20), el pago que incluye el tipo de contrato (prestaciones sociales, etc) (preg 21), las prestaciones sociales que se incluye en el contrato (seguridad social y pensión) (preg 9a), la fuente de ingresos (preg 16) y la cuota de riqueza, es decir cuánto constituye el ingreso del profesional de la base del salario (preg 17), el nivel de ingresos y el total de ingresos percibidos con base en la referencia del salario mínimo legal vigente en el país en precios constantes del año 2019 (preg 18). Para el caso de un segundo empleo se privilegia el empleo principal. Con base en estas categorías de posición socio ocupacional se identifican cuatro posiciones: empresarios y empleadores; los empleados-

[37] De esta CIUO se toman distintos grupos de actividad correspondientes al oficio que realiza la empresa o negocio: profesional, trabajador de servicios y obreros – trabajadores asimilados. Esta clasificación se emplea en la encuesta.

obreros combinan con trabajos independientes ó cuenta propistas en una gran mayoría y una fracción como subempleados con contratos y salarios precarios (Ver Anexo 3.12. Análisis para posición de clase: Tablas Jefe de hogar).

Luego se ubican los **lugares que ocupan los profesionales de acuerdo al control que ejercen sobre el proceso productivo** a partir de la función en el trabajo (pregunta 27b) con especificidad si la actividad principal es clínica solamente o la combina con tareas administrativas, de docencia o afines; se identifican profesionales con mayor autonomía y jerarquía entre la clase empresarial/empleador y con menor control sobre el proceso entre los empleados - obreros.

En síntesis entre los profesionales responsables económicos o jefes de hogar, la mayoría se insertan como empleados - obreros clase media (43,9%) seguidos de un 26,7% de empleados - obreros en clase baja. La clase empresarial ubica solamente al 1,45% de profesionales en clase alta, la mayoría son de clase empresarial baja (27,95%) y en clase empresarial media (13,4%) (ver Tabla 3.1. Clasificación por clase social de profesionales jefes de hogar).

Entre las fracciones de clase más frecuentes está el trabajador independiente o por cuenta propia (64,1%) en las dos clases sociales; sin embargo, solo la clase empresarial posiciona el 5,9% de los empresarios de clase alta en esta fracción sin combinar con otro trabajo para mantenerse en esa posición social. Los profesionales posicionados como empresarios de clase media y baja combinan una labor de dirección en el trabajo principal con el de trabajo por cuenta propia. Los empleados-obreros clase media y baja posicionan empleados que deben combinar su lugar en el proceso productivo con el de trabajador por cuenta propia, en altas proporciones: un 30,7% y un 20% respectivamente. Si bien, los modos de producción de servicios en la profesión odontológica ha desarrollando nuevas prácticas desde la década del 80, los medios de producción y por tanto la inserción socio laboral en general son: más precarizados.

El trabajador independiente resiste persistentemente a ser empleado y busca ser empleador mediante emprendimientos, bajo la ideología de la práctica liberal de la profesión en sus inicios en el siglo pasado. Este trabajo se empieza a erradicar con la asalarización del profesional desde el incio de la práctica odontológica dentro de la Seguridad Social Convencional y se reforzó con el desenvolvimiento de la práctica odontológica de la Seguridad Social de Ley 100 de 1993. Persistir en este lugar dentro del proceso productivo como trabajador por cuenta propia o independiente representa para el profesional, insertarse en fracciones de clase más precarias. Esto se repite entre el total de los profesionales que han dejado de percibir ingresos por el desarrollo de actividades clínicas (20%), entre quienes el profesional independiente es la mitad (10.2%) sin ingresos por este labor por un período comprendido entre 1 a 4 años.

Entre los **empleados** – **obreros - Jefes de hogar** se observan desigualdades en la posición socio-ocupacional de clase; la clase media produce un riesgo 6 veces mayor de ser jefe de hogar respecto de la clase baja, sin diferencias estadísticas por sexo/edad. El mayor riesgo y exposición de ser jefe del hogar se relaciona con la esfera laboral en la distribución del poder social de clase. La esfera productiva y de dominio público reproduce la organización social del poder en la esfera no productiva del hogar, privilegiando el poder del capital en un ámbito que ha sido mal descrito como ámbito privado. Esto deteriora la vida de la mujer odontóloga en

diversas esferas, teniendo en cuenta que hay 3 mujeres en jefatura de hogar por cada hombre, reproduciendo patrones de la estructura patriarcal.

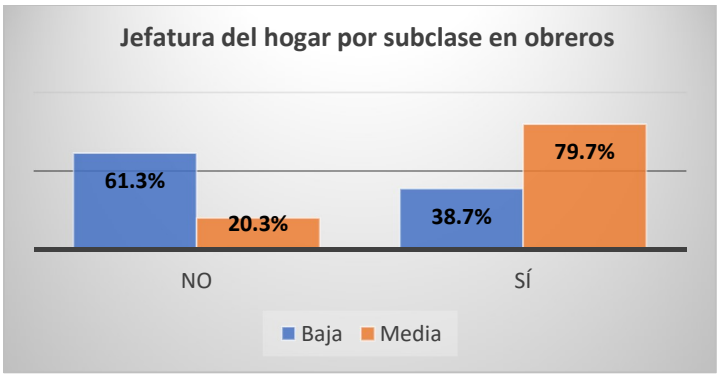
Tabla 3.1. Clasificación por clase social de los profesionales jefes de hogar

CLASES	Sub clase	Fracción de clase social	Subfracción Relaciones de propiedad	Lugar en el proceso productivo	Control del proceso productivo	Tipo de Cuota de Riqueza	Tipo de contrato	Nivel max escolaridad	PROPORCIONES	SMLV	SubTotal
		Comerciante	Empresario	Empleador	Dirige propio	Ganancia de Negocio	NA	Especialización	0,50%	9 y +	
	Alta	Comerciante/Empleador	Empresario	Empleador	Dirige propio y hace	Ganancia de Negocio +	NA	Especialización y/ó maestría	0,95%	7 y 9	
											1,45%
Empresarial		Independiente	Pequeño empresario	Cuenta propia	Dirige/ hace	Honorarios		Especición/Espista/Maestría	5,90%	5 y 7+	
	Media	Independiente/empleador	Pequeño empresario	Cuenta propia	Dirige /hace	Honorarios/Salario	Prestación de servicios	Especialización	7,50%	5 y 7+	13,40%
	Baja	Empleador /Independiente	Pequeño empresario	Empleador / Cuenta propia	Dirige trabajo otros/hace	Salario/honorarios	Laboral	Especialización ó Especialista	14,55%	3 y +	27,95%
Obrera	Media	Independiente/empleado	Comparte consultorio-equipos /casa	Cuenta propia/Empleado	Dirige / hace	Honorarios/Salario	Contrato tercero/cooperativa de trabajo asociado	Especialista / Especialización	30,7%	3 y 7+	
		Empleado	Comparte consultorio	Empleado	Dirige el trabajo de otros/hace	Salario	Laboral /prestación de servicios	Especialización ó Especialista	13,20%	3 y 7 +	
	Subtotal Media										43,90%
	Baja	Independiente/subempleado	Equipos	Cuenta propia	Hace	Honorarios/salario	Contrato verbal por día / semana o por obra / labor	Pregrado y/ó Especialista	20,0%	1 y 3	
		Subempleado	Sin propiedad	Subasalariado	Hace	Porcentaje	Contrato verbal por día / semana o por obra / labor	Pregrado y/ó Especialización ó Especialista	6,70%	1 y 3	
	Subtotal Baja										26,70%
	Subtotal obrera										70,6%
Total											100%

Fuente: Elaboración propia a partir de fuente primaria, 2020.

Las desigualdades sociales son más grandes al contrastar al interior de la clase empleada-obrera. **Los empleados - obreros con jefatura del hogar** son más frecuentes en la clase media que en la baja; ser obrero de clase media aumenta 6 veces más el riesgo de ser jefe del hogar (79,7%) que en clase baja (38,7%) sin diferencias por sexo y edad (ver gráfica Jefatura de hogar por subclase en obreros); entre los obreros de ambas subclases media y baja es más frecuente la organización de una familia nuclear convencional compuesta por pareja e hijos y además convivir con ella; no obstante, en los obreros de clase media es más frecuente aportar al mantenimiento económico de la familia propia que en la clase baja, con dependencia económica de la familia, declarada por el profesional; el aporte económico esencial en clase baja es para el mantenimiento propio. Si bien la ganancia del empleado - obrero no alcanza para sustentar a la familia, si contribuye a aliviar la carga económica propia y en algunas veces la carga de un miembro más de la familia del empleado - obrero.

Gráfica 3.8. Jefatura de hogar por subclases en obreros



Fuente: Elaboración propia a partir de fuente primaria, 2020.

3.2.2. Posición ocupacional de los odontólogos no jefes de hogar

El procedimiento empleado para clasificar a los no jefes de hogar es igual a la clasificación de los jefes de hogar; no obstante, al examinar las posiciones ocupacionales de los profesionales no jefes de hogar se observa una tendencia creciente a la precariedad laboral en todas las clases sociales. No hay profesionales no jefes de hogar en clase alta empresarial; hay una participación alta del 40,23% de clase media entre los empleados obreros en lugares del proceso productivo con relaciones de poder que les obliga a aportar otros medios de producción para subsistir: el consultorio, y/ó casa – carro, y la clase baja de los obreros debe aportar su propiedad al proceso productivo en un 15,62% de los casos; una tercera parte de la proporción de los jefes de hogar, son no propietarios (26,82%).

Hay una menor proporción de profesionales con contratos laborales y estables, lo cual ocasiona menor productividad en el proceso productivo y menor autonomía para ambas clases, pese a la generalizada formación de posgrado que se observa en todas las fracciones de clase social, incluso en la clase obrera – baja que pese a ser especialista debe vivir como subempleado y subasalariado (6.12%). En general, muy pocos empleados ostentan un tipo de contrato laboral estable y quienes lo adquieren están posicionados en áreas administrativas de empresas del gobierno o públicas. Entre los empleados de clase baja los contratos y los salarios se caracterizan por ser más precarios (verbales, a destajo) que en las clases medias de los profesionales no jefes de hogar. El subempleo se distribuye igual en ambos jefes/no jefes de hogar (Ver Tabla 3.2. Clasificación por Clase social de profesionales no jefes de hogar).

Tabla 3.2. Tabla 0.1 Clasificación por Clase social de profesionales no jefes de hogar

CLASES	Sub Clase	Fracción de clase social	Subfracciones/ Relaciones de propiedad	Lugar en el proceso productivo	Control del proceso productivo	Tipo de Cuota de Riqueza	Tipo de contrato	Nivel escolaridad	Proporciones %	SMLV	Sub Totales
Empresarial		Empleador /Indepediente	Pequeño empresario	Empleado asalariado / cuenta propia	Dirige y hace	Salario /honorarios	Laboral	Especialización y/ó maestría	0,70%	5 y 7	
	Media	Independiente	Pequeño empresario	Cuenta propia	Dirige /hace	Honorarios		Especialización	2,80%	5 y +	3,50%
	baja	Empleador /Indepediente	Pequeño empresario	Empleado contratista/Cuenta propia	Dirige el trabajo otros/hace	Honorarios/Salario	Prestación servicios / Laboral	Especialización ó /y Especialista	9,95%	3 y 7	9.95%
	Subtotal empresarial										13,45%
Obrera / Empleada		Empleado	Casa/Equipos	Empleado asalariado	Hace/Dirige el trabajo de otros	Salario	Laboral	Especialización y/ó maestría	7,90%	3 y 5+	
	Media	Independiente	Comparte consultorio/Casa/equipos	Cuenta propia	Dirige / hace	Honorarios	Honorarios	Especialización /Especialista	25,1%	1 y 7	
		Empleado /Indepediente	Comparte consultorio / equipos	Empleado contratista/Cuenta propia	Dirige trabajo de otros/hace	Salario/honorarios	Prestación servicios/por labor	Especialización ó Especialista	7,23%	3 y 5	
	Media Subtotal										40,23%
	Baja	Independiente	Sin propiedad	Cuenta propia subasalariado	Hace	Porcentaje/obra		Pregrado y/ó Especialización ó /y Especialista	20,7%	1 y 3+	
		Empleado	Equipos	Contratista subasalariado	Hace	Honorarios	semana o por obra / labor	Especialización ó Especialista/pregrado	7,90%	1 y 5	
		Empleado /Indepediente	Equipos/vehículo	Empleado contratista/Cuenta propia	Hace	Salario/honorarios	Prestación de servicios/verbal labor	Especialización ó Especialista	7,72%	1 y 3	
		Subempleado	Sin propiedad	Subasalariado	Hace	Porcentaje	Verbal /Prestación servicios	Especialista/general	6,12%	1 y 3	
	Baja Subtal										42,4%
	Obrera subtotal										82.63%
	Total Clases										96,10%
	NA										3,9%
Total											100%

Fuente: Elaboración propia a partir de fuente primaria, 2020.

3.3. Modo de vida de los odontólogos que trabajan en Bogotá

Para el estudio de los modos de vida de los profesionales se privilegia la categoría - variable empleado-obrero para realizar los análisis estadísticos, a partir del resultado de la clasificación de la población en clases sociales; se toma ésta al ser la más frecuente y la de mayor proporción entre las distintas fracciones de clase y entre jefes y no jefes de hogar.

Tomamos las categorías y sub categorías respectivas del modo de vida para estudiar sus correlaciones: i) Trabajo, condiciones de empleo y los patrones laborales que incluye las horas por semana y el uso del tiempo libre, los aportes o suministros en el lugar de trabajo, el acceso al lugar de trabajo y la jornada de trabajo (tiempo total y semanal), la satisfaccion y valoración del profesional con su trabajo; ii) Condiciones de trabajo : riesgos – intensidad – ambiente - tecnologías (renovación, trabajo actual/anterior; iii) Consumo y calidad del disfrute de bienes de consumo: disfrute según distribución; iv) Capacidad de producción de valores culturales (socializacion en comunidad e instituciones); v) Relaciones de poder en la capacidad de empoderamiento y de organización -en familia y comunidad- Aprecio de apoyo gremial - mejora trabajo – Relaciones socio ecológicas – con la naturaleza y objetos: desechos trabajo – casa- reciclaje – diario – cuidado.

Los resultados permiten afirmar que el modo de vida del profesional odontólogo que trabaja en Bogotá se caracteriza en general por tener jornadas laborales de tiempo completo en un poco más de la mitad de la población (55%), de la cual, un profesional de cada 4 debe trabajar con

una sobre carga importante de hasta 50 horas a la semana (29%). Entre los empresarios el 39% debe aportar suministros a su trabajo, principalmente el uniforme y la pieza de mano, lo cual afecta el desplazamiento al trabajo. Dada la ubicación geográfica más frecuente de los lugares de trabajo en el norte de la ciudad (sobre una vía de acceso principal), más de la mitad de los profesionales viven lejos del lugar del trabajo (60%), deben gastar entre 30 minutos y una hora o más en el desplazamiento y usar transporte público; mientras que el 38,5% usan su propio carro para este desplazamiento con menos tiempo gastado en él (Ver Anexo 3.13. Multisatisfacción con el trabajo).

Al revisar la satisfacción de los profesionales con el trabajo predomina el factor económico, especialmente lo relativo a los beneficios en ingresos y prestaciones sociales. La vocación de servicio aún genera satisfacción entre sólo una cuarta parte de la población, mientras que la mayor proporción de profesionales insatisfecha (34,1%) lo atribuye al bajo nivel de ingreso, a la demora en el pago y la escasa posiblidad de mejora laboral, al compararse con otros profesionales. De allí, que cerca de la mitad de profesionales (42,6%) quiera cambiar su trabajo, y una proporción similar 46,8% buscan disfrutar el tiempo libre en actividades tales como: viajes, deportes / actividad física ó actividades culturales/familiares que incluyen frecuentemente la realización de oficios en casa.

Se observan resultados similares y consistentes en todas las variables referidas al trabajo, por lo que se puede afirmar que no existe interacción entre las variables sexo/edad/obrero y sexo/edad/empresario que generen impactos importantes relacionados con el trabajo o con la satisfacción con él.

En general, para todos los profesionales de ambas clases sociales -obrera y empresarial- hay alta asociación estadística con la insatisfacción en el trabajo. No obstante, el riesgo de insatisfacción de un obrero con su trabajo es 3.9 veces mayor que la del empresario, con alta significancia estadística. Al ajustar por las variables de control: edad /sexo, el impacto es pequeño (3.4), lo cual señala la consistencia de estos resultados. Existe un deseo de cambiar de trabajo en el obrero con 2.7 veces más de exposición al riesgo de cambio que en el empresario y, respecto de las alternativas para la vejez, el obrero tiene 1.4 veces más riesgo de quedarse sin alternativas que el empresario. Se puede concluir que la insatisfacción generalizada con el trabajo tiene variaciones leves acorde a la posición de clase social (Ver Anexo 3.13. Multisatisfacción con el trabajo).

El modo de vida del odontólogo/a en Bogotá está determinado socialmente por el modo y los medios de producción de la odontología que genera empresarios de clase alta, media y baja para la reproducción del sistema productivo y reproductivo convencional. La clase empleado-obrero en cambio, reproduce el sistema productivo mediante procesos de trabajo precarios que le impiden aportar al sistema reproductivo de manera predominante.

3.3.1. Desigualdades entre los modos de vida

En la distribución de los datos sobre la posición socio-ocupacional y particularmente en la correlación sexo/edad de las dos clases más representativas -obreros y empresarios-, se

observa una diferencia estadísticamente significativa con una mayor proporción de obreros[38] que de empresarios y una mediana con predominio de mujeres. Dada esta distribución, se plantea realizar los análisis estadísticos con base en los profesionales de clase -obrera- con ajuste estadístico por sexo y edad y regresión logística que proporciona un nivel alto de confianza del 95%.

3.3.2 Desigualdades de clase social entre modos de vida de empleados - obreros y empresarios

Entre los marcadores sociales de **clase social obrera** persiste una intersección con el género manifiesto en un patrón de feminización en la desigualdad, con mayoría de mujeres (85,7%) jóvenes y menores de 39 años (58,8%), egresadas de pregrado de universidades privadas (74,2%) una mayor formación en especialidades del área clínica (56%); ubicación en la práctica odontológica Tecnologizada (57,7%); seguidas de la práctica odontológica de Seguridad social convencional (26,4%). Entre la clase empresarial los empleadores están en una mediana de edad mayor, entre 40 a 59 años. Esto se relaciona con una trayectoria más larga dentro de la vida laboral.

Al contrastar por sexo y edad la asociación de distintas variables con pruebas estadísticas Chi-cuadrado de Pearson (Ver anexo 4) se observan muchas más limitaciones sobre la mujer odontóloga, relacionadas con la reproducción social de su vida material, que sobre el hombre, debido al modo de vida que deben seguir como parte de la clase obrera. Su carga laboral consiste en jornadas de trabajo más largas que las de los hombres, de hasta 60 horas o más en la semana (9,5%), con la obligación de aportar suministros, gastar tiempo extra de su vida no laboral en distancias largas de transporte público (43,7%) para llegar al trabajo; además del bajo nivel de ingreso y la demora en los pagos, el 44,9% de las profesionales quiere cambiar su trabajo (ver anexo 6); lo anterior señala una insatisfacción con el trabajo en una de cada cuatro de las profesionales (24,7%). La feminización del trabajo odontológico de la clase obrera en Bogotá se expresa también en las brechas salariales de cerca del doble del salario entre los obreros de clase baja y clase media. En la clase baja se puede ganar entre y 1 y 3 millones de pesos mensuales y en la clase media puede ser entre 3 y 7 millones de pesos al mes.

En general uno de cada dos obreros está más insatisfecho con su trabajo (54,9%), lo que contrasta con el empresario (82,9%), debido esencialmente a las largas jornadas de trabajo y la ubicación de éste, que le impide tener más autonomía en el uso del tiempo libre para realizar actividades familiares; sólo uno de cada tres obreros las puede realizar (32,4%). Cabe estacar que existen obreros que experimentan satisfacción con el trabajo por su vocación de servicio (30,8%), pero en general ellos tienen menos en alternativas en la preparación para la vejez (82,4%) en contraste con el (86,8%) de los empresarios. De allí que los obreros quieren cambiar su trabajo dos veces más (59,3%) que los empresarios, quienes como empresarios están más satisfechos con el ingreso (46,9%) aunque las largas jornadas también les impide manejar el tiempo libre y la vida reproductiva con autonomía (26,3%); esto motiva que los empresarios

[38] Entre los obreros las desigualdades son menores que si se contrastan con los empresarios. Los marcadores sociales que se constatan en este estudio, confirman hallazgos de estudios similares. Fresneda; ONS, 2015

busquen cambiar su trabajo pero siempre en una menor proporción (34,4%) (Ver Anexo 3.13. Multisatisfacción con el trabajo).

Ambas clases sociales - obrera y empresarial - disfrutan de tiempo libre sin diferencias estadísticamente significativas por sexo o edad; pero las diferencias radican en cómo pueden usar este tiempo libre; mientras los empresarios realizan actividades familiares que incluyen oficio en casa / actividad física, viajes y actividades culturales en una proporción superior, los obreros se ven restringidos a usar este tiempo en actividades familiares haciendo oficio en casa y actividad física (ver anexo estilo de vida tiempo libre).

Cuatro de cada cinco empresarios están más satisfechos con su trabajo (82,9%), debido a los beneficios, prestaciones, ingresos y utilidad social que percibe cerca de la mitad de la población de empresarios y a que las jornadas de trabajo les permite autonomía para realizar actividades familiares en uno de cada cuatro empresarios; por todo esto, no buscan cambiar su trabajo y logran organizar alternativas de preparación para la vejez.

Aunque la insatisfacción con el trabajo muestra situaciones similares entre las dos clases sociales, es más alta la insatisfacción en la clase obrera ya que más de la mitad de los obreros están expuestos (51,1%) a un nivel de ingresos menor con demora en los pagos, jornadas largas de trabajo las cuales se tornan rutinarias y con poco tiempo de atención para el paciente (ver anexo satisfacción por clase). Dado que en la correlación el nivel de insatisfacción con el trabajo no genera un impacto diferencial importante por sexo y clase social, se puede afirmar que no hay un protector para la insatisfacción del profesional; pese a ello, es preciso profundizar en las desigualdades que vive la mujer de clase obrera.

3.3.3. Desigualdades de clase social en las condiciones de trabajo

La **clase obrera** está mayormente expuesta a riesgo físico (85,2%), especialmente a los riesgos relacionados con la vibración de la maquinaria, el ruido fuerte, el material infeccioso, la postura incómoda, el cansancio, el esfuerzo de la vista y el espacio físico y social muy reducidos. Además, uno de cada 4 obreros se expone a una alta intensidad de trabajo al hacer atención clínica además de tener que realizar varios registros, sin apoyo de personal auxiliar, con un ritmo de trabajo acelerado para alcanzar la atención de cuatro o más pacientes por hora, entre los cuales puede incluir la atención de personas atemorizadas o irritables y/ó cubrir turnos durante los fines de semana. Existe un factor protector para más de la mitad de los obreros (54,9%), relacionado con el apoyo de los colegas del trabajo, donde los niveles de equidad y de cooperación, propician un sentimiento de trato justo en el trabajo.

La renovación tecnológica del último año de trabajo del obrero ha sido sólo del 43,4% mientras que para el empresario ha sido de 56%, con énfasis en la mejora de la atención al cliente con apoyo en registros e incremento en la oferta de servicios especializados enfocados en el uso de materiales estéticos. Existe un riesgo mayor de 1,5 veces en el obrero de percibir que no hay cambio tecnológico en su trabajo clínico, sin diferencias significativas por edad y sexo (ver Anexo 3.14. Condición empleo).

Segundo empleo, para el análisis de esta variable se deriva una variable que excluye aquellos profesionales que dicen no haber tenido un segundo trabajo. Al comparar el primer y el segundo empleo, el obrero cree que el segundo empleo es 3,2 veces peor (13,7%) que el empresario (4,1%), sin diferencias estadísticas por sexo/edad (ver anexo segundo empleo). Se considera peor el segundo empleo por parte de los obreros sin diferencias estadísticas significativas. Puede haber diferencias en el segundo empleo por sexo y por edad, pero no en la combinación de estas variables de control. Por tipo de práctica odontológica, los profesionales posicionados en la práctica tecnologizada buscan un segundo empleo, sin conseguirlo, por un tiempo de 6 meses o más.

Sobre el desempleo se observa una mayor proporción de obreros afectados que empresarios. Mientras uno de cada 10 obreros no ha estado desempleado, en los empresarios uno de cada 4 no ha estado desempleado. El riesgo de estar desempleado alguna vez en la vida laboral de los obreros es 2 veces mayor que en los empresarios, sin diferencias por sexo y edad; si bien el desempleo es prevalente entre los profesionales, la edad puede tener una correlación distinta con el riesgo de desempleo respecto del área y nivel máximo de escolaridad. Se observan diferencias de sexo en el riesgo de desempleo entre los profesionales con especialización (no clínica), al comportarse como un factor protector; en las mujeres odontólogas se observa un mecanismo de fuga al desempleo correspondiente a una mayor escolaridad en área no clínica (Ver Anexo 3.14. Condición empleo).

3.3.4. Relaciones de poder y Organización gremial de la clase obrera

Entre las relaciones de poder político del profesional por clase social es importante revisar las diferencias entre los apoyos sociales, jurídicos, gremiales y sindicales existentes en Bogotá: los obreros aprecian mayormente la asesoría que pueda mejorar su condición laboral (58,2%), tres de cada cinco (62,6%) desconocen las alternativas existentes para lograr dicha mejora. Muy pocos conocen el apoyo y la organización sindical (3,8%) y cerca de sólo una quinta parte de los obreros conoce o ha empleado el apoyo gremial (19,2%). Con lo anterior, se afirma que los obreros se exponen 1,4 veces más al desconocimiento acerca de las alternativas de mejora laboral y de organización política respecto de los empresarios, quienes además de conocer más sobre la organización gremial, reconocen alternativas jurídicas y sindicales. No obstante, es importante destacar que ninguna clase social conoce el sindicalismo como una organización social y política necesaria dentro de la práctica odontológica (ver Anexo 3.14. Condición empleo).

Relaciones ecológicas: ambas clases sociales tienen conocimiento y han incorporado prácticas rutinarias de reciclaje y de cuidado del medio, mediante el manejo que se ha recomendado por parte de las entidades encargadas de los desechos en el sitio de trabajo (ej. uso de bolsas de colores y del servicio de aseo, uso del guardián, manejo de los desechos de mercurio y de riesgo biológico) y en el sitio de vivienda.

3.4. Precaridad laboral por clase social

En todas las pruebas estadísticas realizadas se obtuvo alta significacia con un 95% de nivel de confianza. (Ver anexo 3.15. Precariedad laboral). Se puede afirmar que la **clase obrera** está

más expuesta a la precariedad laboral debido a varios aspectos que afectan negativamente su modo de vida: el tipo y localización del trabajo les obliga a tener alta cantidad de horas a la semana ocupadas (29,7%) de 41 a 50 horas y (9,3%) más de 51 horas a la semana ó al contrario en la situación opuesta, con muy poco tiempo de empleo productivo: de 1 a 10 horas (9,3%). Más de la mitad de obreros deben aportar suministros, 57,1%. La localización del empleo generalmente es al sur de Bogotá (35,2%) con difícil acceso por una vía secundaria 26,4%, lo que coloca a tres de cinco obreros a usar transporte público (61,5%) gastando en algunos casos, más de una hora en este desplazamiento de la casa al trabajo (21,4%); y de igual forma para regresar a sus casas (60,4%).

En general, los obreros están segregados en la ciudad, por vivir lejos del trabajo, acceder por vías secundarias al trabajo, quedarse en el lugar de trabajo por menos de 10 horas/semana, o lo opuesto, por más de 40 horas semana; la mayoría de ellos, deben aportar suministros al trabajo; lo anterior constituye una carga laboral que el vivirla día a día configura un modo de vida de la clase obrera con repercusiones en el profesional en varias esferas. Entre los pocos aspectos que protegen el modo de vida de los obreros se menciona el trabajo menos precario en uno de cada 4 obreros; este consiste en empleos de 31 a 40 horas semana (24,2); uso de auto particular para llegar al sitio de trabajo (20,9%) y para regresar a sus viviendas y acceso por una vía principal (70%), menos de 30 minutos como máximo en este desplazamiento (36,3%); y no verse obligados a aportar suministros al trabajo (36,8%);

La clase **empresarial** está menos expuesta a la precariedad laboral debido a los siguientes procesos protectores de la clase social: inserción en trabajo no precario: de 31 a 50 horas/semana (56,1%); tres de cuatro (77,8%) acceden por una vía principal al trabajo, la mitad de ellos usan auto particular para acceder y regresar del trabajo (48,5%) y gastan menos de 30 minutos en llegar al trabajo (42,5%) (Ver anexo 3.15. Precariedad laboral).

3.5. Desigualdades en los modos de vida por tipo de práctica odontológica

El modo de vida del profesional puede cambiar de acuerdo al **tipo de práctica odontológica** y la posición social desde la cual se inserta socio-laboralmente. En este estudio se observa que los tipos de práctica odontológica de acuerdo a la posición de clase social, re-producen la desigual distribución de profesionales en Bogotá entre los distintos modos de producción de servicios. La **clase empleada-obrera** se inserta laboralmente por **tipo de práctica** de la siguiente forma en un: 43,2% de obreros entran a trabajar dentro de la práctica odontológica corporativizada; 41,7% entran a la práctica odontológica corporativiza - tecnologizada; 37%, entran a la práctica odontológica de Seguridad Social de la Ley 100 y, la menor proporción se insertan en la práctica odontológica de la Seguridad Social Convencional, la cual también conlleva sobrecarga laboral.

La práctica más frecuente en los obreros de clase baja es la **corporativiza tecnologizada** (57,3%) donde se ubican por lo menos tres de cada cinco obreros, mientras que en los obreros de clase media el 40,3% están en la práctica institucional de la **seguridad social convencional.** Para obreros de clase baja estar en una práctica **corporativiza tecnologizada** conlleva más explotación laboral por horas de trabajo e intensidad de las jornadas, tipo de contrato y salario, además del acceso a la ciudad, pues cerca de la mitad de los profesionales posicionados

socialmente como empleados - obreros viven al norte (45,3%) o al occidente (38,7%) de Bogotá, por lo que deben desplazarse por la ciudad diariamente para acceder al trabajo generalmente localizado al sur de la ciudad (42,7%).

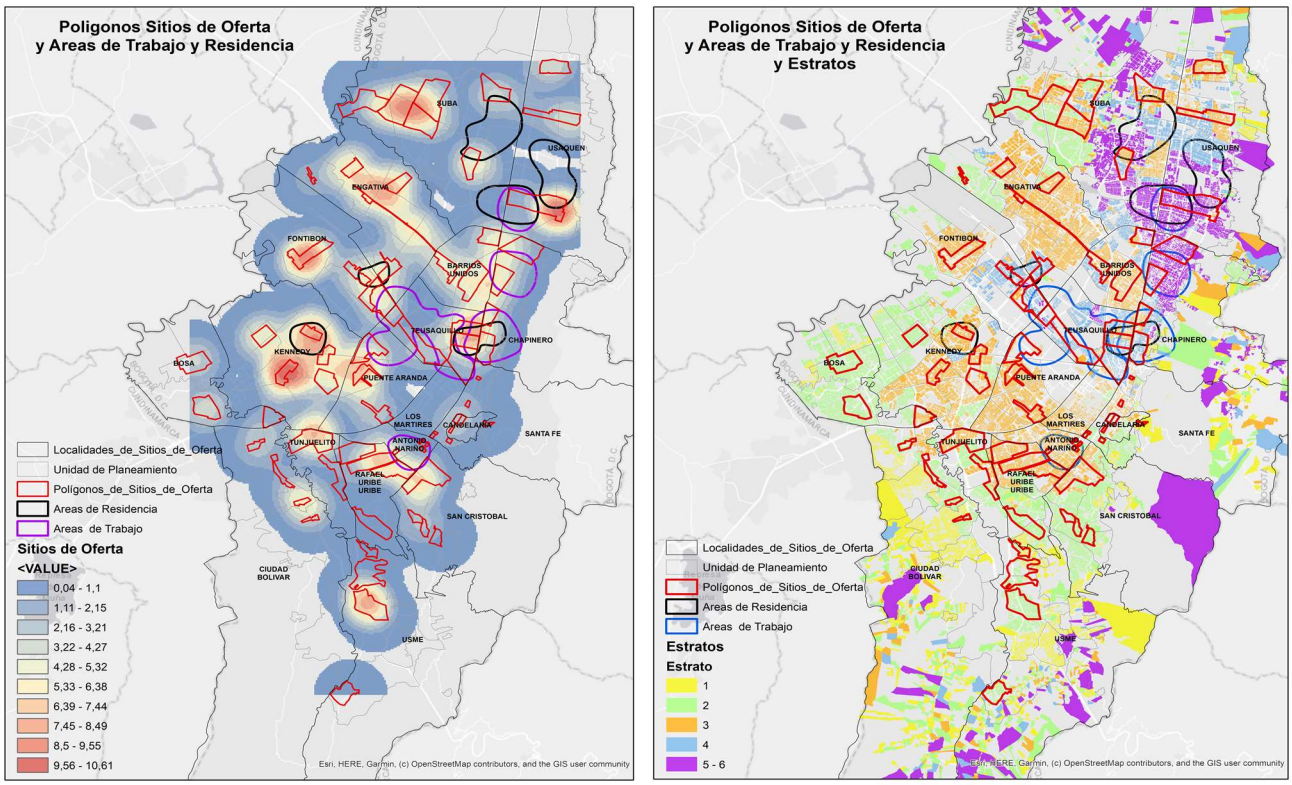
Para los profesionales obreros de clase media estar en la práctica de seguridad convencional significa un cambio en el modo de vida, pues más de la mitad de estos profesionales viven al norte (50,9%), trabajan frecuentemente en el norte de la ciudad (36,8%) y pueden hacer uso del tiempo libre de forma más autónoma así como también, pueden hacer uso del transporte propio para movilizarse al sitio de trabajo.

La práctica odontológica **Corporativizada** es la que mayor sobrecarga laboral y desgaste genera entre los profesionales, debido a la organización de esta práctica basada en un trabajo precario en el cual están en mayor riesgo de tener una inserción laboral los odontólogos de clase obrera (Ver mapas 3.1. Contraste Polígonos, sitios de oferta, área de trabajo y vivienda – estratos en Bogotá).

3.5.1. Determinación territorial de las desigualdades en los modos de vida

En los siguientes mapas se observa el contraste entre los desiguales modos de vida de los odontólogos, la localización de la oferta de empleo y servicios odontológicos por polígono de observación del trabajo de campo y la localización del trabajo y la residencia de los profesionales que trabajan en Bogotá.

Mapa 3.1. Contraste Polígonos, sitios de y áreas de trabajo y de residencia - por estratos



Fuente: Elaboración propia a partir de fuente primaria, Encuesta y trabajo de campo, 2020.

Como resultado de la georeferenciación y del análisis de las fuentes primarias se visibilizan los contrastes entre las áreas donde se localizan los trabajos y las áreas de residencia de los profesionales que trabajan en Bogotá. Predomina la localización de las áreas de residencia al norte de Bogotá: en las Localidades de Usaquén y Suba principalmente y, en Teusaquillo, Chapinero y Kennedy en segundo lugar. Mientras los trabajos principales de los odontólogos se localizan en áreas del norte, en: Usaquén y Suba, Teusaquillo, Chapinero y en el Centro de Bogotá en: Antonio Nariño. Solamente para algunos de los profesionales que viven al norte (Chapinero y Usaquén), en áreas de la ciudad de alta estratificación (estratos 4, 5 y 6) sus trabajos son accesibles geográficamente con menos gasto de tiempo y recursos para desplazamientos.

Los estratos socioeconómicos altos generan patrones de exclusividad en los modos de vivir en Bogotá, no obstante concentra la mayor cantidad de residencias de los profesionales y de sus empleos, con una distribución territorial muy desigual entre el norte, el sur y el centro, determinada por la neoliberalización de los territorios y los modos de vivir en Bogotá.

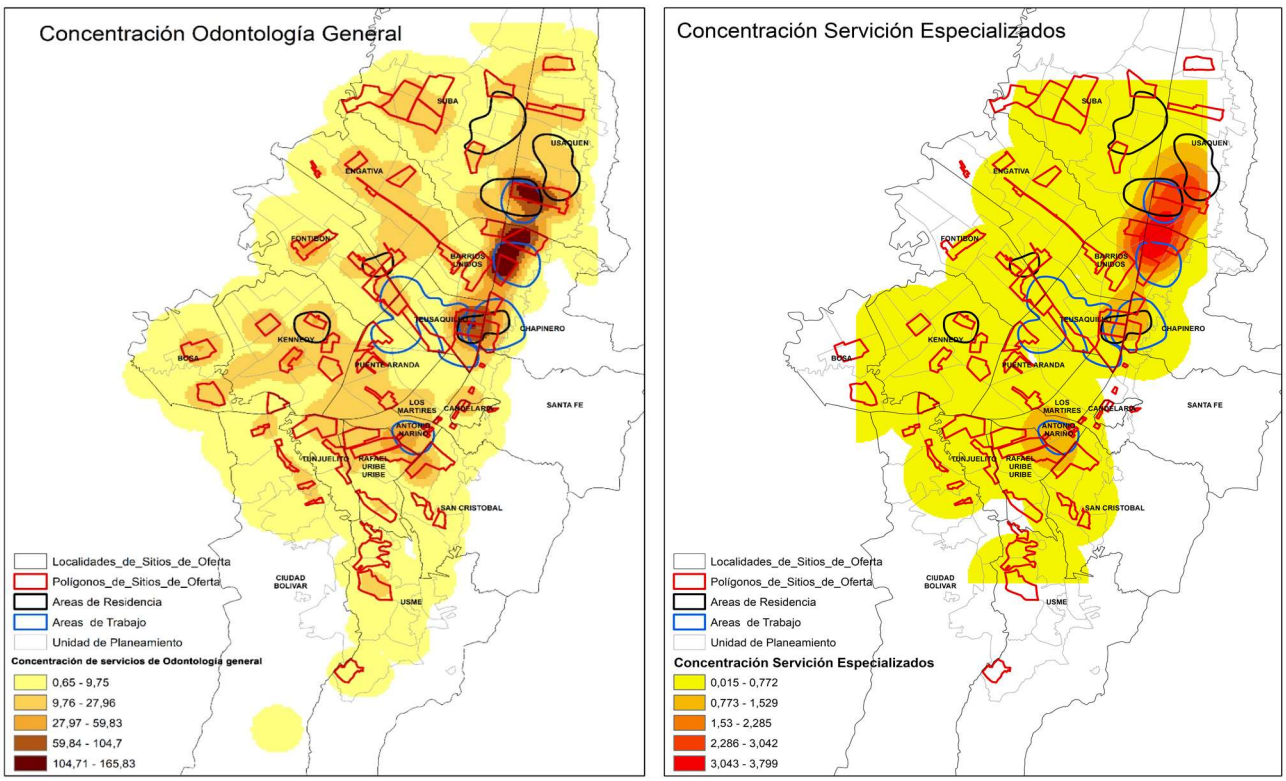
Se observa que la clase obrera generalmente tiene trabajo en práctica odontológica corporativa-tecnologizada que se mueve por distintas Localidades y, la clase empresarial generalmente tiene trabajo en práctica odontológica institucional de seguridad convencional y de seguridad social Ley 100 -93 ubicadas en el norte de la ciudad. El modo de vida por tipo de práctica odontológica en la ciudad, re-produce una mayor segregación social por clase social para los

obreros, con limitación en el acceso a la ciudad tanto para los profesionales como para las poblaciones que requieren atención odontológica, con daños mayores para esta clase.

Del contraste entre los sitios de oferta de empleo/servicios odontológicos georeferenciados por cada polígono de observación y los modos de vivir de los profesionales, se subraya que: en todas las Localidades se re-produce el patrón de cercanía de la ocupación con la vivienda en el mismo territorio, creando zonas en Bogotá con marcadores geoestratificadas; a estas zonas de geoestratificación se tiene un acceso limitado, tanto a las áreas comerciales mediante equipamentos de transporte público, como a los servicios odontológicos para aquellos consumidores que no tienen capacidad de adquisitiva ni capacidad de movilidad en la ciudad. Se re-produce una doble segregación la de acceso a la salud bucal y la de acceso acceso a la ciudad (Ver mapas de concentración de servicios de odontología general y especializada).

En los siguientes mapas se añade al contraste de algunos elementos de los modos de vida de los odontólogos encuestados: la concentración de los servicios habilitados de prestación de servicios de odontología general y especializada en Bogotá para el año 2020.

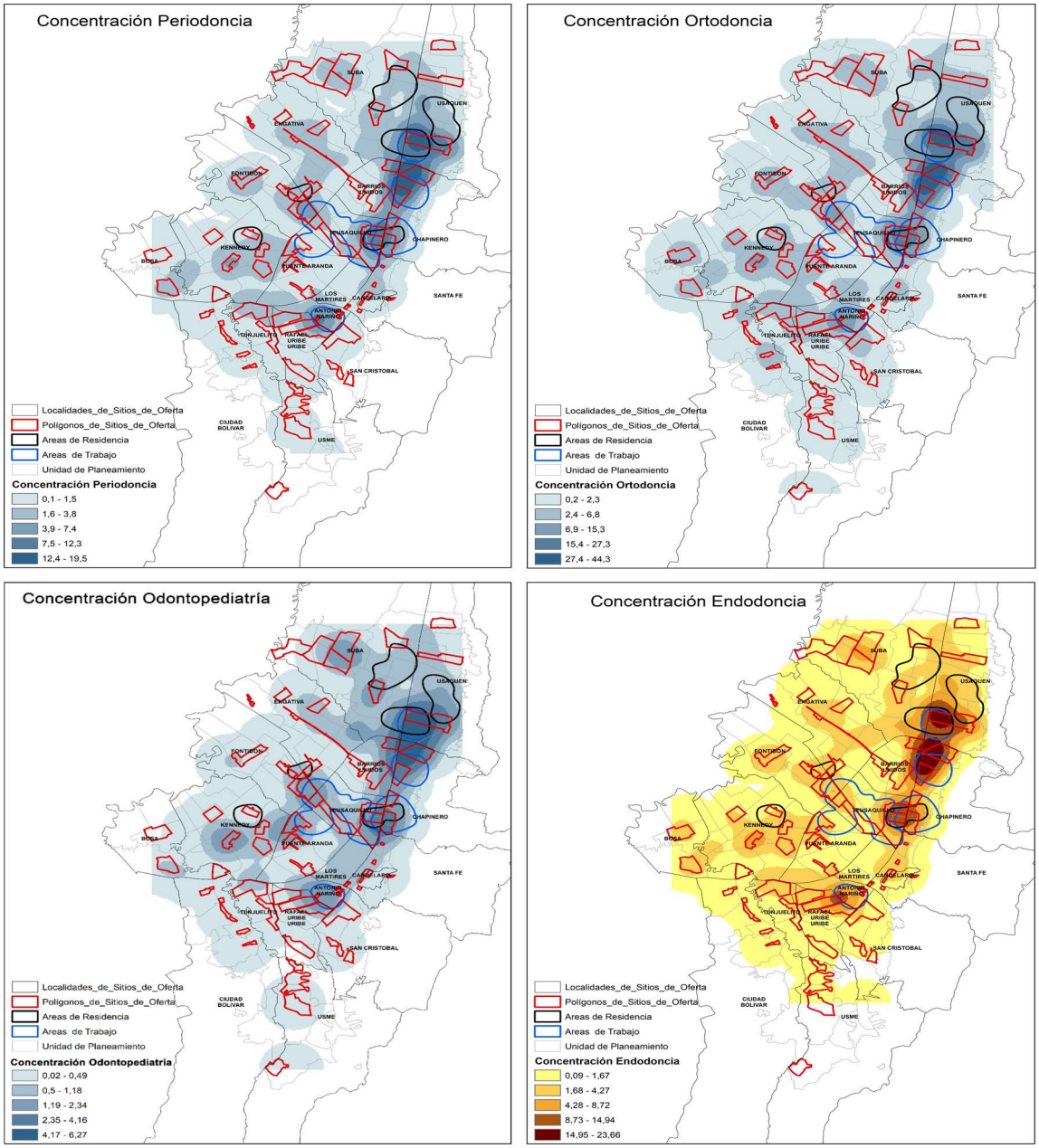
Mapa 3.2. Contraste concentración de los servicios habilitados de Odontología general y especializada en Bogotá 2020



Fuente: Elaboración propia a partir de fuentes primarias: Encuesta, trabajo de campo, 2020.

Se observa una segregación socio laboral que re-produce la territorialización neoliberal de las zonas geoestratificadas; a esta se añade otra segregación de los servicios de odontología especializada en Bogotá, con un patrón que es imitado por los servicios de odontología general. Esta segregaciones tienen implicaciones en todas las clase sociales y los tipos de práctica, en tanto el profesional odontólogo en su mayoría tiene un nivel de escolaridad de especialización/especialista para quien se considera improductivo trabajar/mercadear servicios de odontología general. (Ver mapas 3.3. Contraste con la concentración de servicios habilitados por cada especialidad odontológica: periodoncia, ortodoncia, odontopedriatría y endodoncia en Bogotá, para el año 2020).

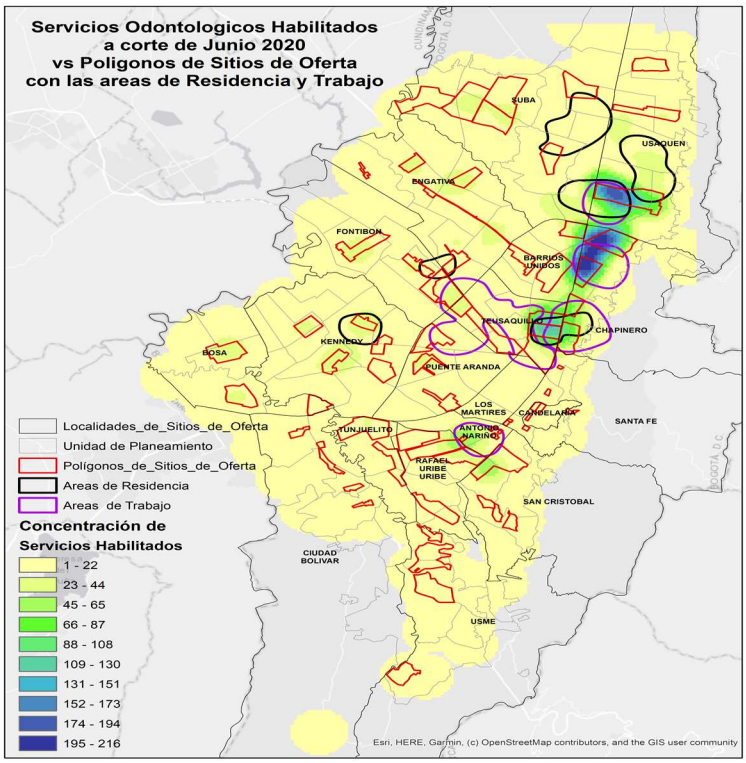
Mapas 3.3. Contraste concentración de servicios habilitados por especialidad odontológica Bogotá 2020



Fuente: Elaboración propia a partir de fuentes primarias: Servicios habilitados en Bogotá, encuesta y trabajo de campo, 2020.

La concentración de servicios especializados - habilitados en Bogotá, señala el siguiente orden descendente en el tamaño de la concentración territorial: 1. Ortodoncia, 2. Endodoncia, 3. Periodoncia, 4 Odontopediatría. Sin embargo, el patrón de distribución - territorialización es idéntico para todos los servicios especializados, re-produciendo los procesos de territorialización de la ciudad sobre los modos de produccion de servicios odontológicos en Bogotá, planteados en el capítulo anterior. (Ver mapa 3.4. Servicios odontológicos habilitados 2020 vs polígonos de oferta de trabajo, sitios de residencia y trabajo de los profesionales encuestados).

Mapa 3.4. Servicios odontológicos habilitados 2020 Polígonos de oferta de trabajo, sitios de residencia y trabajo de encuestados



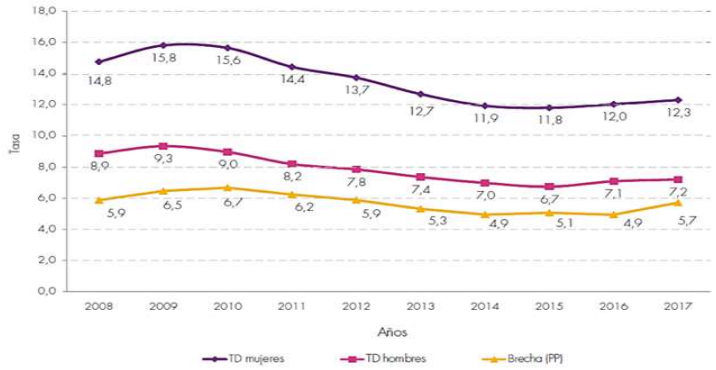
Fuente: Elaboración propia a partir de fuentes primarias: Servicios habilitados en Bogotá, encuesta y trabajo de campo, 2020.

En el contraste de este mapa se constata la ausencia de servicios habilitados en el sur y el centro de Bogotá, con persistencia de este patrón territorial en las periferias de toda la capital.

La secuencia entre lo cuantitativo y lo cualitativo, muestra convergencia en la feminización de la precariedad laboral y la divergencia en la localización en el territorio de la ciudad; el estudio cualitativo también arroja un patrón de deslocalización del trabajo debido a la crisis en la forma como se han insertado socialmente los profesionales más jóvenes. La flexibilidad y la informalidad empiezan a ser una característica feminizada de la práctica odontológica (Ver Feminización de la pobreza), como ocurre con la desigualdad en las mujeres y la magnitud de la brecha de desempleo generalizado, respecto de los hombres, entre 2008 y 2017.

Feminización de la pobreza, clase obrera y estratificación de Bogotá

Gráfica 3.9. Desigualdad de género en la tasa de desempleo en Colombia 2008 -2017



Fuente: Tomado de García; A., Morán, 2018

3.6. Estilos de vida de los odontólogos que trabajan en Bogotá

En esta investigación el estilo de vida se entiende como una expresión singular del modo de vida del odontólogo que pueden ser una expresión de la agencia de acciones específicas en aspectos decisivos de la vida laboral del odontólogo. En este apartado profundizamos en la agencia del profesional en el marco de las relaciones con los modos de vida identificados en el capítulo anterior, bajo un enfoque de interpretación que reconoce situaciones meritocráticas o de competencia por el acceso a oportunidades de quienes demuestren capacidades más fuertes, que son más frecuentes, desde una perspectiva liberal. No valoramos acciones de emprendimiento que conducen a comportamientos competitivos. En consistencia con el enfoque de la investigación, privilegiamos la movilidad social, valorando las distintas acciones que se dirigen a cambiar todo el continuum de acciones de precarización que caracteriza la vida del profesional (Sautu, 2014:14).

i) La relación de in-satisfacción con el trabajo, las concepciones y valores relacionados con éste en aspectos tales como: los patrones familiares y personales de consumos en vivienda, acceso a servicios, recreación, cultura ó descanso; los daños en la salud ocasionados por enfermedades profesionales y/ó otro tipo de enfermedades de carácter crónico que afectan al profesional. La percepción sobre la salud y el acceso al sistema de salud y seguridad social del país, mediante el aseguramiento en salud u otros mecanismos.

ii) Las capacidades y agencia de carácter personal – familiar orientadas a organizar y sostener acciones dirigidas al cuidado de la vida en general y la propia, en defensa de la salud en el trabajo, a partir de espacios de socialización en el hogar, el trabajo y la comunidad y por último, las capacidades ecológicas en casa y en el sitio de trabajo

iii) La trayectoria laboral se considera desde el inicio de la vida laboral que incluye las tramas y experiencias personales – familiares, comunitarias e institucionales relacionadas con cambios/permanencias en los contextos socio históricos (Dalle,

2013, 2016) de la vida del profesional recién egresado[39], hasta el uso de medios de subsistencia y producción empleados para insertarse en la vida laboral del odontólogo. Contempla igualmente las etapas y temporalidades de la mismas, para alcanzar posiciones dentro del proceso productivo por parte del profesional. El énfasis del estudio, más que en jerarquía social, está colocado en la clase social en sí - para sí.

En el desarrollo teórico metodológico se emplearon métodos mixtos basados en la lectura e interpretación concurrente de la realidad a partir de los datos recolectados mediante técnicas intensivas (29 entrevistas semiestruturadas y 2 entrevistas en profundidad; 2 entrevistas colectivas a dos grupos de profesionales) y mediante técnicas extensivas (Encuesta INSOC), dirigidas a profesionales seleccionados bajo distintas vinculaciones laborales, tipos de universidad de pregrado y de práctica odontológica y distribución por sexo: 65% mujeres y 35% hombres. (Ver gráfica, población estudiada), con información de fuentes secundarias. Se empleo el sistema N-Vivo versión 11 para apoyar el análisis de datos cualitativos.

3.6.1. Desigualdades en estilos de vida por clase social del odontólogo en Bogotá

Cada clase social señala unos patrones laborales que le proporcion singularidad a los profesionales de acuerdo a la edad, el sexo, la personalidad, el rol en la jefatura del hogar, el sitio de vivienda y las satisfacciones con el trabajo, entre otros. Precisamos en seguida los elementos generales considerados en los estilos de vida: el trabajo odontológico se caracteriza por estar mercantilizado y precarizado desde los años 80, con expresiones en todos los tipos de práctica odontológica y las clases sociales existentes dentro de la profesión. Existen riesgos mayores en la clase obrera en todos los estilos de vida, desde la inserción social en una familia como jefe de hogar, hasta la inserción en modos de vida que pueden desarrollar según los patrones de género por tipo de práctica odontológica y, la territorialización de los servicios odontológicos que imponen jeraquías al mundo del trabajo odontológico en la ciudad.

En los obreros de clase media hay 3,3 veces más riesgo de ser jefe de hogar que en la clase empresarial, sin olvidar que hay 3 mujeres por cada hombre en jefatura de hogar. La precariedad laboral es mayor entre los obreros no jefes de hogar, quienes no alcanzan una posición social de poder en la familia o en la profesión y deben mantenerse subordinados al jefe de hogar y al directivo correspondiente en la escala laboral donde esté inserto. Lo anterior re-produce las relaciones de violencia capitalista, sexista, machista/patriarcal en el hogar y en el trabajo.

La precariedad laboral que experimentan los obreros es mayor que en los empresarios, sin diferencias por sexo/edad, lo cual está asociado también a la sobrecarga inherente al tipo de práctica odontológica. La práctica laboralmente más precaria es la corporativizada/ tecnologizada; en esta los obreros tienen mayor riesgo de estar inmersos trabajando en este tipo de práctica, de sentirse insatisfechos con el trabajo, además de percibir que no hay un verdadero recambio tecnológico en el trabajo, como se ofrece en la publicidad para vender más servicios pero no para mejorar las condiciones del trabajo. Se realizan actualizaciones y

[39] Medios de subsistencia y de producción entre lso cuales se incluye: agencia personal y/ó redes de apoyo familiar – comunitaria – institucional y social: relaciones de solidaridad en el gremio, organizaciones científicas, sindicales, etc.

recambios en tecnologías en los sistemas de registro de pacientes, en programas de facturación de los tratamientos o en la compra de materiales empleados para tratamientos de carácter estético.

La tendencia de aumentar la participación de la clase obrera – baja, dentro del tipo de práctica odontológica corporativa - tecnologizada, se agrava por el riesgo de 1,4 veces más de ser estigmatizada y sufrir daño personal, familiar y profesional debido a no saber vivir y/ó no saber ser obrero, -con participación activa en una o más organizaciones política, gremial, sindical y socialmente destacada para la profesión. Además los obreros son mayormente segregados de las zonas de oferta de servicios odontológicos especializados y de empleo en estos sitios en Bogotá, debido a que su vivienda está en sitios alejados de esta oferta, lo que les implica dos desplazamientos diarios en un medio masivo de transporte público por 30 minutos a una hora, con insatisfacción creciente con el trabajo. El estilo de vida del obrero tiene un riesgo de 3.9 veces más de insatisfacción laboral respecto de los empresarios, con deseos de cambio de trabajo en cerca de la mitad de los obreros (43%) y escasa autonomía de empleo de su tiempo no laboral en actividades que le permitan alcanzar un balance en su vida profesional.

El segundo empleo es calificado por el obrero como un empleo 3.2 veces peor, con sólo un elemento protector para las obreras mujeres que tienen especialización y han podido ingresar a empresas o entidades públicas preferiblemente, ó a empresas privadas para ocupar cargos en áreas no clínicas. La competencia por una posición social mejor desde áreas de desempeño clínico, es más desventajosa para las mujeres. Lo que permite concluir que la desigualdad de clase y género se intersectan y se potencian en contras de las mujeres. Se requieren otros estudios sobre diversas áreas de trabajo clínico y de contraste entre los roles y conflictos de género entre hombres y mujeres especialistas y en distintas posiciones jerárquicas dentro de la misma clase social.

3.6.2. Desigualdad de clase en el proceso salud - enfermedad – atención – cuidado de los profesionales en Bogotá.

El proceso salud enfermedad de los profesionales, así como la atención y el cuidado de la armonía de este proceso en toda su complejidad, está subordinado a las condiciones laborales, al modo de producción en el que está inserto el odontólogo, a las posibilidades reales y relativas de tomar acciones con autonomía y libertad y a las relaciones entre estos aspectos. En general, las condiciones de salud dependen de los modos de vivir que puede tener el profesional de acuerdo al lugar ocupado en la sociedad y en particular, de las capacidades singulares de cada quien. Sobre esto profundizamos en seguida.

Partimos de la percepción de salud de los odontólogos y sus diferencias por clase social. La percepción de salud es peor para los empleados obreros que para los empresarios; los obreros perciben su situación de salud en condiciones regulares en el 17,6% y malas en un 1,1%. Si bien para más de la mitad de los obreros no ha sido necesario buscar atención médica en el último semestre (61%), para los empresarios sí, en un (69,4%) debido entre otros, a las desigualdades entre las clases sociales, en el acceso a una mayor oportunidad y diversidad de esquemas de aseguramiento en salud, entre los esquemas disponibles dentro y fuera de la seguridad social del país (Régimen contributivo, Plan complementario, medicina prepagada y/ó

Medicina alternativa). Asimismo los empresarios cuentan con mayor autonomía para el uso y distribución del tiempo dedicado a la atención y el cuidado de la salud que los empleados-obreros.

Sin embargo, es importante destacar que ninguna de las dos clases sociales ha resuelto el problema de atención a la salud en el sistema de seguridad social existente en la ciudad; es mayor la proporción de situaciones de no resolutividad entre los obreros (30%) que en los empresarios (24,7%) (ver anexo Percepción de salud). Por lo cual, además de los daños a la salud, la atención y cuidado de la salud del profesional dentro del sistema de salud colombiano, también es necesario revisar en profundidad el estilo de vida que deben llevar los trabajadores de la salud bucal y sus expresiones en las condiciones de vida y salud del profesional.

Los obreros tienen peor percepción de salud sin diferencias estadísticamente significativas por sexo o edad; si bien ser obrero protege de las enfermedades crónicas, no puede evitar este tipo de enfermedades, al contrario, éstas pueden aumentar cuando el profesional ha recibido tratamiento para el estrés, sin una diferencia significativa por clase social. Los obreros han sufrido más estrés 73,1% que los no obreros 68,3% y aunque ambas clases sociales han sido tratadas dentro del sistema de aseguramiento en salud, en ninguna de las clases se ha resuelto el problema de salud /enfermedad de los profesionales. Los daños en la salud ocurren por cuenta de la precariedad laboral que deja sin protección social a los profesionales sin diferencias importantes por clases sociales.

Las enfermedades crónicas son prevalentes en uno de cada cinco de los odontólogos que trabajan en Bogotá (21%); la distribución de estas enfermedades se explica por la clase social: son más frecuentes las enfermedades crónicas entre la clase empresarial 24% que en la obrera 14%, debido a una asociación mayor entre la prevalencia de las enfermedades crónicas y el desempleo que entre éstas y los riesgos físicos del trabajo o la sobre carga laboral.

Entre la clase empresarial que ha recibido tratamiento para el estrés el último año hay un riesgo 2.68 veces mayor de sufrir una enfermedad crónica que entre la clase obrera; este riesgo aumenta con la edad sin diferencias significativas por sexo. Las enfermedades crónicas más frecuentes entre los profesionales son las de tipo metabólicas, y estre éstas principalmente la hipertensión arterial y la obesidad. Ser obrero protege de la enfermedad crónica.

El estilo de vida del profesional que ha sufrido una enfermedad laboral o un accidente de trabajo en el último año produce una prevalencia similar a la existente para las enfermedades crónicas, sin diferencias importantes por clase social; 1 de cada 4 profesionales se enferma de enfermedades laborales, tales como, entre las más frecuentes destacamos: las lesiones músculo esqueléticas en miembros superiores, los daños en la columna vertebral y las lesiones auditivas o visuales.

La atención en salud mediante el uso del sistema de seguridad social en salud por el profesional odontólogo está subsumido a la clase social del trabajador, debido a la organización comercial y mercantil del sistema de salud colombiano. El sistema de pensión ha afecta con la creciente precaridad laboral. En nuestro contraste observamos que más del 80% de los obreros cotizan a salud y pensión. Cerca de tres de cada 4 obreros de clase baja están asegurados en el

régimen contributivo (70,7%), el cual deben combinar con subsidios y planes complementarios; en los obreros de clase media: dos de cada cuatro odontólogos están asegurados en el régimen contributivo (56,8%) combinando también con medicina prepagada, planes complementarios y medicinas no alopáticas (ver Anexo 3.16. Obreros clase media y baja).

3.7. Trayectorias laborales y movilidad social

Las trayectorias laborales de odontólogos en Bogotá nos permiten caracterizar cómo han alcanzado sus lugares en el proceso productivo de la odontología durante las tres últimas décadas, a partir de las relaciones entre los medios de subsistencia aportados por cada quien y los modos de producción donde se inserta el profesional. Las trayectorias consideran la movilidad social en la diversidad de posibilidades/temporalidades de inserción laboral de los odontólogos entrevistados, las diferencias entre las áreas de inserción y de desempeño laboral, según los tipos de práctica odontológica desde su inicio de vida laboral. (Ver Tabla 3.3. Trayectorias Laborales : relaciones entre Medios de producción - Lugar en el Proceso productivo. (Profesionales entrevistados Bogotá, 2019.)

Tabla 3.3. Trayectorias Laborales y movilidad: relaciones entre medios producción y lugar en el proceso productivo. (Profesionales entrevistados Bogotá, 2019).

Trayectorias Laborales : relaciones entre Medios - Lugar en el Proceso productivo. (Profesionales entrevistados Bogotá, 2019)

Lugar Proceso Productivo	Tipo de práctica Odontológica en la inserción laboral	Medios de producción	1. Etapa: Inserción Laboral	Duración Inserción Laboral	2. Etapa: Estabilización laboral - Condiciones de empleo	Duración Estabilización laboral	3.Etapa: Consolidación	DuraciónEtapa Consolidación
Gran Empresario	Práctica Od. Seguridad Social Convencional	Familiares - Redes Personales Institucionales	Rural Cuenta propia Posgrado	2 años	Sociedad clínica Empleado	8 años	Clínica especialidades en cadena IPS	21 años
	Práctica Od. Seguridad Social Convencional	1. Familiares - Redes 3. Personales 2. Institucionales	Rural Posgrado	5 años	Empleado empresa privada Clínica especialidades en cadena IPS	6 años	Clínica especialidades en cadena IPS	30 años
Mediano Empresario	Práctica Od. Seguridad Social Ley 100	Familiares - Redes Personales	Rural Cuenta propia Explotación laboral (salario, contrato) No puede ahorrar	3 años	Posgrado - Clínica	2 años	Clínica especialidades en cadena IPS	18 años
	Práctica Od. Seguridad Social Ley 100	Redes Personales	Rural Consultorio	2 años	Posgrado - Clínica	2 años	Clínica IPS	26 años
Pequeño Empresario	Práctica Od. Seguridad Social Convencional	Familiares - Personales	Empleado público posgrado	1 año	Empleado público Cuenta propia	3,5 años	IPS especialidades	25 años
	Práctica Od. Seguridad Social Convencional	1. Familiares - Redes 3. Personales 2. Institucionales	Rural Desempeño en auditoría	1 año	Empleado Empresa Pública o del Gobierno - cursos	2 años	Empleado Empresa Pública o del Gobierno área admtiva	23 años
	Práctica Od. Seguridad Social Convencional	1. Familiares - Redes 3. Personales 2. Institucionales	Rural	1.5 años	Consultorio Posgrado	3 años	Empleado Empresa Pública o del Gobierno, empresa privada.	21 años
Empleado Empresa Pública o del Gobierno	Práctica Od. Tecnologizada	1. Familiares - Redes 2. Personales	Rural	6 meses	Empleado empresa privada. Explotación laboral	2 años	Empleado Empresa Pública o del Gobierno Cursos	6 años
	Práctica Od. Seguridad Social Convencional	1. Familiares - Redes Personales	Rural Posgrado	1 año	Empleado empresa privada. Explotación laboral	2 años	Empleado Empresa Pública o del Gobierno Cursos	10 años
	Práctica Od. Corporativizada	1. Familiares - Redes 3. Personales 2. Institucionales	Rural	1 año	Empleado empresa privada. Explotación laboral	Meses	Empleado Empresa Pública o del Gobierno cursos	4 años
	Práctica Od. Seguridad Social Convencional	1. Familiares - Redes 2. Personales	1. Cuenta propia 2. Empleado empresa pública 3. Empleado Empresa privada	3 - 5 meses	Posgrado Empleado empresa pública y de privada	3 años	Empleado empresa privada - Cuenta propia	27 años
	Práctica Od. Tecnologizada	1. Familiares - Redes 2. Personales	Rural Subempleado	2 años	Posgrado - Cuenta propia	2 años	Empleado empresa privada	6 años
	Práctica Od. Tecnologizada	1. Familiares - Redes 2. Personales	Rural Posgrado	2 años	Empleado empresa privada Clínica compartida	20 años	Empleado empresa privada, Cuenta propia	5 años
	Práctica Od. Tecnologizada	1. Familiares - Redes	SubEmpleado empresa privada contrato prestación servicios	4 años	Posgrado	1 año	Empleado empresa privada	1 año
Empleado Empresa privada		1. Familiares - Redes 3. Personales 2. Institucionales	Rural	1 año	Consultorio	2 años	Empleado empresa privada	5 años
	Práctica Od. Tecnologizada	1. Familiares - Redes	Rural	1 año	Empleado empresa privada	4 años	Empleado empresa privada	12 años
	Práctica Od. Corporativizada	Personales - No redes	Rural Dificultades en conseguir	1 año	Empleado empresa privada Explotación laboral	3 años	Empleado empresa privada - Cuenta propia	14 años
	Práctica Od. Tecnologizada	1. Familiares - Redes	Rural	1 año	Empleado empresa privada Explotación laboral	2 años	Empleado empresa privada	5 años
	Práctica Od. Seguridad Social Convencional	1. Familiares - Redes 3. Personales 2. Institucionales	Cuenta propia	5 años	Diplomados Odontología general y especializada	2 años	IPS especialidades Cuenta propia	25 años
Independiente - Cuenta propia	Práctica Od. Corporativizada	1. Personales	Rural SubEmpleado: Explotación laboral (salario, contrato) Ingreso no compensa	2,5 años.	Posgrado Clínica IPS	2 años	Clínica IPS - Cuenta propia	11 años
	Práctica Od. Corporativizada	1. Personales Familiares	Rural	1 año	Posgrado Clínica IPS	2 años	Clínica IPS	12 años
	Práctica Od. Seguridad Social Ley 100	1. Personales Familiares	Empleada, Sociedad - Cuenta propia	2 años	Cuenta propia	15 años	Empleado pública - Cuenta propia	10 años

Fuente: Elaboración propia a partir de fuentes primarias: Entrevistas colectivas realizadas para esta investigación, 2020.

Observamos tendencias por modos de producción con tres etapas comunes en los trayectos laborales y la movilidad social, correspondientes a las etapas de: inserción, estabilización y consolidación.

3.7.1. La etapa de inserción laboral: primer empleo

Esta etapa puede tomar entre una semana a 5 años de acuerdo a las formas cómo los profesionales agencian la superación de obstáculos en los contextos socio económicos personales o familiares y en la inserción al empleo propiamente tal. En lo personal-familiar se emplean diversos medios de subsistencia para la producción laboral de forma óptima (por ej. Vehículos para desplazarse, instrumental, insumos o materiales, comparten consultorio, se endeudan, etc.). *"… montar un consultorio para mí que no tenia digamos el recurso para hacerlo ni para iniciar una especialidad porque tampoco tenía…, tenía era que ahorrar".* (Grupo focal -1, 2019)

"…mi tío, al que yo admiraba, me dejaba ir a su consultorio y ver mis propios pacientes, ni siquiera me cobraba; su consultorio era en un sector muy elegante y ahí empieza mi vida profesional (Entrevista, 2019).

En la inserción al empleo resulta crucial empezar por un real y pertinente **primer empleo del profesional,** el servicio social obligatorio (mal denominado rural); este empleo constituye el mecanismo por excelencia para fortalecer y/ó para crear capacidades de agencia laboral en todo el territorio nacional y en los escenarios de limitado acceso dentro de la formación tradicional del odontólogo; como son: hospital, diversidad de comunidades, ámbitos urbano - rurales o rurales etc. El primer empleo también facilita al profesional reconocer campos de naturaleza inter - transdiciplinaria para el desarrollo de la salud bucal y, generar nuevos recursos para la re-producción de la vida profesional.

En esta primera inserción laboral se observan trayectorias desiguales, debido a la matriz de poder social que reproduce jerarquías mediante el uso de méritos, de relaciones sociales (palancas) o de recursos diversos, donde es notoria la ausencia de relaciones inter-institucionales de la profesión (gremio, asociaciones, cooperativas, etc), o redes sociales que interrumpan los mecanismos de reproducción de la desigualdad y optimicen las agencias entre los profesionales y la inserción laboral.

Esta etapa de inicio de la vida laboral contribuye a consolidar la habilidad de toma de decisiones con autonomía y libertad relativas, esenciales para movilizar posibilidades en el trayecto que el profesional puede recorrer. Es frecuentemente durante el recorrido de la etapa de inserción laboral, tropezar con el **subempleo**, opuesto al servicio social y comúnmente caracterizado por la explotación laboral del profesional (por parte de odontólogos ó por negociantes) con condiciones de subasalariamiento y de contratos precarizados.

> *"…muy rotativo porque con decirle que había trabajos donde llega una semana y me cansaba digamos de la explotación, porque esa es la palabra !, se suman las restricciones que ponen, se suma que no le pagan valoraciones, se suma que usted le tiene que poner todo…, entonces*

uno dice, bueno me sale más costoso venir hasta aquí que quedarme en la casa…" (Grupo Focal-2, 2019).

El subempleo captura esencialmente a los profesionales egresados en el marco de las nuevas prácticas odontológicas intervenidas por el mercado: práctica tecnologizada y/ó corporativizada, debido a las restricciones que se imponen al acceso a los medios de subsistencia y de producción del profesional mediante el establecimiento de esquemas de negocio y de comercio, habilitados en medio de la conflictividad entre los actores del mercado y las instituciones gremiales o públicas encargadas del talento humano y su distribución. El mercado impone reglas de inserción laboral que reproducen desigualdades entre los odontólogos en la etapa de inserción.

> *"Sigue estando muy vigente y es que las ofertas son: necesitamos un odontólogo comercial !…"* (Entrevista H-2, 2019).

> *"…sale uno de la universidad y uno tiene unas competencias pero en el mercado me dicen espere un momentico, usted es un odontólogo general, usted puede hacer operatoria: lo básico, fases higiénicas hasta acá, pero usted no va hacer endodoncia no va hacer, rehabilitación…"* (Entrevista H-1, 2019)

> *"… si estaba enterado de que como era ese cuento de la contratación, pero no sabía que el sistema era tan perverso al punto de que digamos exactamente de que no te pagan nada, sí, casi que uno está como a la disposición de ellos."* (Grupo Focal-2, 2019).

La inserción laboral limitada o abusiva por parte del empleador impide el pleno empleo y el despliegue de los medios y modos de producción para el desarrollo de las condiciones de una vida laboral con la temporalidad, calidad y cantidad pertinentes. Las limitaciones del mercado vulneran y despojan al profesional y a la población de posibilidades y capacidades de derecho a la salud bucal y trabajo digno, imponiendo rutas laborales neoliberalizadas que restringen la libertad y la autonomía al profesional.

> *"…grandes multinacionales, estos grupos grandes de Odontólogos recopilan especializados y hacen una clínica, se dedican a eso y abarcan grandes mercados*…(Entrevista M-2, 2019)

3.7.2. Etapa de estabilización laboral: una nueva inversión

En esta etapa se apropian las condiciones de empleo que proveen satisfacciones en varias áreas de la vida profesional. Generalmente se busca una nivel de escolaridad superior -de posgrado- o la realización de cursos o diplomados orientados a acreditar capacidades sub-especializadas ante las exigencias del mercado laboral y del mercado educativo; esta formación se emplea como estrategia de cambio de una etapa inestable a otra etapa de preparación o de fortalecimiento para el siguiente ascenso.

"…por ejemplo, la Ley 30 con la que cualquier imbécil abre una facultad de odontología..." (Entrevista H-2, 2019)

La duración de la etapa de estabilización laboral está sujeta a la magnitud de cambio dentro del modo de producción en el que viene el profesional, siendo las prácticas odontológicas institucionales más antiguas (Seguridad social convencional y la práctica que inicia la Ley 100 de 1993), las más estables.

> *"…no hice ningún curso, ningún diplomado, digamos yo estaba como en ese momento tratando de explotar la carrera, tener un trabajo pero en esa época era la parte personal y académica…"* (Grupo Focal-1, 2019).

> *"…todo lo que es habilitación cada día se inventan algo nuevo, no le facilita la vida al profesional, pero eso ya es otra cosa"* (Grupo Focal-1, 2019).

Se observan trayectorias desiguales debido a fallas estructurales del mundo del trabajo que afectan a todas las prácticas odontológicas, especialmente a las prácticas más recientes y con escasa capacidad de superación/negociación dentro de los modos de producción. Es el caso de los profesionales en práctica corporativizada con trabajo por cuenta propia, quienes son vulnerabilizados por el embate del mercado laboral odontológico y también por las reglas de la economía laboral neoliberal.

> *"…en una IPS, me vi obligado a contratar un odontólogo que manejara la norma y todo al detalle de los verificadores de la secretaria…" "…toca comenzar a pasar documentos a la Secretaría, esperar una visita previa y digamos que cuando llega el equipo verificador se pegan a la norma y pueden pasar dos cosas: en la primera cita usted cumpla con todo y le dan sus distintivos ó que no, entonces se va alargando el trámite mes a mes hasta que a usted lo limitan en todo."*

> *El 20% de los pacientes se consume el 80% de los recursos. La UPC es insuficiente en el régimen contributivo, y en el subsidiado la brecha es mayor dado el nivel de riesgo. Aún cuando se igualen las UPC contributiva y subsidiada, no alcanza la UPC para cubrir las necesidades.* (Grupo Focal-1, 2019).

Los empresarios-empleadores suelen resistir al cambio ocasionado por las normas de control de calidad en la prestación del servicio ó, les es más fácil transferirlo a niveles inferiores. Entre las normas, las pautas de habilitación del servicio se perciben más como una limitación que como apoyo al mejoramiento del servicio.

> *"…un grupo exitoso de profesionales pues teníamos nuestros pacientes,…; eramos de muy de reconocida trayectoria, con mucha capacidad económica.* (Entrevista H-3, 2019)

> *"…los pacientes dicen: fui a la Eps porque tengo un dolor de muela, fui a la urgencia a que me atendieran" y en la urgencia…: tiene que pasar primero por profilaxis y todo ese cuento, que tenía que sacar cita para eso! "Pero es que me duele la muela". …Sino pasa por esto no…, entonces la gente se va para el privado!..."* (Entrevista H-3, 2019).

Para los empleados-obreros o cuenta propistas, ganar estabilidad laboral conlleva, generalmente una -nueva- inversión.

"…nunca recurrimos a ninguna clínica o entidad, no necesitábamos pacientes de otro tipo, solo pacientes particulares…"

"…yo creo que aparte de eso lo que más ha cambiado e interferido es …, más hacia el Odontólogo porque la ley está exigiendo más organización que el consultorio: cumplir que tenga… más la habilitación. Sí puede que le afecte porque económicamente para un Odontólogo cuesta más organizarse hoy en día que antes." (Entrevista M-4, 2019)

3.7.3. Etapa de consolidación laboral: prestigio ó estabilidad.

En esta etapa las empresas de gobierno-públicas tienen un lugar estable en el proceso productivo, con el cual, igualmente pueden proveer mayor estabilidad laboral al profesional, no obstante, la oferta de trabajo odontológico clínico, es muy escasa en las instituciones/empresas públicas existentes. Igualmente se mantiene una idea equivocada sobre el trabajo en el área administrativa, de salud pública ó afines en la entidades públicas, relacionada con formas de descrédito por falta de capacidades del área clínica del profesional, o por castigos para quienes no pueden ejercer en clínica, explicadas con distintas razones, excepto con la feminización del trabajo precario en la odontología. Hace falta investigar más sobre el tema.

"…me aplican la vacuna para hepatitis B y hago un shock anafiláctico a la vacuna y entró a cuidados intensivos, salgo de ahi y perdí todo mi trabajo en la parte clínica…, me sacan de la parte asistencial…". (Grupo focal-1, 2019).

"…me iba muy bien.., me embaracé, cuando ya no pude trabajar más, me comunicaron: ["mira, ya no puede atender…, por un tiempo",2006-2007]. Cambie de estrato social y con 3 hijos. Me vinculo a…, cuando llega el desprestigio de la empresa y en una cirugía tengo un accidente laboral; me gustaba mucho la cirugía, pero me sacan de lo asistencia…"l (Entrevista M-8, 2019)

Por su parte, las empresas privadas y los empresarios (grandes, medianos y pequeños) se enfocan esencialmente en ganar rentabilidad para definir y escalar posiciones dentro de las fases ascendentes de acumulación/consolidación que han establecido, sin aportar a los indicadores o a los criterios empresariales de la salud bucal de la población o del trabajo digno.

"…mi abogado me dijo: tienen que vincularle porque fue un accidente de trabajo me tienen que indemnizar.., pero me ofrecen trabajo en XY, me sube las horas laborales y pues mis hijas ya eran universitarias, no pude, ya no había problema, me bajan el sueldo". (Grupo focal-1, 2019)

"…empezar a crecer, tenemos que invertir en mercadeo, contratar a un tercero que nos haga esas estrategias y fortalecernos, necesitamos suficiencia patrimonial para poder contratar con estas identidades. Una de mis funciones es gestionar esos convenios". (Grupo focal-1, 2019)

Las excepciones entre las empresas privadas son muy escasas y están principalmente ubicadas entre empresas de naturaleza cooperativa o de economía solidaria.

"…la mejor cooperativa PyME en la categoría gestión empresarial de una cooperativa con un importante balance social. Dos años más tarde, fue seleccionada como la mejor empresa por la gestión segura y la protección de sus colaboradores y trabajadores…"

> *"…haber triplicado su número de sedes, aumentado su planta de personal y arrojar un aumento en los ingresos de $1500 millones a $16.000 millones, hizo posible que la entidad X, mostrara cual fue su clave para este crecimiento en sólo ocho años".* (Grupo focal-1, 2019*)*

Los profesionales que han trabajado principalmente por cuenta propia durante su trayecto laboral, en general alcanzan períodos de estabilización que son muy dinámicos; los períodos más estables están relacionados con la alta demanda de atención por parte de sus pacientes, el desarrollo de áreas de sub-especialidad (implantes, cirugías, odontología estética, etc), la libertad para manejar el tiempo no laboral y la ganancia del negocio, realizando otras actividades con una división sexual marcada en las familiares y de cuidado del hogar/familia en el caso de las mujeres y, en las actividades deportivas, recreativas o de formación en el caso de los hombres.

> *"…son casi 30 años con pacientes que siguen yendo al consultorio gracias a ese trato cercano, personalizado, humanizado que aprendió en la universidad…, permite escuchar a los pacientes y ser muy receptiva a las preocupaciones de ellos".* (Entrevista M-12, 2019)

La percepción de una menor esclavitud y mayor autonomía en el trabajo del profesional por cuenta propia es generalizada. No obstante, las capacidades de cambiar el lugar ocupado en el proceso productivo y de ganar autonomía, están subordinadas a las normas de la competencia en el mercado odontológico, al cambio en los tipos de práctica odontológica y la disciplina del profesional para ganar en estilo de vida que le permita contribuir con la seguridad social y la pensión.

> *"…con empresas como Dentix y otras empresas con capitales extranjeros muy grandes que les permite llegar a un posicionamiento a través de un muy buen marketing y características locativas muy especiales, con inyecciones muy grandes de capital, pero no de origen local…, es que traer cualquier millón de euros o de dólares ya es un pocotón de millones de pesos, pues así es más fácil* (Grupo focal-1, 2019)

> *"…somos personas que no tenemos nuestro tiempo y que tenemos que prestar disponibilidades muy grandes los fines de semana: servicio, poco descanso. Hay pocas opciones de uno hacer otras cosas por fuera de esto... Y me fui como agotando de ese estilo de vida y llego el punto en el que no, tengo que decidir antes de ascender al otro grado y que quiero estudiar y tengo que permanecer mínimo 2 años… Quiero hacer otras cosas". (Grupo focal-1, 2019)*

Las trayectorias laborales de los profesionales entrevistados nos permiten señalar conclusiones sobre los estilos de vida y las motivaciones esenciales en la movilidad social del odontólogo; el poder económico para satisfacer aspectos particulares del estilo de vida y el poder social con expresiones de prestigio y de confort en la vida cotidiana, son aspectos que movilizan socialmente a los odontológos. Las tendencias en las trayectorias laborales y en la movilidad social de los profesionales destaca un alargamiento en la duración de cada etapa, en la duración del cambio entre las etapas, en aumento de dificultades económicas, de formación o de disponibilidad de tiempo del profesional para lleva a cabo el cambio social, especialmente para los odontólogos que llevan menos tiempo de ejercicio profesional y están ubicados en prácticas odontológicas más neoliberalizadas.

Las diferencias en los estilos de vida entre los profesionales son notorias a partir de diferencias importantes en el lugar dentro del proceso productivo, especialmente en la autonomía/libertad de movimiento y de toma de decisiones, en la capacidad adquisitiva, con procesos de protección social más abundantes sobre la salud de los empleados; debido al tiempo de estrés, al tipo de enfermedades crónicas y su manejo. Se hacen visibles desigualdades de género, de clase y edad en la inserción laboral: con un tipo de explotación laboral de la mujer que aumenta las brechas de salarios, de tipos de contrato y tiempo / extensión de las jornadas laborales. Los profesionales con menores medios de subsistencia y producción al empezar la vida laboral, soportan etapas más largas de explotación y de mayor subordinación. Asimismo, las odontólogas en edad reproductiva, en períodos de cuidado de hijos/familia y en general durante sus trayectorias laborales sufren más exclusión de cargos de poder y de escalar en la movilidad social.

La deslaboralización de todas las trayectorias revisadas en esta investigación, es ocasionada por la precarización generalizada del mundo del trabajo. Sin embargo, se han generado cambios, reacciones o resistencias que no representan la magnitud de las transformaciones que se han impulsado dentro del mundo del trabajo odontológico. Lo más frecuente es buscar asesoría o acompañamiento jurídico, con compañeros de trabajo ó con expertos en temas particulares, y posponer la organización política como trabajadores de la salud. El dilema del profesional ante la deslaboralización consiste en asumir una posición de resistencia al cambio, renegando de ser empleado – obrero, con situaciones de salud/enfermedad laboral o enfermedad crónica de escasa resolutividad dentro del sistema de salud ó, ejercer una posición de clase social en sí/para sí, desde una subjetividad política como trabajador de clase social obrera. Ser y actuar políticamente en favor del derecho al trabajo digno, a la salud bucal y/ó el derecho a la ciudad, conlleva reconocer y superar barreras neoliberalizadas en colectivo.

La deslaboralización del mundo de trabajo odontológico, contempla también esquemas más heterogéneos en los modos de producción, con efectos en los modos/estilos de vida de los profesionales. Como se ha mencionado sobre las trayectorias laborales, los profesionales además de ocupar un lugar como cuenta propistas, se mueven hacia otros lugares como empleados, empresarios/empleadores, combinando las ocupaciones para la producción mediante las flexibilizaciones que ofrece el mercado en los tipos de práctica odontológica. Se ofrecen distintos tiempos/jornadas de trabajo, tipos de contrato, áreas de desempeño, población a atender, etc., para movilizar al profesional entre los modos de producción de los mercados odontológicos en la ciudad. Al mismo tiempo se hace más homogéneo el trabajo que realiza el profesional dentro de los distintos tipos de prácticas odontológicas (Por ej., dentro de la práctica de seguridad social se unifican los protocolos y las guías de práctica clínica, con extensión a las otras prácticas odontológicas, a partir de esquemas de habilitación). En los planes de beneficios que ofrece la seguridad social en salud, se delimitan las actividades que realiza el profesional y se elimina la posibilidad de ampliar la participación del profesional de la odontología en acciones comunitarias o colectivas, en correspondencia con la re-producción de los servicios que se imponen desde las empresas y redes de servicios derivados de la práctica odontológica institucional de Ley 100 de 1993.

La escolarización y la mejora en la formación del profesional pierden valor dentro del proceso productivo, lo que exige al profesional con formación de pregrado a hacer una o más sub-

especialidades para ingresar al mercado de trabajo. No obstante, el trabajo sub-especilizado, con guías unificadas de intervención favorecen la comercialización pero impiden el desarrollo de la diversidad e interculturalidad necesarias para responder a los problemas de salud bucal de la población. El comportamiento del mercado labotal dirigido a homogenizar el trabajo del profesional, concreta las pautas del esquema pos-fordista dentro de la profesión odontológica, fortaleciendo la mercantilización de productos y marcas por tipo de práctica odontológica. Los estilos de vida del profesional se perfilan dentro de estas pautas.

Los estilos de vida hiper-flexibilizados aumentan la mercantilización de la vida del profesional, el sub-des-empleo y el sub-asalariamiento mediante pagos por porcentaje sobre lo que se haga sin reconocer el tiempo empleado por el profesional en el sitio de trabajo; alquiler de unidades de producción con costos predefinidos por unidad de tiempo -minutos-, tercerización de actividades o labores de la unidad de producción. Todo lo cual exige una disponibilidad de 24 horas/7 días a la semana para atención de urgencias u otros, alterando el espacio/tiempo hacia una disponibilidad -infinita del profesional, proveniente de la actual tendencia de la uberización del tiempo vida del mundo del trabajo.

La opresión laboral en los modos/estilos de vida del odontólogo señala cambios y transformaciones con efectos negativos en todas las prácticas odontológicas: se sustituye la figura del patrón-empleador por la de auto patrón, se transfieren los costos -indirectos- al trabajador y se fortalece el emprendedurismo que antes estaba en manos del cuenta propista. En este cambio, se despoja de las prestaciones sociales, fiscales y parafiscales y de los derechos del trabajador, lo cual re-produce una mayor opresión socio laboral, además de legitimar injusticias, legalizar la tercerización y la intermitencia en los modos de producción. Se valora el trabajo a partir de cuotas de venta/período, tiempo/ cantidad de producción por unidad de producto ó se incentiva la venta de un tipo de producto sobrevalorado (implantes, ortodoncia) ó la venta de una marca (franquicia) sin considerar los instrumentos, los recursos e insumos requeridos ni los espacios laborales empleados para la producción.

Las desigualdades y las diferencias entre los estilos de vida identificados en este estudio radican en la intersección entre la clase social, el género y la localización del profesional en los territorios de la ciudad neoliberalizada. Asunto que trataremos en el siguiente apartado.

3.8. Modos y estilos de vida de los profesionales que trabajan en Bogotá: Desigualdades de clase social, género, generación y territorio.

A partir de las relaciones y los contrates existentes entre los estilos y los modos de vida de los profesionales que trabajan en Bogotá, podemos afirmar que el enfoque de estudio de los modos de vida empleado en la investigación, permite visibilizar las pautas generales y de construcción de interseccionalidad de clase social, género, edad y generación de los modos de vida en la profesión odontológica. En particular en este estudio revisamos los patrones de los modos de vida de los profesionales en asuntos concretos de la vida diaria con énfasis en el trabajo en áreas tales como: alimentación, descanso, vivienda, trabajo, familia y subjetividad. Esta última la orientamos a comprender las formas como el profesional hace parte de un tipo de organización política emancipadora y de pensamiento crítico. Igualmente en los modos de vida estudiados nos permiten mencionar algunos patrones de desarrollo de interculturalidad y de

espiritualidad. En todos los modos/estilos de vida detectamos tanto elementos que protegen como elementos que afectan negativamente destruyendo oportunidades de vida laboral satisfactoria ó de vida no laboral compensatoria; asímismo, identificamos elementos generadores de alternativas y posibilidades a partir de la interacción entre los elementos protectores y destructivos y a partir de la neutralización ó potenciación entre estos.

En las relaciones entre los modos y estilos de vida se constatan correspondencias y contradicciones entre las subclases (alta, media y baja), las clases sociales identificadas (empresarial y empleado/obrero) y las fracciones de clase (comerciante, empleado-r, cuenta propia, sub-des-empleado). La organización social que re-produce el mundo del trabajo odontológico en Bogotá, inicia con las formas de inserción en la sociedad y se consolida con la posición socio ocupacional del profesional. Se observan tres patrones, que se presentan a partir del orden de aparición en la vida socio-laboral y en escala de acuerdo a la capacidad de opresión del patrón sobre el profesional:

i) Territorios y territorializaciones múltiples en Bogotá.
ii) Cambio/permanencia del esquema capitalista y patriarcal de instituciones sociales como: familia, escuela – instituciones de prestación de servicio/formación en disciplina biomédica; y
iii) Matriz de poder de clase social, género y generación.

3.8.1. Territorios y territorializaciones múltiples en el trabajo odontológico en Bogotá

En el primer patrón sobre territorios, con base en los patrones de re-producción social del mundo de trabajo odontológico en Bogotá identificados en esta investigación, se puede afirmar que se ha naturalizado e invisibilizado el papel del territorio en el modo de vida del odontólogo y en sus estilos de vivir de acuerdo al trabajo. En las explicaciones más frecuentes sobre la territorialización del mercado de servicios de salud bucal, se asigna responsabilidad a la empresa privada y a la modernización de la ciudad, o a la imposibilidad de expandir un modelo de servicios de salud territorializados por causas ideológico – políticas. No se ha definido, ni se ha analizado el papel del territorio en salud bucal, como un problema de salud pública vinculado no sólo de acceso al servicio de atención en salud, sino también de acceso a la ciudad y a los derechos.

La competencia entre profesionales y empresas por un lugar privilegiado en los territorios comercializados de Bogotá, se intenta subsanar mediante accesos al espacio de la ciudad con privilegios para las empresas corporativizadas/corporaciones por parte de políticas de ordenamiento del territorio formuladas por el gobierno (POT). Se exige a estas empresas el cumplimiento de las pautas de responsabilidad social empresarial, que protegen el esquema de captura de capital por parte del gobierno, sin considerar el impacto en la territorialización de mercados de salud ó en la organización de redes de servicios de instituciones prestadoras de servicios (públicas y privadas) con criterios de territorialización para beneficio de las comunidades en las diversas Localidades de Bogotá y en la ciudad. Las entidades públicas encargadas de controlar las políticas de protección del derecho a la ciudad no enfrentan el conflicto y lo anuncian como parte del déficit de recursos. Los modos/estilos de vida del profesional que trabaja en Bogotá se organizan desde los territorios. Todas las formas de

producción de servicios odontológicos de la ciudad están determinadas por los territorios destinados para esta producción en Bogotá y por las territorializaciones que se dan en cada Localidad por parte de la gestión de los actores del mercado.

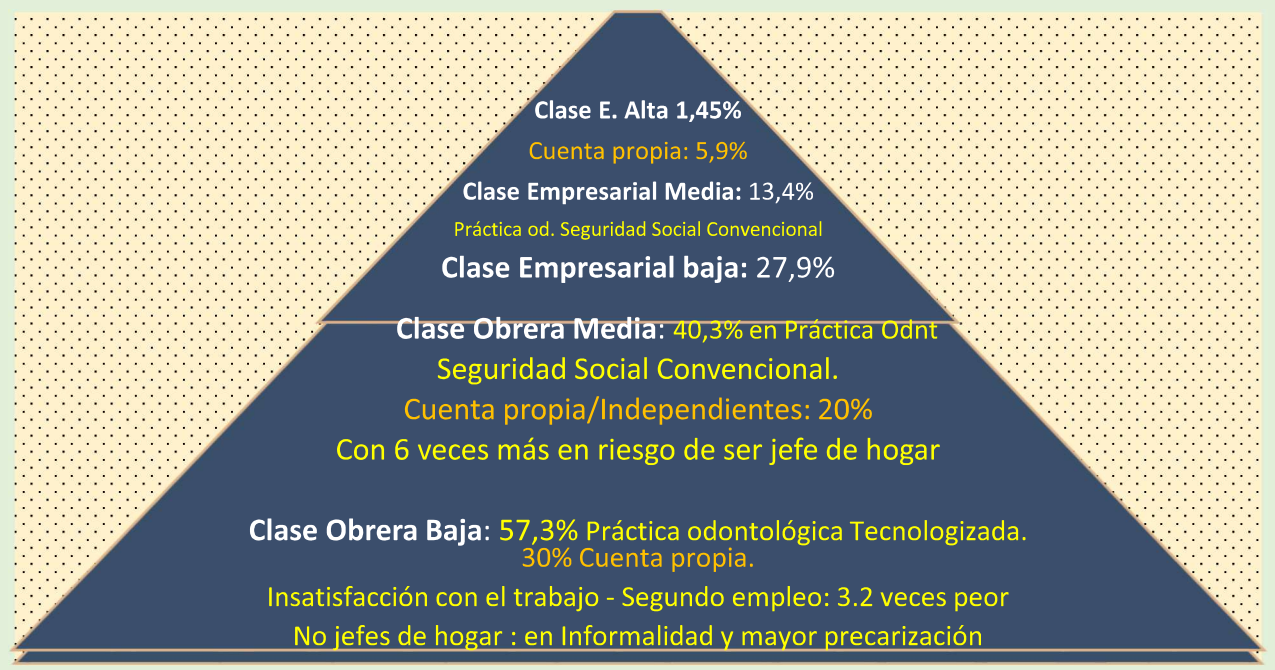
3.8.2. Esquema capitalista y patriarcal de instituciones sociales re-producen informalidad laboral

El cambio/permanencia del esquema capitalista y patriarcal de instituciones sociales como, familia, escuela – instituciones de prestación de servicio/formación en disciplina biomédica, re-produce un patrón conservador en el manejo de la tradición de la institucionalidad. Este patrón limita la comprensión del problema de des-sub-empleo y escasa inserción laboral/concentración en zonas de geomarketing en la ciudad de Bogotá y, por lo tanto, limita también la intervención pública de este problema mediante mecanismos de política. Esto es usual cuando se reitera una manera de entender el derecho a la ciudad como un derecho de propiedad para quienes coticen ó contribuyen con los pagos de salud/pensión; para quienes no contribuyan, deben sufrir los rigores de la informalidad laboral o el subempleo. Este manejo del derecho a la ciudad por la política de gobierno, minimiza la comprensión del problema de precariedad laboral y de los modos de vivir del profesional, atribuyéndole las causas al incumplimento de las normas y de los pagos ó al comportamiento -desobediente- del profesional.

Lo que en realidad ocurre es la falta de legitimidad del estado/gobierno por su caracter neoliberal que obliga al profesional a mantenerse en grados distintos de informalidad en el trabajo. Esta política por parte del gobierno distrital, parte de una idea errada del trabajador al asumirlo como el causante de la evasión ó elusión de las contribuciones. Se fortalece una institucionalidad pública en salud bucal que no reconoce, no reivindica y no exige los derechos de los trabajadores; despolitiza, deshistoriza y desterritorializa el trabajo, con naturalizaciones simplistas sobre el des-sub-empleo y la precarización del trabajo y de la salud bucal.

La clase social obrera de subclase media re-produce pautas de inserción social que favorecen el patrón de resistencia al cambio, en la organización de un tipo de familia convencional, con mayoría de jefatura de hogar en cabeza de mujeres de quienes dependen dos o más personas de la familia que conviven con ellas y por tanto, suelen recibir cuidados por parte de ellas, pese a las altas cargas laborales y las dobles/triples jornadas de trabajo re-productivo cuyos niveles crecientes de explotación, impiden abrir espacios de satisfacción laboral o profesional y espacio/tiempos de vida social, material y espiritual con calidad. La vulnerabilización de la vida del profesional por las condiciones de trabajo afecta mayormente a la clase obrera, los mayores daños en las condiciones de salud se generan sobre la clase empresarial. Todos somos afectados por una organización social capitalista y patriarcal. (Ver Gráfica 3.10. Pirámide de clases sociales - Mundo del trabajo odontológico).

Gráfica 3.10. Pirámide de clases sociales - Mundo de trabajo Odontológico



Fuente: Elaboración propia a partir de fuentes primarias: encuesta realizada para esta investigación, 2020.

3.8.3. Matriz de poder socio - territorial de clase social, género y generación reproduce inequidad en el trabajo odontológico.

En el tercer patrón de re-producción del poder social sobre la profesión y de un poder del profesional en la sociedad de Bogotá, destacamos la matriz de poder que se constituye entre la clase, el género, la edad y la generación. Esta matriz marca desigualdades en la trayectoria laboral y en el estilo de vida del odontólogo, marca formas de control de la opresión sobre el modo de vida del profesional en Bogotá, mediante el mantenimiento de un régimen de inequidad.

La base más grande de re-producción del capital proviene del trabajo no remunerado, que en la profesión odontológica oprime esencialmente a las mujeres profesionales cuyos roles en sus hogares como jefes/nojefes de hogar y en las Instituciones, como sub-asalariadas, sub-des-empleadas les lleva a una informalidad laboral que les encadena por largos tiempos. Este trabajo no remunerado en la vida productiva está caracterizado por : concentrar tiempo y espacio en actividades de desplazamiento por la ciudad de la casa/trabajo y de regreso, en actividades de organización y administración del trabajo de soporte para la atención en las

instituciones. El trabajo no remunerado en la vida reproductiva recoge muchas actividades de la vida social, material y biológica de la cotidianidad de la familia y del hogar que consumen tiempos/espacios largos en la limpieza diaria de la casa y de la ropa, en la alimentación y los cuidados de quienes en casa/fuera de casa suelen recibir cuidados por tiempos y espacios más prolongados: viejos, enfermos, niños personas en situación de discapacidad, etc.

La siguiente base de re-producción del capital proviene del trabajo precario, que ocurre entre profesionales de clase obrera y recoge la mayor cantidad de odontólogos que trabajan en Bogotá, tanto en subclase baja como en media. Este trabajo se caracteriza por precarizar el salario desde los tipos de contrato por prestación de servicios, que despojan al profesional de su mano de obra/fuerza de trabajo con pagos por obra, por porcentaje, por actividad, por alquiler de unidad de producción, etc., con exigencia de suministros (piezas de mano, uniformes, guantes) y disponibilidad de jornadas extra (24/7). El trabajo precario constituye un tipo de informalidad al combinarlo con trabajo no remunerado. Ambos, tanto el trabajo precario como el trabajo no remunerado, se reservan para los profesionales más jóvenes ubicados en la práctica odontológica tecnologizada, donde se potencian los ejes y marcadores de desigualdad.

La siguiente base de re-producción del capital proviene del trabajo odontológico por tipo de práctica que genera otras vulnerabilizaciones además de las ya mencionadas desde la práctica tecnologizada. La práctica odontológica corporativizada alarga los períodos de permanencia en las etapas de inserción y estabilización laboral, al colocar al profesional a cargo de actividades que no corresponden con su formación ni con la ética de la salud bucal y al ofrecer salarios y condiciones de empleo de trabajo precarizado. Los profesionales mencionan actividades como vender servicios estéticos, diagnosticar daños que no existen con el fin de vender, uso de materiales de menor calidad a la ofrecida al paciente, etc. Las mujeres se ven afectadas en esta práctica cuando se les exige intervenir sus cuerpos como insumo para estimular el marketing y las ventas (uso de maquillaje, anteojos, prendas de vestir, etc). Salir de estas etapas en la trayectoria laboral para consolidar otro tipo de trabajo puede conllevar al profesional a aceptar tiempo con mayor precarización, a realizar formación ó a la combinación de estos, con consecuencias negativas en la satisfacción con el trabajo y en las expectativas de mejora por parte del profesional, especialmente para quien está ubicado en clase obrera.

Las prácticas odontológicas institucionalizadas en la Seguridad social convencional y de Ley 100 de 1993, también re-producen desigualdades, brechas sociales y salariales, en menor proporción, provenientes de la organización de clase y género, pero especialmente de las desigualdades manifiestas por la edad y la generación del profesional. Esto debido a que estas prácticas recogen profesionales ubicados en una etapa de la trayectoria laboral más avanzada por la edad y la generación a la cual corresponde el profesional, además de estar ubicados en posiciones de clase social donde la explotación se ha mitigado y/ó se ha transferido. Son las clases obrera subclase media, los cuenta propistas en clase obrera o en clase empresarial y la clase empresarial. La explotación en estas clases se concreta en la distribución de actividades en el tiempo de trabajo remunerado, con menos tiempo por unidad de producción, con exigencia de más tiempo de disponibilidad del profesional y con responsabilidades de rentabilidad empresarial que ocasionan situaciones de estrés sostenido y mayor incidencia/prevalencia de enfermedades crónicas en la clase empresarial; en la clase obrera se produce un factor protector de incidencia de enfermedades crónicas, por el tipo de trabajo. El sitio de vivienda y

de trabajo del profesional de clase empresarial generalmente está ubicado en territorios comercializados, de estratificación socio-económica superior o igual a 4, por lo que debe pagar para mantener el nivel de vida.

No hay organización política por clase social, debido a las formas de trabajo y a la ausencia de formación política en el profesional. Se requieren mayores esfuerzos de investigación sobre este tema.

Capítulo IV

Determinación social del proceso de inequidad acumulada

En este capítulo se presentan las conclusiones sobre las transformaciones del trabajo odontológico en Bogotá en las últimas tres décadas. Se inicia con a las transformaciones generales sobre los modos de producción y continuamos con las transformaciones sobre los modos y estilos de vida de los trabajadores manifiestas en la intersección de las desigualdades identificadas. Se subrayan las principales determinaciones del proceso de inequidad acumulada del trabajo odontológico en Bogotá desde la década del 80. Se hacen recomendaciones para el ámbito de las políticas de salud bucal, en la pretación de los servicios odontológicos y en la oferta de empleo, con énfasis en el derecho al trabajo y a la salud bucal para las poblaciones de la ciudad capital.

4.1. Conclusiones

La estructura de clases sociales de los trabajadores de la salud bucal de Bogotá, compuesta por obreros clase media y baja, jefes/nojefes de hogar, clase empresarial alta, media y baja, trabajadores por cuenta propia/independientes, en informalidad y desempleo, están inmersos en un régimen de acumulación del capitalismo financiero, que aumenta la desprotección social en particular de las profesionales en jefatura de hogar - cuenta propistas u obreras y de los obreros en general, por el mayor peso de la estructura de desigualdad de clases sociales, género y generación. La mayor proporción de profesionales de clase obrera media y baja corresponden a una clase social en sí pero no, una clase social para sí.

Este estudio aporta elementos teóricos y empíricos de importancia para el análisis interseccional de las desigualdades sociales en trabajadores de la salud; aporta aspectos de relevancia para la comprensión y explicación de las desigualdades en salud bucal en territorios urbanos de ciudades neoliberalizadas como Bogotá. Y constata la aplicabilidad de un diseño mixto con variables sintéticas mediante un algoritmo de atributos de la categoría de clase social, bajo un enfoque marxista (Breilh, 1979).

Las clases sociales estudiadas se diferencian entre sí, por las formas de propiedad, por las relaciones laborales y añadimos, por el lugar en el proceso productivo, de las cuales se derivan

unas condiciones objetivas de existencia compartidas, como han planteado los estudios de Wright (2010) y de Fresneda (2017). Destacamos, las condiciones subjetivas de existencia compartidas en aspectos de importancia para el análisis de la clase y la agencia del cambio/permanencia de la clase en sí hacia una clase para sí. Así mismo aportamos al análisis de clases sociales con énfasis en el trabajo/empleo dominante, la intersección con el género por su relevancia para el análisis de las desigualdades en salud (Muntaner C, Rocha KB, Borrell C, Vallebuona C, Ibáñez C, Benach J, et al. 2012) de trabajadores en formas de familias no-tradicionales y en condiciones de informalidad laboral.

Igualmente expresamos nuestro acuerdo con varios autores sobre cómo los modos de vida y las formas como dotan a los profesionales de unas carencias y unas potencialidades específicas y diferenciales, les permite enfrentar el devenir de la vida (INS, 2016; Fresneda, 2017). Destacamos diferencias con Fresneda sobre la importancia de estudiar la singularidad de los estilos de vida (Breilh, 2010c; Otálvaro, 2019), desde los modos de vivir en su relación con marcadores de género y de generación para comprender y explicar las diferencias y las desigualdades en los enfrentamientos del devenir de la vida material y la vida social.

Tanto la forma en que las posiciones de clase se organizan, como la manera en que la estructura de clases sociales se configura, permiten explicar, a través de diferentes mecanismos y de la acción de las propias clases, una parte importante de las desigualdades sociales y en salud que existen entre los profesionales de la odontología y asimismo aportar a la explicación del proceso de inequidad que determina estas desigualdades (Martínez-Parra, A., et al. 2019).

Compartimos la importancia de comprender los territorios en toda su complejidad (Borde, E., Torres-T, M., 2017; León, E., Zamora, G.)[40], así como los procesos de territorialización comercial de zonas urbanas a partir de ciencias críticas (geografía y socio-ecología política) para explicar la acumulación de desigualdades de clase (Otálvaro, G., 2019) y de género (Borde,. E, 2019) en la configuración del proceso de inequidad existente en ciudades capitales neoliberalizadas como Bogotá. Consideramos esencial comprender la relación entre las desigualdades de clases sociales y la estructura de clases, para explicar las condiciones in-materiales de la vida- del trabajador de la odontología en Bogotá.

Destacamos la comprensión de procesos de gentrificación/segregación de la ciudad para explicar el despojo sistemático del derecho a la ciudad en su conexión con el derecho a la salud (Spinelli, H., 2010. Sánchez, P; Zamora, G., 2020) bucal en Bogotá.

Entre las principales determinaciones sociales de las transformaciones del trabajo odontológico en Bogotá, durante en las últimas 3 décadas se subrayan:

La contradicción existente entre capital y trabajo -odontológico- que se expresa en la subsunción real del proceso de trabajo al modo de producción del capitalismo financiero, creando y re-produciendo desigualdades entre modos de vida con distintos tiempos/espacios de prácticas de cuidado de la vida material y de la salud del profesional. De allí que las acciones

[40] Efraín León y Giannina Zamora proponen comprender los territorios desde una geografía crítica que recalca su totalidad histórica y política, articulada en movimientos de diversas dimensiones -no atomizadas-, visibilizando todas las -dinámicas- de fuerzas productivas. https://youtu.be/ljcSVFi1Y_4

orientadas a definir políticas de salud y cuidado del trabajador de la salud, deben corregir las desigualdades de clase social y género en su interseccionalidad.

La estructura de clases sociales de los trabajadores de la salud bucal de Bogotá está inmersa en un capitalismo financiero que determina la acumulación permanente y sistemática de desigualdades entre los modos de vida de los profesionales de los últimos 30 años. La inserción laboral de los profesionales en tipos de práctica odontológica diferenciadas señala dos tendencias: los tipos de práctica odontológica derivadas del fordismo (años 70s) y del pos-fordismo (años 90s) bajo esquemas liberal e institucional de seguridad social convencional y neoliberal e institucional de Seguridad social Ley 100 de 1993, en las cuales se inicia la desprotección socio laboral. Y los tipos de práctica odontológica con mayor desprotección social, bajo el modelo toyotista japones que genera nuevas transformaciones en el mundo del trabajo (siglo XXI) al deslocalizar las clases sociales con una flexibilización del tiempo y del espacio del trabajo (Alves, Giovanni, 2005), con efectos sobre las generaciones de profesionales más jóvenes, insertas en práctica corporativizada subtipo tecnologizada.

La globalización económica ha generado cambios en el mundo del trabajo, dirigidos a deslocalizarlo y a reconfigurar un espacio distinto, con efectos sobre los derechos laborales y sociales y expansión del sector de servicios hacia la tercerización de la economía; la feminización de los mercados de trabajo y la segregación laboral de vastos sectores de trabajadores. Finalmente los procesos de desregulación y flexibilización laboral conllevan formas de subcontratación, con nuevas modalidades de precarización y explotación (De la Garza, 2005).

La flexibilidad va acompañada de la innovación en el producto como parte de la estrategia de producción pos fordista, la cual pretende ofrecer ventajas competitivas en la producción como una manera de responder a una demanda del mercado que ha sido creada por el mismo modo de producción personalizada. Como parte de sus rasgos esenciales, la política y modelo productivo conllevan a anticipación de los deseos de la demanda y las expectativas de la sociedad. Esta capacidad se apoya en estudios de mercado de la demanda y la oferta para responder con un producto que sea resultado de una innovación exitosa. En este modo de producción se flexibiliza el trabajo de varias formas: en la relación salarial con esquemas de individualización del trabajo, y promoción profesional para los trabajadores innovadores con efectos sobre las reglas de movilidad social. Se diversifica la relación salarial al desvincularla de la formación, la edad y experiencia; la capacidad de innovación empresarial es lo más importante, y se asegura con el uso de la publicidad.

En las prácticas posfordistas el modo de producción subordina a los trabajadores con la incorporación de las tecnologías que cambian el ritmo del trabajo y el poder de fragmentación de la cadena de producción. El efecto de este modo de producción se expresa en el trabajo invisible (Pablo López Calle) en el cual las mujeres quedan relegadas nuevamente y al final de la cadena por la baja capacidad de negociación de las mujeres en sus empleos, lo cual contribuye con la precarización y la explotación laboral.

En el trabajo odontológico la pérdida de la autonomía técnica y operativa de la profesión conlleva a condiciones indignas de trabajo del profesional con formas de neoesclavismos[41]. Aunque el profesional de la odontología general y especializada cuenta con una forma organizativa científica social, gremial y política, éstas ha tenido un rol social y político débil, en el marco de la configuración histórica de la práctica profesional, en la cual, se han extinguido las alternativas de desarrollo profesional general y especializado, como plantean otros estudios (Jaramilo, et al. 2014).

Las transformaciones del trabajo odontológico conllevan al incremento de enfermedades, de desigualdades asociadas a la desprofesionalización de la odontología, a la proletarización de los trabajadores y a formas de mercantilización dependientes del mercado técnico – instrumental (Min Salud ENSAB IV, 2014) (Otálvaro et al, 2014). La desprofesionalización se manifiesta también en el despojo de servicios odontológicos especializados para las comunidades que los requieren, sin ofertas alternativas por parte del estado o en el aumento de sus costos (ortodoncia, ortopedia, rehabilitación, periodoncia, cirugía o implantología).

Los nuevos tipos de trabajo odontológico y de condiciones laborales al flexibilizar la contratación, generan jornadas variables y salarios decrecientes; las exigencias que obligan a desarrollar nuevas competencias técnicas no buscan la mejora laboral; los sistemas de incentivos mejoran la productividad de la empresa, como mecanismos de regulación empresarial y de desarrollo del emprendimiento del recurso humano (Quintana 2000); la auditoría y la estandarización de competencias y capacidades para la venta de servicios, agrupa los trabajadores informales de la práctica odontológica en las universidades, mediante cursos y subespecialidades que buscan mejorar la competitividad. Aunque la tendencia en el salario y en las condiciones laborales actuales, se dirige a bajar la calidad, más que a emplear el conocimiento en una mejor condición de salud bucal para la población (Flórez JH, et al., 2009).

Una característica central de las reformas estructurales que ha sufrido la profesión odontológica es la invasión del trabajo y de la práctica por redes de poder inter y transnacional que actúan desde el Complejo Médico Odontológico Industrial y Financiero con el fin de regular y facilitar la gobernanza en la prestación de servicios y las condiciones de calidad de los mismos mediante pautas de habilitación, guías de manejo, protocolos, hojas de vida de materiales y equipos, entre otros. Igualmente ocurre con la formación del talento humano: las competencias instauran pautas de calidad que han sido diseñadas para un mercado globalizado y estandarizado (por ej. Pruebas saber pro, recertificación de profesionales, acreditación de programas en las universidades).

La estructura de los modos de producción de los mercados odontológicos en Bogotá, está territorializada bajo parámetros neoliberales de acumulación. Se crean desigualdades en salud y se sostiene un proceso de inequidad en el mundo del trabajo. Las gentrificaciones/segregaciones de ciudades neoliberalizadas re-producen las desigualdades de

[41] Los estudios existentes refieren un nivel alto de desempleo en los profesionales (52%) para el año 2020 (Ministerio de la Proteccion Social, Pars., 2005. Salazar, D., et al., 2008. Duarte, N., 2016). Este desempleo obliga a vender la mano de obra en condiciones de explotación.

clases sociales/género con despojo sistemático del derecho a la ciudad y despojo a los derechos -al trabajo odontológico digno, a la salud bucal en el espacio social.

La distribución/concentración territorializada de los servicios odontológicos (general y especializada) en zonas geocomercializadas del norte/occidente y alejadas de las periferias de Bogotá, re-producen desigualdades de modos de vivir del profesional de la odontología en la ciudad. Como plantea el Comité Interinstitucional Odontológico de Antioquia - CIOA, constituido por Universidades y Organizaciones profesionales, la denuncia y rechazo sobre las condiciones de trabajo para el ejercicio particular de la odontología, se ha dado especialmente por las formas de contratación, la calidad del empleo, el trabajo indigno y sus consecuencias en la salud bucal de la población. En general, esta denuncia está motivada por la alta proporción de profesionales insatisfechos con el empleo (86.4%). Pese a que recientemente han aumentado las denuncias gremiales y los estudios académicos sobre el deterioro laboral, con casos de explotación e incluso esclavitud (Jaramillo, GH., 2006, 2014; Otálvaro, Zuluaga, Jaramillo,. et al., 2018), las organizaciones gremiales no han generado cambios en su relación con el Estado.

Se re-producen las condiciones del trabajo odontológico informal con daños e insatisfacción generalizada con el trabajo profesional en concordancia con la investigación de Arroyo et al sobre el tema (Arroyo M, María J., et al., 2017). Asimismo se identifican mayores daños sobre las mujeres jóvenes en jefatura de hogar, con castigo adicional en reducción de expectativas de pensión por políticas nacionales (Ley 797de 2003)[42].

4.2. Recomendaciones

Se recomiendan esfuerzos comparativos de investigación sobre desigualdades en salud bucal y montoreo crítico de la equidad desde campos sociales y políticos vinculados a la formación del talento humano, al desarrollo e implementación de políticas públicas y a la movilización social, a partir de espacios concretos de poder con capacidad de acompañar e impulsar transformaciones emancipatorias hacia patrones civilizatorios de buena vida.

i) En cada eje, en concreto se recomienda, en **investigación**: Realizar esfuerzos investigativos sobre el impacto del trabajo informal en la salud del trabajador y de la población, ya que en Bogotá-Colombia y en la Región muchas personas pasan del empleo formal al informal a lo largo de sus vidas. Persistir en el empleo de indicadores de posición socioeconómica y de clase social basados en las relaciones laborales y de movilidad social para extender su uso en la salud pública y en los instrumentos de análisis de situación comúnmente empleados por los epidemiólogos, salubristas y tomadores de decisión.

Realizar esfuerzos de investigación de contraste entre ciudades/regiones en distinta escala de neoliberalización, a partir de la operacionalización de un esquema interseccional de clase social, géneros y generaciones territorializadas, con el fin de acompañar la movilización social .

[42] https://www.elempleo.com/co/noticias/noticias-laborales/informalidad-reduce-expectativas-para-lograr-una-pension-4708

ii) En **Formación**: La participación de los mercados de la odontología en la gentrificación/segregación neoliberal de zonas crecientes del territorio urbano de la ciudad Bogotá, debe ser comprendido y re-definido como un problema de salud pública y salud colectiva, desde el cual se promueva un trabajo transdisciplinario con participación de academias críticas, organizaciones sociales, comunitarias y de la sociedad civil, de los movimientos sociales en luchas decoloniales feministas, antiracistas, ecologistas, anticapitalistas integradoras.

Articular esfuerzos en red para la formación en pensamiento crítico, en teorías y praxis del sur global y de la Salud Colectiva Latinoamericana para la transformación social desde lo epistémico-ontológico y político para la construcción y/ó el fortalecimiento del cuidado de la buena vida. A partir del desarrollo de proyectos en distintas escalas dirigidos a valorar la vida en todas sus expresiones no-humana y de naturaleza, bajo criterios y principios políticos de libertad y emancipación social, de resistencia y defensa de buena vida, con herramientas de monitoreo crítico de la buena vida en espacio/tiempo del trabajo emancipado, espacio/tiempo de la vida, del descanso, de la amistad, del amor, la igualdad, la pacha mama y la equidad (Ramírez, R., 2010, 2012).

Comprender y explicar en el marco de la Salud Colectiva los principios y valores sobre el sentido profundo del espacio/tiempo como fundamentos de la transformación social, cuestionando la idea general del valor del tiempo fincado en el oro, como un patrón del capital y en una relación de asimetrías de poder del orden social cuyas prioridades sociales van en contra de los Derechos Humanos DDHH, DDHH de la naturaleza y del cambio civilizatorio que se requiere (Arruzza & Bhattacharya & Fraser, 2019)

Para la salud y la buena vida de los trabajadores de la salud, el cambio civilizatorio conlleva a prioridades colectivas con re-definición del poder político del tiempo/espacio de la buena vida desde monitoreo concreto de la equidad con énfasis en las prácticas odontológicas (corporativizadas) de mayor vulnerabilización.

iii) En la Implementación de **Políticas**, programas, proyectos de territorialización del derecho a la ciudad y a la salud bucal como expresión en un Pacto social para la buena vida, con producción de bienes comunes en los servicios de salud y en el trabajo. Se sugieren los siguientes criterios e indicadores:

Tiempo/espacio de la buena vida: A partir de las desigualdades entre los modos de vida por clase y Localidad se busca visibilizar la naturalización/normalización/despolitización del predominio del trabajo para el consumo con el fin de interrumpir estos predominios y promover la salud del trabajador con prioridad sobre la protección social diferencial por clase, género, generación.

Tiempo/espacio del derecho a la ciudad: Se debe disminuir el tiempo/espacio gastados en desplazamientos hacia zonas de geo-marketing, embellecimiento y especulación del territorio como sustento de la calidad del servicio odontológico y del mayor costo en la producción y venta de los servicios. Y de esa forma enriquecer el trabajo odontologico mediante territorialización

de la salud desde el acceso a recursos de poder social-económico-político del tiempo/espacio desde el derecho a la ciudad y a la salud.

***Propuestas de monitoreo crítico de la equidad como política de salud bucal en el eje de talento humano*:** Con este monitoreo se busca construir conjuntamente con profesionales, información que sirva de línea base y de respaldo a formas de organización profesional, y de acción colectiva para ejercer formas de ciudadanías acorde a los problemas existentes, con efectos en la salud bucal. Así mismo se pretende mapear los derechos humanos vulnerados en la transformación del trabajo, de hombres y de mujeres por zona o sub red de la Ciudad ó por Localidad.

4.3. Limitaciones del estudio

La ausencia de bases de datos consolidadas, con información sobre los trabajadores de la salud bucal de uso público para la ciudad de Bogotá y para otras ciudades o regiones del país, impide la aplicación de los criterios de medición de clase social basados en las teorías empleadas en esta investigación. En su lugar, en este estudio aplicamos la encuesta INSOC a una muestra representativa de la población de profesionales habilitados para prestar servicios de odontología en Bogotá; no obstante, no pudimos cumplir plenamente con los criterios previstos de la aleatorización lo que nos genera un sesgo de información. Asumimos un error típico muestral, como parte inherente al proceso de investigación, con complementos de técnicas intensivas de recolección de información (individuales y grupales) y triangulación de técnicas e investigadores.

5. Referentes

1. Alcaldía Mayor de Bogotá, Secretaría Distrital de Salud, 2011, Política de salud oral con participación social para el decenio 2011 - 2021.
2. ALAMES. 2011.¿Determinación Social O Determinantes Sociales de La Salud?, 1era ed., 45–70. México: ALAMES - Universidad Autónoma Metropolitana de Xochimilco. http://www.alames.org/documentos/breilhdss.pdf.
3. Alves, Giovanni, 2005. Trabalho, corpo e subjetividade: toyotismo e formas de precariedade no capitalismo global.En: Trabalho, Educação e Saúde, v. 3 n. 2, p. 409-428, 2005.
4. Arcaya, MC., Arcaya AL, Subramanian SV. Inequalities in health: definitions, concepts, and theories. Glob Health Action. 2015,8:27106 – http://dx.doi.org/10.3402/gha.v8.27106.
5. Ardila S., Adriana M. Neoliberalismo y trabajo médico en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. De la profesión liberal al trabajo explotado, 2016. Universidad Nacional de Colombia. Tesis presentada como requisito parcial para optar al título de PhD en Salud Pública, Bogotá, 2015.
6. Arias Marlon, 2018. Bogotá D. C. durante 1998-2018. Análisis de caso del sistema de planificación urbana en Colombia En Revista Ciudades, Estados y Política. Universidad Nacional de Colombia DOI: https://doi.org/10.15446/cep.v5n1.68548
7. Arroyo M, María J., et al., 2017. Situación laboral de los odontólogos generales de la Universidad Santo Tomás registrados en la base de datos de egresados durante el periodo de 1992- 2017. Tesis para optar por el título de odontólogo. https://repository.usta.edu.co/bitstream/handle/11634/11632/2018mariaarroyokaterinchia.pdf?sequence=1 Consultado octubre 20 de 2017.
8. Arruzza, Cinzia & Tithi Bhattacharya & Nancy Fraser, 2019. Manifiesto de un feminismo para el 99 %. Editor digital: Titivillus. Traducción de Antoni Martínez-Riu
9. Bejarano, Jesús. 1983. Campesinado luchas agrarias e historia social: notas para un balance historiográfico. En: Anuario Colombiano de Historia Social y de la Cultura. pp. 288-291
10. Beltrán, Magda, 2011. De lo oral a lo bucal en la odontología, Revista Acfo, Disponible en https://doi.org/10.25063/issn.2145-7735 Consultado Agosto de 2018.

11. Beltrán, Magda. Seguimiento de los egresados de la facultad de odontología de la universidad de antioquia desde 1941 hasta el 2011. Parte II: caracterización laboral. Revista Facultad de Odontología Universidad de Antioquia - Vol. 25 (Supl) - Primer semestre, 2014 http://bibliotecadigital.udea.edu.co/bitstream/10495/5591/1/BeltranMagda_2014_SeguimientoEgresados19412011ParteII.pdf Consultado septiembre de 2018.
12. Benach, Joan 2014. Types of employment and health in the European Union. Changes from 1995 to 2000 *European Journal of Public Health*, Vol. 14, No. 3 © European Public Health Association 2004, 314-321. https://doi.org/10.1093/eurpub/14.3.314
13. Benavides, Fernando G.et al. Cuestionario básico y criterios metodológicos para las Encuestas sobre Condiciones de Trabajo, Empleo y Salud en América Latina y el Caribe. Cadernos de Saúde Pública [online]. 2016, v. 32, n. 9 [Accedido 21 Marzo 2019] , e00210715. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00210715>. Epub 10 Oct 2016. ISSN 1678-4464. https://doi.org/10.1590/0102-311X00210715
14. Benavides E., Maria C. 2017. Una mirada a la gentrificación el caso de Bogotá. Tesis para optar por el título de magistra en urbanismo. Universidad Nacional de Colombia. En: http://bdigital.unal.edu.co/56884/7/mariaceciliabenavidesescobar.2017.pdf
15. Benno Herzog y Francesc J. Hernàndez, 2010. Axel Honneth y el renacimiento de la Teoría Crítica, Revista da Faculdade de Direito de Caruaru / Asces – Vol.42 No 1 – Jan - Jun/2010 En: http://www.asces.edu.br/publicacoes/revistadireito/edicoes/2010-1/teoria_critica1.pdf
16. Bernal, Jorge. 2014. Organización de los servicios de salud en Colombia con enfoque territorial: Los territorios regionales saludables.Tesis. Repositorio Universidad Nacional de Colombia https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/49467
17. Borde, Elis y Torres-Tovar, MauricioEl territorio como categoría fundamental para el campo de la salud pública. Saúde em Debate [online]. 2017, v. 41, n. spe2 [Accedido 23 Enero 2021] , pp. 264-275. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/0103-11042017S222>. ISSN 2358-2898. https://doi.org/10.1590/0103-11042017S222.
18. Borde, Elis. 2019. Determinación social de la violencia urbana en ciudades latinoamericanas: Una aproximación teórica, empírica y comparativa a partir de casos de Bogotá y Río de Janeiro https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/76265
19. Boyer, R. Y Freyssenet, M. (1996), "Emergencia de nuevos modelos industriales. Problemática del programa internacional del GERPISA", en Sociología del Trabajo, nueva época, núm. 27, pp. 23-54.
20. Brand P. y Prada F. 2003. La invención de futuros urbanos. Estrategias de competitividad económica y sostenibilidad ambiental en las cuatro ciudades principales de Colombia. Medellín. Colciencias. UN.
21. Breilh J. 1979. Breve recopilación sobre operacionalización de la Clase Social para encuestas en la Investigación Social. Ceas [Internet]. 1979;0-11. Disponible en: http://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/3565/1/Breilh, J-CON-202-Breve recopilacion.pdf
22. Breilh, J. (2003). Epidemilogía Crítica: Ciencia emancipatoria e intercultural (Primera). Lugar Editorial. https://www.terceridad.net/STR/semestre_2017 1/libros_completos_opcional/Breilh,%20J.%20Epidemiolog%C3%ADa%20cr%C3%ADtica_ciencia%20emancipadora%20e%20interculturalidad.pdf
23. Breilh J. 2010. Las tres «S» de la determinación de la Vida 10 tesis hacia una visión crítica de la determinación social de la vida y la salud. En: Cebes, editor. Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária [Internet]. Rio de Janeiro; 2010. p. 87- 125. Disponible en: http://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/3412/1/Breilh, J-CON-117-Las tres S.pdf
24. Breilh 2010b. "La epidemiología crítica: Una nueva forma de mirar la salud en el espacio urbano". Salud Colectiva 6(1): 83-101. ‹doi:dx.doi.org/10.1590/S1851- 82652010000100007›
25. Breilh J. 2010c. Epidemiología, economía política y salud: bases estructurales de la determinación social de la salud. 7.a ed. Nacional CE, editor. Quito: Fontamara.
26. Breilh, 2012a, Breves notas acerca de la salud y las políticas debidas. http://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/3582/1/Breilh%2c%20J-CON-230- Breves%20notas%20acerca.pdf Consulta mayo 26 de 2018
27. Breilh, 2015. Urgencia de interpelar a los decisores de políticas de integración desde el derecho integral a la salud. http://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/4614/1/CON-253- Breilh%2c%20J..pdf Consulta mayo 24 de 2018
28. Breilh J. Nuevos conceptos y técnicas de investigación. 2.a ed. CEAS, editor. Quito: Centro de Estudios y Asesorias en Salud; 1997.
29. Breilh, J. 2021. Critical epidemiology and the people`s health. Oxford University Press. London.
30. Brenner, N. (2013) Tesis sobre la urbanización planetaria. Revista Nueva Sociedad No. 243 enero-febrero
31. Cámara de Comercio de Bogotá. (2007, 1 julio). [Perfil economico San Cristobal]. Recuperado de https://bibliotecadigital.ccb.org.co/bitstream/handle/11520/2885/6229_perfil_economico_san_cristobal.pdf?sequence=1&isAllowed=y
32. Cámara de Comercio de Bogotá, 2019. Balance y perspetivas de la economía bogotana, 2018-2019 http://hdl.handle.net/11520/22551
33. Casallas, A. L. (2017). La medicina social-salud colectiva latinoamericanas: una visión integradora frente a la salud pública tradicional. Revista Ciencias de La Salud, 15(3), 397–40

34. CEBES. 2010. Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária, Pensar em saúde. Rio de Janeiro: Cebes, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. https://doi-org.ezproxy.unal.edu.co/10.1111/j.1601-5037.2011.00520.x
35. Clovis JB , Brillant MGS , Matthews DC SJ Cobban et al., 2011. Using interviews to construct and disseminate knowledge of oral health policy
36. Consejo europe de odontólogos CEO, 2013. Carta a odontólogos liberales realizada por el En: https://eudental.eu/library/policy.html?filter_id=31 consultado febrero 20 de 2019
37. Contreras A. Editorial: El ejercicio de la Odontología en Colombia: un futuro incierto. Rev Estomat 2011; 19(1): 5-6.
38. Cortina, Adela 2017. Aporofobia, el rechazo al pobre Un desafío para la democracia Paidós, Barcelona, 2017
39. Crenshaw, K. A. intersecionalidade na discriminação de raça e gênero. Ação Educativa, p. 7-16, 2012.
40. Creswell, John W.; Hanson, William E.; Clark Plano, Vicki L. & Morales, Alejandro (2007). Qualitative research designs: Selection and implementation. *The Counseling Psychologist*, *35*(2), 236-264.
41. Dalle, P. (2013) Movilidad social ascendente de familias migrantes de origen de clase popular en el Gran Buenos Aires. Trabajo y Sociedad, 21, 373-401
42. Dalle, P. (2016) Movilidad social desde las clases populares. Un estudio sociológico en el Área Metropolitana de Buenos Aires (1960-2013). Buenos Aires: IIGG/CLACSO.
43. Davis, Lennard. 2013. Constructing Normalcy. The curve of Bell, the novel and the invention of the disable body in the nineteenth century.
44. De la Garza, Enrique (2005): Introducción "Del concepto ampliado de trabajo al de sujeto laboral ampliado", en: Sindicatos y nuevos movimientos sociales en América Latina, de la Garza Toledo (comp.). Colección Grupos de Trabajo, CLACSO, 224p. Disponible en la web: bibliotecavirtual.clacso.org.ar
45. De la Garza, Enrique y Neffa, Julio C. (comps.) (2010): Trabajo y modelos productivos en América Latina, Argentina, Brasil, Colombia, Mexico y Venezuela luego de la crisis del modo de desarrollo neo-liberal, Ed. CLACSO, Ceil-Piette, Trabajo y Sociedad, Buenos Aires.
46. Donatres Girald, Jazmín A; Rojas Amador, Mayra A. Jimenez Barbosa, Wilson J. 2017. *Universitas Odontológica*, 36 (76) Calidad de vida de los odontólogos en Colombia. Revisión exploratoria de literatura.https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=2312/231252657004
47. Duarte Pinzón, Nubia. 2016. Análisis de Resultados de las Políticas Públicas en Salud Oral en Bogotá en el periodo comprendido entre 1999- 2014. Tesis para optar por el tótulo de magistra en protección social Facultad de Economía. Universidad Santo Tomás de Colombia. Disponible en: http://repository.usta.edu.co/bitstream/handle/11634/2644/duartenubia2016.pdf?sequence=1 consultada agosto 11 de 2018.
48. Fair, Hernán. "El sistema global neoliberal", *Polis* [En línea], 21 | 2008, Publicado el 10 abril 2012, consultado el 13 mayo 2020. URL: http://journals.openedition.org/polis/2935.
49. Forero, María A., 2018. Complejo médico industrial en odontología: el caso de la implantología dental. Pp 93-104 En: Morales C., Maldonado, L., Investigación en salud colectiva. Entre ciencias sociales y ciencias de la salud. Universidad Nacional de Colombia.
50. Franco, Ángela M; Ochoa, Emilia; Martínez E. Reflexiones para la construcción de política pública con impacto en el componente bucal de la salud. Rev Fac Odont Univ Ant, 2004; 15 (2): 78-90.
51. Frodeman, R., Thompson, J., & Mitcham, C. (Eds.). (2010). The Oxford handbook of interdisciplinarity. Oxford ; New York: Oxford University Press.
52. Foucault, M. (2007). Nacimiento de la biopolítica. Buenos Aires, FCE.
53. Galvin, Rose. 2003. The paradox of disability culture: the need to combine versus the imperative to let go. August. Disability & Society 18(5):675-690. DOI: 10.1080/0968759032000097889.
54. García-Calvente María del Mar, Marcos-Marcos Jorge, Bolívar Muñoz Julia, et al. 2016. Guía para incorporar el enfoque de género en la planificación de políticas sociales. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública y Consejería de Igualdad y Políticas Sociales, Junta de Andalucía.
55. García, A; Morán, A. Nueva estructura de la fuerza de trabajo desde un enfoque de género: aplicación a las estadísticas de trabajo de Colombia. In: Investigas: estudios innovadores sobre economía, género e indicadores. Bogotá. 2018.
56. González J, Díaz W, Gómez J, LOPEZ L, Mártinez L, Moreno M, et al. Segregación socioeconómica en el espacio urbano de Bogotá [Internet]. Colombia UN de, editor. Bogotá; 2007. Disponible en: http://www.sdp.gov.co/portal/page/portal/PortalSDP/actualidad-SDP-home/Segregacion_Socioeconomica_Espacio_Urbano_Bogota_Junio_0.pdf
57. Gülcan F , Ekbäck G ,. Ordell S , Et al., Inequality in oral health related to early and later life social conditions: a study of elderly in Norway and Sweden. BMC Oral Health [10 Feb 2015, 15:20]
58. Gonçalves, C. W. P. (2002). Da geografia às geo-grafias: Um mundo em busca de novas territorialidades. CLACSO, 217-256.
59. Harvey, D. (2008). El derecho a la ciudad. New Left Review, 53 (1), 23–40
60. Harvey, D. (2004). El "nuevo" Imperialismo: acumulación por desposesión. Socialist Register, 40: 63-89.

61. Heaton, Lisa., et al., 2004. Factors Influencing Use of Dental Services in Rural and Urban Communities: Considerations for Practitioners in Underserved Areas, October, Journal of Dental Education. USA
62. Henríquez, H., Riquelme, V., Gálvez, T., & Morales, G. (2006). Lejos del trabajo decente: el empleo desprotegido en Chile. Cuaderno de Investigación n° 30, Dirección del Trabajo, Departamento de Estudios.
63. Hernandez, Mario 2017, Consecuencias de la Cobertura Universal de Salud en Colombia Revista digital Soberania salitaria.
64. Hurtado, M. V., 2011. Análisis de la renovación urbana como estrategia de recuperación del centro histórico de Bogotá: Estudio de caso barrio Santa Barbara colonial (Nueva Santa Fe) en el periodo 1976-2000. Bogotá: Universidad Colegio Mayor Nuestra Señora del Rosario.
65. Homedes, Nuria. Ugalde, Antonio, 20015. Las reformas de salud neoliberales en América Latina: una visión crítica a través de dos estudios de caso. Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health 17(3), 2005
66. Ingunza, Jesús Marcelo, 2015. Calidad de vida relacionada a la salud bucal en escolares de ámbito urbano-marginal Rev Estomatol Herediana. 2015 Jul-Set;25(3):194-204.
67. Instituto Nacional de Salud, Observatorio Nacional de Salud, 2016. Clase Social y Salud; Octavo Informe Técnico (Pag.1-165). Bogotá, D.C.
68. Iriart, Celia, 2018, El complejo médico industrial interviene en el estilo de vida En: Agencia TSS. http://www.unsam.edu.ar/tss/celia-iriart-el-complejo-medico-industrial-interviene-en-el-estilo-de-vida/
69. Jácome L., Sofia, 2019. Correspondencia entre la práctica del profesional del odontólogo en Colombia y el examen de estado de calidad de la educación superior saber pro para odontología. En : http://repositorio.unicartagena.edu.co/handle/11227/9446).
70. Jaramillo GH, Gómez GM. 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. http://hdl.handle.net/10495/7812
71. Jaramillo, GH, et al., 2014. La odontología: profesión liberal que se debate entre la distinción y la extinción. Rev Fac. Odontol Univ Antioq 2014; 25(Suppl): S5-S26.
72. Jaramillo, Samuel (2015). ¿Gentrificación en Bogotá?. I Congreso Latinoamericano de Teoría Social. Instituto de Investigaciones Gino Germani. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
73. Lefebvre, 1969. El Derecho a la ciudad. Ediciones península.
74. Lefebvre, H. (1972). La revolución urbana. Alianza Editorial Madrid.
75. Lefevbre, H. (2015). De la ciudad a la sociedad urbana. Bifurcaciones, No.20. http://www.bifurcaciones.cl/2014/12/lefebvre-de-la-ciudad-a-la-sociedad-urbana/
76. Lefebvre, H. (2013) La producción del espacio. Madrid: Editorial Capitán Swing
77. Leff, Enrique. 2003. "La ecología política en América Latina: Un campo en construcción". Sociedade E Estado 18 (1-2): 17-40. doi: ‹10.1590/S0102- 69922003000100003›.
78. Linares Nivaldo; López A., Oliva (2007). Equidad en salud. ¿objetivo o pretexto para las reformas en América latina?. XXVI Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología. Asociación Latinoamericana de Sociología, Guadalajara. En: http://www.aacademica.org/000-066/1512
79. Majone, Giandomenico 2005. Evidencia, argumentación y persuasión en la formulación de politicas. En:https://campusvirtual.univalle.edu.co/moodle/pluginfile.php/701596/mod_resource/content/1/Majon e.pdf
80. Marcenes., Kasebaum., Bernabé E., 2013. Global burden of oral conditions in 1990-2010: a systematic analysis.
81. Mathur MR, et al., 2015. Addressing inequalities in oral health in India: need for skill mix in the dental workforce. DOI: 10.4103/2249-4863.154632 Disponible en: https://europepmc.org/abstract/MED/25949967. Consultado mayo 20 de 2018.
82. Martin Hobdell, P. E. (2003). Global goal for oral health 2020. Internacional Dental Journal, 53- 285-288.
83. Martinez-Parra, A. Abadía-Barrero, C. Murata, Chiharu I. Méndez Ramírez, I. Méndez Gómez-H (2019) Social Class for Collective Health Research: A Conceptual and Empirical Challenge, Global Public Health, 14:6-7, 977-995, DOI: 10.1080/17441692.2018.1541098
84. Marx, Karl ([1867] 1968). El Capital, crítica de la economía política. México: Fondo de Cultura Económica.
85. Massey, D., & Bernal, G.E. (1998). Espacio, lugar y género. Debate Feminista, 17. https://doi.org/10.22201/cieg.2594066xe.1998.17.428
86. Mayorga Henao, José Mario; Ortiz Véliz, Jorge. 2020. "Segregación e inequidad en el acceso a servicios de educación, cultura y recreación en Bogotá, Colombia." Cuadernos de Geografía: Revista Colombiana de Geografía. 29 (1): 171-189. doi: 10.15446/rcdg.v29n1.73395.
87. Min Salud, 2014. IV Estudio Nacional de Salud Bucal, ENSAB. Situación de salud bucal. En: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENSAB-IV-Situacion-Bucal-Actual.pdf. Consultado en Junio 4 de 2018.
88. Ministerio de la Proteccion Social, Programa de apoyo a la reforma en salud, "Pars", Segunda edición 2007. Los recursos humanos de la salud en Colombia, balances, competencias y prospectivas. Unión Temporal: Universidad Javeriana, Fedesarrollo. Bogotá Colombia. Disponible en:

https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/LOS%20RECURSOS%20HUMANOS%20DE%20LA%20SALUD%20EN%20COLOMBIA.pdf Consultado agosto, 12 de 2018.
89. Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). Política Integral de Atención en Salud "Un sistema de salud al servicio de la gente, Bogotá
90. Molina-Achury, N., Forero-Nieto, S., Ramos-Caballero, D., Benavides-Piracón, J., & Quintana-Cortés, M. (2016). Diseño y validación de un instrumento de evaluación de condiciones de salud y trabajo de los fisioterapeutas en Colombia. *Revista de la Facultad de Medicina, 64*(3Sup), S59-S67. doi: https://doi.org/10.15446/revfacmed.v64n3Sup.51655
91. Morales Carolina Eslava Juan. 2015. In Huellas de la Determinación soso salud (Memorias de Seminario Inter-universitario). Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
92. Muntaner C, Rocha KB, Borrell C, Vallebuona C, Ibáñez C, Benach J, et al. 2012. Clase social y salud en América Latina. Rev Panam Salud Publica. 2012;31(2):166–75.
93. Muntaner C, Ng E, Chung H, Prins SJ. 2015. Two decades of Neo-Marxist class analysis and health inequalities: A critical reconstruction. Soc Theory Heal- th [Internet]. 2015;13(3-4):267–87. Available from: http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-84939499229&partnerID=tZOtx3y1
94. Noguera, Carlos E., 1998. La higiene como política. Barrios obreros y dispositivo higiénico: Bogotá y Medellín a comienzos del siglo XX. Anuario colombiano de Historia scoial y de la cultura No 25. P 188 - 215.
95. Noguera, J. (2011). El concepto de trabajo y la teoría social crítica. Travailler, 26(2), 161-192. doi:10.3917/trav.026.0161.
96. Observatorio Nacional de Salud. Informe Nacional de Desigualdades en Salud [Internet]. Bogotá, D.C.,; 2015 [cited 2016 Nov 16]. Available from: http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/ons/SiteAssets/Paginas/pu- blicaciones/6to_informeONS.pdf
97. Otalvaro, Gabriel et al., 2014. Transformaciones de la practica odontológica. Revista Facultad de Odontología, Vol No 25, suplemento.
98. Otálvaro, Zuluaga, Jaramillo, et al (2018) Políticas de Salud Bucal en Colombia en el marco del sistema general de seguridad social en salud. Una aproximación panorámica. En: Almeida Carrer F.C. y Pucca Junior G.A. "Observatorio Iberoamericano de políticas públicas en salud bucal. Construyendo un bloque por más salud bucal. Sao Paulo: Facultad de Odontología de USP. 2ª ed.
99. Otálvaro, Gabriel, 2019. Ciudad, juventudes y políticas de salud en Medellín en el siglo XXI. Tesis para optar por el título de PhD en Salud Colectiva, Ambiente y Sociedad de la Universidad Andina Simón Bolívar de Ecuador. En: https://repositorio.uasb.edu.ec/handle/10644/84/browse?type=author&order=ASC&rpp=20&value=Otálvaro+Castro%2C+Gabriel+Jaime
100. Payares, C., & Arango, A., 1991. Consideraciones sociohistóricas de la odontología en Colombia y Antioquia. Siglo XX. Medellín - Colombia.
101. Petersen, P. E. (2014). Strengthening of Oral Health Systems: Oral Health through Primary Health Care. Medical Principles and Practice, 23(1), 3-9
102. Piketty, Thomas (2014); El Capital en el Siglo XXI, Fondo de Cultura Económica. Petersen, P. E. (2003). The World Oral Health Report. Recuperado de http://www.who.int/oral_health/media/en/orh_re- port03_en.pdf
103. Polanyi Levitt, Kari, 2017. De la gran transformación a la gran financiarización. Vol. 10 (No. 26), enero-abril 2017, www.olafinanciera.unam.mx. En: http://www.olafinanciera.unam.mx/new_web/26/pdfs/PDF26/PolanyiOlaFinanciera26.pdf
104. Procuraduría General de la Nación C de E de DJ y S-D. Trabajo digno y decente en Colombia. Seguimiento y control preventivo a las políticas públicas [Internet]. 2012 [cited 2016 Oct 27]. Available from: http://www.procuraduria.gov.co/portal/media/file/Trabajo digno y decente en Colom- bia_ Seguimiento y control preventivo a las pol%C3%ADticas p%C3%BA- blicas(1).pdf
105. Puerto AH, Torres PE, Roa FA, Hernández JE. Modo de Vida de un grupo de trabajadores informales en Corabastos, Bogotá D.C. 2014. Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2016; 34(1): 80-87. DOI:10.17533/udea.rfnsp.v34n1a10
106. Quijano-Gómez, Estefanía. 2020. Gentrificación, clases sociales y nuevos actores urbanos en el centro de Bogotá Colombia. En: Estudios territoriales. Vol. LII, Nº 206, invierno. Pp. 887-900 https://doi.org/10.37230/CyTET.2020.206.11
107. Quintana, P. E. B. (2000). Impacto de las reformas del sector de la salud sobre los recursos humanos y la gestión laboral. Revista Panamericana de Salud Pública, 8(1-2),43-54
108. Ramírez Puerta, Blanca; Molina Ochoa, Héctor; Álvarez Sánchez Luis. 2012. Experiencia de caries en denticion permanente, en niños de 12 años, municipio de andes (colombia), 2012. En: http://revistas.ces.edu.co/index.php/odontologia/article/view/2801/ Consultado mayo 28 de 2018
109. Ramírez, René. 2010. La vida buena como riqueza de los pueblos. Hacia una socioecología política del buen vivir. IAEN- INEC, Quito.
110. Ramírez, René. 2012. La vida buena como riqueza de los pueblos. Hacia una socioecología política del tiempo. IAEN- INEC, Quito.

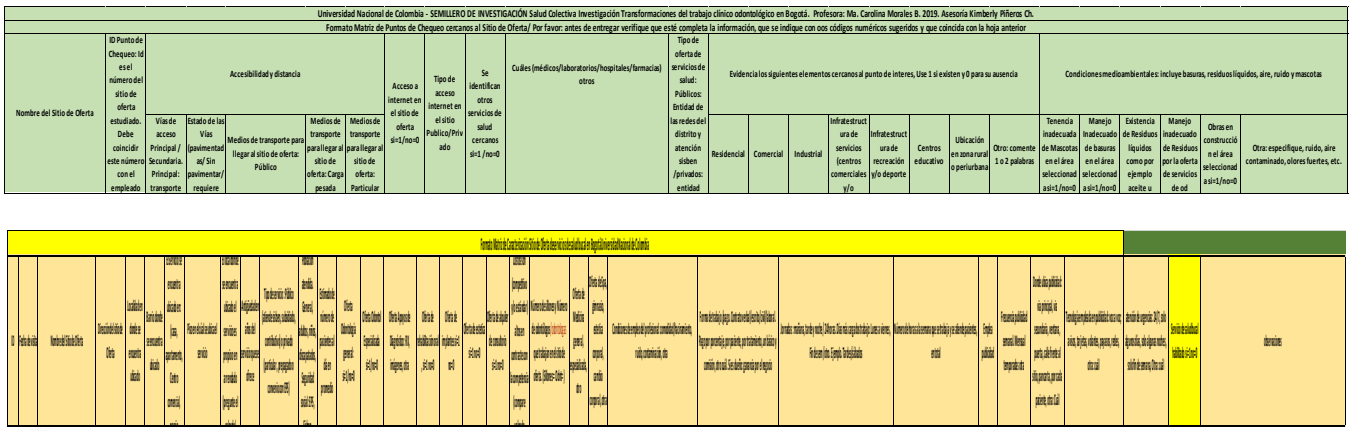
111. Rueda Martínez, G. y Albuquerque, A. (2016). La salud bucal como derecho humano y bien ético. *Revista Latinoamericana de Bioética*, *17*(1), 36-59. doi: http://dx.doi.org/10.18359/rlbi.2299
112. Ruiz Morato, Natalia, 2016. Estudio histórico-jurídico del derecho al desarrollo y su potencialidad en los órdenes jurídicos nacionales. En: Pensamiento jurídico, No. 43, ISSN 0122 - 1108, enero- junio, Bogotá 2016, PP. 377-403. Consultado en: https://revistas.unal.edu.co/index.php/peju/article/viewFile/60770/pdf mayo 29 de 2018
113. Ruiz Bruzzone, Stefano, Felipe. (2016). Superexplotación de la fuerza de trabajo en América Latina: Consideraciones teóricas. Izquierdas, (30), 236-257. https://dx.doi.org/10.4067/S0718-50492016000500009
114. Sacher, William. Naturalismo moderno y corrientes del ecologismo. En: Rev Ecología Política, 2019. No. e58: 10-18
115. Sáenz Ignacio. 2009. Odontología la última profesión liberal. [Tesis doctoral en Ciencias Sociales] Argentina: Universidad del Rosario; Facultad de Ciencias Odontológicas; 2009. Consultado en Octubre de 2018. http://www.e-universitas.edu.ar/index.php/journal/article/viewFile/28/52
116. Salazar B., Diana., Ternera, J., et al., 2008. Caracterización de la situación actual de la profesión de odontólogo en Colombia. Bogotá. SENA, FOC, COCO. Mesa Sectorial en Salud. Centro de formación talento humano en salud. Disponible en: https://repositorio.sena.edu.co/bitstream/11404/2144/1/3067.pdf Consultado en agosto 12 de 2018.
117. Samaja J. Epistemología de la Salud: reproducción social, subjetividad y transdisciplina. Lugar, editor. Buenos Aires; 2004.
118. Sánchez G., Patricia; Zamora A., G. 2020. Guayaquil: La ficción de un éxito. El impacto de la pandemia Covid 19. Plataforma por el Derecho a la Salud. En: https://saludyderechos.fundaciondonum.org/wp-content/uploads/2020/12/LA-FICCION-DE-UN-EXITO.pdf
119. Santos, M. Los espacios de la globalización. Anales de geografía de la Universidad Complutense, Madrid, n. 13, p. 69-77, 1993. Disponible en: <https://revistas.ucm.es/index.php/AGUC/article/viewFile/AGUC9393110069A/31671>. Acceso en: 5 jul. 2016
» https://revistas.ucm.es/index.php/AGUC/article/viewFile/AGUC9393110069A/31671
120. Sautu, R. (2014) Agencia y estructura en la reproducción y cambio de las clases sociales. Revista Theomai, 29, 100-120
121. Sequera, J. (2015): "A 50 años del concepto de gentrificación. Biblio 3W". Revista Bibliográfica de Geografía y Ciencias Sociales. Vol. XX, nº 1.127.
122. Smith, N. (2012). La nueva frontera urbana: ciudad revanchista y gentrificación. Ed. Traficantes de sueños.
123. Secretaría Distrital de Planeación http://www.sdp.gov.co/gestion-a-la-inversion/planes-de-desarrollo-y-fortalecimiento-local/planes-de-desarrollo-local/
124. Secretaría Distrital de Planeación, Plan de desarrollo Bogotá Positiva: para vivir mejor, Balance general 2011.
125. Secretaría Distrital de Planeación. Dirección de estratificación. Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Ciencias. Depto de Estadística. 2013. Segregación socio económica en el espacio urbano de Bogotá D.C. Colombia.
126. Secretaria Distrital de Salud. (2004-2010). Politica Pública de Salud Oral
127. Secretaria Distrital de Salud. Diagnóstico locales 2017. http://www.subredsur.gov.co/sites/default/files/asis/DocumentoACCVSyE_SubredSur_Urbano_03Marzo2017_0.pdf
128. Sumapaz: http://subredsur.gov.co/sites/default/files/asis/DocumentoACCVSyE_SubredSur_Ruralidad_03Marzo2017.pdf
129. Sierra Lara, Yoandris. (2014). Análisis del cambio del modelo global de acumulación capitalista sucedido en la década de los años setenta del siglo xx. Elementos a observar ante un posible cambio. Economía y Desarrollo, 152(2), 6-19. Recuperado en 13 de mayo de 2020, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0252-85842014000200001&lng=es&tlng=es.
130. Smith, Bárbara. 1983 "Introduction" En: Barbara Smith (ed.) Home Girls: A Black Feminist Anthology. Nueva York: Kitchen Table/Women of Color Press: xix-lxii).
En file:///Users/Carolina/Downloads/23024-Texto%20del%20art%C3%ADculo-23043-1-10-20110607.PDF
131. Soliz T., Maria F., 2015. Ecología política y geografía crítica de la basura en el Ecuador. Letras Verdes. Revista Latinoamericana de Estudios Socioambientales, N.° 17, pp. 4-28
132. Solíz Torres, M.F., (2017). Salud colectiva y daño psicosocial: Aproximaciones desde el territorio recuperando la salud: Acompañamiento psicosocial en comunidades de la Cordillera del Cóndor.
133. Solíz Torres, M.F., (2018). Megaminería en el país de los derechos de la naturaleza. Conflictividad, salud colectiva y daño psicosocial en las mujeres. 6.
134. Soliz T., Maria F., et al. 2018. Fruta del Norte. La manzana de ls discordia. Monitoreo Comunitario participativo y memoria colectiva en la Comunidad de El Zarza. Universidad Andina Simón Bolívar de Ecuador. Clínica ambiental, ediciones la Tierra.
135. Solíz Torres, M.F.,. (2020). La determinación social de la salud: La comprensión de la complejidad de la vida. Revista Ciencias de la Salud, 18, 1-3. https://revistas.urosario.edu.co/xml/562/562633410001/index.html
136. Souza Minayo, Maria Cecília de (2010). Los conceptos estructurantes de la investigación cualitativa. Salud Colectiva, 6(3),251-261.[fecha de Consulta 17 de Febrero de 2021]. ISSN: 1669-2381. Disponible en: https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=731/73115348002

137. Spinelli, Hugo. 2010. “Las dimensiones del campo de la salud en Argentina”. En Salud Colectiva; 6(3):275-293. Disponible en:http://www.scielo.org.ar/pdf/sc/v6n3/v6n3a04.pdf
138. Ternera, J. Sobre Oferta de Odontólogos en Colombia. Periódico El Pulso. Junio de 2009. http://www.periodicoelpulso.com/ediciones-anteriores-2018/html/0906jun/general/general-11.htm
139. Ternera Pulido, J. H. (2011). Planificación de Talento Humano en Salud Oral en Colombia. Acta Odontológica Colombiana, 1(1), 77-92. Recuperado a partir de https://revistas.unal.edu.co/index.php/actaodontocol/article/view/28376
140. Torres Tovar, Carlos A., 2012. “Legalización de barrios: acción de mejora o mecanismo de viabilización fiscal de la ciudad dual”, Bulletin de l'Institut français d'études andines [En línea], 41 (3) | 2012, Publicado el 13 agosto 2013, consultado el 30 abril 2019. URL: http://journals.openedition.org/bifea/304 DOI : 10.4000/bifea.304
141. Urabayen, Julia, León, Jorge. 2018. La gubernamentalidad biopolítica: de la sociedad de control estatal al liberalismo En: Co-herencia, vol. 15, núm. 29, 2018 DOI: 10.17230/co-herencia.15.29.3
142. Vasilachis de Gialdino, Irene (2006). La investigación cualitativa. En Irene Vasilachis de Gialdino (Ed.), Estrategias de investigación cualitativa (pp.23-64). Barcelona: Gedisa.
143. Vasilachis de Gialdino, Irene (2009). Los fundamentos ontológicos y epistemológicos de la investigación cualitativa [92 párrafos]. Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research, 10(2), Art. 30, http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs0902307.
144. Vega-Vargas, Manuel; Eslava-C., Juan C.; Arrubla-S., Deisy. Hernández-Á., Mario. La reforma sanitaria en la Colombia de finales del siglo xx: aproximación histórica desde el análisis sociopolítico. En: Rev. Gerenc. Polit. Salud, Bogotá (Colombia), 11 (23): 58-84, julio-diciembre de 2012.
145. Viveros, M. La interseccionalidad: una aproximación situada a la dominación. Universidad Nacional de Colombia, Debate Feminista, n. 52, 2016. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0188947816300603> Acceso en: 08 sep 2019.
146. Watanabe, B. 1993. Toyotismo: ¿um novo padrão mundial de produção? Revista dos Metalúrgicos, v. 1, n. 1, p. 4-11.
147. Wright, Erik Olin. 1987. Clases. Madrid: Siglo XXI.

6. Anexos

Anexo 2.1. Trabajo de campo my maps; instructivo georeferenciación; Mapa de Polígonos de Chapinero).
https://drive.google.com/drive/u/0/folders/1jjQFyQPpoGSc4O1WIg-jd53f0_ZdFDV1

Anexo 2.2 Matrices trabajo de campo


Universidad Nacional de Colombia - SEMILLERO DE INVESTIGACIÓN Salud Colectiva Investigación Transformaciones del trabajo clínico odontológico en Bogotá. Profesora: Ma. Carolina Morales B. 2019. Asesoría Kimberly Piñeros Ch.
Formato Matriz de Puntos de Chequeo cercanos al Sitio de Oferta/ Por favor: antes de entregar verifique que esté completa la información, que se indique con oos códigos numéricos sugeridos y que coincida con la hoja anterior
Nombre del Sitio de Oferta | ID Punto de Chequeo: Id en el número del sitio de oferta estudiado. Debe coincidir este número con el empleado | Accesibilidad y distancia: Vías de acceso Principal / Secundaria. Principal: transporte | Estado de las Vías (pavimentad/ Sin pavimentar/ requiere | Medios de transporte para llegar al sitio de oferta: Público | Medios de transporte para llegar al sitio de oferta: Carga pesada | Medios de transporte para llegar al sitio de oferta: Particular | Acceso a internet en el sitio de oferta si=1/no=0 | Tipo de acceso internet en el sitio Publico/Privado | Se identifican otros servicios de salud cercanos si=1 /no=0 | Cuáles (médicos/laboratorios/hospitales/farmacias) otros | Tipo de oferta de servicios de salud: Públicos: Entidad de las redes del distrito y atención si/ben /privados: entidad | Evidencia los siguientes elementos cercanos al punto de interes, Use 1 si existen y 0 para su ausencia: Residencial | Comercial | Industrial | Infraestructura de servicios (centros comerciales y/o | Infraestructura de recreación y/o deporte | Centros educativo | Ubicación en zona rural o periurbana | Otro: comente 1 o 2 palabras | Condiciones medioambientales: incluye basuras, residuos líquidos, aire, ruido y mascotas: Tenencia inadecuada de Mascotas en el área seleccionad a si=1/no=0 | Manejo inadecuado de basuras en el área seleccionad a si=1/no=0 | Existencia de Residuos líquidos como por ejemplo aceite u | Manejo inadecuado de Residuos por la oferta de servicios de od | Obras en construcció n el área seleccionad a si=1/no=0 | Otra: especifique, ruido, aire contaminado, olores fuertes, etc.
Formato Matriz de Caracterización Dinámica Oferta de servicios de salud bucal en Bogotá Universidad Nacional de Colombia
0 | Fecha de visita | Nombre del Sitio de Oferta | Descripción del sitio Otro | Localidad donde se encuentra ubicado | Tipo de vías de acceso principal que conducen al sitio de oferta | Estado de las vías de acceso principal que conducen al sitio de oferta | Tipo de vías de acceso secundarias que conducen al sitio de oferta | Medios de transporte para llegar al sitio de oferta | Tipo de acceso a Internet en el sitio de oferta | Otros servicios de salud cercanos si=1/no=0 | Otros Servicios Especiales si=1/no=0 | Otros tipos de negocios No Relacionados a salud si=1/no=0 | Otros de medicina tradicional si=1/no=0 | Otros de arquitectónicos si=1/no=0 | Otros de ocio si=1/no=0 | Otros de comercio si=1/no=0 | Otros de tiendas de comidas si=1/no=0 | Cantidad de pequeños negocios de actividad informal alrededor (ventas ambulantes, etc) | Número de Edificios Públicos de odontología (Universidades, Centros de salud, Clínicas Odontológicas, etc) | Otros de Vivienda (privada, pública, etc) | Otros tipos de negocios, oficinas, etc) especifique, en | Condiciones ambientales del entorno al consultorio (basuras, ruido, contaminación, etc | Forma de tránsito peatonal (Intensidad y densidad) Vehicular (tipo, Cantidad y densidad) Ciclo rutas (si o no) Señalización para peatones, para vehículos, para ciclistas | Servicios básicos (Acueducto, Alcantarillado, Energía, Telefonía) | Número de Personas que se encuentran en el momento de la visita | Cantidad de personas que transitan por el sector | Tiempo de observación (en minutos) | Tipo de publicidad | Frecuencia publicidad (anual, Mensual, Semanal, Diaria) | Tiempo de publicidad (si es principal, si es secundaria, veces que, cada cuanto, cada cuanto tiempo, cada cuanto tiempo, cada cuanto tiempo

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PREMIO NACIONAL ACFO - COLGATE

TRANSFORMACIONES DEL TRABAJO ODONTOLÓGICO CLÍNICO EN BOGOTÁ, 1985-2015

FORMATO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA[1]

**Antes de empezar la entrevista entregue el consentimiento informado al entrevistado-a y recíbalo con la firma de el o de ella. Entregue una copia al entrevistado-a.*

**Es importante que el consentimiento quede firmado por ambas partes*

Fecha De La Entrevista Nombre Del Sitio De Oferta

Nombre De Quien Hace La Entrevista

Introducción:

Esta entrevista se realiza con la finalidad de conocer y entender las dinámicas del funcionamiento de los servicios de salud bucal en las localidades de la ciudad de Bogotá y comparar las transformaciones del trabajo clínico odontológico desde 1985 a la actualidad.

[1] La entrevista es una herramienta técnica que utiliza el investigador para recolectar datos; es una conversación que se propone un fin determinado distinto al simple hecho de conversar. Las entrevistas semiestructuradas parten de preguntas previamente formuladas y que pueden ajustarse a los entrevistados. Su ventaja es tener la posibilidad de motivar al interlocutor, aclarar términos, identificar ambigüedades y reducir formalismos. **Lea las preguntas con antelación para que las siga con confianza y manteniendo una conversación amena con el entrevistado:**

1. Cuántos años lleva ejerciendo la profesión? en qué año se graduó, de qué universidad?
2. Ha trabajado en clínica desde que se graduó?
3. Usted es especialista en ? _____ de que universidad ?
4. En esta ips pueden acceder todo tipo de pacientes? los paciente discapacitados, con discapacidad física o cognitiva acceden ? si dice que si, continúe: quién los atiende, un especialista en _____?
5. En qué consiste la marca de marlon becerra?
6. Cuál es su opinión del servicio de salud bucal que ofrece la clínica marlon becerra?
7. El salario por su trabajo en la clínica marlon becerra es suficiente? o es necesario trabajar en otra parte?. dónde más trabaja?
8. Qué procedimientos o especialidad es la de mayor demanda por adultos-as, _____ por jóvenes _____, ancianos-as _____ por mujeres _____, por hombres _____?
9. Por qué la demanda de especialidades estéticas aumenta ?
10. Qué día o que horario tiene más trabajo? cuál es el número aproximado de pacientes que se atienden por día acá?
11. Cómo son las jornadas de trabajo para los profesionales? cuántas horas día/semanales trabajan?
12. El desempeño de los profesionales es igual al de las prof que trabajan en la clínica?
13. Los precios que manejan acá cómo los fijaron? considera que son altos,bajos o competitivos
14. Los precios de venta son accesibles para toda la población? o para estratos 4, 5 y 6 ?
15. Cómo se contratan a los profesionales? laboral? civil prestación de servicios, el pago es un básico más comisión?
16. El salario incluye seguridad social y pensión?
17. La clínica permite a los profesionales trabajar en las diferentes sedes o el contrato es directamente con la sede.?
18. Qué estrategias utilizan para la promocion y fidelizacion de pacientes en la clínica?
19. Cómo es el concepto de salud bucal que vende la clínica? es igual en todas las sedes?
20. La clínica capacita a sus profesionales para la promoción y venta de servicios de la clínica?como lo hace?
21. La clínica le ofrece algún beneficio o algún incentivo adicional por incrementar los ingresos de la clínica?
22. Usted hará una clínica similar o que la cambiaría ?
23. Algún comentario que considere importante adicionar

Muchas gracias

1.Díaz-Bravo Laura, Torruco-García Uri, Martínez-Hernández Mildred, Varela-Ruiz Margarita. La entrevista, recurso flexible y dinámico. Investigación educ. médica [revista en la Internet]. 2013 Sep [citado 2020 Feb 23] ; 2(7): 162-167. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-50572013000300009&lng=es.

Anexos 2.3. Inducción al trabajo de campo

Anexo 3.1. Instrumento de Encuesta INSOC-TOC

https://forms.gle/HhdNmkbYdJXW9H1L8

Anexo 3.2. Formato de validación del INSOC Ajustada. Bogotá.

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

FORMATO DE EVALUACIÓN DE JUECES EXPERTOS

Título de la investigación: Transformaciones del trabajo odontológico en Bogotá - Aproximación crítica. 1985-2018. Eje Talento Humano de la Política Pública de Salud Bucal para Bogotá 2011-2021.

Nombre del instrumento: ENCUESTA DIRIGIDA A ODONTÓLOGO-AS del REGISTRO DE HABILITADOS en BTA.

Nombre del Juez: Juan Camilo Tocora Rodriguez Especialidad: Odontólogo especialista en gerencia de servicios de salud, magister en epidemiología.

Fecha de entrega al juez: 28 Noviembre 2018 Fecha de diligenciamiento y entrega: 30 Noviembre 2018

Apreciado Juez:

Para la evaluación de los instrumentos tenga en cuenta que la calificación que usted le dé al ítem corresponde a una toma de decisiones que se realiza según los criterios:

- Ítem que obtiene puntuación promedio entre 0 y 3.0 — SE DESECHA
- Ítem que obtiene puntuación promedio entre 3.0 y 3.5 — SE MODIFICA POR COMPLETO
- Ítem que obtiene puntuación promedio entre 3.6 Y 4.0 — SE MODIFICA PARCIALMENTE
- Ítem que obtiene puntuación promedio entre 4.1 Y 4.5 — SE CONSERVA AL 80%
- Ítem que obtiene puntuación promedio entre 4.6 Y 5.0 — SE CONSERVA AL 90%

La evaluación se lleva a cabo teniendo en cuenta los siguientes criterios:

- Pertinente: Si corresponde o no al tema y objetivos, si el orden de las preguntas y la relación mutua entre las mismas en la construcción de las preguntas es adecuado al objetivo.
- Semántica: si las preguntas empleadas son adecuadas, en cuanto al significado en cada palabra del instrumento.
- Observaciones: Por favor escriba, todas aquellas consideraciones que considere pertinentes.

Anexo 3.3. Acuerdo de confidencialidad y Consentimiento informado

Departamento de Salud Colectiva
LUGAR DD MM AA
ENCUESTADOR CONSENTIMIENTO INFORMADO

Entiendo que se me ha pedido que participe en el proyecto de investigación: “Transformaciones del Trabajo Odontológico en Bogotá 1985-2019”, bajo la dirección de la profesora titular de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Colombia Carolina Morales B. Me han invitado a participar en una entrevista de forma voluntaria, mi nombre o el de la entidad donde trabajo no se dará a conocer en ningún momento; además, se me informa que podré retirarme en cualquier momento

de la entrevista e incluso decidir que la información aportada por mi sea retirada del estudio; mi participación en este estudio no tendrá ningún costo y tampoco recibiré ningún pago por mi participación.
PROPOSITO: Este estudio analiza cómo han cambiado los servicios de salud bucal en Bogotá a partir de procesos socio-económicos y territoriales en las Localidades.
BENEFICIOS AL SUJETO: El beneficio que usted recibirá por participar es la oportunidad de reconocer los potenciales problemas que usted tiene con la oferta de servicios de salud bucal, y, si lo estima conveniente, las posibles recomendaciones que la Universidad podría hacerle para resolverlos. Los datos obtenidos serán confidenciales.
BENEFICIOS A LA SOCIEDAD: Aportará información sobre la identificación de los problemas del trabajo y oferta de servicios odontológicos en Bogotá
RIESGOS POR PARTICIPACION: Mi participación en él estudió no presenta ningún tipo de riesgo real ni potencial.
CONFIDENCIALIDAD: Entiendo que los datos laborales, personales y/o clínicos que suministre, serán identificados con un código para proteger mi nombre y datos personales y que estos no podrán ser utilizados para ningún tipo de discriminación. Esta información será mantenida bajo estricta confidencialidad por parte de la directora del proyecto y por todos los participantes en el estudio, conforme a la ley.
ASPECTOS ETICOS LEGALES: Como lo estipula la Resolución 008430 de 1993, por lo cual se establecen normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, los resultados no serán utilizados para ningún tipo de discriminación racial, política, laboral, poblacional, económica, religiosa, ni de ninguna índole. Además, el propósito de este estudio no podrá ser utilizada para otras investigaciones científicas ni de ninguna índole.

_____

Investigadora principal mcmoralesb@unal.edu.co - Premio Nacional de Investigación: ACFO COLGATE Salud Colectiva

Departamento de Salud Colectiva

CLAUSULAS ESTANDAR:

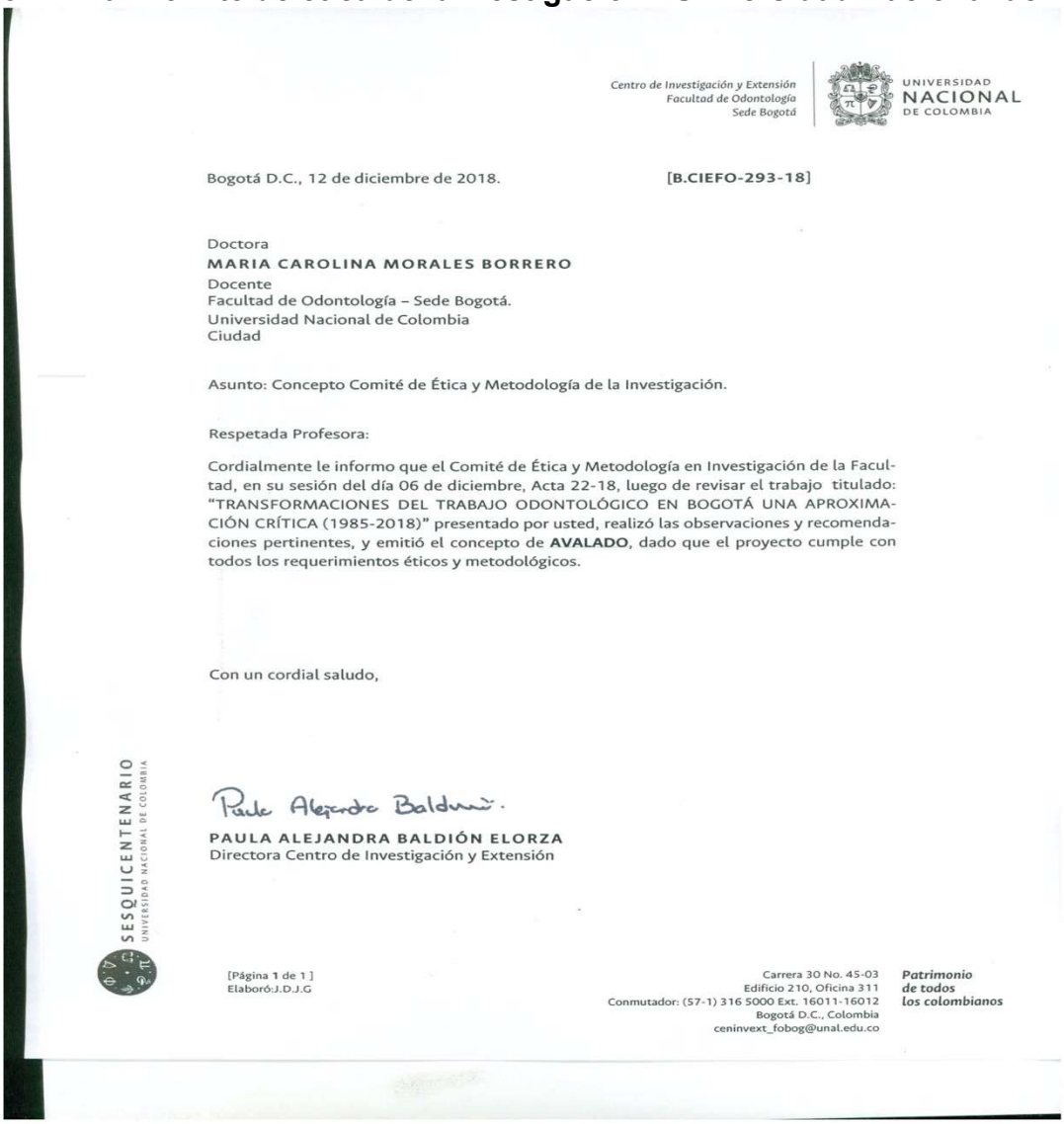
• Entiendo que el consentimiento voluntario es requerido para todas las personas participantes del proyecto, y que este debe ser firmado por cada uno de ellos o por su representante legal.
• Los procedimientos principales, han sido expuestos y me los han explicado en un lenguaje que yo pueda entender.
• Me han explicado los beneficios de este estudio.
• Se me ha explicado que se respectara mi derecho a la privacidad y confidencialidad de la información personal suministrada durante el tiempo del estudio
• Los datos tomados solo serán utilizados para los propósitos de esta investigación y de ninguna otra.
• Me han explicado que me podré retirar en cualquier momento del estudio sin que ello me acarree perjuicio alguno
• Los resultados de este estudio pueden ser divulgados en eventos distritales, nacionales y/o internacionales ó ser publicados en revistas científicas sin identificar mi nombre. Además tendré derecho a conocer los resultados. Si tengo una pregunta durante o después del procedimiento puedo contactar a la Prof Carolina Morales al teléfono 3175860775 o en la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Colombia oficina 301 - tel 3165000 extensión 16019 .

Acepto
Entiendo que se me dará una copia de este consentimiento.
voluntariamente mi participación como sujeto de investigación en el proyecto antes mencionado.
_____ Firma: _____ Nombre del participante
C.C.
Usando un lenguaje apropiado y comprensible he discutido este proyecto y los puntos anteriores con el estudiante de la Universidad.
_____ Firma Director del Proyecto.

_____

Investigadora principal mcmoralesb@unal.edu.co - Premio Nacional de Investigación: ACFO COLGATE Salud Colectiva

Anexo 3.3.1. Aval Comité de ética de la Ivestigación - Universidad Nacional de Colombia



Centro de Investigación y Extensión
Facultad de Odontología
Sede Bogotá

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

Bogotá D.C., 12 de diciembre de 2018. [B.CIEFO-293-18]

Doctora
MARIA CAROLINA MORALES BORRERO
Docente
Facultad de Odontología – Sede Bogotá.
Universidad Nacional de Colombia
Ciudad

Asunto: Concepto Comité de Ética y Metodología de la Investigación.

Respetada Profesora:

Cordialmente le informo que el Comité de Ética y Metodología en Investigación de la Facultad, en su sesión del día 06 de diciembre, Acta 22-18, luego de revisar el trabajo titulado: "TRANSFORMACIONES DEL TRABAJO ODONTOLÓGICO EN BOGOTÁ UNA APROXIMACIÓN CRÍTICA (1985-2018)" presentado por usted, realizó las observaciones y recomendaciones pertinentes, y emitió el concepto de **AVALADO**, dado que el proyecto cumple con todos los requerimientos éticos y metodológicos.

Con un cordial saludo,

Paula Alejandra Baldión.

PAULA ALEJANDRA BALDIÓN ELORZA
Directora Centro de Investigación y Extensión

SESQUICENTENARIO UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

[Página 1 de 1]
Elaboró:J.D.J.G

Carrera 30 No. 45-03
Edificio 210, Oficina 311
Conmutador: (57-1) 316 5000 Ext. 16011-16012
Bogotá D.C., Colombia
ceninvext_fobog@unal.edu.co

Patrimonio de todos los colombianos

Anexo 3.4 Acta proyectos investigación - Trabajos de grado

UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA — UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA — UNIVERSIDAD EL BOSQUE

Cambios del trabajo odontológico clínico en Bogotá, entre 1985 y 2015

El proyecto marco de investigación titulado : Cambios del trabajo odontológico clínico en Bogotá, entre 1985 y 2015, surge de la propuesta de tesis del pos doctorado en Salud Colectiva Interdisciplinaria de la Dra. María Carolina Morales Borrero, profesora de la Universidad Nacional de Colombia, como un estudio que al ser realizado en la Univesidad Andina Simón Bolívar de Ecuador para optar por el título de posdoctora, requiere de una alianza estratégica con dos universidades en Bogotá con Facultades de Odontología para su realización: Universidad Cooperativa de Colombia y Universidad El Bosque.

Esta acta corresponde a una de las varias reuniones celebradas con dos profesores de estas universidades, La Dra Claudia Naranjo Gómez y el Dr. Alejandro Perdomo, para la realización de acciones orientadas a llevar a cabo una fase de trabajo de campo del proyecto marco.

Fecha: Mayo 16 de 2019
Asistentes: Carolina Morales. Docente Facultad Odontología Universidad Nacional de Colombia

Claudia Beatriz Naranjo Gómez. Docente Facultad Odontología Universidad Cooperativa de Colombia- Sede Bogotá

Tema: Desarrollo de la alianza entre Facultades mediante la Articulación de acciones del proyecto marco de investigación **Cambios del trabajo odontológico clínico en Bogotá, entre 1985 y 2015.**

Método: Se realizan acciones de docencia entre el Semillero de Investigación Salud Publica- Mentes Pensantes de la Facultad Odontología Universidad Cooperativa de Colombia como aporte a la investigación formativa y el grupo de investigación Salud Colectiva de la FOUN.

Desarrollo de la Reunión:

La profesora Claudia Beatriz Naranjo Gómez presenta la propuesta de artícular acciones con uso de La encuesta empleada en el proyecto marco, como una de las fuentes de información del proyecto **Cambios del trabajo odontológico clínico en Bogotá, entre 1985 y 2015.** Propone emplear dicha encuesta en el proceso formativo del Semillero de Investigación Salud Publica- Mentes Pensantes de la Facultad Odontología Universidad Cooperativa de Colombia.

Se llega a los siguientes Acuerdos para la articulación de acciones entre las dos universidades:

- Se debe dar cumplimiento a las normas de propiedad intelectual exigidas por la Universidad Andina y por la Universidad Nacional de Colombia.
- El uso de la información derivada del proyecto marco, debe ser coordinada por los profesoras Carolina Morales y Claudia Naranjo.
- Entre las normas de autoría de los productos académicos derivados del trabajo conjunto y de dicha alianza, se debe tener en cuenta : los créditos de la información del proyecto marco. Las publicaciones que tengan lugar como parte de esta articulación, podrán aparecer y ser difundidas solo y unicamente después de publicado el proyecto marco.
- Se podrá difundir el conocimiento de los productos derivados de la articulación, como trabajos de grado, cumpliendo las normas de dicho alianza y los acuerdos del trabajo conjunto.

Cambios del trabajo odontológico clínico en Bogotá, entre 1985 y 2015

• La Universidad Cooperativa toma los estudiantes Camila Escobar y Gabriel Silva como asistentes de investigación para participar en una parte de la fase de campo del proyecto marco.

Estos estudiantes Camila Escobar y Gabriel Silva desarrollan el proyecto titulado Condiciones económicas, de Trabajo y satisfacción con la práctica clínica de los profesionales de Odontología, como modalidad de trabajo grado, durante el periodo académico del año 2019, y bajo las consideraciones de autoría intelectual y confidencialidad de la información del proyecto marco.

Para ello utilizarían las encuestas realizadas entre el mes de febrero y abril del año 2019 del total de las encuestas realizadas en el proyecto marco y analizarían las siguientes las variables:

	VARIABLE	DEFINICION	OPERACIONALIZACIÓN	ESCALA DE MEDICIÓN
Características sociodemográficas	Sexo	Condición orgán ica, masculina o femenina, de los animales y las p lantas.	Masculino 1 Femenino 2	Cualitativo nominal
	Estado civil	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no	Casado-a: 1 Ninguna: 2 Soltero-a: 3 Unión libre: 4 Viudo-a: 4	Cuantitativa continua

		pareja y su situación legal respecto a esto		
	Actualmente con quien vive	Con quien convive en su hogar	Con otras personas:1 Con otros familiares:2 Con pareja o e hijos:3 Solo –a: 4	Cuantitativa discreta
	Número de personas que depende de usted	Cantidad de personas las cuales son dependientes de una persona	0 1 2 3 4 5 6 7	Cuantitativa discreta

Cambios del trabajo odontológico clínico en Bogotá, entre 1985 y 2015

Establecer las condiciones trabajo de los profesionales de la odontología en la ciudad de Bogotá	Sexo Universidad de egresado Trabajo principal Tipo de contrato	Tablas de Frecuencias Escalas nominales	Estadística descriptiva Tablas de frecuencias Promedios
Identificar las condiciones económicas de los profesionales de la odontología en la ciudad de Bogotá.	Propiedades Fuente principal de ingresos Fuente de ingresos mensuales Ingreso mensual Condición de empleo Duración de trabajo semanal	Tablas de Frecuencias Escalas nominales	Estadística descriptiva Tablas de frecuencias Promedios
Valorar el grado de satisfacción de la práctica clínica de los profesionales de la odontología	Satisfacción con el trabajo principal Atribución de la satisfacción Grado de satisfacción laboral	Tablas de Frecuencias Escalas nominales	Estadística descriptiva Tablas de frecuencias Promedios

Anexo 3.4 Acta proyectos investigación - Trabajos de grado

Cambios del trabajo odontológico clínico en Bogotá, entre 1985 y 2015

El proceso de articulación de acciones del proyecto marco conlleva acuerdos entre las investigadoras Carolina Morales y Claudia Naranjo con el propósito de fortalecer la investigación formativa de las universidades participantes, a través de:

- Semillero de Investigación Salud Publica- Mentes Pensantes de la Facultad Odontología Universidad Cooperativa de Colombia y,
- Desarrollos comunes en las instituciones vinculadas al proyecto marco de investigación multicentrico **Cambios del trabajo odontológico clínico en Bogotá, entre 1985 y 2015.**
- Presentación de resultados del trabajo de los estudinates en el marco de las reuniones de

la alianza.

Participantes:

Maria Carolina Morales

Investigadora Principal
Facultad Odontología
Universidad Nacional de Colombia

Claudia Beatriz Naranjo Gómez

Co-investigadora
Facultad Odontología- Sede Bogotá Universidad Cooperativa de Colombia

Se adjunta una copia del proyecto de trabajo de grado de los estudiantes Camila Escobar y Gabriel Silva, a esta acta.

Se firma en Bogotá en agosto 16 de 2019.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
SEDE BOGOTÁ

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA – DEPARTAMENTO DE SALUD COLECTIVA

Bogotá, D.C., Febrero de 2019

Doctor(a) _____ Profesional de la Odontología Bogotá, D.C.-

Apreciado doctor(a), usted ha sido seleccionado(a) aleatoriamente para participar de la investigación sobre los ***"Cambios del trabajo odontológico clínico en Bogotá, entre 1985 y 2015"*** realizada por docentes de las facultades de Odontología de la Universidad Nacional de Colombia, Universidad Cooperativa de Colombia y de la Universidad El Bosque. El objetivo de este estudio es analizar por qué y cómo ha cambiado este trabajo, desde antes de la ley 100 de 1993 y, revisar los efectos en la profesión y en la salud del profesional. Por esto nos interesa conocer su experiencia laboral en la odontología clínica, aunque trabaje actualmente en otro campo de la salud bucal ó esté pensionado-a.

Esta investigación requiere aplicarle una encuesta, cuyo objetivo es recolectar información sobre el trabajo odontológico clínico, que usted nos brinde, con un carácter confidencial para usarla sólo con fines estadísticos y de investigación. Los resultados de la investigación se darán a conocer, de manera general a través de diferentes publicaciones académicas, conferencias, simposios, congresos y afines. Se omitirán nombres, fechas o direcciones, preservando la confidencialidad de la información, con el uso de códigos. Si tiene alguna duda o consulta, por favor comuníquese con la investigadora principal: María Carolina Morales B., al correo mcmoralesb@unal.edu.co al teléfono Cel. 3175860775, o al teléfono fijo UN 3165000 ext 16019.

El estudiante _____, identificado con C.C. No. _____, de la Facultad de Odontología de la Universidad Cooperativa de Colombia, forma parte del equipo de investigación y se encargará de responder cualquier duda que pueda surgir.

Muchas gracias por su cooperación.

Atte,

María Carolina Morales Borrero

Líder Grupo de Investigación Salud Colectiva Profesora Titular Departamento de Salud Colectiva Universidad Nacional de Colombia

Claudia B. Naranjo Gómez

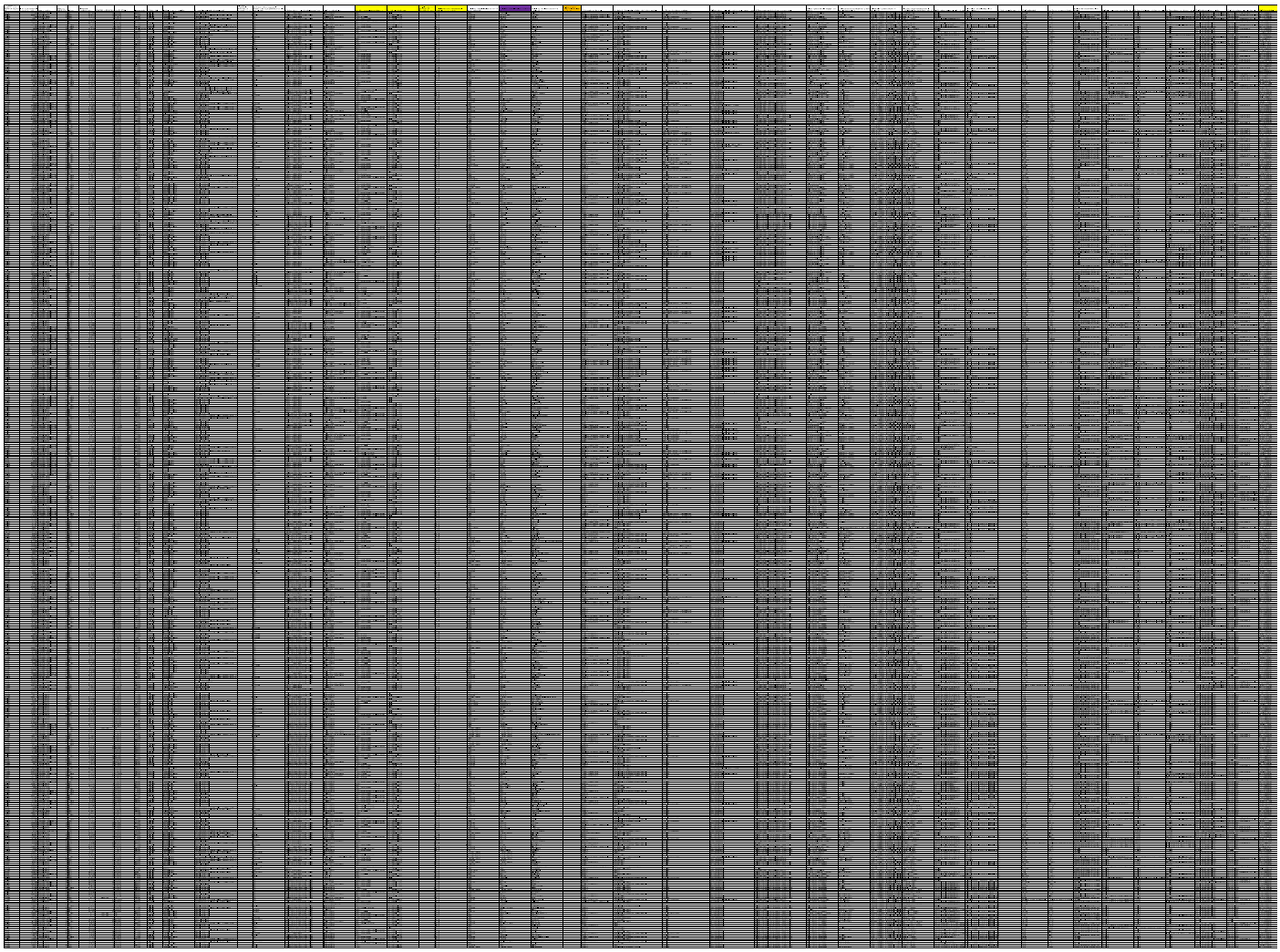
Co - investigadora
Prof. Semillero de Investigación Salud Pública

Universidad Cooperativa de Colombia

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

Carrera 30 No. 45-03, Edificio 210, Oficina 3O1
Telefax: (57-1) 316 5606 Conmutador: (57-1) 316 5000 Ext. 16019 Carolina Morales Borrero. PhD Salud Pública. Profesora Titular. Líder Grupo de Investigación SALUD COLECTIVA
Correo electrónico: mcmoralesb@unal.edu.co

Anexo 3.7. “Base de datos - UN/ACFO/COLGATE – versión 201



Anexo 3.8. Grupo focal – formato guía

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

FACULTADES DE ODONTOLOGÍA

TRANSFORMACIONES DEL TRABAJO ODONTOLÓGICO CLÍNICO EN BOGOTÁ. 1985 2015

Guía de Grupo focal, Entrevistas colectivas

Fecha y lugar: Jueves, 25 de abril de 2019. Federación Odontológica Colombiana, FOC de 8 a 10 y 30 a.m.

1. *Introducción*, saludo. Contexto y objetivos de la investigación. Encargados y roles. 5 min
2. *Objetivo del grupo focal*: Identificar las trayectorias laborales - profesionales, las similitudes y diferencias entre éstas y, sus respectivas causas. Identificar relaciones entre trayectorias y modos o estilos de vida. 2 min
3. *Metodología*: Organización de dos grupos de 12 — 14 personas cada uno, presentación rompe hielo y preguntas del grupo focal con ambiente de confianza creciente. 2 horas

Preguntas según temáticas sugeridas:

Introductorias: según año de graduación y tipo de escuela (público o privada), hablar de la inserción laboral para empezar la experiencia en clínica y conectarla con la trayectoria.

De la inserción socio laboral se revisan aspectos de identidad destacados tales como:

Fecha de inicio laboral desde el rural, ubicación laboral y de vivienda, edad, género, clase o posición, etnia, Cambio de trabajo razones

Experiencias destacadas y desagradables en uno o más trabajos, años edad y fechas, tipo de práctica odontológica, recuerdo grato.

De seguimiento; según condición de trabajo 1. calidad del empleo: contrato, salario, jornada, cargo, reconocimientos y 2. Organización de tareas: según riesgos (físicos, químicos, ruidos, de salud, ambiente) y exigencias (tiempo, cargo, relaciones laborales, rutinas, cantidad de trabajo) seguir el trayecto laboral para identificar hitos claves (asensos, promociones mejoras, otros).

De profundización según trayectoria, ver cómo es la calidad de vida — movilidad social lograda. Está satisfecho: familia y amigos lo dicen.

De Contraste: Valoración social de trayecto, entre amigos, pares, familia comunidad, otros.

De Evaluación: asuntos pendientes y pospuestos o por realizar

Cierre, comentarios generales y agradecimientos : 2 min.

Anexo 3.9. Carta invitación SDS

Bogotá, 7 de septiembre de 2018

Doctoras **Alix Solangel García Ruiz** Profesional especializada Grupo de investigaciones de la Subsecretaría de Planeación y Gestión Sectorial

Yazmin Adriana Puerto Mojica Profesional Especializada Subdirección de Gestión y Evaluación de Políticas en Salud Pública Secretaria Distrital de Salud de Bogotá Ciudad.

ASUNTO: **Investigación: Políticas Públicas de Salud Bucal en territorios de pos-conflicto en Bogotá. Una aproximación crítica.**

Esta comunicación presenta cordialmente a la Secretaria Distrital de Salud, el proyecto de investigación

Políticas Públicas de Salud Bucal en territorios de pos-conflicto en Bogotá. Una aproximación crítica, con el propósito de poner en conocimiento de sus despachos este proyecto: Subsecretaría de Planeación y Gestión Sectorial y Subdirección de Gestión y Evaluación de Políticas en Salud Pública; consultarsobrelosrequerimientosgeneralesyfacilitadosporlaSecretariaparaeldesarrollodel mismo y, solicitar la actualización de los acuerdos colaborativos entre la Secretaria y la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Colombia, considerados convenientes, para el desarrollo del mismo.

Me permito adjuntar los avales institucionales sugeridos por ustedes, debidamente firmados por la directora del Centro de Investigación y Extensión de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional y requeridos por la Secretaría Distrital de Salud.

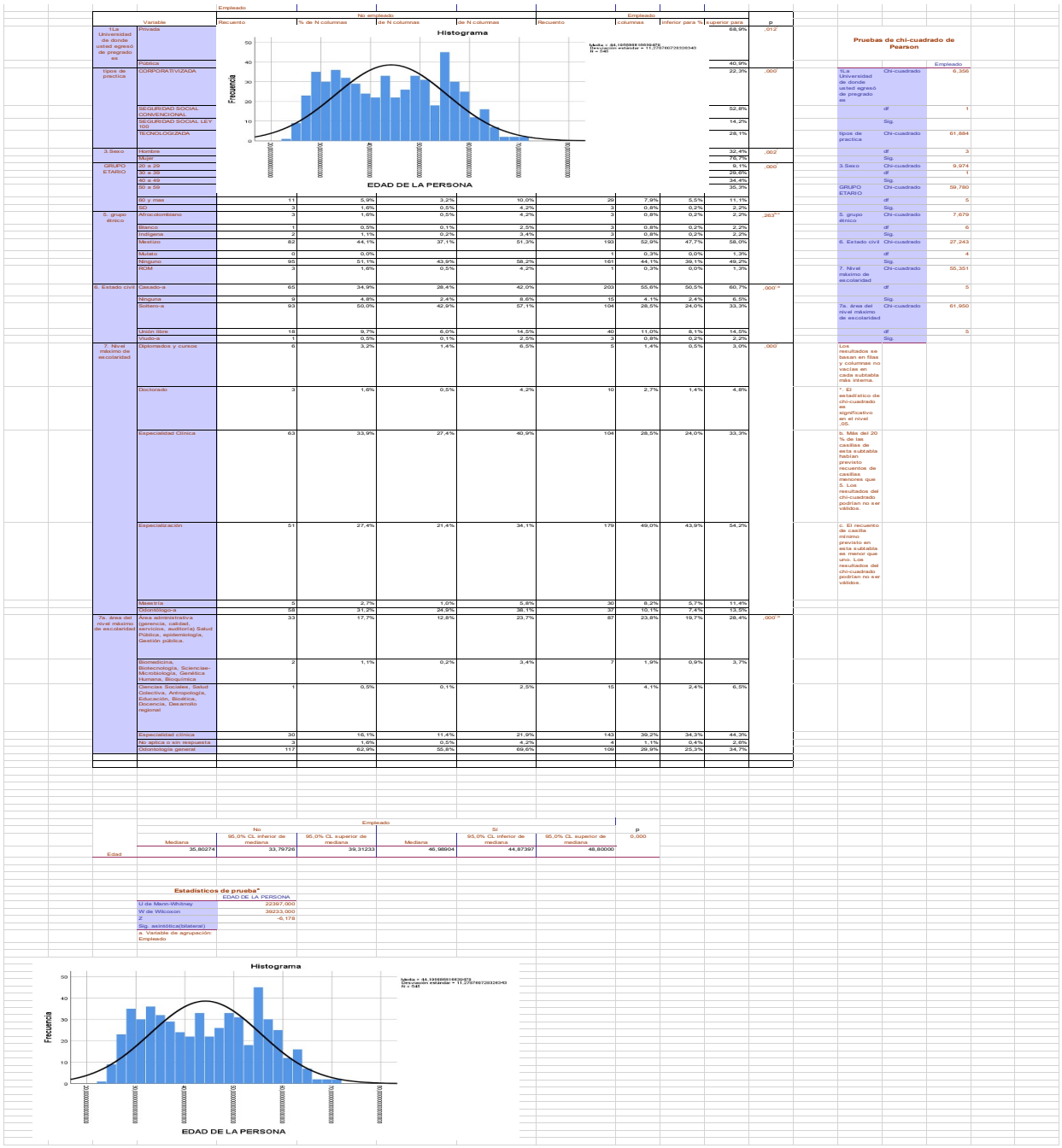
Agradezco de antemano su atención, Atentamente,

María Carolina Morales Borrero.

OD. MAS. PhD Salud Pública.
Profesora Titular, Departamento Salud Colectiva Universidad Nacional de Colombia
Correo: mcmoralesb@unal.edu.co
Tel +57 3175860775

Anexo: lo anunciado

Anexo 3.10 Kolmogorov-Smirnova

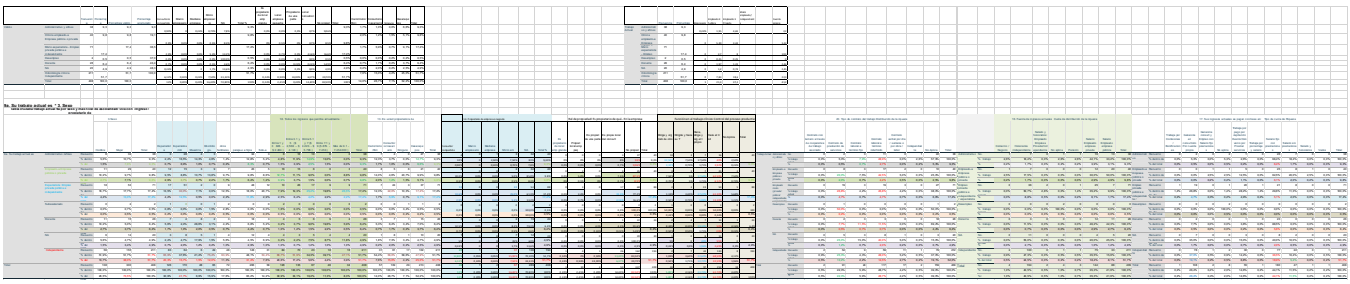


Anexo 3.11. Socio-demografía.

Tabla 1

		Recuento	% de N columnas	95,0% CL inferior para % de N columnas	95,0% CL superior para % de N columnas
La Universidad de donde usted egresó de pregrado	Privada	373	67,7%	63,7%	71,5%
	Pública	178	32,3%	28,5%	36,3%
Tipos de práctica odontológica	Corporativizada	81	14,7%	11,9%	17,8%
	Seguridad Social Pre-Ley 100	224	40,7%	36,6%	44,8%
	Seguridad Social LEY 100	54	9,8%	7,5%	12,5%
	Tecnologizada	192	34,8%	31,0%	38,9%
Sexo	Hombre	130	23,6%	20,2%	27,3%
	Mujer	421	76,4%	72,7%	79,8%
Grupo Etario	20 a 29	74	13,4%	10,8%	16,5%
	30 a 39	148	26,9%	23,3%	30,7%
	40 a 49	137	24,9%	21,4%	28,6%
	50 a 59	146	26,5%	22,9%	30,3%
	60 y mas	40	7,3%	5,3%	9,7%
	Sin Dato	6	1,1%	0,5%	2,2%
Grupo étnico	Afrocolombiano	6	1,1%	0,5%	2,2%
	Blanco	4	0,7%	0,2%	1,7%
	Indígena	5	0,9%	0,3%	2,0%
	Mestizo	275	49,9%	45,7%	54,1%
	Mulato	1	0,2%	0,0%	0,8%
	Ninguno	256	46,5%	42,3%	50,6%
	ROM	4	0,7%	0,2%	1,7%
Estado civil	Casado-a	268	48,6%	44,5%	52,8%
	Ninguna	24	4,4%	2,9%	6,3%
	Soltero-a	197	35,8%	31,8%	39,8%
	Unión libre	58	10,5%	8,2%	13,3%
	Viudo-a	4	0,7%	0,2%	1,7%
Nivel máximo de escolaridad	Diplomados y cursos	11	2,0%	1,1%	3,4%
	Doctorado	13	2,4%	1,3%	3,9%
	Especialidad Clínica	167	30,3%	26,6%	34,2%
	Especialización	230	41,7%	37,7%	45,9%
	Maestría	35	6,4%	4,5%	8,6%
	Odontólogo-a	95	17,2%	14,3%	20,6%
Área del nivel máximo de escolaridad	Área administrativa (gerencia, calidad, servicios, auditoría) Salud Pública,	120	21,8%	18,5%	25,4%
	Biomedicina, Biotecnología, Scienciae-Microbiología, Genética Humana, Bioquímica	9	1,6%	0,8%	3,0%
	Ciencias Sociales, Salud Colectiva, Antropología, Educación, Bioética, Docencia,	16	2,9%	1,7%	4,6%
	Especialidad clínica	173	31,4%	27,6%	35,4%
	No aplica o sin respuesta	7	1,3%	0,6%	2,5%
	Odontología general	226	41,0%	37,0%	45,2%

Ver Anexo 3.12. Análisis para posición de clase: Tablas Jefe de hogar

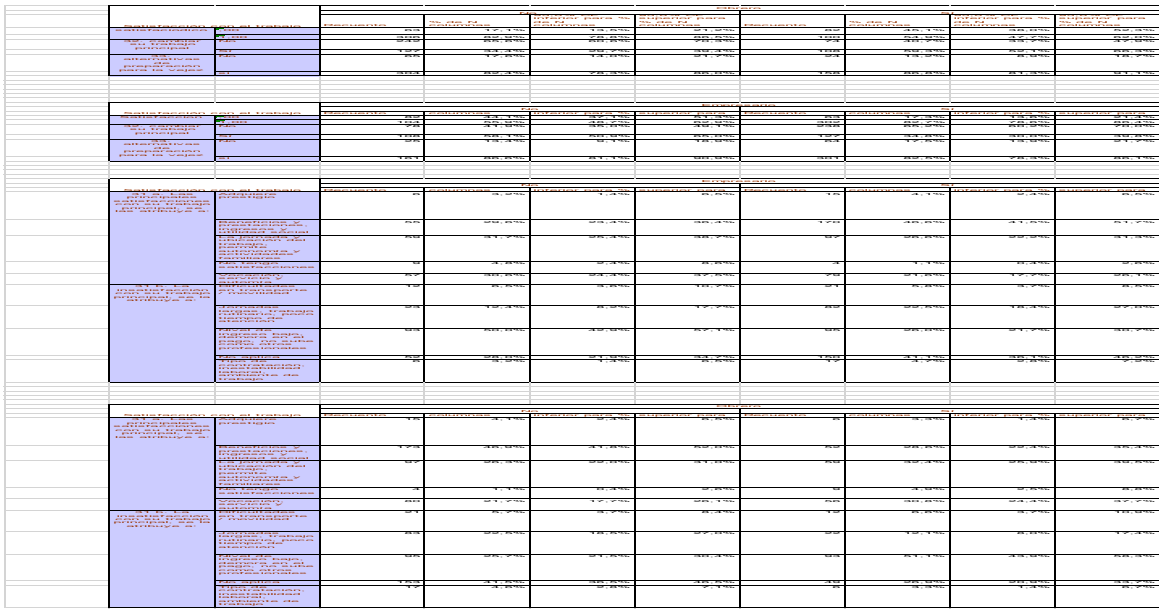


Anexo 3.13. Multisatisfacción con el trabajo.

Modos de vida en el trabajo	Clase y fracción dec clase	No ajustado				Ajustado *			
			95% C.I. para EXP(B)				95% C.I. para EXP(B)		Sig.
		Exp(B) OR	Inferior	Superior	Sig.	Exp(B) OR	Inferior	Superior	
Insatisfacción	No Empleado (1)	3,780	2,542	5,621	0,000	3,264	2,158	4,938	0,000
	Obrero (1)	3,983	2,674	5,933	0,000	3,439	2,268	5,213	0,000
Deseo de cambio de trabajo	Obrero	2,781	1,930	4,008	0,000	2,169	1,470	3,201	0,000
	No Empleado (1)	2,595	1,806	3,727	0,000	2,033	1,383	2,987	0,000
No alternativa para la vejez	No Empleado (1)	1,369	0,830	2,258	0,218	1,247	0,743	2,095	0,404
	Obrero	1,408	0,849	2,335	0,185	1,295	0,765	2,190	0,336

*Ajuste por edad y sexo

No existió en el modelo interacción entre las variables sexo y obrero y empleado para generar impactos en la satisfacción.



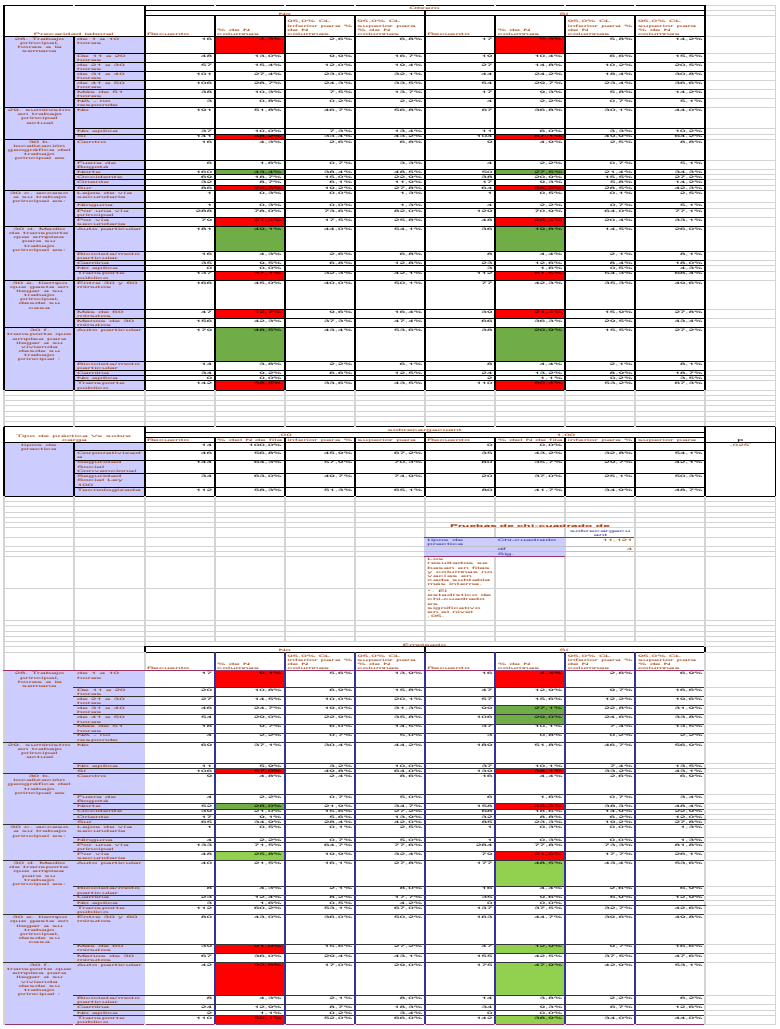
Anexo 3.14. Condición empleo.

Condición de empleo		Obrero				Fijo				Obrero				Fijo			
		Recuentos	% de fila	95,0% CL inferior para % de fila	95,0% CL superior para % de fila	Recuentos	% de fila	95,0% CL inferior para % de fila	95,0% CL superior para % de fila	Recuentos	% de fila	95,0% CL inferior para % de fila	95,0% CL superior para % de fila	Recuentos	% de fila	95,0% CL inferior para % de fila	95,0% CL superior para % de fila	p
Riesgo Físico	Sí	23	19,8%	13,0%	28,4%	27	14,8%	10,2%	20,8%	23	19,8%	13,0%	28,4%	27	14,8%	10,2%	20,8%	0,156
	No	93	80,2%	71,6%	87,0%	155	85,2%	79,2%	89,8%	93	80,2%	71,6%	87,0%	155	85,2%	79,2%	89,8%	
46a. A medida de los siguientes riesgos está expuesto/a	Radiación de la vista	12	11,4%	6,4%	19,6%	18	9,8%	6,1%	15,4%	12	11,4%	6,4%	19,6%	18	9,8%	6,1%	15,4%	0,197
	Ruido intenso	24	6,5%	4,3%	9,4%	12	6,4%	3,7%	10,9%	24	6,5%	4,3%	9,4%	12	6,4%	3,7%	10,9%	
	Posturas mantenidas/cansancio	64	14,6%	11,3%	18,8%	29	15,6%	11,2%	21,4%	64	14,6%	11,3%	18,8%	29	15,6%	11,2%	21,4%	
	Posturas mantenidas. Esfuerzos de la vista. Espacios reducidos	30	8,1%	5,7%	11,5%	9	4,9%	2,6%	8,4%	30	8,1%	5,7%	11,5%	9	4,9%	2,6%	8,4%	
	Vibración de máquinas. Ruido fuerte. Mental fenecidos. Posturas mantenidas/cansancio. Esfuerzos de la vista. Espacios reducidos	319	80,5%	84,3%	84,3%	119	65,4%	58,3%	72,0%	319	80,5%	84,3%	84,3%	119	65,4%	58,3%	72,0%	
47. Sobre el ordenador y social del trabajo principal	Hay muy adecuados de equidad/cooperación. Se siente profesional trabajo.	68	17,6%	14,3%	23,0%	31	17,6%	12,6%	23,8%	68	17,6%	14,3%	23,0%	31	17,6%	12,6%	23,8%	.000*
	Le han obstruido en el trabajo	17	4,4%	2,8%	7,1%	13	8,4%	5,1%	13,6%	17	4,4%	2,8%	7,1%	13	8,4%	5,1%	13,6%	
	Le han profesional	89	24,1%	20,0%	28,7%	45	24,7%	18,9%	31,4%	89	24,1%	20,0%	28,7%	45	24,7%	18,9%	31,4%	
	Rara colegas le apoyan. Hay nivel equidad/cooperación. Se siente profesional trabajo.	197	53,4%	48,3%	58,4%	100	54,9%	47,7%	62,0%	197	53,4%	48,3%	58,4%	100	54,9%	47,7%	62,0%	
renovación	Sí	169	43,4%	38,4%	48,6%	103	56,6%	49,5%	63,6%	169	43,4%	38,4%	48,6%	103	56,6%	49,5%	63,6%	.003*
	No	205	56,6%	51,5%	61,6%	79	43,4%	36,4%	50,5%	205	56,6%	51,5%	61,6%	79	43,4%	36,4%	50,5%	

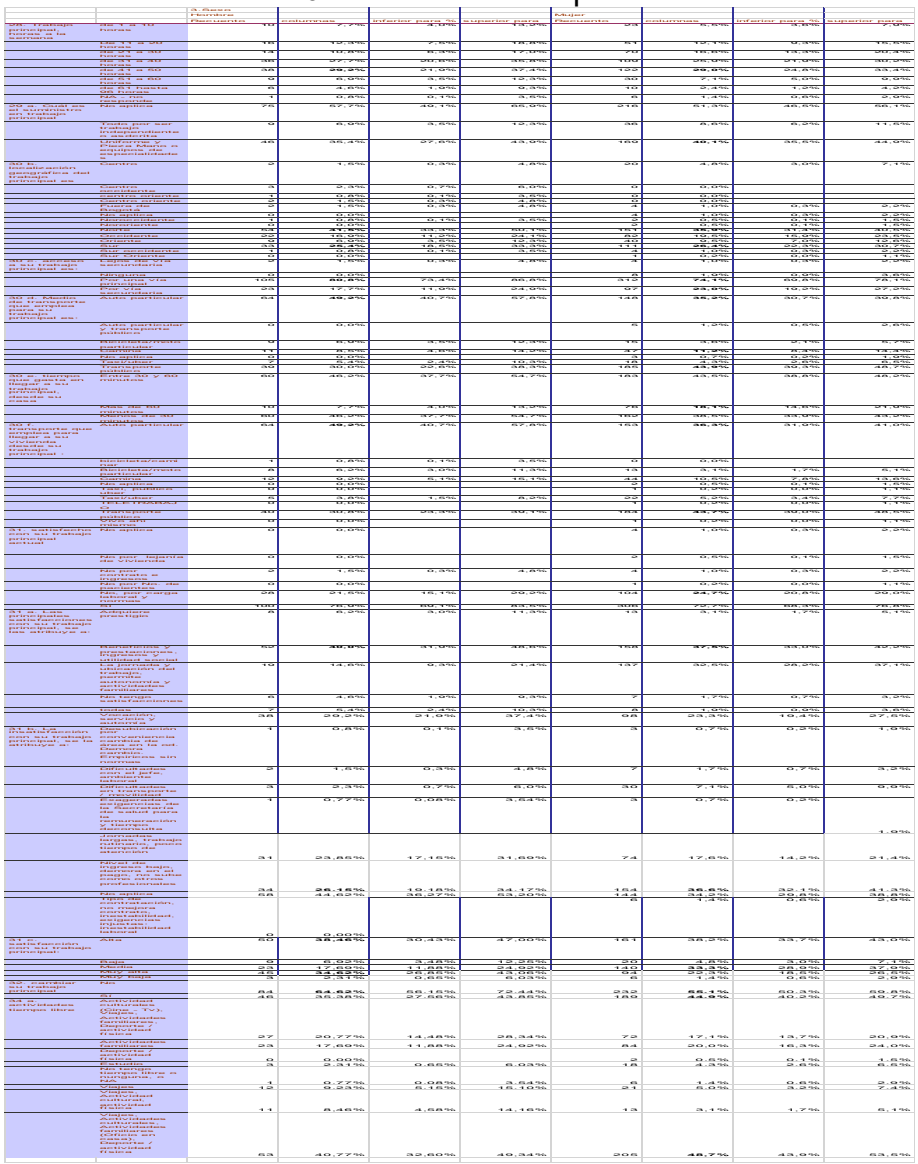
		Clase Y fracción de clase	No ajustado				Ajustado [a]			
			Exp(B) OR	95% CI para EXP(B) Inferior	Superior	Sig.	Exp(B) OR	95% CI para EXP(B) Inferior	Superior	Sig.
percepción de cambio tecnológico	Obrero(a)	1,703	1,160	2,497	0,006	1,626	1,082	2,445	0,018

Condiciones de empleo		Obrero				Fijo				Obrero				Fijo			
		Recuentos	% de fila	95,0% CL inferior para % de fila	95,0% CL superior para % de fila	Recuentos	% de fila	95,0% CL inferior para % de fila	95,0% CL superior para % de fila	Recuentos	% de fila	95,0% CL inferior para % de fila	95,0% CL superior para % de fila	Recuentos	% de fila	95,0% CL inferior para % de fila	95,0% CL superior para % de fila	p
Perfil	No	23	19,8%	13,0%	28,4%	27	14,8%	10,2%	20,8%	23	19,8%	13,0%	28,4%	27	14,8%	10,2%	20,8%	
	Sí	205	80,2%	71,6%	87,0%	155	85,2%	79,2%	89,8%	205	80,2%	71,6%	87,0%	155	85,2%	79,2%	89,8%	
46a. A medida de los siguientes riesgos está expuesto/a	Radiación de la vista	12	11,4%	6,4%	19,6%	18	9,8%	6,1%	15,4%	12	11,4%	6,4%	19,6%	18	9,8%	6,1%	15,4%	
	Ruido intenso	24	6,5%	4,3%	9,4%	12	6,4%	3,7%	10,9%	24	6,5%	4,3%	9,4%	12	6,4%	3,7%	10,9%	
	Posturas mantenidas/cansancio	64	14,6%	11,3%	18,8%	29	15,6%	11,2%	21,4%	64	14,6%	11,3%	18,8%	29	15,6%	11,2%	21,4%	
	Posturas mantenidas. Esfuerzos de la vista. Espacios reducidos	30	8,1%	5,7%	11,5%	9	4,9%	2,6%	8,4%	30	8,1%	5,7%	11,5%	9	4,9%	2,6%	8,4%	
	Vibración de máquinas. Ruido fuerte. Mental fenecidos. Posturas mantenidas/cansancio. Esfuerzos de la vista. Espacios reducidos	319	80,5%	84,3%	84,3%	119	65,4%	58,3%	72,0%	319	80,5%	84,3%	84,3%	119	65,4%	58,3%	72,0%	
48. Sobre la intensidad en el trabajo principal, usted diría	Atención alta y además varias personas trabajar en personal auxiliar	64	17,3%	13,7%	21,5%	43	23,1%	17,4%	30,5%	64	17,3%	13,7%	21,5%	43	23,1%	17,4%	30,5%	
	Atender a a más personas por hora	8	2,2%	1,0%	4,0%	3	1,6%	0,6%	4,3%	8	2,2%	1,0%	4,0%	3	1,6%	0,6%	4,3%	
	Atender a a más personas por hora. Atender personas trabajen. Atención alta y además varios registros. Trabajar en personal auxiliar no tener pausa durante toda la jornada	13	3,5%	1,8%	6,4%	13	7,1%	4,1%	11,6%	13	3,5%	1,8%	6,4%	13	7,1%	4,1%	11,6%	
	Atender personas	13	3,5%	2,0%	6,4%	4	2,2%	0,7%	6,1%	13	3,5%	2,0%	6,4%	4	2,2%	0,7%	6,1%	
	Atender personas trabajen. Cubrir turnos, las fines de semana. Atención alta y además varios. Trabajar en personal auxiliar	60	16,0%	12,2%	20,3%	32	17,6%	12,6%	23,6%	60	16,0%	12,2%	20,3%	32	17,6%	12,6%	23,6%	
	Atender personas trabajen. No puede estar completamente. Cubrir turnos, las fines de semana. Atención alta y además varios registros. Trabajar en personal auxiliar	4	1,1%	0,4%	2,8%	1	0,6%	0,1%	3,1%	4	1,1%	0,4%	2,8%	1	0,6%	0,1%	3,1%	
	Con ritmo de trabajo acelerado	69	18,7%	15,0%	23,0%	18	9,8%	6,2%	14,6%	69	18,7%	15,0%	23,0%	18	9,8%	6,2%	14,6%	
	Con ritmo de trabajo acelerado. Atender a a más personas por hora. Atender personas trabajen. Cubrir turnos, las fines de semana. Atención alta y además varios registros	89	23,8%	19,7%	28,4%	49	26,8%	19,4%	28,4%	89	23,8%	19,7%	28,4%	49	26,8%	19,4%	28,4%	
	Con ritmo de trabajo acelerado. Atender personas trabajen. No puede estar completamente. Atención alta y además varios registros	8	1,4%	0,6%	2,6%	3	1,6%	0,6%	4,3%	8	1,4%	0,6%	2,6%	3	1,6%	0,6%	4,3%	
	Con ritmo de trabajo acelerado. Atender personas trabajen. No puede estar completamente. Cubrir turnos, las fines de semana. Atención alta y además varios registros	8	2,2%	1,0%	4,0%	5	2,7%	1,1%	6,0%	8	2,2%	1,0%	4,0%	5	2,7%	1,1%	6,0%	
	Cubrir turnos las fines de semana o nocturnos. Atención alta y además varios registros. Trabajar en personal auxiliar	5	1,4%	0,6%	3,0%	7	3,8%	1,7%	7,4%	5	1,4%	0,6%	3,0%	7	3,8%	1,7%	7,4%	
	No puede estar completamente. Cubrir turnos las fines de semana. Atención alta y además varios registros. Trabajar en personal auxiliar	13	3,5%	2,0%	6,1%	5	1,6%	0,6%	4,3%	13	3,5%	2,0%	6,1%	5	1,6%	0,6%	4,3%	
	Trabajar en	19	5,1%	3,0%	7,8%	11	6,0%	3,3%	10,3%	19	5,1%	3,0%	7,8%	11	6,0%	3,3%	10,3%	
47. Sobre el ordenador y social del trabajo principal	Hay muy adecuados de equidad/cooperación. Se siente profesional trabajo.	68	17,6%	14,3%	23,0%	31	17,6%	12,6%	23,8%	68	17,6%	14,3%	23,0%	31	17,6%	12,6%	23,8%	
	Le han obstruido en el trabajo	17	4,4%	2,8%	7,1%	13	8,4%	5,1%	13,6%	17	4,4%	2,8%	7,1%	13	8,4%	5,1%	13,6%	
	Le han profesional	89	24,1%	20,0%	28,7%	45	24,7%	18,9%	31,4%	89	24,1%	20,0%	28,7%	45	24,7%	18,9%	31,4%	
	Rara colegas le apoyan. Hay nivel equidad/cooperación. Se siente profesional trabajo.	197	53,4%	48,3%	58,4%	100	54,9%	47,7%	62,0%	197	53,4%	48,3%	58,4%	100	54,9%	47,7%	62,0%	
49. Sobre las tecnologías en el trabajo diría	Hacerlo en trabajo del profesional	8	1,4%	0,6%	2,6%	3	1,6%	0,6%	4,3%	8	1,4%	0,6%	2,6%	3	1,6%	0,6%	4,3%	
	Hacerlo la	28	7,6%	5,3%	10,6%	10	5,6%	3,0%	9,8%	28	7,6%	5,3%	10,6%	10	5,6%	3,0%	9,8%	
	Mejorado en satisfacción de personas	83	20,9%	16,9%	25,4%	48	26,4%	20,4%	33,1%	83	20,9%	16,9%	25,4%	48	26,4%	20,4%	33,1%	
	Se aplica	3	0,8%	0,2%	2,3%	3	1,6%	0,4%	5,0%	3	0,8%	0,2%	2,3%	3	1,6%	0,4%	5,0%	
	Se aplica	8	1,6%	0,7%	3,3%	6	3,2%	1,1%	6,9%	8	1,6%	0,7%	3,3%	6	3,2%	1,1%	6,9%	
	Son conexas	43	12,5%	9,4%	16,1%	23	13,0%	9,1%	18,4%	43	12,5%	9,4%	16,1%	23	13,0%	9,1%	18,4%	
	Utilizables	211	54,5%	49,3%	59,5%	88	48,5%	41,5%	55,5%	211	54,5%	49,3%	59,5%	88	48,5%	41,5%	55,5%	
49. El cambio tecnológico en el trabajo diría usted que ha supondrá	Equipos, por tengo cabezas mismo	75	20,3%	16,6%	24,7%	39	19,9%	14,7%	26,1%	75	20,3%	16,6%	24,7%	39	19,9%	14,7%	26,1%	
	Mentales, pues	85	23,0%	19,0%	27,6%	47	24,8%	18,9%	32,0%	85	23,0%	19,0%	27,6%	47	24,8%	18,9%	32,0%	
	Se aplica	20	4,8%	2,7%	8,2%	20	10,3%	6,8%	15,9%	20	4,8%	2,7%	8,2%	20	10,3%	6,8%	15,9%	
	Se aplica de servicios	93	25,7%	21,6%	30,4%	49	25,9%	20,0%	32,7%	93	25,7%	21,6%	30,4%	49	25,9%	20,0%	32,7%	
	Tipos de protesis por ejemplo dientes o auditivo	14	3,8%	2,3%	6,1%	9	4,9%	2,6%	8,4%	14	3,8%	2,3%	6,1%	9	4,9%	2,6%	8,4%	
	Trabajadores, por ejemplo	75	20,3%	16,6%	24,7%	39	19,9%	14,7%	26,1%	75	20,3%	16,6%	24,7%	39	19,9%	14,7%	26,1%	
Renovación	No	169	43,4%	38,4%	48,6%	103	56,6%	49,5%	63,6%	169	43,4%	38,4%	48,6%	103	56,6%	49,5%	63,6%	
	Sí	205	56,6%	51,5%	61,6%	79	43,4%	36,4%	50,5%	205	56,6%	51,5%	61,6%	79	43,4%	36,4%	50,5%	
46. Sobre el riesgo de usted ha sido en	Administración administrativos y talleres	4	1,1%	0,4%	2,8%	3	1,6%	0,3%	3,8%	4	1,1%	0,4%	2,8%	3	1,6%	0,3%	3,8%	
	Administrativo/a	19	5,1%	3,3%	7,8%	6	3,2%	1,1%	6,9%	19	5,1%	3,3%	7,8%	6	3,2%	1,1%	6,9%	
	Empleo, menos en mismo	163	41,6%	36,6%	46,6%	48	26,3%	19,4%	34,0%	163	41,6%	36,6%	46,6%	48	26,3%	19,4%	34,0%	
	Infraestructura	9	2,4%	1,3%	4,4%	7	3,8%	1,7%	7,4%	9	2,4%	1,3%	4,4%	7	3,8%	1,7%	7,4%	
	Instalaciones e	36	9,4%	7,0%	13,1%	31	17,0%	12,0%	23,6%	36	9,4%	7,0%	13,1%	31	17,0%	12,0%	23,6%	
	Peligrosa	103	26,5%	22,1%	31,3%	73	41,8%	34,8%	49,0%	103	26,5%	22,1%	31,3%	73	41,8%	34,8%	49,0%	
	Se aplica	1	0,3%	0,0%	1,5%	1	0,5%	0,0%	3,0%	1	0,3%	0,0%	1,5%	1	0,5%	0,0%	3,0%	
	Se aplica	28	7,4%	5,2%	10,6%	13	7,1%	4,0%	11,9%	28	7,4%	5,2%	10,6%	13	7,1%	4,0%	11,9%	
	Se aplica y otros de servicios	11	2,7%	1,4%	4,8%	5	2,7%	1,1%	6,0%	11	2,7%	1,4%	4,8%	5	2,7%	1,1%	6,0%	

Anexo 3.15. Precariedad laboral.



Anexo 3.17 Modo de vida por sexo



Anexo 3.16. Estilo de vida y percepción en salud

Factores asociados a Enf. Crónica		enfermedad crónica								
		No				Si				
		Recuento	columnas	Inferior para %	superior para	Recuento	columnas	Inferior para %	superior para	p
Obrero	No	279	64,1%	59,5%	68,5%	90	77,6%	69,4%	84,4%	,008*
	Si	156	35,9%	31,5%	40,5%	26	22,4%	15,6%	30,6%	
Desempleo	No	88	20,2%	16,7%	24,2%	22	19,0%	12,6%	26,8%	0,762
	Si	347	79,8%	75,8%	83,3%	94	81,0%	73,2%	87,4%	
Sex	No	97	22,3%	18,6%	26,4%	33	28,4%	20,8%	37,1%	0,186
	Si	338	77,7%	73,6%	81,4%	83	71,6%	62,9%	79,2%	
Satisfaccion	0	110	26,7%	22,7%	31,0%	29	25,0%	17,8%	33,4%	0,717
	Si	319	73,3%	69,0%	77,3%	87	75,0%	66,6%	82,2%	
sobrecargacuant	No	266	61,1%	56,5%	65,6%	70	60,3%	51,3%	68,9%	0,875
	Si	169	38,9%	34,4%	43,5%	46	39,7%	31,1%	48,7%	
Rafla	No	74	17,0%	13,7%	20,8%	26	22,4%	15,6%	30,6%	0,180
	Si	361	83,0%	79,2%	86,3%	90	77,6%	69,4%	84,4%	
66. Ha sufrido estrés en su trabajo en el último año?	No	138	31,7%	27,5%	36,2%	28	24,1%	17,1%	32,5%	0,114
	Si	297	68,3%	63,8%	72,5%	88	75,9%	67,5%	82,9%	
66a. Si ha sufrido estrés en su trabajo, ha recibido tratamiento?	No	377	86,7%	83,2%	89,6%	88	75,9%	67,5%	82,9%	,004*
	Si	58	13,3%	10,4%	16,8%	28	24,1%	17,1%	32,5%	

Variables en la ecuación

Interacción entre tener tratamiento para el estrés y obrero , ajustado por sexo y edad		Sig.	Exp(B)	95% C.I. para EXP(B) Inferior	Superior
Paso 1ª	No Obrero(1) by ttoestres	0,005		1,224	1,233
	Sex	0,733	0,917	0,558	1,507
	EDAD DE LA PERSONA	0,000	1,070	1,048	1,093
	Constante	0,000	0,011		

Obrero

Estilo de vida		Obrero							
		No				Si			
		Recuento	% de N columnas	95,0% C.I. inferior para % de N columnas	95,0% C.I. superior para % de N columnas	Recuento	% de N columnas	95,0% C.I. inferior para % de N columnas	95,0% C.I. superior para % de N columnas
61. ¿Ha tenido alguna enfermedad o accidente relacionado con su trabajo profesional odontológico, en el último año ?	No	274	74,3%	69,6%	78,5%	137	75,3%	68,6%	81,1%
	Si	95	25,7%	21,5%	30,4%	45	24,7%	18,9%	31,4%
62. enfermedad profesional y/o accidente de trabajo :	Accidente con riesgo biológico	7	1,9%	0,9%	3,7%	3	1,6%	0,5%	4,3%
	Daño en columna vertebral	21	5,7%	3,7%	8,4%	4	2,2%	0,7%	5,1%
	Lesión en la visión y/o auditiva	11	3,0%	1,6%	5,1%	5	2,7%	1,1%	5,9%
	Lesión músculo esquelética miembros superiores	65	17,6%	14,0%	21,7%	30	16,5%	11,6%	22,4%
	Lesión músculo esquelética miembros superiores, Daño en columna vertebral, Lesión auditiva/visión	34	9,2%	6,6%	12,5%	16	8,8%	5,3%	13,6%
	Ninguna	231	62,6%	57,6%	67,4%	124	68,1%	61,1%	74,6%
63. Si ha tratado una enfermedad o accidente profesional, en el último año ?	Atención y terapia, cirugía	70	19,0%	15,2%	23,2%	28	15,4%	10,7%	21,2%
	Atención y terapia, cirugía, Incapacidad laboral o cambio de trabajo	29	7,9%	5,4%	10,8%	13	7,1%	4,1%	11,6%
	Incapacidad laboral	16	4,3%	2,6%	6,8%	4	2,2%	0,7%	5,1%
	Ninguna	254	68,8%	64,0%	73,4%	137	75,3%	68,6%	81,1%
anfcronica	No	270	75,9%	71,0%	79,9%	150	85,7%	80,1%	90,2%
	Si	90	24,1%	20,2%	29,0%	28	14,3%	9,8%	19,9%
64. Si tiene o ha tenido enfermedades crónicas, cuáles son éstas?	Alergias, artritis Reumatoidea	3	0,8%	0,2%	2,2%	1	0,6%	0,1%	2,5%
	Cáncer	7	1,9%	0,9%	3,7%	1	0,5%	0,1%	2,5%
	Columna Vertebral	1	0,3%	0,0%	1,3%	0	0,0%		
	Diabetes	3	0,8%	0,2%	2,2%	3	1,6%	0,5%	4,3%
	Diabetes, gastritis	1	0,3%	0,0%	1,3%	0	0,0%		
	Diabetes, Hipertensión arterial	2	0,5%	0,1%	1,7%	0	0,0%		
	Diabetes, Hipertensión arterial, Cáncer, Obesidad	1	0,3%	0,0%	1,3%	0	0,0%		
	Diabetes, Hipertensión arterial, Obesidad	1	0,3%	0,0%	1,3%	0	0,0%		
	Diabetes, Obesidad	4	1,1%	0,4%	2,8%	0	0,0%		
	Enfermedad mental	5	1,4%	0,5%	2,9%	2	1,1%	0,2%	3,5%
	Fibromialgia	3	0,8%	0,2%	2,2%	0	0,0%		
	Gastritis y Fibromialgia	1	0,3%	0,0%	1,3%	0	0,0%		
	Hipertensión arterial	19	5,1%	3,2%	7,8%	8	4,4%	2,1%	8,1%
	Hipertensión arterial y Enfermedad mental	0	0,0%			1	0,5%	0,1%	2,5%
	Hipertensión arterial, Artritis Reumatoidea, Reflujo	1	0,3%	0,0%	1,3%	0	0,0%		
	Hipertensión arterial, Cáncer	1	0,3%	0,0%	1,3%	0	0,0%		
	Hipertensión arterial, Columna Vertebral	1	0,3%	0,0%	1,3%	0	0,0%		
	Hipertensión arterial, Gastritis	0	0,0%			1	0,5%	0,1%	2,5%
	Hipertensión arterial, Obesidad	3	0,8%	0,2%	2,2%	0	0,0%		
	Hipotiroidismo	10	2,7%	1,4%	4,8%	2	1,1%	0,2%	3,5%
	Hipotiroidismo	1	0,3%	0,0%	1,3%	0	0,0%		
	Hipotiroidismo, Obesidad y Vitiligo	2	0,5%	0,1%	1,7%	0	0,0%		
	Hipotiroidismo, Luxación de cadera	1	0,3%	0,0%	1,3%	0	0,0%		
	Ninguna	279	75,6%	71,0%	79,8%	159	85,7%	80,1%	90,2%
	Obesidad	16	4,3%	2,6%	6,8%	7	3,8%	1,7%	7,4%
	Obesidad e Hipotiroidismo	1	0,3%	0,0%	1,3%	0	0,0%		
	Vitiligo y Obesidad	1	0,3%	0,0%	1,3%	0	0,0%		
	Obesidad, Hipotiroidismo	1	0,3%	0,0%	1,3%	0	0,0%		
66. Ha sufrido estrés en su trabajo en el último año?	No	117	31,7%	27,1%	36,6%	49	26,9%	20,9%	33,7%
	Si	252	68,3%	63,4%	72,9%	133	73,1%	66,3%	79,1%

Tiempo libre		Empleado								p
		No				Si				
		Recuento	columnas	Inferior para %	Superior para	Recuento	columnas	Inferior para %	superior para	
34. tiempo libre actualmente	No	48	25,8%	19,9%	32,4%	107	29,3%	24,8%	34,1%	,385ª
	Si	138	74,2%	67,6%	80,1%	258	70,7%	65,9%	75,2%	
34 a actividades tiempo libre	Actividad culturales (Cine - Tv), Viajes, Actividades familiares, Deporte / actividad física	39	18,8%	13,7%	24,9%	66	18,1%	14,4%	22,2%	,885ª
	Actividades culturales/familiar/ Oficio en casa/actividad física	113	60,8%	53,6%	67,6%	223	61,1%	56,0%	66,0%	
	Actividades familiares	34	18,3%	13,2%	24,3%	73	20,0%	16,1%	24,3%	
	No tengo tiempo libre/ninguna	4	2,2%	0,7%	5,0%	3	0,8%	0,2%	2,2%	

Pruebas de chi-cuadrado de Pearson

		Empleado
34. tiempo libre actualmente	Chi-cuadrado	0,780
	df	1
	Sig.	
34 a actividades tiempo libre	Chi-cuadrado	1,939
	df	3
	Sig.	

Los resultados se basan en filas y columnas no vacías en cada subtabla más interna.

a. Más del 20 % de las casillas de esta subtabla habrían previsto recuentos de casillas menores que 5. Los resultados del chi-cuadrado podrían no ser válidos.

		Obrero								
		NO				Si				
		Recuento	columnas	Inferior para %	superior para	Recuento	columnas	Inferior para %	superior para	
34. tiempo libre actualmente	No	107	29,0%	24,5%	33,8%	48	26,4%	20,4%	33,1%	,519ª
	Si	262	71,0%	66,2%	75,5%	134	73,6%	66,9%	79,6%	
34 a actividades tiempo libre	Actividad culturales (Cine - Tv), Viajes, Actividades familiares, Deporte / actividad física	69	18,7%	15,0%	22,9%	32	17,6%	12,6%	23,6%	,630ª
	Actividades culturales/familiar/ Oficio en casa/actividad física	223	60,4%	55,4%	65,3%	113	62,1%	54,9%	68,9%	
	Actividades familiares	74	20,1%	16,2%	24,4%	33	18,1%	13,1%	24,2%	
	No tengo tiempo libre/ninguna	3	0,8%	0,2%	2,2%	4	2,2%	0,7%	5,1%	

Pruebas de chi-cuadrado de Pearson

		Obrero
34. tiempo libre actualmente	Chi-cuadrado	0,415
	df	1
	Sig.	
34 a actividades tiempo libre	Chi-cuadrado	2,209
	df	3
	Sig.	

Los resultados se basan en filas y columnas no vacías en cada subtabla más interna.

a. Más del 20 % de las casillas de esta subtabla habrían previsto recuentos de casillas menores que 5. Los resultados del chi-cuadrado podrían no ser válidos.

		sobrecargacuant								p
		No				Si				,001ª
		Recuento	% de N columnas	95,0% CL. Inferior para % de N columnas	95,0% CL. superior para % de N columnas	Recuento	% de N columnas	95,0% CL. Inferior para % de N columnas	95,0% CL. superior para % de N columnas	
34. tiempo libre actualmente		14	4,0%	2,3%	6,4%	0	0,0%			
	No	82	23,4%	19,2%	28,1%	73	34,0%	27,9%	40,5%	
	Si	254	72,6%	67,7%	77,0%	142	66,0%	59,5%	72,1%	
34 a actividades tiempo libre		14	4,0%	2,3%	6,4%	0	0,0%			,008ª,b
	Actividad culturales (Cine - Tv), Viajes, Actividades familiares, Deporte / actividad física	68	19,0%	12,4%	20,1%	43	20,9%	15,9%	26,7%	
	Actividades culturales/familiar/ Oficio en casa/actividad física	201	57,4%	52,2%	62,5%	135	62,8%	56,2%	69,0%	
	Actividades familiares	73	21,1%	17,1%	25,6%	33	15,3%	11,0%	20,6%	
	No tengo tiempo libre/ninguna	5	1,4%	0,5%	3,1%	2	0,9%	0,2%	3,0%	

Pruebas de chi-cuadrado de

		sobrecargacuant
34. tiempo libre actualmente	Chi-cuadrado	14,787
	df	2
	Sig.	
34 a actividades tiempo libre	Chi-cuadrado	13,683
	df	4
	Sig.	

Los resultados se basan en filas y columnas no vacías en cada subtabla más interna.

a. El estadístico de chi-cuadrado es significativo en el nivel 0,05.

b. Más del 20 % de las casillas de esta subtabla habrían previsto recuentos de casillas menores que 5. Los resultados del chi-cuadrado podrían no ser válidos.