



“Síntesis de los marcos de referencia en la  
formulación de la Política Pública de Salud  
Bucal de Medellín – 1ª etapa”

Operado por:



UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA  
1803



Alcaldía de Medellín







**Alcaldía de Medellín**

## Alcaldía de Medellín

Aníbal Gaviria Correa  
Alcalde

Carlos Mario Ramírez Ramírez  
Vicealcalde de Salud, Inclusión Social y Familia

Equipo directivo

Gabriel Jaime Guarín Alzate  
Secretario de Salud de Medellín

Clara Luz Trujillo Escobar  
Subsecretaria de Salud Pública

Verónica Lopera Velásquez  
Directora Técnica de Planeación en Salud

Luis Alberto Aristizábal Ocampo  
Subsecretario de Gestión de Servicios de Salud

Gloria Emilse Urrego Urrego  
Subsecretaria Administrativa y Financiera

Andrés Felipe Ochoa Valencia  
Comunicaciones

Augusto Davide Pasualotto Vola  
Líder de Programas Promoción y Prevención

Olga Lucía Mejía Pineda  
Odontóloga Especialista

## Universidad de Antioquia

Alberto Uribe Correa  
Rector

María Patricia Arbeláez Montoya  
Decana Facultad Nacional de Salud Pública

Álvaro Olaya Peláez  
Vicedecano Facultad Nacional de Salud Pública

Julián Vargas Jaramillo  
Jefe de Extensión



**Alcaldía de Medellín**

## Secretaría Técnica Formulación

Universidad de Antioquia - FNSP

Sandra Milena Zuluaga S.  
Gabriel Jaime Otalvaro C.  
Catalina Rico M.  
Alejandra Marín U.  
María del Pilar Montoya G.  
Carolina Zapata V.  
Luis Gabriel Caldas L.  
Juan Guillermo Arias T.  
Julian Colorado A.  
Gonzalo Jaramillo D.  
Diego Bastidas L.  
Lina Patricia Casas  
Hugo Alberto Gómez O. (Primera etapa)  
Luis Eduardo Garzón Y. (Primera etapa)

### **Diagnostico situacional**

Emilia Ochoa

### **Corrección de estilo**

María del Pilar Montoya García

### **Diagramación**

Verónica Ceballos Ortiz

### **Foto portada**

Julían Gomez Bedoya  
Estudiante Facultad de Odontología  
Universidad de Antioquia



**Alcaldía de Medellín**

Este trabajo es el resultado de los aportes de los participantes regulares a los grupos de trabajo de la primera etapa de la formulación de la Política Pública de Salud Bucal Medellín 2013 - 2022

Jaime Velásquez M.	Asmetrosalud
Johana Castro D.	CEDES
Luis Alfonso González R.	Comfama
Diego Céspedes I.	Coomeva EPS
Olga Lucia Vélez U.	Coomeva EPS
Lorena Molina B.	Fundación Mundo Mejor - Buen comienzo
Adriana Posada L.	Fundación Universitaria Autónoma de las Américas
Alberto Hincapié R.	Fundación Universitaria Autónoma de las Américas
Alejandro Botero B.	Fundación Universitaria Autónoma de las Américas
Anny Marcela Vivares B.	Fundación Universitaria Autónoma de las Américas
Carlos Mario Cardona.	Fundación Universitaria Autónoma de las Américas
Edwin Meneses G.	Fundación Universitaria Autónoma de las Américas
Lorena Molano W.	Fundación Universitaria Autónoma de las Américas
Odilia Giraldo R.	IPS Universitaria
Adriana Rojas E.	Metrosalud ESE
Ángela Sarrazola M.	Metrosalud ESE
Natalia Peláez M.	Metrosalud ESE
Yolanda Jaramillo M.	Metrosalud ESE
Alejandra Marín U.	Odontóloga
Juan Pablo Moreno B.	Odontólogo
Gloria Velásquez.	Sura EPS
Juan Guillermo Vélez G.	Sura IPS
Carlos Mario Gómez T.	Unidos Salud Oral
Adriana Zea M.	Unidos Salud Oral
María Cristina Giraldo Z.	Universidad CES
Beatriz Eugenia Echeverri A.	Universidad Cooperativa de Colombia
Federico Álvarez.	Universidad Cooperativa de Colombia
Aracely Flórez M.	Universidad de Antioquia
Gloria Cecilia Mena M.	Universidad de Antioquia
Marcela Gómez B.	Universidad de Antioquia
Susana Ramírez P.	Universidad de Antioquia

## TABLA DE CONTENIDO

---

Tabla de contenido .....	6
Introducción .....	7
1 Referentes conceptuales para la formulación de la política pública de salud bucal de Medellín	8
2 Estrategia metodológica para la construcción participativa de la política pública .....	14
3 Contexto global.....	16
4 Contexto de ciudad.....	19
5 Aproximación a la situación de la salud bucal.....	36
6 Respuestas colectivas para construir la salud bucal .....	50
7 Aproximación a la situación del recurso humano en odontología.....	56
8 Situación laboral del recurso humano en odontología en el país .....	62
9 Caracterización del perfil profesional .....	69
Referencias .....	74

## INTRODUCCIÓN

---

La ciudad de Medellín ha sido reconocida en el ámbito latinoamericano por el desarrollo de respuestas e innovaciones en el campo de la salud bucal y la formación odontológica. En este contexto, la reducción de la caries dental en la población escolar ha constituido uno de los resultados más destacados de esta gestión (1-4). A pesar de esto, la situación de salud de la población de Medellín también está marcada por las inequidades de la ciudad (5-7), lo que requiere de nuevas formas de organización y gestión para enfrentar los desafíos del contexto político y sectorial (8).

En estas condiciones, se propuso desde la Secretaría de Salud de Medellín, la formulación de una Política Pública de Salud Bucal (PPSB) 2013-2022 para la ciudad, que responda a las necesidades de la población de una manera integral e intersectorial, es decir, que articule las respuestas institucionales y sociales. La propuesta de la PPSB tiene en cuenta los elementos del Plan de Desarrollo Municipal 2012-2015, que apunta hacia la construcción de una ciudad incluyente, equitativa y garante de los derechos de los ciudadanos (9).

El presente documento expone los referentes conceptuales, la estrategia metodológica de la formulación de la PPSB de Medellín 2013-2022, y una primera aproximación a la situación de la salud bucal y de la práctica odontológica, construida con los actores sociales que atendieron el llamado del gobierno municipal y participaron en la primera etapa de la formulación. A todos los que hicieron parte en este proceso de construcción colectiva, agradecemos su compromiso y disposición para fortalecerlo.

Este documento se ofrece a los actores sociales de la ciudad, para ser revisado, discutido y retroalimentado, como parte de un momento fundamental del proceso de formulación de la política pública, en el cual se construye y problematiza la situación de la salud bucal y de la práctica odontológica. Constituye por tanto un texto preliminar, que se enriquecerá con los aportes de los diversos actores participantes del proceso y será un importante insumo para el momento de definición de las estrategias de la política pública.



# 1 REFERENTES CONCEPTUALES PARA LA FORMULACIÓN DE LA POLÍTICA PÚBLICA DE SALUD BUCAL DE MEDELLÍN

---

Para estructurar la PPSB de Medellín 2013-2022, se consideraron un conjunto de referentes conceptuales que permiten interpretar y comprender las realidades del presente histórico de la Práctica Odontológica (PO), a la vez que posibilitan la proyección estratégica de esta práctica social para los próximos años, avanzando hacia la materialización del derecho a la salud bucal para todos los ciudadanos.

Los principales referentes considerados en la construcción de la PPSB de Medellín 2013-2022 abordan asuntos como: (1) Las políticas públicas para disminuir las desigualdades, (2) la naturaleza social de la salud, (3) la salud como derecho humano fundamental, (4) la práctica odontológica como trabajo social, y (5) la Atención Primaria en Salud (APS).

## ***Las políticas públicas como herramienta para disminuir desigualdades sociales***

Dentro del proceso de formulación, se considera a la *política pública* como el conjunto de acciones estratégicas orientadas a la resolución de problemas de carácter público. Esta política se construye en la

medida en que los actores sociales asumen la tarea de alcanzar un objetivo esperado (deseable o necesario), por medio de un proceso orientado a transformar un escenario percibido como problemático, con la implicación de los actores gubernamentales (10).

De esta manera, las políticas públicas aparecen como el resultado de intercambios complejos entre actores sociales a través del tiempo, en los cuales ocurre un proceso de negociación y construcción de consensos frente al quehacer. Dichos consensos se enfocan en orientar la acción de una práctica social (10).

Bajo esta perspectiva, se creó en el 2012 para Medellín un espacio de deliberación y construcción social-participativa para formular una PPSB, que reoriente los enfoques y estrategias que garanticen la integralidad, equidad, sustentabilidad y efectividad de las estrategias y acciones de salud bucal para los próximos años.



Diferentes espacios de deliberación académicos han llamado a la necesidad de promover el desarrollo de políticas públicas para la disminución de las desigualdades sociales.

Uno de estos espacios fue el *II Congreso Internacional de Salud Bucal Colectiva 2008*, realizado en Bogotá, en el cual se instó a gestionar políticas públicas que permitieran avanzar en la construcción social del derecho a la salud bucal. Otro referente importante lo constituyó la *Declaración de Brasilia sobre la Salud Bucal en las Américas 2009*, que recoge el pronunciamiento de los coordinadores nacionales de salud bucal de diferentes países latinoamericanos (11).

Esta Declaración invita a la gestión de políticas públicas que vinculen las iniciativas gubernamentales y no gubernamentales, para abordar de manera integral la salud con perspectiva de universalidad y equidad, además de integrar acciones promocionales, preventivas y asistenciales en todos los niveles con énfasis en Atención Primaria en Salud (11).

Igualmente, esta Declaración invita a la participación de los diferentes actores tanto de la PO, como sociales, a realizar abogacía en búsqueda de la inclusión de la salud bucal en

la agenda política de los países y a profundizar en el análisis del proceso salud–enfermedad y su determinación social (11).

### ***La naturaleza social de la salud***

La salud es un producto social e histórico, resultante de las interacciones complejas y cambiantes entre la individualidad biológica de cada sujeto y las condiciones socio-históricas en las cuales se desenvuelve la vida (12). La salud no es sólo la ausencia de enfermedad, ni un acontecimiento bio-natural que acontece en la individualidad psico-biológica.

Una noción de salud como proceso socio-histórico permite construir una visión alternativa para el análisis y acción en salud, que reconoce la complejidad de la realidad en la cual ocurre la vida y supera la visión fragmentada de la realidad y la perspectiva lineal y estática del paradigma biomédico (12). Este último, concibe la salud sólo en el orden biológico y lo social como elemento externo y simple agregación de individuos; entiende la acción en salud como un proceso esencialmente técnico, disciplinar y asistencial, que no actúa sobre sujetos o comunidades, sino sobre enfermedades como objetos sin historia (13).

Construir políticas públicas desde una noción compleja de la salud, significa un reto para la salud pública, pues requiere trascender el énfasis en los servicios de atención individual y construir un compromiso del conjunto de actores sociales e institucionales para incidir en los procesos sociales determinantes de la salud (14).

### ***La salud como derecho humano fundamental***

En el contexto internacional a partir de la segunda mitad del siglo XX se ha entendido la *salud* como un derecho humano fundamental que valora y se contrapone a las perspectivas que promueven la salud como mercancía (15). Esta concepción de la salud es reciente en la historia del desarrollo de los sistemas de salud y las políticas públicas (16).

La salud, como derecho, se fundamenta en el reconocimiento de la dignidad humana, ya que una buena salud permite desarrollar proyectos de vida y potencialidades humanas, como condiciones indispensables para una vida digna (15).

En el contexto internacional, la salud como derecho se sustenta en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (15). Por su parte, en el ámbito nacional, el Estado Colombiano<sup>±</sup> ratifica dicho Pacto Internacional y profirió la Sentencia T-760 de 2008<sup>±±</sup> de la Corte Constitucional. Derivado de esto, el Estado debe generar las condiciones saludables de vida para las poblaciones (17).

En una perspectiva de derechos se reconoce el carácter integral e interdependiente de estos. Es decir, que el disfrute del derecho a la salud se encuentra directamente condicionado por la posibilidad de contar con un trabajo saludable y seguro, una vivienda adecuada, una alimentación nutritiva e inocua, y unas condiciones sanitarias y medio ambientales apropiadas (15). De igual manera, la garantía del derecho a la salud también depende del acceso a la educación y a la información, a espacios y medios recreativos y de bienestar, así como de las posibilidades de participar en la toma de

---

<sup>±</sup>Los desarrollos particulares de dicho Pacto: la Observación General No. 14 del comité de seguimiento del pacto de la Organización de Naciones Unidas, que establece medidas para operacionalizar y monitorear el cumplimiento del derecho a la salud; y el protocolo adicional a la convención americana sobre derechos humanos en materia de derechos económicos, sociales y culturales, conocido como el "Protocolo de San Salvador (15).

<sup>±±</sup>Según la Corte Constitucional, la Sentencia T-760 de 2008 se profiere como respuesta a problemas recurrentes de violaciones al derecho a la salud y al reflejo de las dificultades estructurales del Sistema General de Seguridad Social en Salud, generado principalmente por diversas fallas en su regulación, según su consideración (17).

decisiones y de la disponibilidad de servicios básicos y de salud, entre otros (17).

Con esta consideración es posible entender que exige garantizar la asistencia sanitaria, como compromiso y deber del estado y además las condiciones para una vida saludable (15, 17). Para valorar la garantía y disfrute del derecho a la asistencia sanitaria es necesario analizar cuatro atributos: *disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad* (15).

La *disponibilidad* significa que el Estado deberá poner al alcance de los ciudadanos un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos y programas de salud, así como de medicamentos esenciales y personal en salud cualificado y motivado. La *accesibilidad* hace referencia a la característica de los servicios de ser alcanzables para la población y de reconocer las condiciones diferenciales de esta, por medio de la no discriminación y de la accesibilidad física, económica y de información (15).

Por su parte, la *aceptabilidad* se refiere al respeto de la ética profesional en los establecimientos y servicios de salud, y a la condición de ser respetuosos de las culturas, el género y la etnia. Finalmente, la calidad se

define como el desempeño adecuado y la adopción de criterios científico técnicos, que requieren una adecuada cualificación del personal, así como la disponibilidad de equipos y medios en el trabajo en salud (15).

### ***La práctica odontológica y la salud bucal***

La Política Pública de Salud Bucal PPSB de Medellín 2013-2022 reconoce la Práctica Odontológica (PO) como un trabajo social. Esto posibilita dimensionar de manera amplia el objeto de la odontología, al tener en cuenta diversos componentes de una práctica social que se ha institucionalizado en torno a la salud bucal, como necesidad y respuesta social (18, 19).

El objeto de trabajo de la práctica odontológica contiene aquellos aspectos del componente bucal humano y los vínculos de la individualidad psico-biológica con su entorno ecológico y social. Desde allí, se puede afirmar que el objeto de trabajo de la práctica odontológica no es un objeto puro, derivado de un orden natural; y supone por tanto una manera de ver y comprender la articulación de las múltiples dimensiones de la realidad social.

Los elementos de la práctica odontológica son los actores sociales que la constituyen, y los espacios de trabajo y reproducción en donde

estas personas interactúan. Así mismo, la práctica odontológica es mucho más que la profesión odontológica, ya que incluye a otros actores tanto institucionales como no institucionales. Sus componentes son: (a) *El productor de recursos humanos*: Aquellas instituciones encargadas de formar profesionales y auxiliares odontológicos. (b) *El prestador de servicios* o instituciones o subsectores de la oferta encargados de prestar servicios de salud. (c) *El legitimador o gremial* u organizaciones que legitiman la ideología profesional y propugnan frente al Estado por el monopolio operativo (18, 19).

Estos componentes cumplen con funciones interdependientes derivadas de sus relaciones con la estructura y el trabajo sanitario, y son parte de funciones más globalizantes de la estructura social, en tanto fuente de producción económica y de fuerza de trabajo, y consumidora del complejo médico industrial (18, 19).

### **La Atención Primaria en Salud**

La Atención Primaria en Salud (APS), concebida como estrategia para lograr una asistencia sanitaria esencial, accesible, universal, socialmente válida y al alcance de todos, nació y se promovió a nivel mundial desde los años 70 del siglo XX y desde entonces ha contado con múltiples concepciones y desarrollos (20).

A comienzos del siglo XXI, la estrategia APS reaparece en Latinoamérica como agenda renovada de la OPS/OMS. En esta ocasión se definió como función central de los sistemas de salud y como una estrategia para la organización de los servicios (20). En Colombia, después de dos décadas de ausencia en el discurso oficial, se retoma esta estrategia en la última reforma del sistema de salud (Ley 1438 de 2011) (21).

La evidencia recopilada por la investigación, demuestra que los sistemas basados en APS logran mejores resultados de salud a nivel poblacional y mayor equidad tanto en el nivel de salud como en el acceso a los servicios. Igualmente, se caracterizan por una mejor eficiencia global, menores costos en el sistema y mayor satisfacción de los usuarios con los servicios de salud (20).

El desarrollo de la APS en el contexto de los derechos, conocida como Atención Primaria Integral en Salud (APIS), está ligado a la universalización e integración de los servicios de salud. Su operacionalización implica, entre otros aspectos (20):

- a) Dar respuesta a las necesidades de salud de la población.
- b) Orientar los servicios bajo criterios de justicia social, sostenibilidad,



participación, intersectorialidad y rendición de cuentas.

- c) La garantía de cobertura universal, acceso a servicios aceptables y con equidad.
- d) La atención integral, integrada y apropiada a lo largo del tiempo.
- e) Garantizar el primer contacto del usuario con el sistema y hace énfasis en la atención preventiva y la acción de promoción de la salud.
- f) Las familias y las comunidades son la base de la planificación y la acción
- g) Desarrolla mecanismos activos para maximizar la participación en salud.
- h) Promueve acciones intersectoriales para abordar los procesos determinantes de la salud y la equidad.

Operado por:



Alcaldía de Medellín

## 2 ESTRATEGIA METODOLÓGICA PARA LA CONSTRUCCIÓN PARTICIPATIVA DE LA POLÍTICA PÚBLICA

---

La formulación de la PPSB para Medellín 2013-2022, liderada por la Secretaría de Salud y la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia, plantea una ruta de construcción en seis fases<sup>±</sup>, que permite la definición de acuerdos de orden conceptual, metodológico, técnico, operacional y político-administrativos.

Durante el 2012, se desarrolló la primera etapa de la formulación, correspondiente a las dos primeras fases. La primera fase o preparatoria, se orientó a la conformación de la secretaría técnica<sup>±±</sup> del proceso y de un grupo gestor interinstitucional<sup>±±±</sup>, así como a la construcción del plan de formulación. Por su parte, en la segunda fase se construyeron los marcos de referencia.

En este proceso de formulación, los marcos de referencia de la política pública constituyen el dispositivo que permite reconocer, problematizar y construir sentidos compartidos respecto al contexto de acción y

a las realidades de la práctica odontológica. Dichos marcos de referencia marcan el punto de partida para la construcción de alternativas que viabilicen la transformación de la práctica odontológica en un horizonte deseado.

Durante la primera etapa (fases preparatoria y de construcción de marcos de referencia), desarrollada en el 2012, se conformaron cuatro grupos de trabajo, cuyo objetivo fue la caracterización de la situación de salud bucal y de la práctica odontológica en Medellín: (1) Prestación de servicios, (2) desarrollo de respuestas colectivas, (3) situación del talento humano y (4) aspectos epidemiológicos de la salud bucal.

En cada uno de estos grupos se concertó un plan de trabajo que incluyó acciones como:

---

<sup>±</sup> En el 2013 se desarrollarán las cuatro fases restantes.

<sup>±±</sup> La Secretaría Técnica hace referencia al equipo técnico dinamizador del proceso.

<sup>±±±</sup> El grupo gestor constituye el espacio articulador donde confluyen los diversos actores sociales, en este

espacio se socializan y debaten los avances y se realiza seguimiento y retroalimentación al proceso.

- Reconocimiento de aspectos conceptuales básicos relacionados con la construcción de políticas públicas.
- Realización de un inventario de fuentes y actores claves del campo temático respectivo.
- Recopilación y revisión de información documental de fuentes secundarias (incluyendo investigaciones, análisis institucionales y experiencias).
- Consulta y diálogo con actores clave en torno a diferentes experiencias de formulación de políticas públicas de salud bucal o respuestas colectivas, que sirvieran de referente a la formulación de la PPSB.

Dentro de esta primera etapa del proceso de formulación de la PPSB, también se desarrollaron otras estrategias metodológicas como:

- Un componente investigativo denominado *Caries Dental e Inequidades Sociales: Estudio Exploratorio en Escolares de la Comuna Tres de Medellín-2012*.
- El diálogo con actores sociales y comunitarios<sup>±</sup>, para reconocer y

problematizar la mirada sobre la situación de la salud, de las respuestas y los servicios.

- La inclusión de las tecnologías de la información y las comunicaciones (TIC), por medio de Facebook, Twitter y un blog, para informar y motivar la participación de los ciudadanos y de los actores de la PO.

Antes de exponer los aportes construidos con los actores sociales en el apartado denominado *Aproximación al marco situacional de la Salud Bucal de la población y la Práctica Odontológica*, se hace necesario plantear el *contexto global y de ciudad* que enmarca el desarrollo de la PPSB para Medellín 2013-2022.

<sup>±</sup> Entre los actores sociales más relevantes se identificaron organizaciones, iniciativas y liderazgos comunitarios, como los comités de participación comunitaria, las comisiones de salud de las comunas, así

como las organizaciones de mujeres, jóvenes y personas mayores.

### 3 CONTEXTO GLOBAL

---

Es en el marco de la mundialización que las políticas públicas encuentran sus condiciones de posibilidad, por ello se hace necesario analizar las transformaciones mundiales de este periodo histórico pues constituye esto el telón de fondo y fuerza instituyente del orden social con el cual tendrán que lidiar las políticas nacionales y locales.

Resulta un común denominador para académicos, analistas políticos y medios informativos el señalamiento que vivimos tiempos de crisis. Para algunos fue la característica central con la que se cerró el siglo XX y se inauguró el XXI, siendo una de ellas el reconocimiento de las limitaciones de los Estados en su función como garantes del bienestar social y de los derechos humanos (22).

La percepción de la crisis se agudizó en el último lustro, como consecuencia de la crisis financiera global de las economías desarrolladas. Lo que para unos fue momento coyuntural circunscrito al dominio financiero, para otros representa un expresión estructural de la crisis del modelo civilizatorio

(22). Es decir, se refiere al agotamiento de un modelo de organización económica, productiva y de los modos de vida, donde las ideas preestablecidas, los simbolismos y la cultura necesariamente se ven alteradas (23).

Independiente de la interpretación por la que se opte, la crisis mundial ha demostrado representar un obstáculo para las posibilidades de realización de los ideales democráticos, de la justicia social y la cultura de los derechos humanos. Algunas expresiones de la crisis global que permiten sustentar esta afirmación son<sup>±</sup> (22):

- La negligencia de los países ricos para reconocer su responsabilidad en el incremento de la extrema pobreza en el mundo.
- El incumplimiento por parte de las empresas transnacionales de los derechos de protección laboral, de los estándares sociales y de las exigencias para la protección del medio ambiente.
- La atribución a la responsabilidad individual de las consecuencias sociales (

desempleo a nivel mundial, el aumento de la pobreza y el deterioro del medio ambiente (22).

---

<sup>±</sup> Otras expresiones de la crisis global son los crímenes contra la humanidad, el aumento de guerras, las invasiones imperiales en varios países asiáticos, la profundización del neoliberalismo, el incremento del



pobreza, desempleo, enfermedad, entre otras),

- La no redistribución de la riqueza y de los ingresos en el medio internacional – misión y deber de justicia distributiva que corresponde a los Estados.
- La imposibilidad de realización integral de los derechos humanos en las condiciones actuales, como consecuencia de las limitaciones materiales y conceptuales, las cuales se deben resolver por la vía jurídica y política.
- y finalmente, la violencia como consecuencia directa o indirecta de la globalización- rasgo esencial en este modelo civilizatorio.

Las diversas facetas de la crisis mundial podrían agruparse en torno a cuatro ejes de análisis para vislumbrar sus consecuencias en relación con la salud y la construcción de políticas: 1) *la crisis del mercado y la pérdida de cohesión social*, 2) *la crisis del estado – nación*, 3) *la crisis de la democracia*, y 4) *la desgobernanza mundial*.

Frente a la ***crisis del mercado y la pérdida de cohesión social***. Castell Oliván demuestra que el mercado autorregulado destruye las antiguas formas de regulación social, el trabajo, la sociabilidad y las formas tradicionales de solidaridad, con el riesgo de que se destruya la existencia misma de la

sociedad. En palabras suyas “*es pasar de la sociedad civil a la sociedad mercantil*” en la que el mercado rige la sociedad por una racionalidad antidemocrática (22) e inequitativa.

En América Latina está última situación se refleja en el informe de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) en 2012, en el que se reporta que en 18 países latinoamericanos, el 10% de las personas más ricas recibe el 32% del ingreso total, mientras que el 40% de la población más pobre recibe sólo el 15 % (24).

Según este informe, los países con mayores niveles de concentración de la riqueza o desigualdad fueron Brasil, Chile, Colombia, Guatemala, Honduras, Paraguay y República Dominicana. No obstante, hay que destacar que en el 2012 Colombia logró disminuir la desigualdad en el 32,7% de la población, dato que en el 2011 estaba en 34,1%. Aunque, la mayoría de la población considera que la distribución del ingreso es injusta o muy injusta (24).

Por su parte ***la crisis del estado – nación*** por cuenta de la globalización, se ha evidenciado en la liberalización comercial, en la interdependencia de las economías y en la revolución tecnológica, las cuales han minado la capacidad del Estado para regular y

definir el rumbo de sus políticas nacionales de modo soberano (22).

En América Latina esta situación se asocia a la **crisis estructural del Estado** caracterizada por un retroceso del Estado, tanto en efectividad como en legitimidad, pues éste se revela incapaz de solucionar los problemas nacionales y no logra asumir su papel económico y social, a la vez que disminuye el compromiso con los ciudadanos por responder a grupos e intereses foráneos (25). Esta situación distorsiona las relaciones del Estado con la sociedad, en cuanto a asuntos relacionados con la *democracia* y la *gobernabilidad*<sup>±</sup> (22).

En el escenario internacional, la *gobernabilidad* de los organismos internacionales multilaterales tradicionales se muestra ineficiente. Entre tanto, algunas Organizaciones No Gubernamentales (ONG), corporaciones transnacionales y movimientos políticos presionan a los Estados y menoscaban su capacidad. A la vez, que surgen movimientos por diversas causas (sexuales, étnicas, económicas, políticas) que constituyen redes de comunidades con

similares valores, que actúan local e internacionalmente en procura de una integración por fuera del Estado (22).

Las características mencionadas alrededor de los cuatro ejes, evidencian una crisis de legitimidad del Estado, que se traduce en una pérdida de la credibilidad en las instituciones políticas y en la legitimidad de la clase política, cuyas consecuencias dificultan la solución de los problemas políticos y sociales a los cuales se enfrentan los países (25).

Así mismo, es este panorama mundial el que determina el contexto local y sugiere la formulación de políticas públicas que giren en la esfera de la equidad, la participación comunitaria y el ejercicio de los derechos ciudadanos como complemento fundamental de un mejoramiento en las condiciones de bienestar de la población.

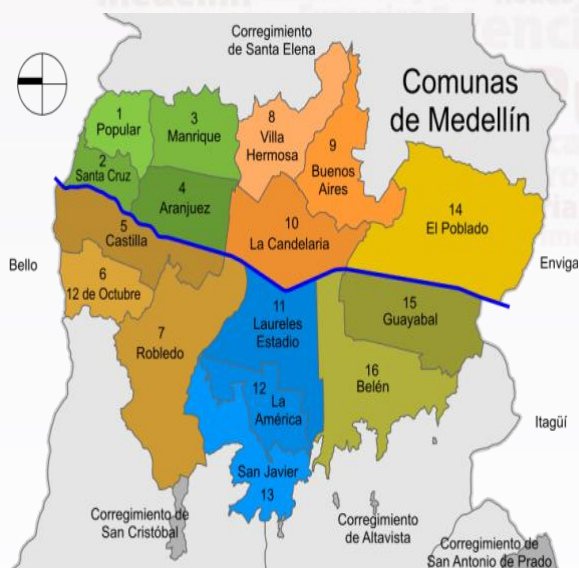
---

<sup>±</sup> Es la aptitud de un sistema democrático para auto gobernarse y enfrentar positivamente los desafíos y las oportunidades que se presentan (22).

## 4 CONTEXTO DE CIUDAD

Medellín, capital del departamento de Antioquia, se divide en seis zonas político-administrativas: nororiental, noroccidental, centroriental, centroccidental, suroriental y suroccidental, conformadas por 16 comunas, 249 barrios y cinco corregimientos: AltaVista, Palmitas, San Antonio de Prado, San Cristóbal y Santa Elena (26). La gobernabilidad se encuentra limitada por la fragilidad de las instituciones y las consecuencias de un modelo económico excluyente como ocurre en América Latina, donde campean las desigualdades y la marginación social.

Gráfica 1: Mapa de la distribución político-administrativa de Medellín



Fuente: Medellin.gov.co

Medellín cuenta con una población de 2.393.011 habitantes, según las proyecciones del Departamento Nacional de Estadísticas (DANE) para el 2013. De los cuales el 53% son mujeres y 47% hombres, residentes del área urbana en su mayoría (98.6%) (27).

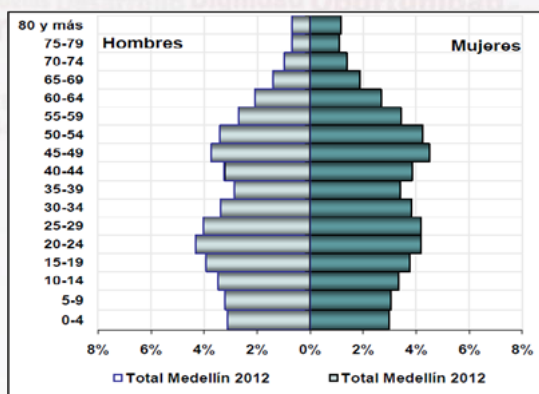
Para el año 2012, la distribución por edad de la población de la ciudad mostró tendencia a una disminución de la población infantil y aumento de la población adulta (Tabla 1 y Gráfica 2). Situación que se explica por una menor tasa de natalidad (1,5), es decir, dos nacimientos por cada mil mujeres, que no alcanza la tasa de remplazo generacional. Lo que genera el predominio de personas mayores y cambios en los patrones de morbilidad (28).

Tabla 1: Distribución por edad

Año 2012				
Grupo de Edad	TOTAL	Hombres	Mujeres	%
Total	2.393.011	1.126.595	1.266.416	100,00
0-4	146.209	74.674	71.535	6,11
5-9	149.093	76.448	72.645	6,23
10-14	162.349	82.638	79.711	6,78
15-19	183.605	93.581	90.024	7,67
20-24	203.167	103.049	100.118	8,49
25-29	196.451	96.342	100.109	8,21
30-34	172.417	81.014	91.403	7,21
35-39	149.234	68.120	81.114	6,24
40-44	169.130	77.118	92.012	7,07
45-49	196.285	88.835	107.450	8,20
50-54	183.123	81.296	101.827	7,65
55-59	146.425	64.597	81.828	6,12
60-64	113.799	49.753	64.046	4,76
65-69	78.664	33.655	45.009	3,29
70-74	56.034	22.990	33.044	2,34
75-79	42.807	16.530	26.277	1,79
80 y más	44.219	15.955	28.264	1,85

Fuente: Convenio Interadministrativo DANE-Municipio de Medellín

Gráfica 2: Pirámide Poblacional de Medellín



Fuente: Convenio Interadministrativo DANE-Municipio de Medellín

Al comparar el comportamiento demográfico de la ciudad para el año 2012 con el país, se encuentra una tendencia similar, ya que en éste último entre 1985 y 2005 la población menor de 15 años pasó de representar el 38% al 31% dentro del total, mientras que la proporción de adultos jóvenes (15-29 años)

osciló entre el 29.8% y el 26.3%. De manera contraria, la población entre los 30 y 64 años aumentó del 29.2% al 36.4%, y la mayor de 65 años pasó del 4.5% al 6.3% (29).

Mientras que en la ciudad en 1993 había cuatro menores de 14 años por cada mayor de 65 años, en 2012 esta proporción se redujo a la mitad, con 2,1 menores de 14 años por cada mayor de 65 años. El indicador da cuenta de un mayor envejecimiento de la población (28).

### La fecundidad y natalidad

La fecundidad no es estática y se comporta diferente en cada una de las comunas y corregimientos. Sin embargo, la tasa de fecundidad general en el 2008 fue de 50,4 por cada mil mujeres en edad fértil y en el 2010 fue de 38 —casi la mitad de la tasa del país (74,60) — (29), con una relación inversa entre natalidad e índice de calidad de vida, es decir, a mayor número de hijos, menores condiciones de calidad de vida (28).

La tasa de fecundidad en la población adolescente viene registrando una tendencia a la disminución. Se pasó de 47,3 en el 2005 a 39,8 en el 2010. No obstante, se debe tener en cuenta que persisten desigualdades territoriales, debido también a la relación



inversa del embarazo adolescente con los índices de calidad de vida (28).

En el 2012, de acuerdo con el *Informe de Calidad de Vida de Medellín* del mismo año, la tasa de fecundidad en adolescentes de 15 a 19 años, presentó un leve retroceso, y pasó de 69,1 por mil a 71.2 por mil mujeres en ese rango de edad. La concentración territorial del indicador continúa en comunas como: Popular, Villa Hermosa, Manrique, Santa Cruz y San Javier (30).

La natalidad ha mostrado una tendencia a la disminución entre el 2005 y 2010, representada en la disminución del número promedio de hijos, pasando de 1,8 en el 2008 a 1,5 en 2010 (28).

### **La mortalidad**

En relación con la mortalidad, sus cinco causas más importantes en la ciudad durante 2012 fueron en su orden: (a) enfermedades isquémicas del corazón, (b) agresiones, (c) enfermedades cerebro-vasculares, (d) enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores y (e) tumor maligno de la tráquea, de los bronquios y del pulmón (30).

De acuerdo con el informe *Medellín Cómo Vamos, 2012*, la Secretaría de Salud municipal

reportó 11.965 muertes, 340 casos menos que en 2011, año en el que se registraron 12.305 (31,32). Las enfermedades isquémicas del corazón constituyeron la primera causa de muerte, con 1.843 casos reportados. En este año (2012) la mortalidad materna, definido como un indicador de pobreza, exclusión e inequidad, registró 36,1 muertes por cada cien mil nacidos vivos, cifras muy cercanas a las observadas en 2011, con 36,2 muertes (30).

La tasa de mortalidad para el 2010 en los menores de un año fue de 9,45 muertes por mil nacidos vivos. Este indicador cumple con los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) propuestos para Colombia. Aunque, en las comunas Doce de Octubre, Villahermosa y La Candelaria no se cumplió la meta (27).

Para los menores de un año las causas más frecuentes de muerte en el período 2005-2010 fueron las afecciones originadas en el periodo perinatal y las malformaciones congénitas (28). En el 2012, se presentaron nueve muertes por cada mil nacidos vivos, comparados con los años 2011 (9,3) y 2010 (9,5) (30).

La mortalidad en niños menores de cinco años en el 2012 se sigue presentando

principalmente por enfermedades congénitas o infecciosas (30). Medellín logró para el 2010, la meta global propuesta para Colombia según los ODM, con una tasa de mortalidad por enfermedad respiratoria aguda de 10 casos por 100.000 menores. Sin embargo, las comunas de las zonas Nororiental y Noroccidental, superaron el promedio municipal (28).

La mortalidad por desnutrición, como causa básica en menores de cinco años, registró 3,4 muertes por cada 100 mil menores de cinco años en el 2007. Durante los años 2010 y 2011 no se registraron muertes por esta causa (28).

### **La morbilidad**

Otro aspecto que se debe considerar en la formulación de la PPSB de Medellín es el perfil de morbilidad de la ciudad<sup>±</sup>. En este apartado sólo se ilustrarán los datos de los servicios de consulta externa, reportados a la Secretaría de Salud de Medellín, correspondientes al año 2010.

Por grupos poblacionales, se encuentra que en los menores de cinco años, las enfermedades infecciosas ocupan el primer

lugar (34%), de las cuales el 26,9% corresponden a infecciones agudas de las vías respiratorias y el 7% a infecciones gastrointestinales.

Respecto al estado nutricional<sup>±±</sup> en los menores de cinco años registró los siguientes indicadores: el 2,4% de esta población presentó bajo peso para la edad y el 10,2% se encontraba en riesgo de *desnutrición global*. La *desnutrición aguda* fue del 1,9%, con un estado de riesgo del 7,1%, mientras que la *desnutrición crónica* alcanzó el 8,1%, con un riesgo para este indicador del 20,1%. Los datos del estado nutricional también registraron que el 20% de los menores de cinco años presentó algún indicador de exceso de peso.

La población entre los 5 y 14 años presentó infecciones agudas de las vías respiratorias del tracto superior, junto con las enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo, mientras que una quinta parte de las enfermedades (20,2%) estuvieron relacionadas con caries y otros trastornos de los dientes y sus estructuras de sostén.

---

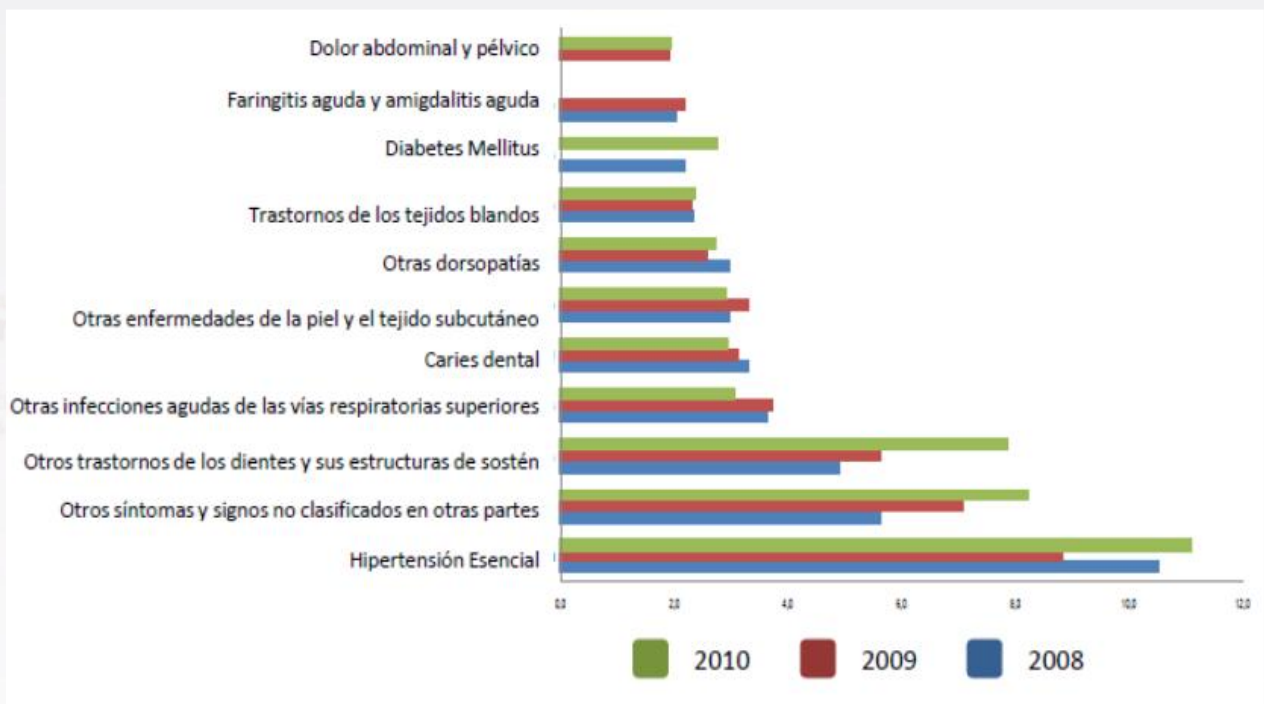
<sup>±</sup>Ha sido construido desde tres fuentes de información: consulta externa, urgencias y hospitalización (información correspondiente al año 2010).

<sup>±±</sup> Valorado por el crecimiento en los niños y la composición corporal en los adultos (31).

Los trastornos dentales constituyeron el primer motivo de consulta para las personas entre 15 y 44 años (14,1 %), al igual que para el grupo de 45 a 64 años, a la par con la hipertensión y la diabetes.

En la población mayor de 64 años, aparecen, nuevamente, como principales causas de consulta la hipertensión, la diabetes, además de la bronquitis, el enfisema y otras enfermedades pulmonares obstructivas crónicas –EPOC.

Gráfica 3: Diez primeras causas de atención por consulta externa en Medellín 2008-2010



Fuente: Secretaría de Salud de Medellín 2008-2010.

Así mismo, con base en los datos del perfil de morbilidad de la ciudad, el 17,9% de la población menor de 18 años presentó sobrepeso y el 7,9% obesidad, mientras que la delgadez y el riesgo de delgadez se ubicó en el 2,3% y 10,4%, respectivamente.

Para los mayores de 18 años se observó un exceso de peso, el cual representa el 50,8%, sumado a la obesidad abdominal que está afectando al 44,7% de esta población. Situación que puede llegar a reducir la esperanza de vida hasta en diez años (28).

### ***Las afecciones mentales, el consumo de sustancias psicoactivas y la violencia intrafamiliar***

Entre el 2005 y 2010, el número de consultas por trastornos mentales y del comportamiento ha descendido en la ciudad (28). Específicamente en el año 2010 el descenso se dio en un 2% del total de consultas por todas las causas en este año, observándose una mayor proporción de consulta por parte de las mujeres. En relación a la edad, el mayor número de consultas fueron realizadas por pacientes de edades entre 15 a 44 años, con un incremento, específicamente en el grupo de 5 a 14 años.

En consulta externa, las causas más frecuentes de atención por trastornos mentales y del comportamiento fueron la depresión y la ansiedad, mientras que en hospitalización fueron el trastorno del comportamiento por uso de psicofármacos y el trastorno afectivo bipolar. A pesar de que las mujeres asistieron más a consulta externa por trastornos mentales, se hospitalizaron más hombres por estas causas.

Sobre el consumo de sustancias, el *II Estudio de Salud Mental del Adolescente Medellín-2009*, encontró que la prevalencia anual del consumo de cigarrillo aumentó del 23% en el 2006 al 25,4% en el 2009. En este último año,

la edad promedio de inicio de consumo fue 12,5 años de edad, dato que mostró un descenso con respecto al 2006 (12,8) (32).

Adicionalmente, el Estudio en mención evidenció que la prevalencia anual de consumo de bebidas alcohólicas hasta la embriaguez, aumentó del 19% en el año 2006 al 23,2% en el 2009, y que la edad promedio de inicio fue 13,9 años de edad. Para el 2011, la prevalencia anual de consumo de sustancias ilícitas alcanzaba el 6,7%, siendo más alta en el grupo entre 19-29 años (15,7%) (32).

El suicidio constituye un asunto de interés en el grupo de edad entre 19-29 años. Para el 2010, el 50% de los casos correspondió a personas menores de 30. En tal sentido, la ciudad ha presentado tasas de mortalidad de 5,2 defunciones por cada cien mil habitantes, cifra superior a las tasas promedio del país (4,1) (28).

Con relación al intento de suicidio, se estima que ocurren tres casos por día, y se reportan en promedio 1.100 intentos anuales, para una tasa de intento de suicidio en el año 2010, de 48,6 por cada cien mil habitantes (28).

En violencia intrafamiliar y sexual (violencia sexual, física, psicológica, abandono y



negligencia), según los prestadores de servicios de salud, para el 2010, la ciudad presentó 1.084 casos, cifra superior en un 32% a la reportada en el 2009 (738 casos). La mujer ha sido la principal afectada en un 82% de los casos. No obstante, resulta importante aclarar que estos datos sólo reflejan los eventos que requirieron consulta médica, o sea que no incluyen los reportes de comisarías de familia, CAIVAS, inspecciones de policía, entre otros.

### **Pobreza y desigualdad**

Las cifras del 2012 reflejan una reducción de la pobreza y la pobreza extrema, ubicándose en el 17,7% y el 3,5%, respectivamente. Estas cifras ubican a Medellín y a su Área Metropolitana en niveles cercanos al promedio de las trece áreas metropolitanas del país: en pobreza con un 17,7 %, frente a un 18,9 y en pobreza extrema con un 3,5 %, frente a un 3,3% (30).

En cuanto a la desigualdad por ingresos, para el período 2008-2012, Medellín y su Área Metropolitana mostraron la mayor reducción

expresada en el índice de Gini<sup>±</sup> (33), método utilizado para medir la desigualdad (30).

Según este índice, la desigualdad por ingresos en la ciudad se redujo en un 7,8%, pasando de 0.542 en 2008 a 0.5 en 2012, lo que ubicó a la ciudad en un nivel cercano al promedio del mismo índice de las trece áreas metropolitanas (0.499), en el año 2012. En consecuencia, del comportamiento de este indicador entre el período 2008-2012, Medellín dejó de ser la ciudad más desigual del país (30).

En los últimos años, en la ciudad se han realizado ejercicios alternativos para medir las condiciones de vida de la población. Un ejemplo de ello, lo constituye el *Indicador Multidimensional de Condiciones de Vida* (IMCV)<sup>±±</sup>, construido con base en la *Encuesta de Calidad de Vida de Medellín*. Su última actualización incluyó no sólo indicadores objetivos, sino también indicadores subjetivos en temas como medio ambiente, movilidad, libertad, seguridad, salud y calidad de vida (30).

---

<sup>±</sup>El índice de Gini mide hasta qué punto la distribución del ingreso (o, en algunos casos, el gasto de consumo) entre individuos u hogares dentro de una economía se aleja de una distribución perfectamente equitativa. Así, un índice de Gini de 0 representa una equidad perfecta, mientras que un índice de 100 representa una inequidad perfecta (33).

<sup>±±</sup>Los componentes del índice son: entorno y calidad de la vivienda, acceso a servicios públicos, medio ambiente, escolaridad, desescolarización, movilidad, capital físico del hogar, participación, libertad y seguridad, vulnerabilidad, salud, trabajo, recreación, percepción de la calidad de vida e ingresos (30).

La ventaja de este indicador multidimensional es que permite mostrar diferencias importantes entre comunas e incluye variables derivadas de la percepción, en consonancia con las tendencias internacionales en medición de calidad de vida. El indicador va de cero a cien, siendo cero el menor nivel de vida y cien el mayor nivel de vida posible (30).

Entre 2010 y 2012, el IMCV para el Medellín urbano presentó un leve incremento, pasando de 47,2 a 48,3. Esto significa que la ciudad no alcanzó, en el período medido, ni la mitad del nivel de condiciones de vida ideal. Sin embargo, este promedio esconde grandes diferencias por comunas, como se puede observar en la siguiente tabla (30,34).

Tabla 2: Índice Multidimensional de Condiciones de Vida 2010-2012 para Medellín por comuna

	Índice Multidimensional de Condiciones de Vida						
	2010	2011	2012	Variación IMCV 2012 Vs 2011	Coefficiente Variación 2011	Coefficiente Variación 2012	Variación Coef. Var 2012 Vs 2011
<b>Total Medellín</b>	46,65	47,02	47,63	2,10	33,51	32,73	-2,33
<b>Comuna</b>							
1 Popular	31,50	32,06	32,88	2,56	18,81	21,16	12,49
2 Santa Cruz	33,80	36,40	35,87	-1,46	16,13	16,27	0,87
3 Manrique	35,60	35,78	36,83	2,93	25,69	23,69	-7,79
4 Aranjuez	40,70	41,48	41,78	0,72	21,31	21,64	1,55
5 Castilla	47,00	47,73	46,67	-2,22	15,71	17,12	8,98
6 Doce de Octubre	38,60	38,57	39,68	2,88	18,53	18,67	0,76
7 Robledo	43,40	43,84	44,04	0,46	27,66	25,08	-9,33
8 Villa Hermosa	36,50	36,57	36,47	-0,27	28,30	29,21	3,22
9 Buenos Aires	46,70	48,89	49,20	0,63	22,38	22,47	0,40
10 La Candelaria	56,70	56,23	57,49	2,24	20,09	17,24	-14,19
11 Laureles Estadio	70,20	70,87	69,85	-1,44	9,36	9,96	6,41
12 La América	62,00	62,25	62,72	0,76	16,67	15,03	-9,84
13 San Javier	37,00	37,19	38,30	2,98	31,79	30,96	-2,61
14 El Poblado	77,00	76,63	76,62	-0,01	10,87	10,53	-3,13
15 Guayabal	50,60	50,63	51,02	0,77	21,10	19,55	-7,35
16 Belén	55,90	57,15	57,07	-0,14	24,25	23,87	-1,57
<b>Medellín Urbano</b>	<b>47,26</b>	<b>47,62</b>	<b>48,29</b>	<b>1,41</b>	<b>33,74</b>	<b>32,91</b>	<b>-2,46</b>

Fuente: Encuestas de Calidad de Vida 2010-2012

Al igual que con otros indicadores calculados para la ciudad, como el Índice de Desarrollo Humano (IDH) o el Índice de Calidad de Vida (ICV) (30), las comunas que presentaron las condiciones de vida más bajas fueron: Popular, Santa Cruz, Manrique, Villa hermosa, San Javier, Doce Octubre (34).

En lo concerniente a los corregimientos, el índice promedio se ubicó en 38,6 en 2010 y en 39,9 en 2011, lo que muestra una diferencia de casi nueve puntos con el indicador promedio para el área urbana (ver tabla 2). El corregimiento de Palmitas presentó las menores condiciones de vida, tanto en 2010, 2011 y 2012, con índices de 31,3, 32,2, y 34,8 respectivamente, niveles muy similares a los de la comuna Popular (30, 34).

Tabla 3: Índice Multidimensional de Condiciones de Vida 2010-2012 para Medellín por corregimientos

Corregimiento	2010	2011	2012	Variación	Coefficiente	Coefficiente	Variación
50 Palmitas	31,30	32,28	34,82	7,87	23,13	20,67	-10,64
60 San Cristóbal	36,60	38,31	38,63	0,84	21,26	18,49	-13,03
70 Altavista	33,70	34,01	34,55	1,59	19,23	18,03	-6,24
80 San Ant de Prado	40,10	42,64	41,65	-2,32	18,37	18,78	2,23
90 Santa Elena	44,90	43,98	42,83	-2,61	25,07	24,12	-3,79
<b>Medellín Rural</b>	<b>38,60</b>	<b>39,86</b>	<b>39,96</b>	<b>0,25</b>	<b>21,39</b>	<b>20,70</b>	<b>-3,23</b>

Fuente: Encuestas de Calidad de Vida 2010-2012

## Homicidio y pobreza

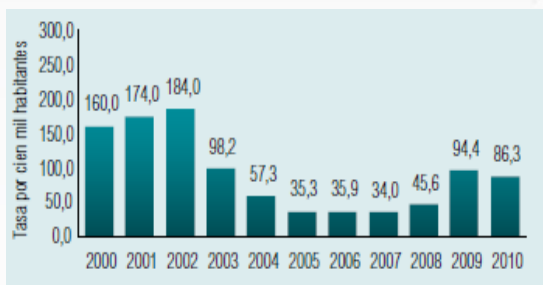
Un fenómeno que merece especial atención dentro de la formulación de la Política Pública de Salud Bucal, además de todos los antes mencionados es la correlación entre tasa de homicidios y el Índice de Calidad de Vida.

En este sentido, de las 16.106 defunciones en promedio que registra anualmente Medellín, el 16,1 % corresponden a muertes violentas.

Es así que para el periodo 2005-2010, la tasa de muertes por causas externas fue de 84,5 por 100.000 habitantes destacándose un aumento significativo entre 2009-2010 (35).

Específicamente en el 2010 la tasa de homicidios se redujo en un 8,5%, pasando de 94,4 a 86,3 por cien mil habitantes; si se compara con el incremento entre 2008 y 2009 que fue del 106,9% se evidencia una mejoría al frenar el crecimiento en el número de homicidios en la ciudad, los cuales pasaron de 2.187 a 2.023 entre 2009 y 2010 (ver gráfico 5) (35).

Gráfico 5: tasa de homicidios anual, Medellín 2000-2010



Fuente: Informe de calidad de vida de Medellín, 2010

±El índice de calidad de vida va de uno a cien, siendo cien el mayor nivel de calidad de vida. Calculado por Planeación Municipal (30).

Los homicidios ocurridos en estos años tienen las mismas características y mismo origen: son propinados en gran parte por organizaciones delincuenciales dedicadas a rentas criminales de algunos sectores, control social y prestación de ciertos servicios delincuenciales como asesinatos o robos (35).

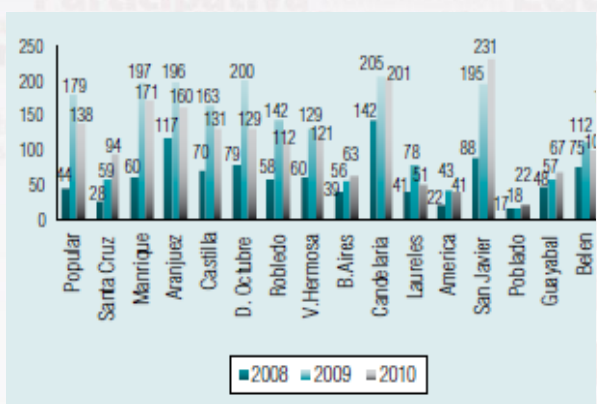
Al cruzar la información de la tasa de homicidios e Índice de Calidad de Vida (ICV)<sup>±</sup> del año 2010, se encuentra una relación inversamente proporcional entre homicidio y calidad de vida, ya que tres de las comunas con menor nivel de tasa de homicidios presentaron las mejores condiciones socioeconómicas (El Poblado 92,8, Laureles 91,0 y La América 88,7). Igualmente, entre las cinco comunas con mayor tasa de homicidios, cuatro de ellas El Popular (76,3), Santa Cruz (77,7), Manrique (79,7) y San Javier (80,5) presentaron los menores índices de calidad de vida, es decir, las condiciones socioeconómicas más bajas (34, 35).

Aunque en el 2010 la mayoría de comunas experimentaron reducciones en su tasa de homicidios, Santa Cruz casi duplicó su tasa, pasando de 55,1 a 87,1 por cien mil

habitantes. Las otras comunas que experimentaron aumentos en sus tasas de homicidios entre 2009 y 2010 fueron San Javier, Belén, Poblado, Buenos Aires y los corregimientos de San Cristóbal y Altavista (35).

A pesar de estos aumentos El Poblado (18,2) y Buenos Aires (46,7) fueron de las comunas que presentaron menores tasas de homicidios, junto a Laureles-Estadio (42,3) y La América (43,5) como se muestra en la siguiente gráfica (35).

Gráfico 6: número de homicidios en las comunas de Medellín, 2008-2010



Fuente: Informe de calidad de vida de Medellín, 2010  
 Otras condiciones que brindan elementos de contexto de ciudad y de inequidad son: la seguridad alimentaria, la educación, el empleo y el desplazamiento forzado.

### La seguridad alimentaria

Según el perfil alimentario y nutricional de Medellín-2010, el 58,6 % de la población presenta inseguridad alimentaria (36), es decir, disponibilidad limitada o incierta de alimentos nutricionalmente adecuados e inocuos o la capacidad limitada e incierta de adquirir alimentos adecuados en formas socialmente aceptables. Ésta se presenta como resultado de la pobreza, concentración de la riqueza e inequidad (37).

De acuerdo a la Encuesta de Calidad de Vida – ECV- Medellín 2011, la situación de seguridad alimentaria no ha mejorado, pues en el 19,02% de los hogares, siempre algún niño se acostó con hambre porque no alcanzó el dinero para la comida. En el 15,34% de los hogares, siempre disminuyó el número de comidas usuales -dejar de desayunar, almorzar o comer por falta de dinero para comprar alimentos- y en el 15,29% de los hogares, siempre algún adulto, se acostó con hambre porque no alcanzó el dinero para la comida. Lo anterior significa que para el año 2011, alrededor del 50% de los hogares presentaron inseguridad alimentaria (38).

### La educación

La mayoría de los niveles educativos entre 2008 y 2012 permanecieron con coberturas netas  $\pm$  estables. Entre 2011 y 2012, éstas

$\pm$  cobertura neta se obtiene de sumar el

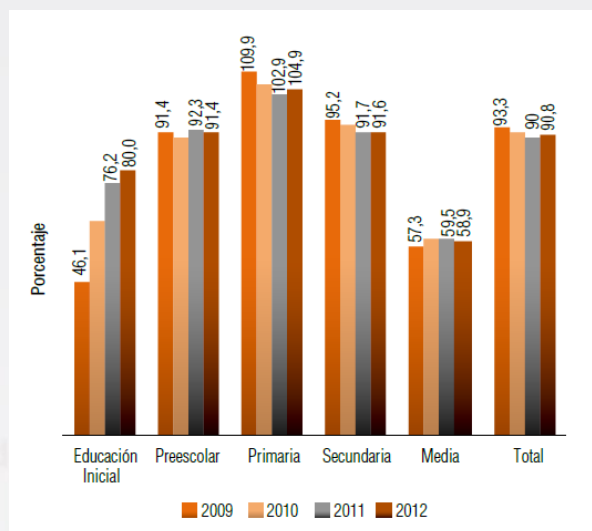
total de estudiantes matriculados en dichos



permanecieron igual, a excepción de la educación inicial<sup>±</sup>, la cual presentó un aumento del 5% entre ambos años, aunque menor al crecimiento anual de los últimos tres años. En el caso de la educación media<sup>±±</sup>, que es la que mayor preocupación reviste por su menor cobertura frente a los otros niveles, presentó un leve retroceso con una reducción del 1% en su cobertura, pasando de 59,5% en 2011 a 58,9% en 2012 (30).

La básica primaria, fue el único nivel que presentó una cobertura neta superior al 100%, la básica secundaria y el preescolar mostraron coberturas netas cercanas al 90%; la cobertura total, que incluye desde preescolar hasta la media llegó al 90,8%, esto es, del total de población en edad escolar, el 90,8% efectivamente está matriculado en el nivel que le corresponde para su edad (gráfico 7) (30).

Gráfico 7: Medellín: tasas de cobertura neta 2009-2012



Fuente: Medellín cómo vamos 2012. Informe de Calidad de Vida de Medellín- 2012.

Pese a los programas de la Alcaldía de Medellín que pretenden lograr la inclusión educativa de la población más vulnerable, la permanencia y el logro educativo de dichos grupos aún es una tarea pendiente. Así mismo, el analfabetismo que alcanza a 2,6% no ha podido erradicarse especialmente por la movilidad de la población desplazada. Adicionalmente, se reconocen los problemas de la calidad de la educación y las brechas entre colegios oficiales y no oficiales, con

función de un desarrollo pleno que propicie su constitución como sujetos"(39).

±±La educación formal se organiza en tres niveles: a) El preescolar, que comprenderá mínimo un grado obligatorio b) La educación básica, con una duración de nueve grados que se desarrollará en dos ciclos: La educación básica primaria de cinco grados y la educación básica secundaria de cuatro grados c) La educación media con una duración de dos grados(39).

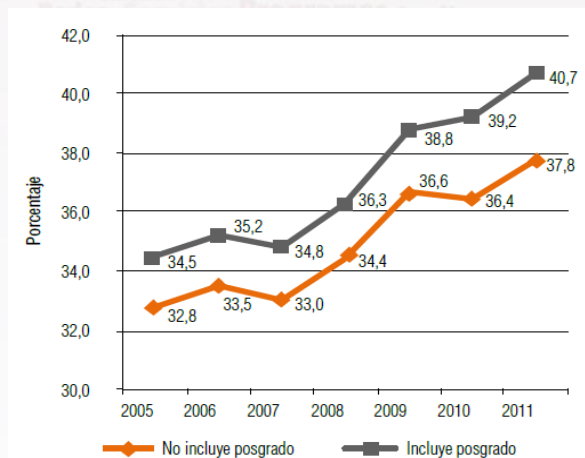
niveles con edades entre los 5 y los 16 años (con anterioridad el rango era de 5 a 17 años de edad), sobre el total de la población en dicha edad, certificada por el DANE (30).

±se entiende por educación inicial o educación ofrecida a la primera infancia el "proceso continuo y permanente de interacciones y relaciones sociales oportunas y pertinentes, que posibilitan a los niños potenciar sus capacidades y adquirir las competencias para la vida, en

claras desventajas de los primeros frente a los segundos (30).

En el caso de la educación superior, es el nivel de menor cobertura relativa. A 2011, había 37 estudiantes matriculados en instituciones de educación superior en carreras de pregrado en el valle de Aburrá por cada 100 en edades entre los 18 y 24 años<sup>22</sup>; esto representó para la tasa de cobertura bruta, 1,4 puntos porcentuales más que en 2010. Estos aumentos se explican por el aumento en la matrícula, que creció entre 2009/2011 un 5,4% (gráfico 8) (30).

Gráfica 8: Tasa de cobertura en educación superior 2005-2011



Fuente: Medellín cómo vamos 2012. Informe de Calidad de Vida de Medellín- 2012.

No obstante, en los últimos años es junto con la educación inicial la de mayor crecimiento, explicado en parte por la apuesta municipal de aumentar la cobertura a través de diversos programas de financiamiento, entre ellos el más destacado es el del Fondo EPM que a marzo de 2012 tenía 19.527 beneficiarios. En este mismo año, 4.000 estudiantes más accedieron a la beca-crédito del fondo EPM, y 1.000 estudiantes procedentes de municipios diferentes a Medellín accedieron a la educación superior en el marco de la Alianza Medellín Antioquia -AMA<sup>±</sup> (30).

Un reciente estudio del Banco Mundial y la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (2012) resaltó la falta de equidad en el acceso a la educación superior, la cual se debe, de un lado, a que el valor de las matrículas no depende de la calidad de la educación que se imparte sino del estatus de público o privado de la institución, a las fuentes de financiación y a las asignaciones de fondos públicos. Además, se reconoce que los recursos del Ictex son insuficientes y deben asignarse de mejor manera, de acuerdo con las verdaderas necesidades financieras del estudiantes (30).

<sup>±</sup> Programa liderado por la Gobernación de Antioquia y respaldado por las Instituciones de Educación Superior del departamento que busca generar oportunidades de

formación profesional para los antioqueños y las antioqueñas.

### **El empleo**

La tasa de desempleo de Medellín para el 2011 fue de 10,9%, indicador por encima del dato nacional (10.8%). No obstante, la tasa de desempleo de los jefes de hogar en la ciudad (2,71%) se ubicó por debajo del nivel nacional (4.8%) (28,40). En cuanto a la situación de empleo de los jefes de hogar (hombres en el 57,26% de los casos) en 2011, el 55,28% se encontraban trabajando, el 2,71% estaban buscando trabajo, el 19,62% realizaban oficios del hogar, el 16,84% recibían una pensión o una jubilación, y el 1,56% tenían incapacidad permanente para trabajar (28).

Igualmente para el 2011, el estudio de Álvarez et al sobre exclusión social en Medellín, encontró que en el estrato socioeconómico alto, mayor porcentaje de personas gozaban de una fuente de empleo (46,5%) en comparación con el estrato medio (35%) y bajo (31%). Por otra parte, en el estrato socioeconómico alto un menor porcentaje de personas se encontraban dedicadas a los oficios del hogar (7%), en comparación con el estrato medio (17%) y bajo (24,8%) (41).

Otro dato importante muestra la relación entre el nivel educativo y la economía formal. De acuerdo con las estadísticas, el porcentaje de personas adultas dedicadas a la economía formal aumenta según el nivel educativo.

Para la población adulta con ningún grado de escolaridad, este porcentaje se ubica en el 20,7% y alcanza el 43% y el 49% de la población con nivel tecnológico y superior, respectivamente (41).

### **Servicios públicos**

En materia de servicios públicos para el 2011 la ciudad presentaba: 100% de las viviendas con conexión a energía eléctrica, aunque el 1,31% de las viviendas tenían el servicio suspendido y el 0,86% desconectado. El 98,32% de las viviendas disponían de conexión a acueducto, pero en el 2,06% de ellas el servicio se encontraba suspendido. La conexión a alcantarillado era del 97,36%, aunque el 2,61% de los hogares poseían inodoro sin conexión a alcantarillado o pozo séptico. La cobertura del gas natural era del 58,34% y el 93,75% de las viviendas tenían conexión a teléfono línea fija (38).

Con respecto al servicio de recolección de basuras, el 94,90% de los hogares eliminaban las basuras a través de los servicios de aseo, el porcentaje restante realizaba prácticas como llevar las basuras a un contenedor (4,79%), quemarlas (0,07%) enterrarlas y reutilizarlas (0,01%), respectivamente (38).

El Índice de Riesgo de la Calidad de Agua – IRCA- determina la calidad de la misma y arrojó, para el agua suministrada por

Empresas Públicas de Medellín, valores de 0,08 para el año 2008, de 0,38 en el 2009 y 0,42 en el 2010. El IRCA de los acueductos veredales de los corregimientos de Medellín se ha mantenido en un promedio de 1,6 en los últimos tres años (38).

El IRCA municipal global (acueducto urbano más los sistemas rurales) para 2008 fue de 1,79, en 2009 de 1,35 y en 2010 de 1,54. Sin embargo, en las zonas llamadas subnormales<sup>±</sup> y en algunas zonas rurales, las Empresas Públicas no prestan el servicio de agua potable lo que genera mayor riesgo de problemas en salud pública relacionados con el consumo de agua (38).

### **Desplazamiento forzado**

De igual forma como el acceso a los servicios públicos y el empleo influyen en las condiciones de vida de la población, el desplazamiento forzado acentúa las inequidades en la ciudad. Este fenómeno afecta principalmente a los estratos 1 y 2 y al

grupo étnico afrocolombiano, seguido de la población indígena (38).

Según el Sistema de Identificación de Población Desplazada (SIPOD) para el 2010, 187.027 personas habían sido víctimas de este flagelo, lo que corresponde al 8% del total de la población proyectada para Medellín en este año. De estas víctimas, el 57% correspondían a mujeres (en su mayoría entre los 25 y 34 años), mientras que el 43% estaba representado por hombres (en mayor proporción, entre los 10 y 14 años) (38).

Las víctimas del desplazamiento forzado, poseen jefatura femenina en sus hogares y presentan una alta proporción de analfabetismo y desempleo. Además, aproximadamente el 2% de la población desplazada está en situación de discapacidad (38).

En esta población se presenta una alta de carga de enfermedad en las edades extremas de la vida, con predominio de problemas de origen infeccioso, nutricional y psicosocial. Además cerca del 17% de las mujeres

---

<sup>±</sup>“Zonas Subnormales Urbanas o Barrio Subnormal: Es el asentamiento humano ubicado en las cabeceras de municipios o distritos que reúne las siguientes características: i) que no tenga servicio público domiciliario de energía eléctrica o que este se obtenga a través de derivaciones del Sistema de Distribución Local o de una Acometida, efectuadas sin aprobación del respectivo Operador de Red; ii) que no se trate de zonas donde se deba suspender el servicio público domiciliario de electricidad, de conformidad con el artículo 139.2 de la Ley 142 de 1994, las normas de la

Ley 388 de 1997 y en general en aquellas áreas en las que esté prohibido prestar el servicio; y iii) Certificación del Alcalde Municipal o Distrital o de la autoridad competente en la cual conste la clasificación y existencia de los barrios subnormales, la cual deberá ser expedida dentro de los quince (15) días siguientes a la fecha de la respectiva solicitud efectuada por el Operador de Red”(42).



adolescentes víctimas de desplazamiento forzado ya han sido madres (38).

Vale la pena anotar que en la población desplazada menor de 18 años, existe un porcentaje importante de desescolarización, a pesar de las garantías que se tienen para la población en situaciones de vulnerabilidad (38).

No sólo la violencia causa el desplazamiento, también se presentan otras causas que generan este fenómeno, como la búsqueda de trabajo (10,54%), razones familiares (26,63%), fenómenos naturales (0,63%), situaciones de salud (0,98%), entre otras (38).

#### ***Personas en situación de Discapacidad (PSD)***

Según el Registro de Discapacidad Urbano y Rural de la ciudad, realizado entre 2009-2010, 45.042 habitantes de Medellín presentaban algún tipo de discapacidad según la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud-CIF<sup>±</sup> (38).

El mayor porcentaje de discapacidad comprende las alteraciones neuromusculares (movimiento), seguido de las discapacidades mentales y sensoriales, éstas tres representan

el 67% de la población encuestada, también se destacan la limitación en el aprendizaje y la aplicación del conocimiento (38).

Según el registro citado, el 75% de la población encuestada reporta como origen de la discapacidad: la enfermedad general, las causas externas (como accidentes o violencia), causas hereditarias o condiciones propias del embarazo, la madre y el parto (38).

En lo concerniente al generador de la discapacidad, el 38% corresponde a accidentes de tránsito, el 27% a accidentes en el hogar y el 20% en el trabajo. El fenómeno de la violencia también constituye un importante generador de discapacidad, el cual representa el 3,6% de los casos, destacándose la violencia común, la violencia social y la violencia en el hogar como principales causas (38).

Al revisar la distribución de los casos de discapacidad en la ciudad, la tasa más alta se encontró en la zona uno de la ciudad (Popular), con una relación directamente proporcional a la edad. Dentro de otras variables sociodemográficas, se halló un alto porcentaje de personas en situación de

---

<sup>±</sup>define la discapacidad como un término genérico que abarca deficiencias, limitaciones de la actividad y restricciones a la participación. Se entiende por discapacidad la interacción entre las personas que padecen alguna enfermedad (por ejemplo, parálisis

cerebral, síndrome de Down y depresión) y factores personales y ambientales (por ejemplo, actitudes negativas, transporte y edificios públicos inaccesibles y un apoyo social limitado) (43).

discapacidad en el estrato 1 y 2 (68%), comparado con los estratos 4, 5 y 6 (4,7%), lo que indica una polarización socioeconómica de la discapacidad en la ciudad. Adicionalmente, el 83,1% de la población en situación de discapacidad que trabaja gana menos de \$500.000 mensuales. (38)

### ***Población indígena de la ciudad***

La población indígena de Medellín representa el 0,1% de la población total de la ciudad y el 98,9% habita en zonas urbanas. Su composición etaria muestra una población en su mayoría joven y adulta, que han migrado la ciudad por motivos laborales (38).

La respuesta social para la atención en salud de esta población se da en dos vertientes: (1) La primera se orienta por los lineamientos del Sistema General de Seguridad Social (SGSSS), (2) la segunda es la respuesta social espontánea, que comprende las estrategias de atención a las cuales recurren desde su cosmovisión, en el contexto de un conocimiento y práctica ancestral (38).

Entre los obstáculos para acceder al servicio de salud para los indígenas se encuentran: **(1)** La distancia entre sus lugares de origen y la ciudad, **(2)** las formas de movilidad dentro de esta, **(3)** el desconocimiento del español por parte de éstos y del idioma nativo por parte de los funcionarios de las Instituciones

Prestadoras de Servicios (IPS), **(4)** los costos y, por último **(5)** los trámites para acceder al servicio (38).

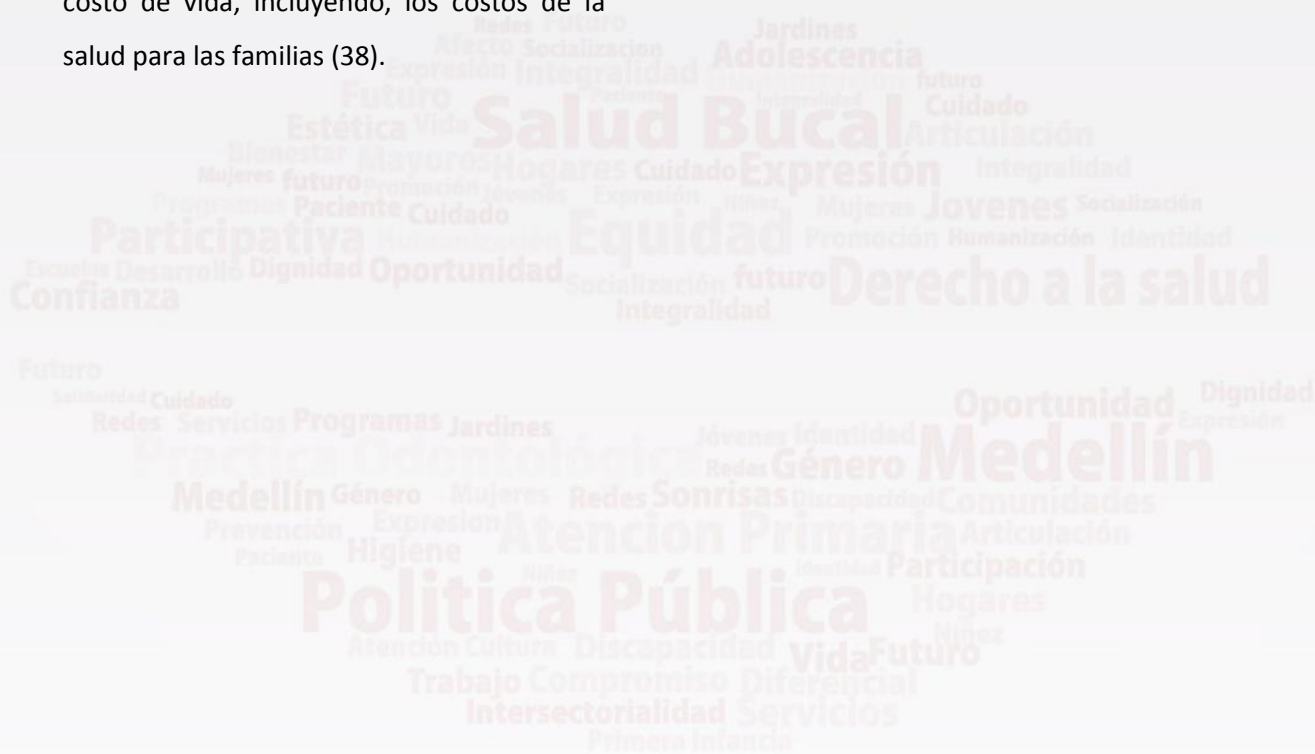
### ***Población afrocolombiana***

En el 2010 la población afrocolombiana de Medellín se estimó en 218.068 personas aproximadamente (38). Según el Consejo Nacional de Política Económica y Social- CONPES- 3310 “Los afrocolombianos son el grupo poblacional que registra los mayores niveles de marginalidad histórica en el país: sus indicadores de calidad de vida son significativamente inferiores a los del resto de la población” (44).

Esta situación de marginalidad se ha agudizado por el conflicto armado del país, que genera condiciones de desplazamiento forzado, que influye en el proceso salud enfermedad de esta población (38).

La condición de desplazamiento va en detrimento del proceso salud-enfermedad, por las dificultades de acceso a los servicios. Esta situación se contextualiza en prácticas y creencias culturales, como lo es la curación, así como en el sincretismo entre la espiritualidad africana y la religiosidad católica, lo que influye en sus comportamientos y relaciones con su comunidad y la ciudad (38).

Entre los problemas de salud que más presentan las comunidades afrocolombianas, están los de crecimiento y desarrollo en los niños y la violencia contra la mujer. Adicional, a esta situación el desplazamiento forzado influye también en la composición de las familias afrocolombianas. Como parte del apoyo a los familiares desplazados, las familias deben aglutinarse, lo que aumenta el costo de vida, incluyendo, los costos de la salud para las familias (38).

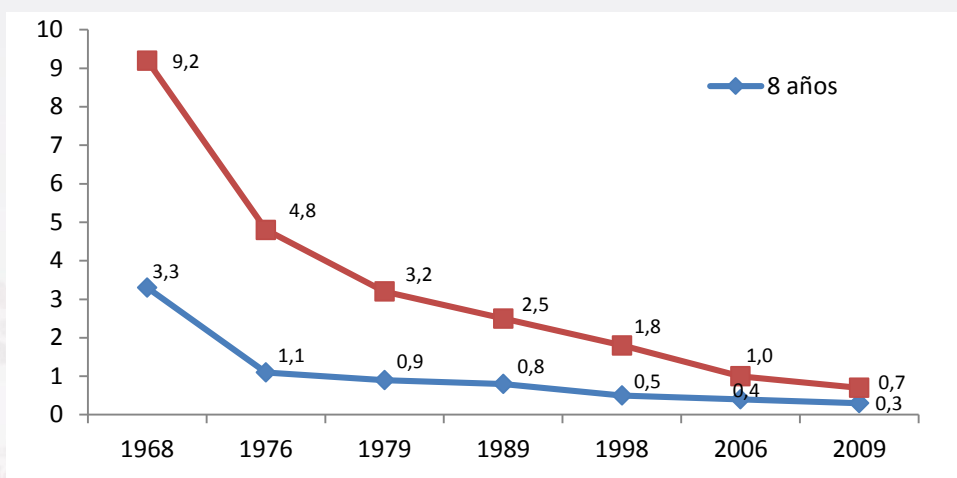


## 5 APROXIMACIÓN A LA SITUACIÓN DE LA SALUD BUCAL

Por varias décadas, Medellín ha sido ejemplo nacional en lo concerniente a los bajos índices de caries dental en niños y población escolar,

debido a que sus indicadores epidemiológicos están por debajo del promedio nacional e internacional (16).

Gráfica 9: Tendencia del índice CPOD a los 8 y 12 años. Escolares de Instituciones oficiales. Medellín 1968-2009



Fuente: Franco-Cortés AM et al. Caries dental en escolares de Medellín: ¿el cumplimiento de metas o la equidad en salud bucal?

Entre 1964 y 1994, la ciudad mostró grandes avances en las estrategias preventivas poblacionales, gracias a la ejecución de actividades educativas, y para el desarrollo de destrezas en escolares, uso de enjuagues de flúor, también en escuelas la consolidación de un sistema de atención odontológica, y una continua y regular investigación epidemiológica del campo (2,4).

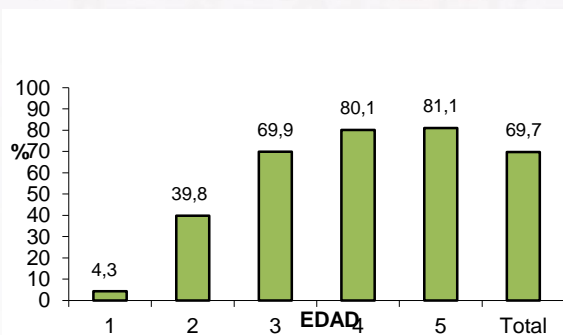
Estudios recientes en la población escolar (4, 46-49) demuestran que Medellín experimenta un enmascaramiento del promedio global de la caries, debido a la concentración desigual por zonas de la ciudad. Dicha desigualdad se basa en la persistencia de dinámicas sociales de inequidad y exclusión, características de los países subdesarrollados (8).



Estudios epidemiológicos realizados en Medellín en la última década, describen y problematizan la situación de salud bucal de las poblaciones. Algunas conclusiones de estos estudios se presentan a continuación de manera resumida por grupos de edad<sup>‡</sup>.

En Medellín en el 2008 Ramírez Puerta et al, encontraron que los niños menores de 6 años o primera infancia presentaban altos porcentajes de caries dental (Ver gráfica 10) y el análisis por barrios, mostró mayor tendencia a la enfermedad en los grupos de estratos 1 y 2<sup>±±</sup> (50).

Gráfica 10: Experiencia de caries en primera infancia, Medellín 2008 (n=659)



Fuente: Ramírez Puerta et al 2008.

<sup>‡</sup>Los datos presentados en este apartado fueron contruidos por Susana Ramírez, docente Facultad de Odontología, Universidad de Antioquia, participante del grupo de Epidemiología constituido en la primera etapa del proceso de formulación de la política pública de salud bucal Medellín, 2013-2022.

<sup>±±</sup> Los estratos socioeconómicos en los que se pueden clasificar las viviendas y/o los predios son 6:1) bajo-bajo, 2) bajo, 3) medio-bajo, 4) medio, 5) medio-alto, 6) alto, de acuerdo al CONPES 3386. Los estratos 1 y 2 corresponden a estratos bajos que albergan a los

Igualmente, el anterior estudio puso en evidencia la relación entre el estado dental en los niños y la inequidad social, al reportar que “el estado de la dentición decidua<sup>+++</sup> responde también a las barreras de acceso a la atención en salud bucal para niños” (50). Lo anterior, sugiere la necesidad de implementar estrategias que favorezcan el acceso temprano de esta población a los servicios o programas de salud, apuntando a disminuir la brecha que existe en la atención de la población más vulnerable.

Múltiples estudios de seguimiento a la experiencia y prevalencia de caries dental en escolares hasta los 12 años, de colegios públicos y privados de Medellín, basados en el indicador de referencia internacional COPD<sup>++++</sup>, demuestran una clara declinación del indicador, es decir, una disminución de la enfermedad (4,52).

La meta propuesta para el país en el Plan Nacional de Salud Pública (PNSP) 2007-2010,

usuarios con menores recursos, el 5 y 6 corresponden a estratos altos que albergan a los usuarios con mayores recursos económicos. El estrato 3 y 4 son clasificados como medios (51).

<sup>+++</sup> También conocidos como dientes de leche.

<sup>++++</sup> **COPD:** El índice individual resulta de la sumatoria de piezas dentarias permanentes cariadas, perdidas y obturadas y, el índice grupal resulta del promedio de la sumatoria de piezas dentarias permanentes cariadas, perdidas y obturadas de los niños del grupo examinado (53).

de un COP-D de 2,3 o bajo<sup>±</sup>, fue superada por Medellín en el 2009, ya que para este año se encontró que los escolares de 12 años de estratos 1, 2 y 3 tenían un COPD de 0,7 y los de estratos 4, 5 y 6 de 0,4 (54), es decir, ambos grupos de estudiantes tenían muy baja experiencia de caries, de acuerdo a los parámetros de la Organización Mundial de la Salud (4).

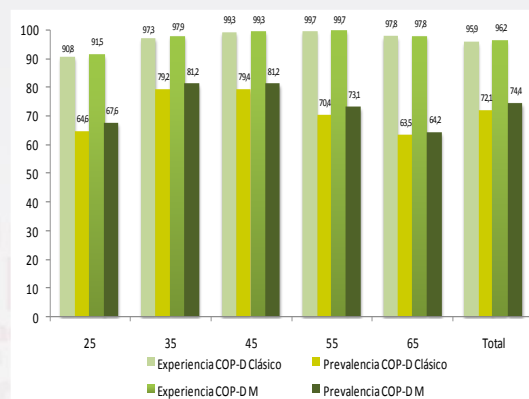
Otro problema que afecta la salud bucal de los escolares entre 6 y 13 años de Medellín es la fluorosis dental<sup>±±</sup>, con una prevalencia del 81% en los escolares de colegios oficiales y del 79% en instituciones privadas (54, 55).

Un estudio de Franco et al en 2005, reportó que los logros obtenidos en la disminución de la caries en edad escolar, no se mantienen en la adolescencia, situación que se evidenció en el aumento en los indicadores de experiencia y prevalencia de caries dental en esta población. Este problema de reemergencia de la caries dental, se deriva de la falta de eficacia de los programas preventivos, además por las falencias de prevención en la adolescencia y el control de los logros de la etapa escolar (46).

De otra parte, el análisis del registro de línea de base para la ciudad de Medellín en 2011 en

la población adulta, mostró que la experiencia de caries alcanzó un 95,9% y la prevalencia un 72,1%, en la población examinada (Gráfica 11) (56).

Gráfica11: Experiencia y prevalencia de caries dental por edad, Medellín 2011



Fuente: Registro de línea de base, Medellín 2011.

Este estudio también reveló que, en promedio, el 16,2% de las personas con edades entre 25 y 65 años de la ciudad, tenían menos de 21 dientes presentes, indicador de referencia internacional que evalúa la población con denticiones no funcionales (56).

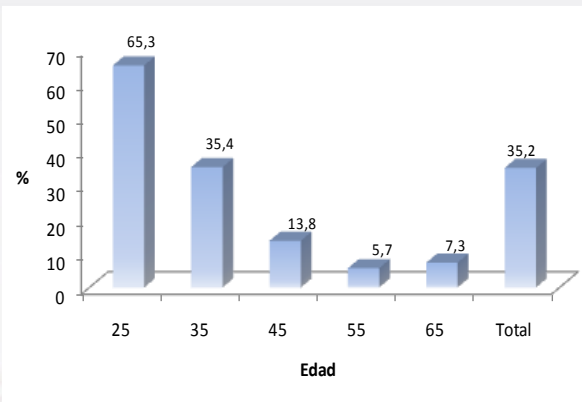
Al cruzar las variables *número de dientes y edad*, se encontró una relación directamente proporcional entre ambas. En otras palabras, en la medida en que aumentaba la edad, se incrementaba la pérdida de dientes. Esta relación entre número de dientes y edad, se respalda en cifras como las reportadas por

<sup>±</sup> De acuerdo a la OMS el índice COPD se considera muy bajo (0,0 a 1,1), bajo (1,2 a 2,6) moderado (2,7 a 4,4) y alto (4,5 a 6,5) (53).

<sup>±±</sup> La fluorosis dental es una anomalía de los dientes originada por ingestión excesiva y prolongada de flúor (55).

Ramírez et al en 2011, donde se muestra que a los 25 años, el 95% de las personas tenían denticiones funcionales y a los 65 años, la proporción era del 65% (Gráfica 12) (56).

Gráfica 12: Proporción de personas con todos los Dientes presentes (28) según edad, Medellín 2011



Fuente: Ramírez Puerta et al 2011

Los hallazgos de los indicadores de experiencia y prevalencia de caries en los diferentes grupos poblacionales, así como la pérdida dentaria en la población adulta, plantean la necesidad de incorporar en la formulación de la política pública, la construcción e implementación de estrategias, y programas para la promoción de la salud y prevención de las enfermedades, que den respuesta a las necesidades de la población, evidenciadas en los indicadores expuestos anteriormente.

±Otras poblaciones pueden ser: primera infancia, adultos, tercera edad, grupos especiales (indígenas, afrocolombianos, desplazados, entre otros) y adultos mayores. Otras enfermedades se refiere a cáncer bucal,

Vale la pena llamar la atención sobre el hecho de que la mayoría de publicaciones se concentran en la población escolar y caries dental, hallazgo que sugiere la necesidad de ampliar el campo de estudio hacia los diversos grupos poblacionales y la distribución del proceso salud enfermedad.±

### ***Planeación local y presupuestos participativos en Salud Bucal***

Otros aspectos relevantes en la aproximación a la situación de salud bucal de la ciudad, son las iniciativas impulsadas desde los ejercicios de planeación local y presupuestos participativos.

Planeación Local (PL) y Presupuesto Participativo (PP) constituyen un espacio ganado por las comunidades desde el año 2004, para el desarrollo y fortalecimiento de la democracia participativa. Este espacio, les permite a las comunidades opinar y decidir públicamente frente a la destinación de un porcentaje del presupuesto municipal, con base en las necesidades de cada comuna, lo que favorece el derecho a la participación y el acceso a servicios de mayor relevancia para la comunidad (57).

enfermedad periodontal, lesiones por accidentes, violencia, entre otras.

Las comunidades conscientes de la problemática que representan las barreras de acceso a los servicios de salud, crean una categorización y priorización de necesidades colectivas, entre las cuales se incluye, la salud bucal (57).

A continuación se presentan las iniciativas priorizadas por la comunidad, relacionadas con el cuidado, la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud bucal en el municipio de Medellín durante la ejecución 2005-2011 y que han sido materializadas en actividades como jornadas de salud (promoción y prevención, e higiene dental), dotación de material, entrega de prótesis dentales, servicios de ortodoncia y otras actividades desarrolladas (57).

Entre 2005 y 2011 se desarrollaron aproximadamente 10.385 iniciativas. Las iniciativas priorizadas por cada una de las comunas durante las vigencias 2005-2011 han incluido el componente de salud bucal, al cual se le ha asignado presupuesto en menor o mayor medida, cada año (Gráfica 13) (57).

Desde 2005 hasta 2006, el énfasis del PP se concentró en el fortalecimiento de la participación social y en estrategias de promoción de la salud y prevención de la enfermedad (salud mental, visual, oral, nutricional, riesgos cardiovasculares, recreación y entretenimiento). La Secretaría

de Salud de Medellín fue la instancia gubernamental responsable del desarrollo de las actividades en el área de la salud (57).

A partir de 2007 se definió que las actividades y presupuesto para programas de salud y, específicamente, de salud bucal serían responsabilidad de la Secretaría de Salud y de la Secretaría de Bienestar Social. Asimismo, en este año se amplió considerablemente el número de iniciativas, presupuesto y especificidad de los programas en salud bucal. Uno de los programas incluyó la entrega de prótesis dentales totales mucosoportadas, a los adultos mayores de la ciudad, programa que se desarrolló hasta el 2011 (57).

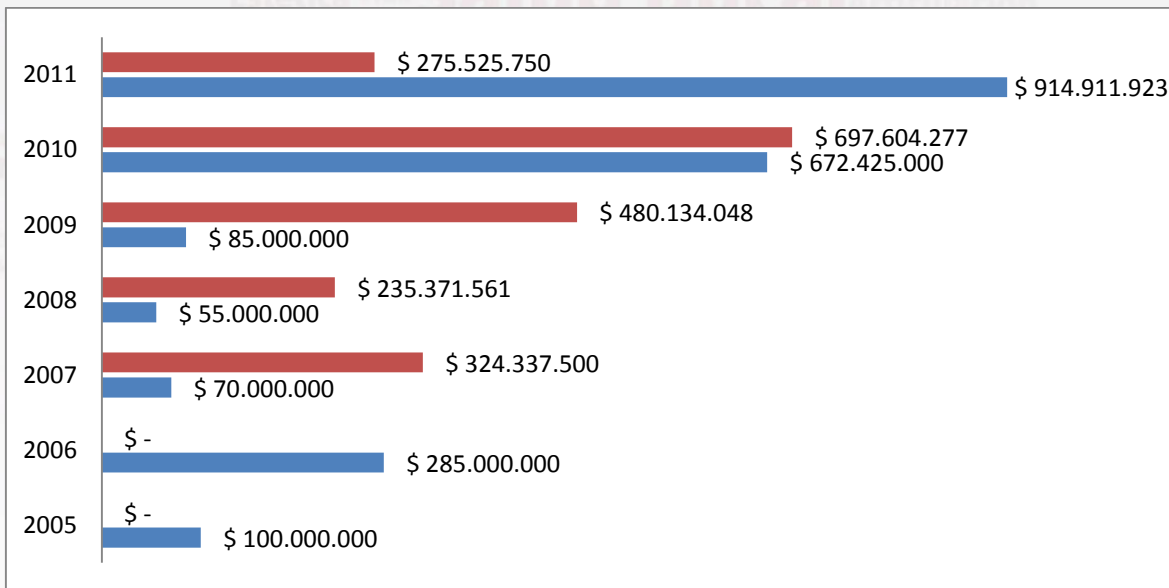
En 2008, las iniciativas lideradas por ambas secretarías se enfocaron en el fortalecimiento y capacitación de líderes comunitarios, así como en jornadas de prevención de la enfermedad, vacunación, entrega de suplementos alimenticios, y programas de salud sexual y reproductiva. Igualmente, incluyó la atención del adulto mayor (con miembros de clubes de vida y hogares sustitutos), del grupo familiar (en áreas como prevención del maltrato infantil y familiar, drogadicción y consumo de alcohol), y de población en situación de discapacidad. El componente de salud bucal estuvo incluido en estas actividades (57).



En 2009, como en los años anteriores, tanto la Secretaría de Salud como la de Bienestar Social fueron las responsables de la ejecución de las iniciativas de PP destinadas a la salud bucal, tales como la entrega de prótesis dentales y los programas de prevención de la enfermedad (57).

Las iniciativas se incrementaron de 7 en 2008 a 18 en 2009. Sin embargo, en este último, todas las actividades se dirigieron a la entrega de prótesis dentales, situación que continuó para el 2010 con la inclusión de programas de ortodoncia preventiva e interceptiva para niños y jóvenes. En 2011, las iniciativas en salud bucal se concentraron en los programas de ortodoncia incluidos en 2010 (57).

Gráfica 13: Comparativo inversión en programas de Salud Bucal por Secretaría-Medellín 2005-2011



■ SBS: Secretaría de Bienestar Social de Medellín   
 ■ SS: Secretaría de Salud de Medellín  
 Fuente: Elaboración de los autores a partir del análisis de los registros del Presupuesto Participativo 2005-2011

Fuente: Elaboración de los autores a partir del análisis de los registros del Presupuesto Participativo 2005-2011

## Caracterización del modelo de atención

El modelo de atención odontológico de la ciudad de Medellín depende de la contratación de la prestación de servicios que se establece dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) o Ley 100 de 1993<sup>±</sup>, en el cual existen dos regímenes: contributivo y subsidiado, que cuentan con un plan de beneficios denominado Plan Obligatorio de Salud o POS (58).

En el régimen contributivo se encuentran quienes pueden cotizar el 12,5% del salario, con aportes distribuidos así: 8,5% a cargo del empleador y 4% a cargo del trabajador. Los trabajadores independientes cotizan el 12,5% de los ingresos declarados (59).

El régimen subsidiado está dirigido a población pobre que demuestre no poder cotizar al sistema. Para detectarlos, los municipios deben aplicar una encuesta que combina criterios de la Línea de Pobreza (LP) y de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI),

denominada Sistema de Identificación y Selección de Beneficiarios (SISBEN) (59).

La contratación de la prestación de los servicios para cada régimen se puede hacer por *evento* o por *capitación*. En el primer caso, la Entidad Promotora Salud (EPS) reconoce a la Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS) el pago por cada una de las actividades realizadas por el profesional al paciente. Este tipo de atención puede generar un alto volumen de pacientes atendidos, considerando la demanda del servicio y la oferta de profesionales, situación característica del régimen contributivo (60).

El segundo modo de contratación (por capitación) consiste en que las EPS entregan a las IPS un número determinado de usuarios, para garantizarles la prestación del servicio en condiciones de oportunidad, continuidad e integralidad. Para ello la EPS asigna un porcentaje fijo de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) (61)<sup>±±</sup> por usuario (anual o

---

<sup>±</sup>Sistema de salud implementado desde 1994 que parte de la separación entre los servicios individuales y los colectivos en salud, para dejar los primeros en manos del mercado con competencia regulada y, los segundos, a cargo del Estado. En el modelo de la Ley 100 de 1993 de Colombia, los servicios individuales quedan organizados bajo la lógica de un mercado de aseguramiento, pero con mecanismos para la regulación de la competencia como: la obligatoriedad del aseguramiento, la existencia de un fondo único al que confluyen todos los recursos (Fondo de Solidaridad y Garantía – FSG), el pago de los aseguradores *per capita* ajustado por riesgos (Unidad de Pago por Capitación) y

la exigencia de un plan mínimo de beneficios (Plan Obligatorio de Salud – POS)(58).

<sup>±±</sup> Es el valor anual que se reconoce por cada uno de los afiliados al sistema general de seguridad social en salud (SGSSS) para cubrir las prestaciones del Plan Obligatorio de Salud, en los regímenes contributivo y subsidiado. En el régimen contributivo toma en cuenta edad, sexo y sitio de residencia de la población afiliada mientras que en el régimen subsidiado es única y equivale al 66% de la del régimen contributivo (61).

mensual), y con ello la IPS debe garantizar la prestación de los servicios contemplados en el Plan Obligatorio de Salud (POS). Este modelo de atención se viene desarrollando en el régimen subsidiado y también en algunas EPS del régimen contributivo. Especialmente para la atención de primer nivel de atención (63)<sup>±</sup>. Las modalidades de contratación antes expuestas adquieren diferentes características de acuerdo con el tipo de régimen (contributivo o subsidiado), número de pacientes a atender, disponibilidad de recursos en la UPC para la atención odontológica, ubicación de los usuarios y de las sedes de las IPS en la ciudad, entre otras. De cualquier manera, el mercado y la relación de oferta y demanda regulan ambos modelos, donde las EPS e IPS imponen sus condiciones sobre los usuarios (62).

## **Oferta de servicios de salud bucal en Medellín: Una tendencia a la concentración de la oferta**

Para la caracterización de la oferta de servicios odontológicos de Medellín, se realizó un análisis geográfico a partir del cruce de las bases de datos de los registros de los prestadores de servicios odontológicos en 2012, a partir de los datos de la Secretaría Departamental de Salud y Protección Social de Antioquia.

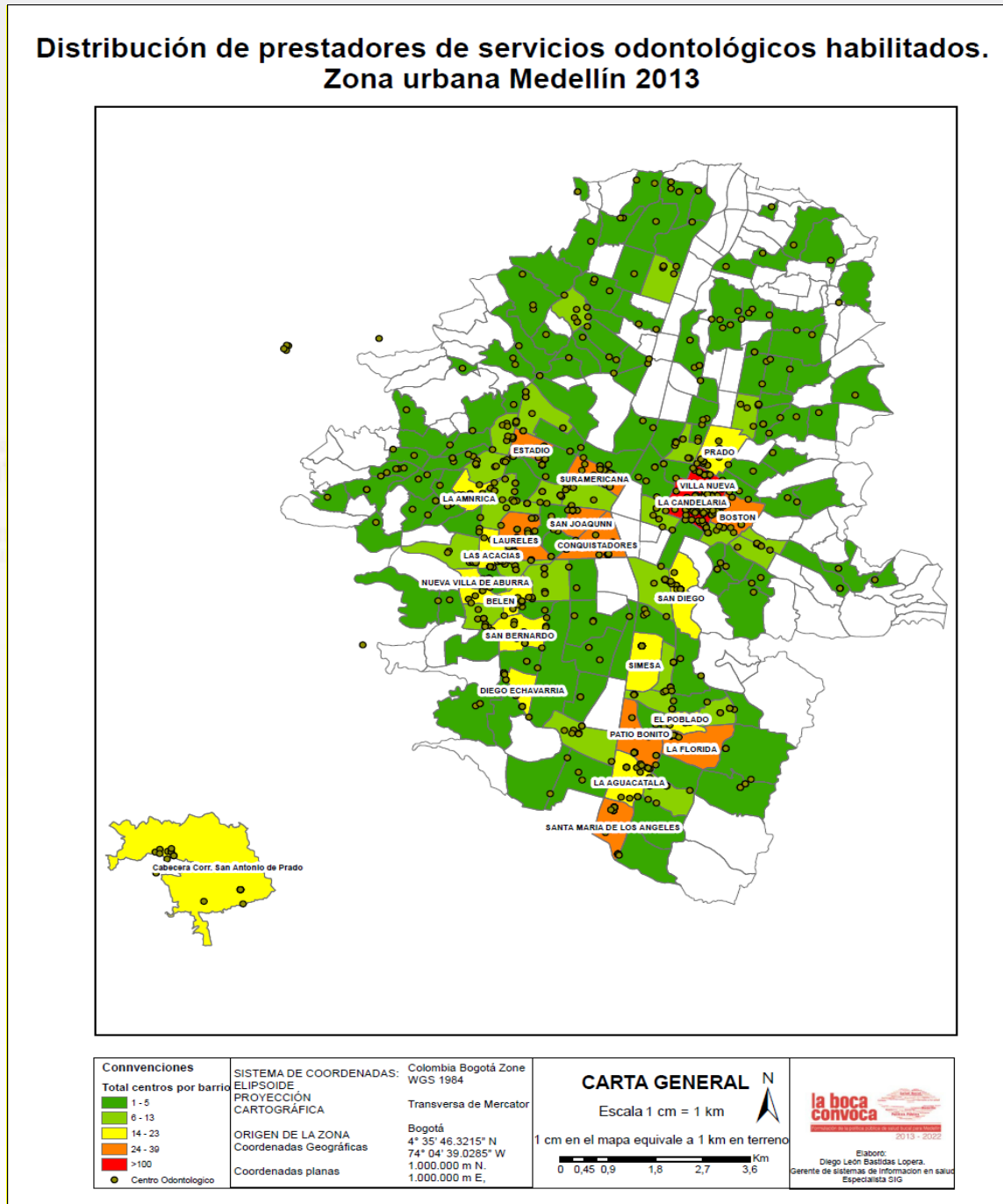
De este cruce se identificaron los consultorios odontológicos o instituciones de salud que prestaran dichos servicios. El número de prestadores de la base de datos fue de 1998, de los cuales se lograron geocodificar el 92,6%, para generar el mapa de georreferenciación que se presenta a continuación:

---

<sup>±</sup> Según la Resolución No. 5261 de 1994 los servicios tienen niveles de responsabilidad y cuatro niveles de complejidad de la atención en salud. El nivel I se refiere a la atención del Médico General y/o personal auxiliar, y otros profesionales de la salud para prestar servicios

como consulta médica general, atención inicial, estabilización, resolución o remisión del paciente en urgencia, atención odontológica, laboratorio clínico básico, radiología básica, medicamentos esenciales, citología, acciones intra y extramurales de Promoción, Prevención y Control(63).

Gráfica 14: Distribución de los prestadores de servicios de salud bucal habilitados en la zona urbana, Medellín 2012



Fuente: Elaboración de los autores



El anterior análisis de distribución de los prestadores de servicios de salud bucal por barrios para el 2012, mostró una concentración de los prestadores en las comunas 10, 11 y 14, conocidas como La Candelaria, Laureles-Estadio y El Poblado, respectivamente (gráfica 14), lo que evidencia una sobreoferta de servicios en algunas zonas de la ciudad.

Jaramillo y otros en 2010 también reportaron acerca de esta sobreoferta. Los investigadores plantearon cómo en Medellín y parcialmente en Envigado, Itagüí y Bello (zona céntrica del Área Metropolitana del Valle de Aburrá, existía una concentración de prestadores de servicios de salud bucal compitiendo territorialmente por nichos de mercado, es decir, por áreas de elevada confluencia de prestación de servicios, y una menor ocupación de las periferias y de los barrios estratos 1 y 2. A esta situación se sumó el hecho de que la ubicación de los prestadores privados fuera principalmente en zona urbana (105).

Al analizar la relación poblacional con los prestadores de servicios odontológicos, se detecta una distribución desigual en la relación del número de profesionales de

odontología por número de habitantes, encontrando que la mayor desigualdad, es decir, el menor número de prestadores se dio en las comunas 1 Popular, 2 Santa Cruz, 8 Villa Hermosa, 6 Doce de octubre y 13 San Javier.

Vale la pena recordar, que estas comunas presentaron los niveles más bajos de calidad de vida (según la Encuesta de Calidad de Vida de Medellín 2010), a la vez que también poseen la menor oferta de servicios odontológicos (prestadores de servicios) por número de habitantes (Tabla 4).

Tabla 4. Relación entre prestadores registrados y población por comunas en Medellín 2012

Comuna	Frecuencia	Población	Relación P/P
1 - Popular	6	128.447	21.408
2 - Santa Cruz	9	109.481	12.165
8 - Villa Hermosa	12	135.713	11.309
6 - Doce de Octubre	17	191.677	11.275
13 - San Javier	14	135.885	9.706
5 - Castilla	20	147.832	7.392
3 - Manrique	28	157.106	5.611
7 - Robledo	30	167.003	5.567
15 - Guayabal	20	92.661	4.633
4 - Aranjuez	43	161.057	3.746
9 - Buenos Aires	42	135.804	3.233
16 - Belén	160	194.921	1.218
12 - La América	82	95.104	1.160
14 - El Poblado	406	124.210	306
11 - Laureles Estadio	418	121.358	290
10 - La Candelaria	691	85.221	123
Total comunas	1998	2.183.480	1.093

Fuente: Elaboración de los autores a partir del Registro de Prestadores de Salud de la Secretaría Departamental de Salud y Protección Social de Antioquia, y de proyecciones poblacionales del DANE, datos 2012.

## Caracterización de los servicios de salud bucal en el prestador público de la ciudad

La caracterización de la atención de los servicios de salud bucal se realizó a partir de los Registros Individuales de la Prestación de Servicios (RIPS) del área de odontología de la ESE Metrosalud<sup>±</sup>. Se analizaron los reportes de las consultas odontológicas en el período 2003-2011, y los procedimientos odontológicos en el período 2008-2012. Los hallazgos más relevantes exponen que:

- En modelo de atención en salud bucal predomina la *atención resolutive* sobre la *preventiva* en todos los grupos de edad (Gráficas 15 y 19).
- El año 2012 se considera un año de *registros atípicos* debido a que las actividades preventivas incluyen procedimientos que no fueron registrados en años anteriores, tales como: educación en salud grupal, promoción y prevención en salud oral, terapia de mantenimiento, profilaxis y

aplicación de flúor. El porqué de esta situación tendrá que clarificarse con la propia ESE Metrosalud.

- La demanda se concentró principalmente en la población adulta (25-54 años) y en la población escolar (5-14 años), con una baja atención de la primera infancia (menores de 5 años), la juventud (15 a 24 años) y los adultos mayores (mayores de 55 años) (Gráfica 16).
- La población femenina concentra el 60% del total de procedimientos en la atención odontológica, independiente de la edad (Gráfica 17).
- Durante el período de análisis, en promedio, el 28.5% de pacientes que ingresó al servicio no terminó el tratamiento o control adecuado (Gráfica 18).

En este sentido, el grupo de trabajo de servicios de salud conformado en la fase uno del proyecto de formulación de la PPSB planteó como una problemática de los servicios odontológicos la falta de

<sup>±</sup> Empresa Social del Estado que brinda la prestación de servicios de salud a la población perteneciente al

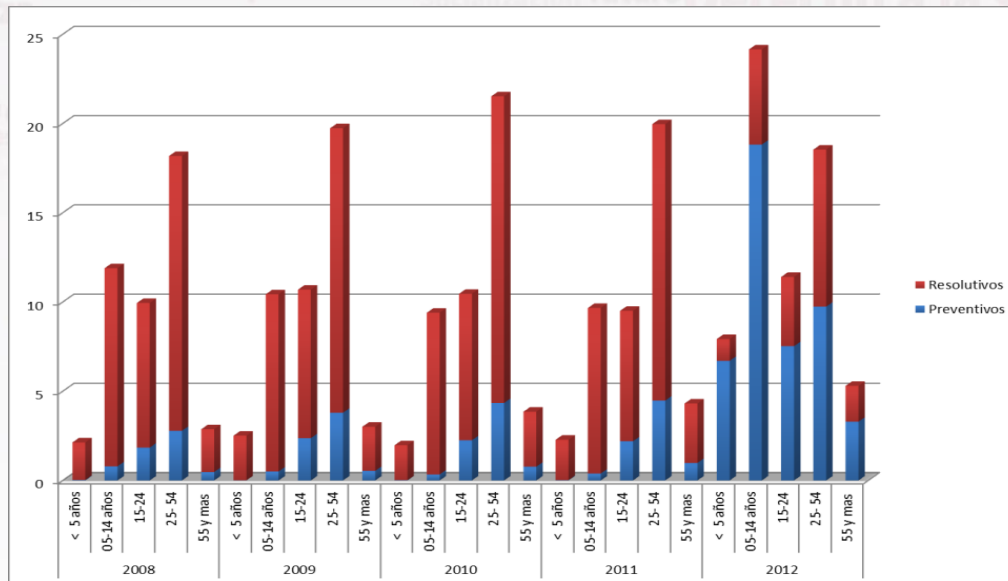
régimen subsidiado de la ciudad, así como a las personas que no están en ninguno de los dos regímenes que contempla el SGSSS.

continuidad en los tratamientos. Según este grupo, algunas explicaciones para esta situación son:

- Los requisitos del cumplimiento de norma técnica de promoción y prevención.
- Los tiempos necesarios para la consulta versus el tiempo disponible del paciente.

- Los problemas de oportunidad en la asignación de las citas odontológicas.
- Los escasos recursos económicos para el pago de cuotas moderadoras, las distancias geográficas para acceder a la IPS y la baja capacidad instalada en relación con el número de usuarios afiliados a las EPS.

Gráfica 15: comparativo de atención odontológica preventiva y resolutive por año, ESE Metrosalud, 2008-2012



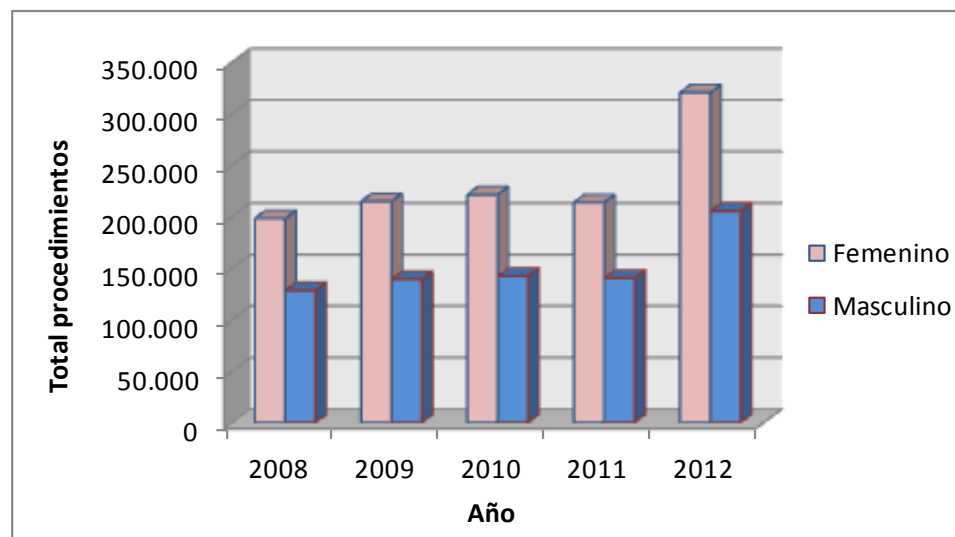
Fuente: Elaboración de los autores a partir del análisis de RIPS Metrosalud.

Gráfica 16: tendencia de la demanda de servicios odontológicos por grupo de edad en la ESE Metrosalud, 2008-2012.



Fuente: Elaboración de los autores a partir del análisis de RIPS Metrosalud

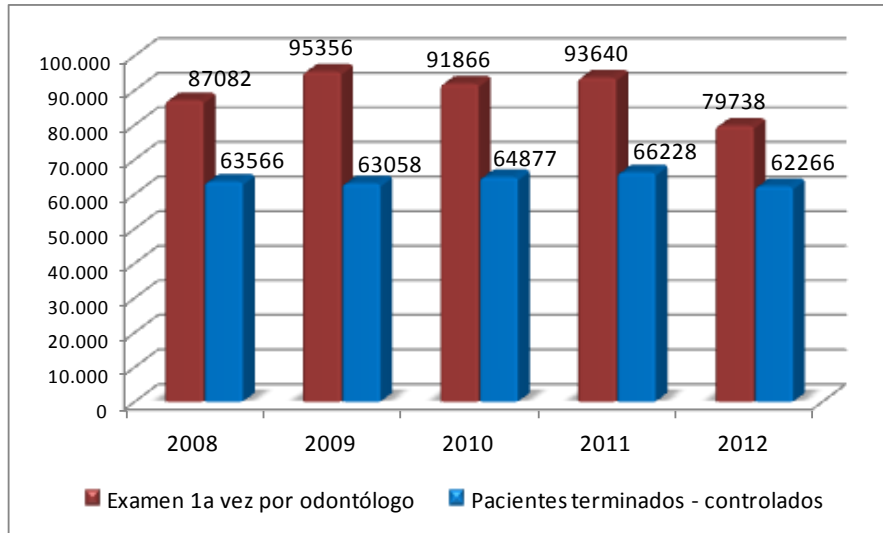
Gráfica 17: Distribución de la atención odontológica según el sexo de los pacientes, ESE Metrosalud, 2008-2012.



Fuente: elaboración de los autores a partir del análisis de RIPS Metrosalud

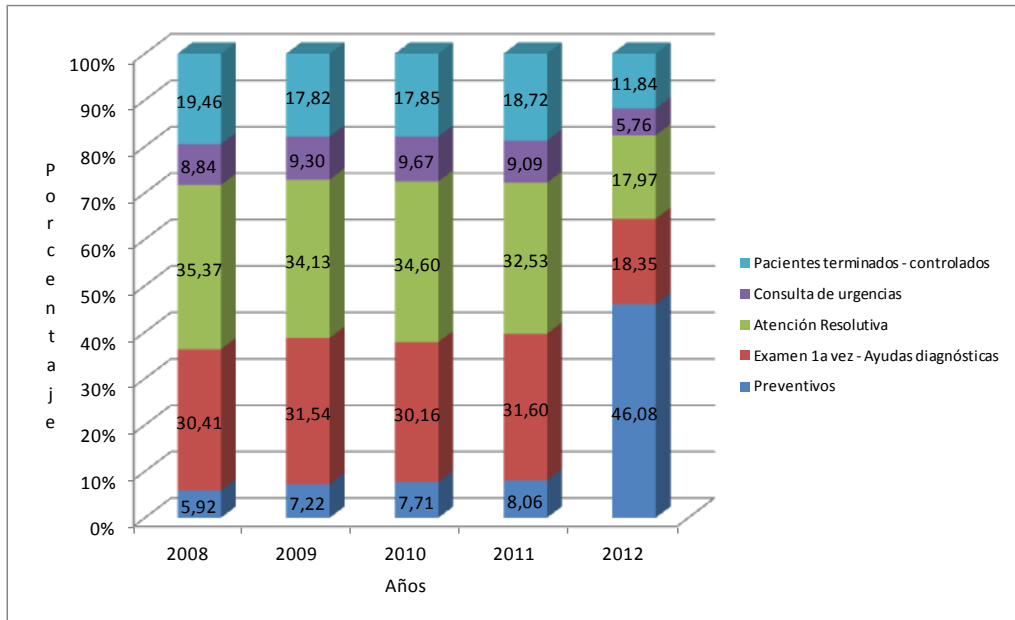


Gráfica 18: comparativo entre consultas de atención de primera vez y pacientes terminados, ESE Metrosalud, 2008-2012.



Fuente: Elaboración de los autores a partir del análisis de RIPS, Metrosalud, 2008-2012.

Gráfica 19. Distribución de la atención odontológica según tipo de procedimiento, ESE Metrosalud, 2008-2012.



Fuente: Elaboración de los autores a partir del análisis de RIPS Metrosalud.

## 6 RESPUESTAS COLECTIVAS PARA CONSTRUIR LA SALUD BUCAL

---

En el proceso de formulación de la PPSB de Medellín 2013-2022, se definió el concepto de *respuestas colectivas en Salud Bucal (SB)* de Medellín, como las acciones en salud que posibilitan enfrentar los procesos que deterioran la salud, así como las medidas para disminuir las brechas de inequidad existentes y mejorar las condiciones de vida y salud de la población, reconociendo la naturaleza social de la salud (3).

Con el fin de identificar las acciones y *respuestas colectivas en SB*, se revisaron los Planes Territoriales de Salud (PTS) de la ciudad de Medellín, desde 2004 hasta 2012. Estas acciones y respuestas se agruparon por enfoques, como se muestra en la siguiente tabla (Tabla 5) (64-66). Igualmente, se revisaron investigaciones, proyectos y documentos sobre el tema, y se realizó la presentación de las experiencias del trabajo colectivo en SB de las diferentes facultades de odontología de la ciudad.

Tabla 5: Programas de salud bucal en los períodos de gobierno de la ciudad de Medellín, 2004-2015.

PERIODO	PROGRAMAS DE SALUD BUCAL	POBLACIÓN
<b>2004-2007</b> <b>Plan de Atención</b> <b>Básica(PAB)</b>	Escuelas y colegios saludables	Infantes Escolares
	Acceso servicios salud población pobre y vulnerable	
	Actualización perfil epidemiológico de la ciudad	
<b>2008-2011</b> <b>Plan Nacional de Salud</b> <b>Pública (PNSP)</b>	Acceso a servicios	Infantes Escolares Gestantes Lactantes Población pobre y vulnerable
	Educación y promoción salud oral en escuelas y colegios	
	Tamizaje de escolares, Diagnostico, remisión y gestión atención en salud bucal	
	Mejorar acceso a servicios odontológicos para adultos	
	Promoción lactancia materna	
	Estudio sobre fluorosis	
<b>2012-2015</b> <b>Plan Decenal de Salud</b> <b>Pública(PDSP)</b>	Salud en el hogar	Infantes Escolares Gestantes Lactantes Población pobre y vulnerable
	Acciones para la infancia, AIEPI	
	Promoción hábitos higiene en hogar, escuelas y jardines infantiles	
	Promoción salud oral ámbito laboral	
	Fomento información y educación salud bucal con gestantes	
	Vigilancia fluorosis	
	Acceso a servicios de salud oral	
	Fortalecimiento programa crecimiento y desarrollo	

Fuente: Elaboración de los autores de acuerdo a la revisión de los Programas de salud bucal de Medellín, 2004-2015

## **Contexto de las acciones y respuestas en salud bucal**

Para acercarse a la configuración de las respuestas colectivas en la ciudad, es necesario reconocer los cambios que se han dado en relación con políticas y programas de salud bucal en el país y en la ciudad, de acuerdo con los ajustes y cambios del sistema de salud, principalmente relacionados con la implementación de la Ley 100 de 1993 (67).

La inclusión de los servicios de salud bucal dentro del Plan Obligatorio de Salud, ha constituido uno de los principales elementos de cambio que ha favorecido el acceso a los servicios de la población (68). En este marco, fueron definidos un conjunto de acciones preventivas individuales mediante la resolución 0412 de 2000<sup>±</sup> (69).

Por su parte la definición de acciones colectivas, fueron inicialmente desarrolladas en el llamado Plan de Atención Básica (PAB)<sup>±±</sup>, posteriormente redefinido y que actualmente se conoce como el Plan de Intervenciones Colectivas (PIC). A partir

de estos han sido desarrollados acciones en espacios comunitarios de educación y promoción de la salud, siendo uno de sus principales desarrollos la estrategia Escuela Saludable<sup>±±±</sup>

Estos aportes, aunque mejoraron el acceso a los servicios de salud bucal, no lograron transformaciones profundas en las condiciones de salud y la transformación de modos y estilos de vida saludables. En parte, esto se dio así porque la ejecución del PAB/PIC se focalizó básicamente en la población escolar, quedó sujeta al interés del ente territorial y se concentró en acciones meramente informativas y preventivas, sin la sustentabilidad, cobertura e integralidad requerida (72).

<sup>±</sup> Por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública (71).

<sup>±±</sup> La resolución número 4288 de 1996 definió el Plan de Atención de Básica como el conjunto de actividades, intervenciones y procedimientos, de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, vigilancia en salud pública y control de factores de riesgo dirigidos a la colectividad (69).

<sup>±±±</sup> Es una estrategia de promoción de la salud en el ámbito escolar, difundida en los países de América Latina gracias al apoyo de la OPS/OMS, que desde 1995 lidera la iniciativa, en un principio denominada Escuelas promotoras de salud. En Colombia se ha venido articulando en algunas regiones del país, con el movimiento Municipios Saludables propuesto por la OPS/OM en 1990, luego de la aprobación de la "Promoción de la Salud como una de las orientaciones estratégicas para impulsar y mejorar la salud de los habitantes de Las Américas durante el cuatrienio 1991-1994 (70).



A partir de 2007, se inició la implementación del Plan Nacional de Salud Pública<sup>±</sup>, el cual constituyó una posibilidad política favorable para el desarrollo de la salud bucal, porque la posicionó como una de las diez prioridades en salud del país (74).

Este entorno favorable trazó un panorama diferente para la salud bucal, con nuevas perspectivas y posibilidades en la gestión de la salud pública. En Medellín, esto se evidenció en los Planes Territoriales de Salud (PTS), los cuales se revisaron desde 2004 hasta 2012, con el fin de identificar cuáles eran las acciones y *respuestas colectivas* en salud bucal (Tabla 4) (64-66).

La caracterización de las respuestas colectivas, basada en los PTS desde 2004 hasta 2012 (Tabla 4), permite evidenciar que:

- ✓ Las acciones en salud bucal se han concentrado en la infancia y la población escolar. Aunque se ha intentado ampliar la oferta a otros grupos poblacionales como las mujeres gestantes. En general, se ha priorizado la población en condición de vulnerabilidad.

- ✓ Se ha dado una transformación del enfoque de las *acciones en salud*, pasando del acceso a los servicios hasta acercarse al marco del *derecho a la salud*, desde la Atención Primaria en Salud. Una posible explicación de este cambio corresponde al proceso de implementación del Plan Nacional de Salud Pública (PNSP 2007-2010).

Como se dijo previamente, con el fin de identificar las acciones y *respuestas colectivas* en SB, también se revisaron investigaciones, proyectos y documentos sobre el tema, proceso que dio cuenta de algunos vacíos respecto a la disponibilidad de fuentes que evaluaran los programas de promoción de la salud bucal desde su estructura e intencionalidad.

Los artículos revisados presentan datos sobre edad, sexo, estrato socio-económico, creencias e imaginarios sobre salud bucal, la mayoría se concentran en población escolar y en caries, dejando por fuera otros grupos poblacionales de interés y otro tipo de enfermedades (4, 47-52, 54, 55, 75-83).

<sup>±</sup>El Decreto 3039 de 2007 adopta el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010 que incluye:

1. Las prioridades, objetivos, metas y estrategias en salud, en coherencia con los indicadores de situación de salud, las políticas de salud nacionales, los tratados y convenios internacionales suscritos por el país y las políticas sociales transversales de otros sectores.

2. Define las responsabilidades en salud pública a cargo de la Nación, de las entidades territoriales, y de todos los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS, que se complementarán con las acciones de los actores de otros sectores definidas en el plan nacional de desarrollo y en los planes de desarrollo territorial (73).

Además de la revisión bibliográfica, se realizó la presentación de las experiencias de trabajo colectivo en SB de las facultades de odontología de la ciudad, entre las que se encontraron el CES, la Universidad Cooperativa de Colombia, la Fundación Universitaria Autónoma de las Américas, la Universidad de Antioquia, la ESE Metrosalud y la ONG Mundo Mejor (Operador del Programa Buen Comienzo<sup>±</sup>). Tal intercambio permitió enriquecer el proceso de construcción de la política y la caracterización de las *respuestas colectivas* en SB, permitiendo identificar asuntos, como:

- ✓ La mayoría de las propuestas expuestas desde las diferentes instituciones se ubicaron en el marco de la *prevención de la enfermedad*. A diferencia de este denominador predominante, la ONG Mundo Mejor posee en su estrategia algunos elementos que se acercan al campo de la *promoción de la salud*, para abordar la construcción de la salud y condiciones socioeconómicas de la población que atiende. Entre estos elementos se destacan, los convenios intersectoriales y el fortalecimiento de los actores de salud (madres, docentes y familias).

- ✓ Las estrategias desarrolladas dentro de las respuestas colectivas en Salud Bucal en Medellín son tradicionales, algunos ejemplos de ellas son: enseñanza de técnicas de cepillado, control de placa, topicación con flúor, entrega de cepillos de dientes, entre otras.
- ✓ Existe debilidad conceptual sobre la *promoción de la salud* y su diferencia con la *prevención de la enfermedad*. La *promoción de la salud* es asimilada a las estrategias de prevención de enfermedades.
- ✓ Las acciones colectivas realizadas en la ciudad son fragmentadas, aisladas y discontinuas.
- ✓ La ausencia de una línea de base en materia de acciones colectivas dificulta el análisis, seguimiento y evaluación de las acciones en salud realizadas.

Al relacionar las experiencias antes mencionadas con hallazgos de otras investigaciones realizadas a inicios de la primera década del nuevo siglo (84) se puede concluir que gran parte de estas situaciones se mantienen vigentes, entre ellas:

“los programas preventivos se han asimilado a charlas educativas,

desde la gestación hasta los 5 años, en una perspectiva interdisciplinaria del ciclo vital, protección de los derechos y articulación interinstitucional.

---

<sup>±</sup>Es un programa estratégico de la alcaldía de Medellín, liderado por el Despacho de la primera dama y perteneciente a la Secretaría de Educación, promueve el desarrollo integral, diverso e incluyente de niñas y niños

individuales y colectivas que buscan que el paciente se responsabilice por su estado de salud bucal mediante adopción permanente de conductas de higiene. Esta educación en la mayoría de los casos tiene una orientación individual [...] la educación en salud bucal ha sido tradicionalmente más instrumental que de significado social” (84)

“El sistema de información del servicio odontológico en general y del servicio preventivo en particular, está reducido prácticamente a los indicadores de la gestión financiera. No se cuenta con información sobre el proceso y los resultados de la actividad preventiva, esto dificulta la evaluación y la formulación de correctivos [...]” (84)

Es de resaltar, que la metodología desarrollada y el espacio propiciado en el grupo de trabajo *respuestas colectivas* sirvió como espacio de conocimiento y reconocimiento de las experiencias desarrolladas en la ciudad por parte de Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS) y las entidades formadoras de talento humano del área de la salud bucal.

Esta experiencia evidenció la baja articulación entre las diferentes instituciones y actores, situación que obstaculiza el fortalecimiento de las acciones y la integración de respuestas individuales y colectivas, para responder a las necesidades de la población.

Superar las dificultades expresadas anteriormente, en el contexto de la construcción de un programa, proyecto o intervención de *prevención de la enfermedad o promoción de la salud*, implica desarrollar procesos participativos con las comunidades, individuos e instituciones, donde el punto de partida sea las necesidades de salud de la comunidad, y se dé relevancia a la gestión con significado social, que trascienda los intereses meramente financieros.

Igualmente, es necesario trascender la lógica de la acción en salud del ámbito hospitalario y de los consultorios, para reubicarla y contextualizarla en los espacios en los que acontece la vida, lo que constituye un gran reto para la construcción e implementación de la Política Pública de Salud Bucal de Medellín, 2013-2022.

## 7 APROXIMACIÓN A LA SITUACIÓN DEL RECURSO HUMANO EN ODONTOLOGÍA

---

Dentro del proceso de formulación y construcción de la PPSB de Medellín es necesario describir la situación de los componentes de la práctica odontológica y el impacto que ha tenido el modelo neoliberal en Colombia, específicamente en su sistema de la salud (22). Lo anterior permitirá identificar algunos procesos críticos que constituirán los ejes de análisis en el proceso de construcción de la política pública en salud bucal.

La implementación del modelo neoliberal en Colombia, desarrollado de manera sistemática a partir de inicios de la década de los 90, ha producido una profunda transformación en todos los ámbitos de la vida social, política y económica del país (22). Este modelo ha supeditado la democracia a las leyes del mercado (la oferta y la demanda).

Así, este modelo generó un cambio en las relaciones Estado-mercado-sociedad, gestó y materializó una reforma del sector salud que modificó de manera radical el campo y las reglas de juego para todos sus actores, configurando a su vez, un nuevo panorama que condujo a una transformación de la práctica odontológica que implicó cambios tanto en la formación como en la situación laboral y en el perfil profesional de los odontólogos (85).

Estos cambios de la Práctica Odontológica (PO) se dan en un contexto de país, en el que se evidencian varios problemas de los recursos humanos en salud, tales como: la baja disponibilidad de profesionales de salud, concentración urbana de éstos, formación biologicista, enfoque pedagógico tradicional (86), régimen laboral desincentivador, bajos niveles salariales, escalafón flexibilizado por el clientelismo, baja productividad, alta conflictividad sindical y difícil regulación (87, 88)

Algunos problemas específicos de los recursos humanos de la PO son: la multiplicación de las entidades educativas sin la debida regulación y control de la calidad, la saturación del mercado en ciertas áreas, desempleo laboral, ascenso del gerencialismo en los postgrados, débil rectoría u orientación por parte del Ministerio de Educación y del Ministerio de Salud y Protección Social en el campo de los recursos humanos e incluso sobreoferta de odontólogos (88).

En este documento, se problematizará a través de tres ejes: (a) Formación del recurso humano, (b) situación laboral, (c) caracterización del perfil profesional.



### a. Formación del recurso humano

Entre los temas que se analizarán en la formación del recurso humano están el aumento de instituciones educativas privadas, el número de egresados y el modelo educativo.

En Colombia, entre 1984 y 1999 se dio un crecimiento institucional de la oferta educativa profesional en el área de la salud, que pasó de 37 facultades universitarias en el primer año a 83 en el segundo. Este crecimiento tuvo mayor auge en el sector privado, el cual, en el periodo en mención, incrementó el número de facultades en 33 (de 21 en 1984 a 54 en 1999), mientras que en el sector público se crearon 13 nuevas facultades (de 16 en 1984 a 29 en 1999) (89).

De acuerdo con la Asociación Colombiana de Facultades de Odontología (ACFO)-2004, en el país, de 1970 a 2004, se pasó de cuatro programas de odontología a 30, ofertados por 18 instituciones. En 1999, los 18 programas de Odontología eran ofrecidos por 16 facultades, cinco públicas y once privadas (88).

Para 1999, de las 16 facultades de Odontología existentes en el país, el 39% se ubicaban en la región centro del país, el 28% en el centro occidente, 22% en la costa atlántica y 11% en la zona sur occidente (Tabla 6) (89). De este total, Bogotá concentraba el mayor número de facultades de odontología (seis), mientras que Cali tenía tres, y Cartagena, Medellín, Barranquilla y Bucaramanga contaban con dos Facultades cada una (90).

Tabla 6: Distribución geográfica de los programas de Odontología en Colombia

Dinámica educativa	Centro	Centro Occidente	Costa Atlántica	Orinoquía	Sur Occidente	Total General
Programas	7	5	4	0	2	18
	39%	28%	22%	0%	11%	100%
Solicitudes	3.024	3.359	1.307	0	418	8.106
	37%	41%	16%	0%	5%	100%
Matriculados	1.143	242	254	0	311	1.950
	58%	12%	14%	0%	16%	100%
Graduados	879	276	296	0	3	1.456
	60%	19%	20%	0%	0%	100%

Fuente: Ministerio Protección Social-Los recursos humanos de la salud en Colombia

El número de egresados en 1999 en el país fue de 1.456. Entre 2001 y 2006, se graduaron 6.392

odontólogos lo que muestra, con respecto al número de graduados en 1999 (1.456) que dicha

cifra aumentó aproximadamente cuatro veces en el ámbito nacional (90).

El Observatorio Laboral para la Educación del Ministerio de Educación Nacional, reportó 32.000 odontólogos graduados en el país desde 1960 hasta el primer semestre de 2004, lo que significa que el país contaba con un odontólogo por cada 1250 habitantes, o sea, ocho odontólogos por cada diez mil habitantes, con un promedio cercano a 1380 odontólogos egresados cada año (90).

El recurso humano profesional en odontología en Medellín ha sido formado por cuatro facultades. De acuerdo con su antigüedad, la primera es la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia<sup>±</sup> (en funcionamiento desde 1941) (91), la segunda es el CES (creada en 1977) (92), seguida de la Universidad Cooperativa de Colombia (fundada en 1995) (94) y por último, la Facultad de Odontología de la Universidad Autónoma de las Américas (en funcionamiento desde 2009) (94).

El promedio anual de egresados de pregrado de las tres primeras facultades es de aproximadamente 200. Los egresados de

posgrado (ortodoncia, periodoncia, prótesis, endodoncia, odontopediatría, cirugía maxilofacial, entre otros) de las mismas facultades, son entre 60 y 70 especialistas por año (91-94).

Entre 1999 a 2009 la universidad pública ha disminuido su participación en la generación de egresados de pregrado en la ciudad, pasando del 65.3% a 54.2%, lo que significa una reducción de aproximadamente del 10%. Y un incremento del aporte privado en la formación de recurso humano en odontología (95-96).

En este mismo período, el número de odontólogos con postgrado también aumentó, pasando de 25,1% en 1999 a 32.1% en 2009 lo que significa un incremento del 7% (96).

### ***El modelo educativo y la relación docencia servicio***

En odontología el modelo educativo que continúa marcando la pauta es el modelo biomédico (97). Con este modelo se creó una estructura para examinar, clasificar y tratar las

---

<sup>±</sup>El primer intento formal de escolarización en Antioquia ocurrió en 1918-1919 con la fundación del Colegio Dental de Medellín, el cual obtuvo autorización para expedir títulos de cirujano-dentista con la resolución N° 54 de 1919. En esa época inició labores con once profesores y doce alumnos y cerró sus puertas por la escasez de alumnos y la falta de financiación. En 1932 fue creada la Escuela Dental de Medellín, adscrita a la Universidad de Antioquia, por causas

similares a las del Colegio clausuró sus puertas en 1935 y fue reabierto tres años después. El 21 de marzo de 1941, por resolución del Consejo Directivo de la Universidad de Antioquia, la Escuela Dental, que contaba con 60 estudiantes, recibió la investidura de Facultad.

enfermedades, basado en la integración de los hallazgos clínicos con los datos de laboratorio y los descubrimientos de la anatomía patológica. Desde esta orientación, básicamente patologista, se define la salud como ausencia de enfermedad (98).

Cuando se contrastan los planteamientos de los ejes de formación del currículo<sup>±</sup> y el perfil ocupacional de los odontólogos entre los años 1999 a 2001, se observa una brecha relacionada con el tiempo dedicado a las acciones de aprendizaje en atención a la morbilidad bucal, clínicas y pre clínicas y los componentes específicos relacionados con salud pública, sistemas de salud, aseguramiento, gerencia social y planeación de los servicios de salud (97-99).

Al respecto, Jaramillo y Gómez en 2006 advirtieron que:

*“si bien el espíritu de la ley 30 de 1992 (Ley de Educación) concebía principios constitutivos de una formación integral para los profesionales y que de ellos se desprendieron las propuestas curriculares para la formación de profesionales críticos y generadores de nuevo conocimiento para el beneficio de la sociedad, dichos conceptos educativos han reñido en el*

*plano de lo real, donde la práctica profesional ha estado supeditada al consumo creciente de recursos tecnológicos impuestos por agentes externos teniendo como referente que la odontología basa su ejercicio en el modelo liberal de la oferta de servicios” (67)*

Por su parte, el estudio de Recursos Humanos de la Salud en Colombia: balance, competencias y prospectiva, realizado por Ministerio de la Protección Social en convenio con el Centro de Proyectos para el Desarrollo (CENDEX) de la Universidad Pontificia Javeriana y publicado en 2008, concluyó que para la odontología y otras áreas afines, existe una formación académica en ciencias de la salud clínicas y teórico-prácticas que responden a las necesidades del mercado laboral (89).

Otro asunto relevante dentro de la formación del recurso humano es el modelo docencia-servicio, que consiste en los convenios de cooperación entre instituciones formadoras de recursos humanos en salud e instituciones prestadoras de servicios o en prácticas académicas de docencia asistencia, que pueden llevarse a cabo en las mismas instituciones formadoras (100).

Algunas de estas instituciones, evidencian una preocupación por responder a las necesidades de

<sup>±</sup> Formación profesional, básica biomédica, humana y social, investigativa, optativa de profundización o complementaria y componentes de formación transversal,

los cuales fueron compilados por la Asociación Colombiana de Facultades de Odontología (ACFO) en el año 2004(99).

salud bucal del país, pero encuentran algunas dificultades, tales como:

- (a) la ausencia de una política que favorezca la implementación del modelo docencia servicio de una manera regulada (la normativa existente no alcanza a definir los tipos de contraprestación de los convenios entre instituciones educativas y sector salud) (100), y
- (b) una legislación que sólo evalúa los convenios y los parámetros de habilitación de los servicios extramurales. Consecuencia de lo anterior se crean escenarios de práctica de las instituciones formadoras desarticulados del sistema de salud (101).

### **La formación del personal auxiliar**

Antes de la expedición del Decreto 3616 de 2005, que creó un nuevo perfil denominado *Auxiliar de Salud Oral* (102), existían 207 programas de educación aprobados en el área de odontología en el país, de los cuales 94 pertenecían a auxiliares de higiene oral y 113 a programas de auxiliares de consultorio. En 2008, de todos estos, sólo 17 habían obtenido el concepto favorable para la actualización del programa, según las exigencias de la reglamentación vigente (97-103).

Lo anterior indica que, para ese entonces, sólo un 8.2% del total de los programas existentes en el país cumplían con lo requerido, el 53,7% de los programas de auxiliares de salud oral no habían iniciado su proceso de adaptación a las nuevas competencias y el porcentaje faltante estaba en lista de espera para el concepto favorable (103).

En Medellín, los programas de Auxiliares en Salud Oral son ofertados por la Universidad de Antioquia, el Servicio Nacional para el Aprendizaje (SENA), Centro de Educación en Salud (CEDES), el Centro de Investigación y Capacitación Odontológica (CIANDCO) y el Centro de Sistemas de Antioquia (CENSA), y generan aproximadamente 550 auxiliares al año (Este dato fue construido vía consulta telefónica a cada centro, por parte de integrantes del grupo de Talento Humano).

Esta situación evidencia, la ausencia de un sistema de información que permita conocer datos precisos y confiables del número de egresados de estos centros, los cuales resultan indispensables para conocer el número de egresados, ocupación, seguimiento, entre otros. Adicional a este vacío en la información del personal auxiliar, tampoco se encontró información a nivel regional y nacional, del número de egresados los técnicos de laboratorio dental (103).



### **Educación continua de los odontólogos**

En el tema de educación continua, son las facultades de odontología, asociaciones de egresados, organizaciones gremiales, grupos de profesionales y casas comerciales<sup>±</sup>, quienes ofertan diferentes tipos de cursos, encuentros, talleres, congresos y diplomados. Estas actividades incluyen temas de estética, operatoria cosmética, endodoncia, implantología y en algunos casos, cursos sobre temas administrativos como facturación, diligenciamiento de Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS) entre otros.

En Medellín, hay cátedras institucionalizadas itinerantes en las facultades de Odontología del CES y la Universidad de Antioquía, así como diversas actividades programadas por la industria de productos dentales y las casas comerciales.

---

<sup>±</sup> En esta categoría se incluyen las compañías y almacenes de productos dentales como implementos de higiene bucal y materiales odontológicos.

## 8 SITUACIÓN LABORAL DEL RECURSO HUMANO EN ODONTOLOGÍA EN EL PAÍS

El Estudio Nacional de Recursos Humanos de 2008 proyectó una relación de 8.6 odontólogos por cada 10 mil habitantes para 2011 en el país (basados en una estimación de 39.738 odontólogos y una población de 46.043.696 (89).

En el 2009 la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomendó para Colombia un odontólogo por cada 3.500 personas (104), aunque para este

mismo año otros análisis basados en los datos del Estudio Nacional de Recursos Humanos del 2008, mostraban una relación de un odontólogo por cada 1.061 personas, y una proyección de aumento de la oferta de odontólogos para 2020 del 61,4%, es decir, 57.452 profesionales (Ver Tabla 7). La sobreoferta de profesionales generaría una elevada tasa de desempleo (97).

Tabla 7: Proyecciones odontólogos por habitantes y de la tasa de desempleo nacional

Año	Proyección de Población DANE	Oferta Odontólogos	Relación Odontólogos/habitantes	Tasa de desempleo estimada
2005	42.888.592	35.592	1205	66%
2010	45.508.205	42.873	1061	70%
2015	48.202.205	50.163	961	73%
2020	50.912.429	57.452	886	75%

Fuente: Min de la Protección Social-CENDEX 2008 - Ternerera 2008

En el 2012, Jaramillo y colaboradores en un estudio del Área Metropolitana del Valle de Aburrá (AMVA), reportaron para Medellín una relación de 8 odontólogos por cada 10 mil habitantes para el año 2010, adicional a esta relación odontólogos-habitantes, dicho estudio encontró una concentración de profesionales por nichos de mercado, es decir, por áreas de alta demanda de servicios, ubicados en zonas de estratos medios y altos de la ciudad (105).

En general, frente al número de odontólogos existentes tanto en el país como en Medellín, se encuentran argumentos de sobreoferta de odontólogos (89, 97, 103) e inadecuada distribución del recurso humano en el territorio (86, 105).

### ***Situación laboral de los odontólogos en el país***

En términos laborales, en Colombia para el año 2000 existían 15.180 odontólogos empleados en las instituciones del Sistema de Seguridad Social

en Salud, de los cuales el 2.6% laboraban en más de dos instituciones. Al sumar los que laboraban en el sector educativo, el total de odontólogos empleados ascendía a 16.017 (97). Sin embargo, el estudio *Oferta y demanda de recursos humanos de la salud en Colombia* del año 2000, realizado por el Ministerio de Salud y la Protección Social, planteó en un panorama prospectivo de ocupación, una tasa de desempleo estimada entre 34,5% y 53,8%, para el período 2000-2020, como lo ilustra la Tabla 8 (106).

Tabla 8: Oferta y demanda de odontólogos y tasa de desempleo nacional estimada 2000 -2020

Año	Oferta	Demanda Total	% Desempleo
2000	28.310	18.529	34,5%
2001	29.760	18.896	36,5%
2002	31.211	19.271	38,3%
2003	32.661	19.656	39,8%
2004	34.129	19.995	41,4%
2005	35.592	20.423	42,6%
2006	37.040	20.981	43,4%
2007	38.493	21.377	44,5%
2008	39.946	21.782	45,5%
2009	41.417	22.105	46,6%
2010	42.873	22.490	47,5%
2011	44.328	22.880	48,4%
2012	45.783	23.276	49,2%
2013	47.239	23.677	49,9%
2014	48.714	24.015	50,7%
2015	50.163	24.425	51,3%
2016	51.620	24.842	51,9%
2017	53.077	25.264	52,4%
2018	54.535	25.691	52,9%
2019	55.993	26.123	53,3%
2020	57.452	26.561	53,8%

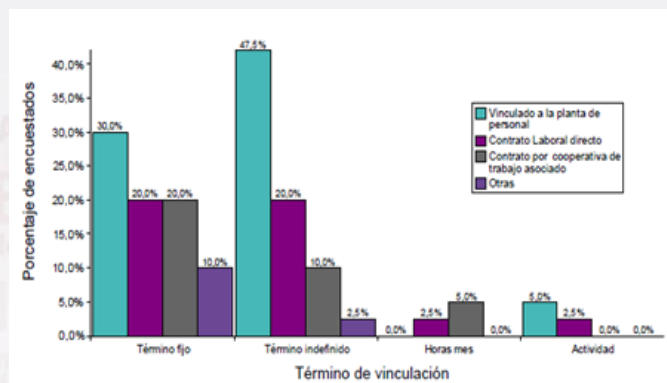
Fuente: Ministerio de Salud y la Protección Social-2000

En el contexto nacional, la investigación realizada por la Mesa Sectorial Centro de Formación Talento Humano en Salud en el 2008, mostró como principales formas de contratación para los profesionales de odontología los contratos por vinculación (77,5%), de estos el 30%

correspondió a término definido y el 47,5% a término indefinido (97).

A continuación se ilustran algunas formas de vinculación laboral de los odontólogos del país para el año 2008.

Gráfica 20: Tipos de vinculación laboral de los odontólogos –Colombia 2008



Fuente: Mesa Sectorial Centro de Formación Talento Humano en Salud en el 2008

### Situación laboral de los odontólogos en Medellín

Con respecto a la situación laboral de los odontólogos en Medellín, la investigación de Nieto y colaboradores (1999), reportó que cerca del 39% de los odontólogos laboraban en dos o más instituciones, aunque este pluriempleo, entendido como laborar en dos o más instituciones (96), no derivaba en excesos de la jornada laboral. De hecho, el 77% trabajaba menos de 45 horas a la semana, lo cual tiene correspondencia con la alta proporción de profesionales subempleados (45%) (95).

Este mismo estudio registró que para el año 1999, el 82,7% de los odontólogos tenían una vinculación estrictamente laboral, entre éstos, el 7,3% estaba contratado de forma temporal y 92,7% de forma permanente. La antigüedad promedio en el trabajo ascendía a 8,3 años, con diferencias estadísticamente significativas entre los que laboraban en el sector privado (7,4 años) y los que lo hacían en el sector público (10,9 años) (95).

Teniendo en cuenta que el estudio mencionado de Nieto mostró datos concretos de la situación laboral de los odontólogos de la ciudad, llama la atención que, a pesar del pluriempleo, no se cumplía con la jornada laboral legal de 48 horas semana. Al respecto, el autor llama la atención sobre esta situación pues considera que este desfase en la jornada de trabajo es reflejo de las precarias condiciones de inserción laboral, debido a los altos porcentajes de contratación por prestación de servicios<sup>±</sup> (17,3%), empleo temporal (7,3%) y subempleo<sup>±±</sup>(45%) (95).

De acuerdo con los datos presentados por Nieto, la problemática laboral de los profesionales de odontología en la ciudad, está relacionada no

---

<sup>±</sup> En este tipo de contrato se perciben honorarios por el cumplimiento de los servicios acordados, tiene definido claramente el monto del contrato y su forma de pago, que no necesariamente debe ser mensual. No existe relación laboral entre la parte contratante y la parte contratista, por lo tanto no se generan prestaciones sociales. Los contratistas tienen autonomía técnica y directiva, realizan sus actividades dependiendo del objeto del contrato. No tienen horario de trabajo preestablecido por la entidad (96).

sólo con las precarias formas de contratación, sino también con el deterioro en los niveles de remuneración, si se comparan con el año 1998 (95).

En el estudio *Formas de contratación y situación laboral de los odontólogos del municipio de Medellín (2009)*, Moreno y Suárez reportaron que el 75.2% de los odontólogos se encontraban trabajando en instituciones privadas, mayoritariamente en Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS) (49.1%) (96).

En cuanto a las formas de contratación laboral en la ciudad para el año 2009, los resultados fueron los siguientes: El 41,3% de los encuestados tenía vinculación laboral, y de éstos, el 78% tenían contrato a término indefinido y un 22% a término definido. De acuerdo con los estudios de Nieto et al (1999) y Moreno y Suárez (2009), la vinculación laboral de los odontólogos en Medellín, cayó casi en un 100%, al pasar de (82,7%) en 1999 a (41,3 %) en el 2009 (95-96).

En Medellín en el 2009, Moreno y Suárez encontraron referente a la contratación laboral por prestación de servicios para ese mismo año,

<sup>±±</sup>Se refiere a las situaciones de empleo que reflejan la subutilización de la capacidad productiva de los trabajadores, da cuenta de un importante grupo de trabajadores que realizan un trabajo menos productivo del que podrían y desearían realizar, bien sea porque trabajan menos horas, ganan menos ingresos o utilizan parcialmente sus calificaciones (96).



que el 34,6% de los odontólogos, estaba laborando por esta modalidad (96). En el estudio de Ternera, el porcentaje de odontólogos en Colombia contratados por prestación de servicios ascendía al 63,2% (102), mientras que Nieto (1999) reportó sólo un 23,3% bajo esta modalidad (95).

Igualmente, en el estudio de Moreno y Suárez, los autores reportaron como nuevas Formas Contractuales en el Año 2009, las *Cooperativas de Trabajo Asociado* (CTA). Las cuales son organizaciones sin ánimo de lucro, pertenecientes al sector solidario de la economía, que asocian personas naturales que simultáneamente son gestoras y aportantes (107).

Lo primero porque contribuyen económicamente a la cooperativa y lo segundo porque aportan directamente su capacidad de trabajo, para el desarrollo de actividades económicas, profesionales o intelectuales, con el fin de producir en común bienes, ejecutar obras o prestar servicios para satisfacer las necesidades de sus asociados y de la comunidad en general<sup>±</sup> (107).

Las Cooperativas de Trabajo Asociado no se rigen por las disposiciones laborales, la relación entre éstas y el trabajador asociado no es una relación

empleador – trabajador sino un vínculo de naturaleza cooperativa y solidaria, en donde el mismo trabajador organiza las actividades de trabajo, con autonomía administrativa y asumiendo los riesgos en su realización (107).

De la muestra de profesionales encuestados en el estudio de Moreno et al en 2009, el 17.3% estaba contratado por medio de CTA, dato no comparable con los estudios de Nieto y Ternera, pues éstos no reportaron este tipo de contratación (96).

En este mismo año, el promedio de horas laboradas por semana de los odontólogos de Medellín fue de 40. El 34.6% de los encuestados laboraban menos de estas horas. Por su parte, el pluriempleo correspondió al 55,7% de la muestra (96).

En comparación con 1999, el pluriempleo de los odontólogos de la ciudad para el 2009 mostró una tendencia al incremento, pues pasó de 16,7% en 1999 a 55,7% en el 2009 (96).

---

<sup>±</sup>Se rigen principalmente, por la Ley 79 de 1988, el Decreto 4588 de 2006, la Ley 1233 de 2008, la Ley 1429 de 2010, el Decreto 2025 de 2011, entre otros.



Los tipos de contratos descritos anteriormente, demuestran cómo se han aplicado las normas de flexibilización laboral definidas en la Ley 50 de 1990<sup>±</sup> (107), especialmente el contrato por prestación de servicios, el cual ocasiona para el profesional una situación de inestabilidad y vulnerabilidad laboral evidenciada además, en el detrimento de los ingresos debido a todas las retenciones o pólizas que debe asumir y en las limitaciones para la organización social en el ámbito laboral (96).

Así mismo, la *modalidad de contratación*<sup>±±</sup> a través de cooperativas de trabajo asociado, en las que sus integrantes no perciben un salario, sino una compensación<sup>±±±</sup> por sus servicios (106), agrava la situación laboral, pues individualiza las relaciones de los trabajadores con las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) o con las Empresas Sociales del Estado (ESE). Este tipo de contratación forma parte del

proceso de tercerización<sup>1</sup> o subcontratación de servicios (96).

Estas nuevas formas de contratación laboral reflejan dos elementos centrales de la nueva realidad laboral de los profesionales de la odontología: proletarización y precarización del empleo (96).

El primero se refiere a que el odontólogo no es propietario de los medios de producción (sillón odontológico, instrumental) y su única fuente de ingresos es la venta de su fuerza de trabajo. Y el segundo, se considera una forma de flexibilización laboral, caracterizada por empleos en los cuales el trabajador no cuenta con la seguridad social (salud, pensión, riesgos profesionales) cesantía, vacaciones, entre otros. O en su defecto algunos de estos derechos de los trabajadores son financiados en su totalidad por los mismos trabajadores (96).

<sup>±</sup>Por la cual se introdujeron reformas al Código Sustantivo del Trabajo (conjunto de normas y procedimientos legales que reglamentan las relaciones individuales que surgen entre el trabajador y el empleador, buscando un equilibrio entre las dos partes. Establece las formas de contratación, el concepto de salario y sus modalidades, los derechos y deberes de los trabajadores y de los empleadores, las prestaciones sociales, la libertad de asociación, entre otras) y se dictan otras disposiciones. Las reformas al Código Sustantivo del Trabajo fueron: 1. Implementación de los contratos a término fijo, el empleo temporal y diversas modalidades de subcontratación, en detrimento de los trabajadores. 2. Establecimiento del salario integral para los salarios superiores a 10 salarios mínimos legales vigentes. Entre otros como el cambio en el régimen de cesantías (Ley 50(107).

<sup>±±</sup>Partiendo de la inexistencia de vínculo laboral entre la Cooperativa de Trabajo Asociado y el trabajador asociado, debe señalarse que este último no devenga salario sino

“compensaciones”, las cuales pueden ser ordinarias o extraordinarias, según lo acordado en los Estatutos y en el Régimen de Compensaciones de la Cooperativa (108).

<sup>±±±</sup> La compensación ordinaria mensual, según el Artículo 3 de la Ley 1233 de 2008, no podrá ser inferior al salario mínimo legal vigente, salvo que la actividad se realice en tiempos inferiores, en cuyo caso será proporcional a la labor desempeñada, a la cantidad y a la calidad, según se establezca en el correspondiente régimen interno (Decreto 4588 de 2006 Art25) (107).

<sup>1</sup>Tercerización, Outsourcing: Es la acción de acudir a una agencia exterior para operar una función que anteriormente se realizaba dentro de la compañía, la cual en definitiva contrata un servicio o producto final sin que tenga responsabilidad alguna en la administración o manejo de la prestación del servicio la cual actúa con plena autonomía para atender diversos usuarios(109).

### **Ingresos profesionales: salarios, honorarios y compensaciones**

El *salario* es tenido como un atributo patrimonial que busca satisfacer las necesidades elementales del trabajador y su familia. Se representa como contraprestación económica (en dinero o en especie) a cargo del patrono y en favor del trabajador reconociendo el trabajo realizado (110).

Los *honorarios*, por su parte, son la contraprestación económica que se paga a los profesionales por causa de un contrato de mandato de prestación de servicios independientes para la ejecución de labores que requieren de cierta cualificación científico-técnica, primando la independencia y autonomía del contratista (110).

Igualmente, en la *modalidad laboral* a través de *Cooperativas de Trabajo Asociado*, el trabajador asociado, no devenga salario sino *compensaciones*, es decir, todas las sumas de dinero que recibe el asociado, pactadas como tales, por la ejecución de su actividad material o inmaterial, las cuales no constituyen salario (107).

En este sentido, el salario es al contrato de trabajo lo que los honorarios al contrato de

prestación de servicios y las compensaciones en las Cooperativas de Trabajo Asociado.

### **Ingresos según cualificación**

En cuanto a la retribución económica de los odontólogos en el 2009, el promedio de ingreso fue de US \$ 1304 dólares<sup>±</sup>, es decir, alrededor de \$3.000.000 de pesos colombianos por mes, mientras que el de las odontólogas fue de US \$ 913 dólares o \$2.100.000 en moneda local. Esta diferencia en ingresos, parece estar relacionada con tener o no un título de postgrado. Al respecto, el 68,8% de los posgraduados tenían un promedio de ingresos superior a seis salarios mínimos mensuales legales vigentes (SMMLV)<sup>±±</sup> para ese año (96).

La relación entre ingresos y tipo de posgrado mostró que el 93,8% de los odontólogos con postgrado clínico tenían una retribución mensual de más de seis SMMLV, mientras que solo un 42,9% de los odontólogos con postgrados administrativos recibieron este mismo promedio de ingresos (96).

Otro factor influyente en la forma de contratación es la remuneración. En los contratados por vinculación, el 46% devengaban

<sup>±</sup> Valor promedio dólar para el año 2009, de acuerdo a Dólar Histórico en Colombia del mismo año (111).

<sup>±±</sup> Para el 2009, el salario mínimo decretado por el gobierno fue de cuatrocientos noventa seis mil novecientos pesos

colombianos (\$496.900), equivalentes a US \$ 216 dólares de la época. Para la fecha en que se escribió este artículo (2013), el dólar se cotizaba en el mercado de valores en mil setecientos setenta y seis pesos (\$1776) en promedio (112).

más de seis SMMLV, por prestación de servicios el 36% y en los contratados por cooperativa de trabajo asociado, sólo el 18% tenía la cantidad de ingresos citada (96). Sin embargo, es necesario tener en cuenta que sólo los trabajadores contratados por vinculación no aportan el 100% de los aportes al Sistema General de Seguridad Social<sup>±</sup>, como si ocurre con las otras dos formas de contratación.



<sup>±</sup> Para el sistema de seguridad social en salud, se deberá cotizar el 12.5% en virtud de la Ley 1122 de 2007, de los cuales según el artículo 204 de la Ley 100 de 1993, el

empleador deberá asumir el 8.5%, y el trabajador aportará el 4% sin que la cotización pueda ser inferior al salario mínimo legal mensual vigente.

## 9 CARACTERIZACIÓN DEL PERFIL PROFESIONAL

---

Inherente al que hacer de la profesión odontológica, está el componente de prestación del servicio y el perfil ocupacional del odontólogo, este último se puede desarrollar en tres escenarios: el primero de ellos y sobre el cual se tiene un poco más de información a nivel nacional, es dentro del Sistema General de Seguridad Social (SGSSS), el segundo, son las cadenas de clínicas o Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS) por fuera del SGSSS y por último, los profesionales que se desempeñan como practicantes liberales de la profesión.

En la actualidad el odontólogo debe enfrentarse a administrar recursos humanos, organizar redes de servicios, hacer auditoría e interventoría, presentar proyectos en un marco descentralizado de la salud, hacer vigilancia epidemiológica y por último prestar servicios de salud en su rama(97).

Según la Encuesta aplicada a los profesionales de la odontología y a los directivos de los servicios de salud oral en el estudio *“Caracterización de la Odontología en Colombia”*- 2008, los empleadores a nivel nacional percibían que los profesionales tenían desconocimiento en áreas como sistema de seguridad social (41.9%), tecnología (37.2%), actividades asistenciales o, en otras palabras, poca práctica en ellas (34.9%).

Así mismo, bajo conocimiento de normatividad (23.3%), administración (18.6%), salud pública (16.3%) y mercadeo (16.3%) (97).

La Asociación Colombiana de Facultades de Odontología (ACFO) reconoció una distancia entre los actuales perfiles de formación y los perfiles ocupacionales, al punto que consideró que “es necesario hacer explícito si los planes curriculares se orientan bajo la premisa de responder a las necesidades sociales de los grupos humanos, en tanto derecho a garantizar e imperativo ético de la respuesta social, pública o privada; o si el objetivo es responder a las necesidades de racionalización de la operación y gestión de las empresas y sujetos del actual mercado de la salud” (99).

### ***El quehacer del odontólogo en el Sistema General de Seguridad Social en Salud***

Dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud, el ejercicio profesional del odontólogo se enfoca actualmente a dos subfunciones: diagnóstico y tratamiento de la enfermedad y coordinación en atención de pacientes, estas actividades le demandan alrededor del 35% de su dedicación. En orden de tiempo de dedicación, continúan las actividades de mantenimiento de los registros vitales y apoyo



administrativo de los servicios. De acuerdo con el orden antes expuesto, el diagnóstico, el tratamiento, el manejo de pacientes y los trámites relacionados, representan más del 80% de la dedicación del odontólogo (97).

Otras subfunciones no tradicionales del perfil del odontólogo, como el manejo de emergencias y desastres, mercadeo en salud y diseño de programas de servicios, alcanzan cerca del 5% del tiempo de trabajo del profesional (97).

Respecto al desempeño del odontólogo en cadenas de clínicas o Instituciones Prestadoras de Servicios por fuera del SGSSS y los practicantes liberales de la profesión, es decir, los odontólogos que ofertan sus servicios en consultorios privados, no se encontró información específica sobre el perfil ocupacional. Sin embargo, se harán algunas aproximaciones sobre estos espacios.

### ***El quehacer del odontólogo en cadenas de clínicas o Instituciones Prestadoras de Servicios por fuera del SGSSS***

La odontología como profesión no ha sido ajena a procesos como la globalización, la adopción de nuevas tecnologías, las patentes, las franquicias

y la revolución de las nuevas tecnologías de la información. La conjunción de estos elementos dio origen a la aparición y aumento de cadenas de clínicas dentales, fenómeno que se ha desarrollado con fuerza en los últimos 10 años en el país, que de manera propia o por medio de franquicias han ampliado sus redes de servicios<sup>±</sup> (113).

### ***La práctica liberal de la odontología***

La odontología como profesión liberal hace referencia al ejercicio independiente y al sello personal que imprime el profesional a su práctica, implicando su exclusión del ámbito de la legislación y los actos de comercio. Es decir, entre el paciente y el odontólogo no hay intermediarios como el Estado o algún tipo de jefe o empleador. Adicional a esto, es el odontólogo el propietario de los medios de producción o sea del sillón odontológico y demás bienes necesarios para la prestación del servicio (110).

En Colombia para 1999 existían 28.000 odontólogos en el país, de los cuales el 34,7% ejercían independientemente, en ese momento era la primera profesión con mayor número de

con ocho clínicas. Otra de las redes de clínicas odontológicas que ha crecido de manera representativa en el país es Dentalud, que en la actualidad tiene 20 centros de atención en diferentes ciudades del país (113).

---

<sup>±</sup> Un ejemplo de la proliferación de cadenas de clínicas dentales en el país, es la Organización Sonría, institución del sector privado. Esta organización nació en 1992 y en 2013 cuenta con 80 clínicas distribuidas en 36 ciudades del país; también presta sus servicios en México D.F., donde cuenta



profesionales independientes (103). Sin embargo, tras la entrada en vigencia de la Ley 100 de 1993 o Sistema General de Seguridad Social en Salud y demás normas relacionadas, la odontología se reconfigura al entrar en la lógica de mercado y pasa a ser una profesión dependiente de la institucionalización, dentro del SGSSS o en cadenas de clínicas (110).

Es necesario aclarar que si bien el ejercicio de la profesión como práctica liberal ofrece beneficios económicos y de autonomía para el odontólogo, la prestación de servicios bajo este marco se concentra en conglomerados urbanos, específicamente en reducidos grupos poblacionales con capacidad de compra y en la mayoría de las ciudades del país, se ubican en barrios exclusivos, con escasa oferta de servicios odontológicos privados en áreas de población pobre y vulnerable (97). Lo que refuerza una inadecuada distribución geográfica y concentración de los servicios (110).

### **Perfiles profesionales en Medellín**

Específicamente para Medellín, los perfiles de los profesionales son establecidos por cada una de las cuatro facultades existentes, de acuerdo con su modelo pedagógico (Tabla 9) y a los cambios introducidos al perfil ocupacional del odontólogo por el SGSSS. Este último, ubicó al odontólogo en ámbitos diferentes al perfil tradicional (consultorio privado o ejercicio liberal): (1) en las *administradoras de los recursos del*

*aseguramiento*, (2) en los entes territoriales y (3) en la *prestación de servicios* (97).

Por otra parte y para finalizar el componente del recurso humano en odontología, se hace necesario explorar las organizaciones gremiales existentes y la participación del profesional de odontología en ellas.

### **El odontólogo en el escenario gremial**

La práctica odontológica en el país ha requerido de la conformación de organizaciones gremiales que procuren por la dignificación de la profesión, estimulen la regulación y el correcto ejercicio profesional, conforme a la ética, la ciencia y la función social que a la profesión corresponde.

Entre las organizaciones gremiales pioneras, se encuentran la Federación Odontológica Colombiana (FOC), fundada el 11 de junio de 1926, entidad sin ánimo de lucro que, además de su carácter gremial, lleva a cabo gestión científico (114). También se destaca el recientemente conformado Colegio de Odontólogos Colombiano (CCO), asociación de carácter gremial creada en 2005 al tenor de la ley de talento humano en salud (Ley 1164 de 2007) (115).

Por su parte, las diferentes facultades de odontología cuentan en su mayoría con asociaciones de egresados. Algunas han avanzado en la educación continuada y la prestación de servicios y otras, se han mantenido

como organizaciones con un bajo número de afiliados (91-93).

De acuerdo con el estudio Caracterización de la odontología (2008), los grupos de profesionales, estudiantes y docentes en el ámbito nacional, manifiestan escepticismo frente a las diferentes organizaciones gremiales de la profesión y, en algunos casos, critican su escasa o nula regulación en la sobre oferta profesional, condiciones labores, salario profesional y tarifas de los servicios odontológicos (97).

Los profesionales esperan de sus organizaciones gremiales políticas claras, de tal forma que les permitan modular las relaciones laborales y obtener de la práctica profesional un pago decente por el trabajo realizado. Sin embargo, son escasas las organizaciones de trabajadores y profesionales de la salud bucal, al parecer porque los odontólogos no se han acercado a los procesos de sindicalización o agremiación para la búsqueda de reivindicaciones salariales, ya que su formación y práctica liberal de la profesión les permitía la negociación directa con los pacientes y, por ende, un mayor control sobre las condiciones laborales (97).

De hecho, un estudio local de 1998 confirma un preocupante desmedro de la agremiación de los egresados. Este estudio mostró que 49,7% de los

odontólogos manifestó desinterés total por la agremiación y el 56,3% por participar de las deliberaciones llevadas a cabo por los gremios (87).

Tabla 9 : Perfiles profesionales de odontología en universidades de Medellín<sup>±</sup>

Institución Educativa	Perfil profesional del odontólogo
Universidad Cooperativa de Colombia	El odontólogo se destacará en la resolución de problemáticas en el sistema estomatognático de pacientes con patologías de baja complejidad; con sólidas bases académicas e investigativas sobre la rehabilitación oral.
Fundación Universitaria Autónoma de Las Américas	El odontólogo estará en capacidad de realizar diagnóstico, pronóstico, plan de tratamiento y seguimiento de su paciente para mantener y mejorar sus condiciones de salud bucodental. Siendo además facilitador de la gestión en las organizaciones de salud y creadores de las mismas, con una visión gerencial que integre la calidad, la humanización y la bioética.
Universidad Ces	El odontólogo estará en la capacidad de diagnosticar y solucionar problemas de salud oral desde la investigación, con criterios preventivos y científicos. Con una actitud interdisciplinaria y humanística, vinculado a la comunidad científica y gremial mediante propuestas creativas de repercusión social.
Universidad de Antioquia	Profesional integral, con presencia crítica que emprenda transformaciones, capaz de difundir conocimientos desde la excelencia académica y en la prestación de servicios que respondan a sus necesidades concretas, particularmente para el manejo del componente bucal del proceso salud – enfermedad, en beneficio de pacientes y comunidades, obedeciendo al propósito de formación basado en: ser, saber y hacer.

**Fuente:** Elaboración propia de los autores con base en la información contenida en las siguientes páginas web:

1. <http://www.udea.edu.co/portal/page/portal/SedesDependencias/Odontologia>. 2. <http://www.ces.edu.co/index.php/facultad-odontologia> 3. <http://190.24.142.161/Medellin/Paginas/FacultaddeOdontologia.aspx>
4. <http://www.uam.edu.co/medellin/component/k2/itemlist/category/24-facultad-de-odontolog%C3%ADa.html>

<sup>±</sup>Ubicadas en la ciudad o en el Área Metropolitana del Valle de Aburrá.

## REFERENCIAS

---

1. Gómez O, Jiménez A, Mejía R. El aporte de la Universidad de Antioquia a la odontología latinoamericana. *Educ. Médica Salud*. 1978; 12(4):349-60.
2. Metrosalud Medellín. Situación de salud oral de Medellín. 20 años de prevención integral. Imprenta Metrosalud; 1990.
3. Payares C, Arango A. Consideraciones socio-históricas de la odontología en Colombia y Antioquia: Siglo XX. Promotora de Ediciones y Comunicación; 1991.
4. Franco Cortés AM, Ramírez Puerta BS, Díaz Mosquera P, Ochoa Acosta EM. VII monitoreo: caries dental y acceso a los servicios odontológicos en escolares de Medellín, 2009. *Rev. Salud Pública Medellín*. 2010; 4(2):71-86.
5. Medellín Cómo vamos 2012. Análisis de la evolución de la calidad de vida en Medellín, 2008-2011. Medellín: Medellín Cómo Vamos 2012; 2012.
6. República de Colombia. Ministerio de Salud. Estudio Nacional de Salud Bucal. Bogotá; 1999.
7. Franco Cortés AM, Ochoa Acosta EM, Ramírez Puerta BS, Segura Cardona AM, Tamayo Lopera A, García Sánchez C. Situación de salud bucal de los escolares de Medellín. VI monitoreo. Año 2006. *Rev. Salud Pública Medellín*. Diciembre de 2007; 2(1):57-69. 16
8. Narvai PC, Frazão P, Roncalli AG, Antunes JLF. Dental caries in Brazil: decline, polarization, inequality and social exclusion. *Rev. Panam. Salud Pública*. 2006; 19(6):385-93.
9. Alcaldía de Medellín. Plan de desarrollo 2012-2015: «Medellín un hogar para la vida» [Internet]. Recuperado a partir de: <http://medellincomovamos.org/plan-de-desarrollo-2012-2015-medellin-un-hogar-para-la-vida>
10. Roth AN. Políticas públicas. Formulación, implementación y evaluación. Primera edición. Séptima reimpresión. Colombia: Ediciones Aurora; 2012.
11. Carta de Brasilia sobre Salud Bucal en las Américas [Internet]. II Encuentro Internacional de Coordinadores Nacionales de Salud Bucal, Brasilia; 2009. Recuperado a partir de: [http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/carta\\_brasilia\\_salud\\_bucal\\_americas.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/carta_brasilia_salud_bucal_americas.pdf)
12. Breilh J. 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: *Determinação Social Saúde e reforma sanitária*. Rio de Janeiro: Centro de Estudios Brasileiros en Salud - CEBES; 2010 [citado 10 de julio de 2013]. p. 87-125.



13. Otálvaro GJ. La perspectiva de la determinación social de la salud: implicaciones para la gestión de políticas en salud. Doctorado en Salud Colectiva, Universidad Andina Simón Bolívar - Quito; 2010.
14. Borrell C, Artazcoz L. Las políticas para disminuir las desigualdades en salud. Gac. Sanit. 2008; 22(5):465-73.
15. Echeverry ME. Derecho a la salud, estado y globalización. Rev Fac Nac Salud Pública. Marzo de 2006; 24 (Número especial):81-96.
16. Otálvaro Castro GJ, Zuluaga Salazar SM, Rico Muñoz C, Gómez Otálvaro HA, Garzón Vega LE. Construcción participativa de la Política Pública de Salud Bucal de Medellín 2013-2022. El punto de partida. En prensa.
17. Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-760 de 2008 [Internet]. 2008. Recuperado a partir de: <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2008/T-760-08.html>
18. Payares C, Arango A. Consideraciones socio-históricas de la odontología en Colombia y Antioquia: Siglo XX. Promotora de Ediciones y Comunicación; 1991.
19. Payares C. ¿Es la práctica odontológica un trabajo social descontextualizado? Rev Cubana Estomatol. 1997; 34(2):96-102.
20. Macinko J, Montenegro H, Nebot Adell C, Etienne C y Grupo de Trabajo de Atención Primaria de Salud de la Organización Panamericana de la Salud. La renovación de la atención primaria de salud en las Américas. Rev Panam Salud Publica. 2007;21(2/3):73–84.
21. República de Colombia. Ley 1438 de 2011. Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones [Internet]. 2011. Recuperado a partir de: <http://www.minsalud.gov.co/Normatividad/LEY%201438%20DE%202011.pdf>
22. Franco A. Salud Global: Política pública, derechos sociales y globalidad. Medellín: Editorial Universidad Antioquia; 2010.
23. Breilh J. (2003). Epidemiología crítica. Ciencia emancipadora e Interculturalidad. Buenos Aires: Lugar Editorial.
24. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Panorama Social de América Latina. Santiago de Chile; 2012.
25. Ariel F. El Crepúsculo del Estado-Nación. Una interpretación histórica en el contexto de la globalización. Documentos de debate [Internet]. 2000; 47: 9-27 [consultado 2013 julio 8]. Disponible en: <http://unesdoc.unesco.org/images/0012/001204/120486so.pdf>
26. Alcaldía de Medellín. Mapas de la división político-administrativo de Medellín y sus corregimientos [Internet]. Recuperado a partir de:

<http://www.medellin.gov.co/irj/portal/ciudadanos?NavigationTarget=navurl://0b958a62e41665e1fadf88cdac3be6b8>

27. Alcaldía de Medellín. Municipio de Medellín. Proyecciones de Población 2006 – 2015 por Comunas y Corregimientos. Medellín: Convenio DANE - Municipio de Medellín; 2011.

28. DANE. Perfil Sociodemográfico 2005 - 2015 Total Medellín. Medellín: Convenio Interadministrativo DANE-Municipio de Medellín; 2010.

29. DANE. Población y principales indicadores demográficos de Colombia. Proyecciones de Población 2005-2020. Bogotá: DANE; 2007.

30. Medellín cómo vamos 2012. Informe de Calidad de Vida de Medellín. Medellín: Medellín cómo vamos 2012; 2012.

31. Gómez JG, Gómez JI. Evaluación del programa de detección de alteraciones del adulto sano mayor de 45 años, Medellín, 2009 y 2010. Rev Salud Pública Medellín. 2011 ene – jun; 5 (1) 64-67.

32. Torres Y, Garro GI. Segundo Estudio de Salud Mental del Adolescente Medellín, 2009. Medellín: Facultad de Medicina -Universidad CES- Secretaría de Salud de Medellín; 2009.

33. Gini C. Curso de estadística. Madrid: Labor; 1953.

34. Medellín Cómo Vamos 2012. Salud. Medellín: Medellín Cómo Vamos 2012; 2012.

35. Medellín Cómo Vamos 2012. Seguridad Ciudadana. Medellín: Medellín Cómo Vamos 2012; 2012.

36. Mejía F, Álvarez LS. Caracterización de la Seguridad Alimentaria y Nutricional de los hogares del municipio de Medellín a través del Perfil alimentario y nutricional de Medellín, 2010. Medellín: Alcaldía de Medellín- Univ Antioq; 2010.

37. Pelletier DL, Olson CM, Frongillo EA. Inseguridad alimentaria, hambre y desnutrición. En: Conocimientos Actuales sobre Nutrición. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 2003.

38. Alcaldía de Medellín. Encuesta de calidad de vida 2011[Internet]. [Citado 4 de septiembre de 2013]; Recuperado a partir de: <http://www.medellin.gov.co/irj/portal/ciudadanos?NavigationTarget=navurl://f4db57e77c5260dd195e959659c76ad7>

39. Ministerio de Educación Nacional de Colombia. Plan Nacional Decenal de Educación 2006-2016. Informe 2012 de la Medición de los indicadores del Plan Nacional Decenal de Educación 2006-2016. Bogotá: Ministerio de Educación Nacional; 2012.

40. DANE. Principales indicadores del mercado laboral Junio de 2013. [Internet]. 2013 [consultado 2013 agosto 11]. Disponible en:[http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/boletines/ech/ech/bol\\_ech\\_jun13.pdf](http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/boletines/ech/ech/bol_ech_jun13.pdf)
41. Álvarez LS; Bernal JA, Sepúlveda D. Exclusión social en Medellín: sus dimensiones objetivas y subjetivas. Estudios Políticos 2011.39: 97-116.
42. Colombia. Presidencia de la República. Decreto 4978 por el cual se reglamenta el artículo 59 de la Ley 1151 de 2007 y se dictan otras disposiciones.[Internet]. 2007 [consultado 2013 junio 8]. Disponible en:<http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=28304>
43. Organización Mundial de la Salud. Informe Mundial sobre la Discapacidad. Washington: Organización Mundial de la Salud; 2011.
44. Consejo Nacional de Política Económica y Social. Política de Acción Afirmativa para la Población Negra o Afrocolombiana. Bogotá: Departamento Nacional de Planeación República de Colombia; 2004.
45. Franco Cortés AM, Ramírez Puerta BS, Díaz Mosquera P, Ochoa Acosta EM. VII monitoreo: caries dental y acceso a los servicios odontológicos en escolares de Medellín, 2009. Rev. Salud Pública Medellín. 2010; 4(2):71-86.
46. Franco Cortés AM, Guzmán Zuluaga IC, Gómez Restrepo AM, Ardila Medina CM. Reemergencia de la caries dental en adolescentes. Av. Odontoestomatol 2010; 26(3): 172-178.
47. Escobar Paucar G, Ramírez Puerta BS, Franco Cortés A, Tamayo AM, Castro Aguirre JF. Experiencia de caries dental en niños de 1 a 5 años de bajos ingresos. Medellín. Colombia. CES odontol 2009; 22(1):21-28.
48. Ramírez BS, Escobar G, Castro JF, Franco AM. Necesidades de tratamiento en dentición primaria, en niños de uno a cinco años con caries dental no tratada, en una comunidad de bajos ingresos. Moravia, Medellín, 2006. Rev Fac Odontol Univ Antioq 2009;20(2): 129-137.
49. Saldarriaga A, Arango CM, Coss M, Arenas A, Mejía C, Mejía E, Murillas L. Prevalencia de caries dental en preescolares con dentición decidua área Metropolitana del Valle de Aburrá. Revista CES Odontología 2009; Vol. 22(2):27-34
50. Ramírez Puerta BS, Escobar Paucar GM, Franco Cortés AM, Martínez Pabón MC, Gómez Urrea L. Caries de la infancia temprana en niños de uno a cinco años. Medellín, Colombia, 2008. Rev Fac Odont Univ Ant 2011; 22(2): 164-172.
51. Consejo Nacional de Política Económica y Social, Departamento Nacional de Planeación. Plan de acción para la focalización de los subsidios para servicios públicos domiciliarios. Bogotá, Colombia

2005. [Citado 4 de septiembre de 2013]; Recuperado a partir de: [http://www.dane.gov.co/files/dig/CONPES\\_3386\\_oct2005\\_Focaliz\\_subsidios\\_servicios\\_publicos.pdf](http://www.dane.gov.co/files/dig/CONPES_3386_oct2005_Focaliz_subsidios_servicios_publicos.pdf)

52. Franco AM, Ochoa EM, Ramírez BS, Segura AM, Tamayo A, García C. Situación de salud bucal de los escolares de Medellín. VI Monitoreo. 2006. Rev Salud Pública de Medellín 2007;2(1):57-69.

53. Pérez EC, Pérez YEP, Bencosme JR de la C, Hernández DSL, Vargas ERP. Prevalencia de los coeficientes de caries (CPOD/CEO) y el índice epidemiológico (IHOS), en pacientes de 6 a 17 años en la Escuela Genaro Pérez, Santiago, República Dominicana, período agosto 2011-enero 2012. Pontificia Universidad Católica Madre y Maestra, PUCMM; 2012.

54. Ramírez BS, Franco AM, Gómez AM, Corrales DI. Fluorosis dental en escolares de instituciones educativas privadas. Medellín, Colombia, 2007. Rev Fac Odontol Univ Antioq 2010; 21(2): 170-176

55. Ramírez Puerta BS, Franco Cortés AM, Ochoa Acosta EM. Fluorosis dental en escolares de 6 a 13 años de instituciones educativas públicas de Medellín, Colombia. 2006. Rev Salud Pública Univ Nac 2009; 11(4): 631-640

56. Ramírez Puerta BS. Experiencia de caries en población de 25, 35, 45, 55 y 65 años de Medellín (Colombia), 2011(En prensa).

57. Alcaldía de Medellín. Presupuestos participativos 2005 - 2011. Documento impreso.

58. Hernández M. Reforma Sanitaria, equidad y derecho a la salud en Colombia. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 18(4):991-1001, jul-ago, 2002

59. Ministerio de Salud. Ley 1122 de 2007. Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. [Citado 4 de septiembre de 2013]; Recuperado a partir de: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/>

60. Pérez Cáceres MM, Velásquez Arango AM. Modelos de contratación en el Sistema de Salud en el marco de las relaciones entre prestadores y aseguradores. Facultad de Medicina, Universidad CES. Medellín, Colombia.2008

61. Comisión de regulación en Salud. Acuerdo 19 de 2010. Por el cual se fija el valor de la Unidad de Pago por Capitación del Plan Obligatorio de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado para el año 2011. [Citado 4 de septiembre de 2013]; Recuperado a partir de: [http://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/UPC\\_S.asp](http://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/UPC_S.asp)

62. IV Foro: El Sistema de Salud en Colombia. Desafíos y oportunidades para la formación del talento humano en salud. [Citado 4 de septiembre de 2013]; Recuperado a partir de: [http://salud.univalle.edu.co/pdf/plan\\_desarrollo/documento\\_previo\\_4to\\_foro.pdf](http://salud.univalle.edu.co/pdf/plan_desarrollo/documento_previo_4to_foro.pdf)



63. Ministerio de Salud. Resolución 5261 de 1994. Por la cual se establece el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. [Citado 4 de septiembre de 2013]; Recuperado a partir de: <http://www.caprecom.gov.co/sitio/filesnormatividad/Resolucion%205261%20de%201994.pdf>
64. Alcaldía de Medellín. Plan territorial de salud Medellín 2004-2007. Medellín: Medellín 2004.
65. Alcaldía de Medellín. Plan territorial de salud Medellín 2008-2011 Medellín: Medellín 2004.
66. Alcaldía de Medellín. Plan territorial de salud Medellín 2012-2015. Medellín: Medellín 2004.
67. Jaramillo G, Gómez M. Efectos de la ley 100 sobre el campo de estudio y el que hacer de los profesionales de la salud, la práctica odontológica y su caso. Rev Fac Odontología Univ Antioq 2006; 18(1):95-102.
68. Yepes F, Ramírez M, Sánchez LH, Ramírez ML, Jaramillo I. Luces y sombras de la reforma de la salud en Colombia: Ley 100 de 1993. Bogotá: Assalud-Universidad del Rosario, Mayo Ediciones; 2010. 180 p
69. Ministerio de Salud. Resolución número 4288 de 1996. Por la cual se define el Plan de atención Básica (PAB) del Sistema General de Seguridad Social (SGSSS) y se dictan otras disposiciones. [citado 4 de septiembre de 2013]; Recuperado a partir de: <http://www.medellin.gov.co/ManualContratacion/Normatividad/Resolucion%204288%20de%201996.pdf>
70. Ochoa EM, Castro M. Estrategia escuela saludable Medellín 2006. Rev Salud Pública de Medellín 2007; 2(1):83-93
71. Ministerio de Salud. Resolución 412 de 2000. Por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública. [citado 4 de septiembre de 2013]; Recuperado a partir de: <http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/GUIAS%20DE%20ATENCIÓN%20-TOMO%20DOS.pdf>
72. Franco AM, Ochoa E, Martínez E. Reflexiones para la construcción de la política pública con impacto en el componente bucal de la salud. Rev Fac Odontol Univ de Antioquia; 15 (2): 2004.
73. Ministerio de la Protección Social. Decreto 3039 de 2007. Por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010. Bogotá, agosto 10 de 2007. [http://www.healthresearchweb.org/files/Políticas\\_Nacionales\\_Salud-Colombia\\_2007-2010.pdf](http://www.healthresearchweb.org/files/Políticas_Nacionales_Salud-Colombia_2007-2010.pdf)

74. Pantoja Patiño JH, Bucheli CL. Plan nacional de salud pública: retos y logros. Rev CES Salud Pública 2011; Vol. 2 (2 ) Julio - Diciembre
75. Ramírez Puerta BS, Franco Cortés AM, Ochoa Acosta EM. Hábitos de consumo y uso de la crema dental en niños y niñas asistentes a los hogares comunitarios (HC) del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y los Centros Infantiles (CI) del Programa Buen Comienzo del municipio de Medellín, 2011. En prensa Rev de Salud Pública
76. Franco Cortés AM, Ramírez Puerta BS, Escobar Paucar G, Isaac Millán M, Londoño Marín PA. Barreras de acceso a los servicios odontológicos de niños y niñas menores de 6 años. Medellín. Revista CES Odontología 2010; 23(2):41-48
77. Franco AM, Saldarriaga A, Álvarez E, Roldán S, Jaramillo J, Kurzer E. Perfil de salud bucal de los escolares de 7 a 16 años. Medellín, 1998. Revista Epidemiológica de Antioquia 1999; 24:217-232.
78. Franco Cortés AM, Ramírez Puerta BS, Ochoa Acosta EM. Caries dental en escolares de Medellín: ¿el cumplimiento de metas o la equidad en salud bucal?. En prensa
79. Ramírez BS, Franco AM, Iburgüen AE. Experiencia de caries en dentición permanente en los escolares de las instituciones educativas privadas de Medellín. Colombia. Rev Nac de Odontol 2010; 6 (10):9-17
80. Bratthall D. Introducing the Significant Caries Index together with a proposal for a new oral health goal for 12-year-olds. IntDent J 2000; 50: 378-384
81. Gómez AM, Ardila CM, Franco AM, Duque L, Osorno C, Moros A, Guzmán IC. Prevalencia de la Pérdida de Inserción Clínica en Adolescentes de Colegios Públicos de Medellín-Colombia. Rev Clin Periodoncia ImplantolRehabil Oral 2008; 1 (1); 23-26
82. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Documento Técnico versión 3: Aspectos metodológicos para la construcción de Línea de base para el seguimiento a las metas del objetivo 3 del Plan Nacional de Salud Pública. Bogotá, 2010.
83. Ochoa Acosta EM. Franco Cortés AM. Ramírez Puerta BS. Significados, experiencias y prácticas acerca de la salud enfermedad bucal. Revista Salud Pública de Medellín 2008; 3(2): 67-77.
84. Franco AM, Martínez CM, González MC. Situación actual de los programas preventivos de salud bucal en el contexto del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Medellín. Comunicación integral. 2003; 78.
85. Otálvaro Castro GJ, Zuluaga Salazar SM. Transformaciones de la Práctica Odontológica en el contexto de la reforma estructural del Estado de finales del siglo XX. Confluencias hacia la proletarianización de la Odontología en Colombia. En prensa

86. Arroyo Laguna J. Situación y desafíos en el campo de los recursos humanos en salud en el Área Andina en los albores de los 2000. En: Reunión Internacional “El presente y el futuro en la formación, la práctica y la regulación del ejercicio profesional en ciencias de la salud”; Guadalajara 2000 Nov 22-25.p.29-42.
87. Jaramillo G. Impacto del régimen de seguridad social en el ejercicio de la práctica odontológica. Medellín: Editorial Tarjetas 1998
88. Asociación Colombiana de Facultades de Odontología (2004). Situación actual de la práctica odontológica-Aproximación a sus puntos críticos. Odontología. Bogotá: ACFO
89. Ministerio de la Protección Social-CENDEX. Recursos Humanos de la Salud en Colombia: balance, competencias y prospectiva. [en línea]. Bogotá: Ministerio de la Protección Social; 2008 [consultado 16 Mayo 2012]. Disponible en: [www.achc.org.co/investigaciones.php?idcat=56](http://www.achc.org.co/investigaciones.php?idcat=56)
90. Ternera JH. La Formación de odontólogos, entorno laboral y recertificación. [en línea]. [Consultado 9 Dic 2012]. Disponible en: <http://onsb.com.co/images/pdf/formacion.pdf>
91. Univ Antioq [en línea]. Medellín: Perfil del egresado de odontología; 2008 [consultado 16 Mayo 2012]. Disponible en: <http://www.udea.edu.co/portal/page/portal/SedesDependencias/Odontologia>
92. Universidad CES [en línea]. Medellín: Perfil del egresado de odontología; 2008 [consultado 16 Mayo 2012]. Disponible en: <http://www.ces.edu.co/index.php/facultad-odontologia>
93. Universidad Cooperativa de Colombia [en línea]. Medellín: Perfil del egresado de odontología; 2008 [consultado 16 Mayo 2012]. Disponible en: <http://190.24.142.161/Medellin/Paginas/FacultaddeOdontologia.aspx>
94. Fundación Universitaria Autónoma de las Américas [en línea]. Medellín: Perfil del egresado de odontología; 2008 [consultado 16 Mayo 2012]. Disponible en: <http://www.uam.edu.co/medellin/component/k2/itemlist/category/24-facultad-de-odontolog%C3%ADa.html>
95. Nieto E. El mercado laboral de los odontólogos(as) en la ciudad de Medellín. Rev. Fac. Nac. Salud Pública 1999
96. Suárez MC, Moreno JP. Formas de contratación y situación laboral de los odontólogos del municipio de Medellín. [tesis de especialización]. Colombia: Univ Antioq, Fac Nac Salud Pública; 2009

97. Servicio Nacional para el Aprendizaje, Federación Odontológica Colombiana, Colegio Colombiano de Odontólogos. Caracterización de la Odontología en Colombia. En: Mesa Sectorial Centro de Formación Talento Humano en Salud; Bogotá 2008
98. Oyarzún Neumann E. Modelo biomédico y modelo biopsicosocial. [en línea] [consultado 22 Ago 2013]. Disponible en: [https://www.u-cursos.cl/medicina/2008/2/MPRINT25/1/material\\_docente/previsualizar?id\\_material=182943](https://www.u-cursos.cl/medicina/2008/2/MPRINT25/1/material_docente/previsualizar?id_material=182943)
99. Asociación Colombiana de Facultades de Odontología – División de Educación. Documento de fundamentación y análisis de resultados de los ECAES Odontología. Bogotá: ACFO; 2004
100. Colombia Ministerio de la Protección Social, dirección de análisis y políticas de recursos humanos. Programa apoyo a la reforma en salud. Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS: programa de recursos humanos modelo de evaluación de la relación docencia-servicio criterios básicos de calidad para centros de prácticas formativas. [En línea]. Bogotá; 2004 [consultado 20 Ago 2013]. Disponible en: [http://puj-portal.javeriana.edu.co/portal/page/portal/vice\\_academica/1documentos\\_vice/MODELO%20EVALUACION%20RELACIONES%20DOCENCIA-SERVICIO.pdf.pdf](http://puj-portal.javeriana.edu.co/portal/page/portal/vice_academica/1documentos_vice/MODELO%20EVALUACION%20RELACIONES%20DOCENCIA-SERVICIO.pdf.pdf)
101. Ternera JH. El talento humano de salud oral en Colombia: balance y perspectivas. En: Segundo Congreso Internacional de Salud Bucal y Colectiva; Bogotá 2008 Sep 11 –13; 2008
102. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Decreto Número 3616 (Octubre 10). Por medio del cual se establecen las denominaciones de los auxiliares en las áreas de la salud, se adoptan sus perfiles ocupacionales y de formación, los requisitos básicos de calidad de sus programas y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial, 46.060 (Oct 13 2005).
103. Ternera JH. La Formación de odontólogos, entorno laboral y recertificación. [Internet] Sin fecha [consultado 9 de Diciembre 2012]. Recuperado a partir de: <http://onsb.com.co/images/pdf/formacion.pdf>
104. Organización Mundial de la Salud (OMS). Estadísticas sanitarias mundiales 2009 [Internet]; 2009; [12-14-11]; disponible en: [www.who.int/whosis/whostat/2009/es/index](http://www.who.int/whosis/whostat/2009/es/index).
105. Jaramillo Delgado G, Velásquez Escobar JP, Marín Uribe A. Los equipamientos en las unidades prestadoras de servicios de salud bucal y su influencia en la reconfiguración de la práctica odontológica. En: XII Congreso Latinoamericano de Medicina Social y Salud Colectiva; Montevideo 2012 Nov 3-8. Montevideo: Asociación Latinoamericana de Medicina Social; 2012.
106. Ministerio de Salud. Oferta y demanda de recursos humanos de la salud en Colombia. Bogotá; Disponible en: [Internet] 2000 [consultado 9 de Diciembre 2012]. Recuperado a partir de:



<http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/OFERTA%20Y%20DEMANDA%20ODE%20RECURSOS%20HUMANOS%20-2.pdf>

107. Ministerio del Trabajo. República de Colombia. [En línea]. Bogotá: Ministerio de Trabajo. [Consultado 10 Jul 2012]. De Ministerio de Trabajo. Cooperativas de trabajo asociado. Disponible en: <http://www.mintrabajo.gov.co/preguntas-frecuentes/cooperativas-de-trabajo-asociado.html>

108. Colombia. Ley 50 de 1990 (Dic 2008). Por la cual se introducen reformas al Código Sustantivo del trabajo y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial 39.618 (Dic 28 1990)

109. Pérez García MA, Aragón de Pérez V. Flexibilización laboral y outsourcing servicios temporal, agencias de empleo, cooperativas de trabajo asociado, y empresas asociativas de trabajo. Medellín: Biblioteca Jurídica DIKE; 1999; p. 90.

110. Jaramillo Delgado G, Velásquez Escobar JP, Marín Uribe A. La práctica odontológica: profesión liberal que se debate entre la distinción y la extinción. En prensa

111. Banco de la República. Listado por días y meses del valor del Dólar Histórico del Año 2009 en Colombia. [En línea]. [Consultado 10 Ago 2013]. Disponible en: <http://dolar.wilkinsonpc.com.co/dolar-historico-2009.html>

112. Al día empresarios. [En línea]. [Consultado 20 Jul 2013] Salarios mínimos en Colombia. Comportamiento de los salarios mínimos analizando el porcentaje de incremento actual. Disponible en:

[http://www.aldiaempresarios.com/index.php?option=com\\_content&view=article&id=2346:salario-minimo&catid=184:salarios&Itemid=337](http://www.aldiaempresarios.com/index.php?option=com_content&view=article&id=2346:salario-minimo&catid=184:salarios&Itemid=337)

113. Portafolio.co [en línea]. 18 Dic 2007. [Consultado 16 Dic 2012]. La demanda impulsa las clínicas odontológicas. Disponible en: <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-2770586>

114. Federación Odontológica Colombiana. ¿Quiénes somos? [En línea]. [Consultado 8 En 2013]. Disponible en: <http://www.federacionodontologicacolombiana.org/?q=node/48>

115. Colegio Odontológico Colombiano. ¿Quiénes somos? [En línea]. [Consultado en 8 de Enero 2013]. Disponible en: <http://ccocolombia.org/index.html>