

---

# LA ODONTOLOGÍA: PROFESIÓN LIBERAL QUE SE DEBATE ENTRE LA DISTINCIÓN Y LA EXTINCIÓN<sup>1</sup>

## DENTISTRY: PROFESSION WHO IS TORN BETWEEN THE DISTINCTION AND EXTINCTION<sup>1</sup>

GONZALO JARAMILLO DELGADO<sup>2</sup>, JOSÉ PABLO VELÁSQUEZ ESCOBAR<sup>3</sup>, ALEJANDRA MARÍN URIBE<sup>4</sup>

**RESUMEN. Introducción:** este estudio abordó la profesión odontológica y su práctica, en una época caracterizada por la mercantilización de los servicios de salud, en el ámbito geográfico del área metropolitana del Valle de Aburrá. **Métodos:** estudio descriptivo valorado desde la categoría: condiciones de vida de los odontólogos desde la teoría sociológica de Bourdieu. Muestra representativa de 461 odontólogos obtenida de las bases de datos de los Generadores de Residuos Hospitalarios y Similares —RHI— a quienes se aplicó una encuesta. **Resultados:** caracterización de la profesión odontológica como producto de una práctica profesional, que presenta una presunta disposición social hacia la distinción a través de 'habitus', procesos de acumulación de capitales social, económico y cultural, clases y disputas sociales. Los resultados se analizaron bajo el supuesto: "la odontología es hoy una profesión liberal que se debate entre la distinción y la extinción", fenómeno propiciado por las tensiones, disputas y conflictos de un mercado que dispone a los profesionales en una lucha por alcanzar nuevos y mejores espacios sociales, con ciertos estilos de vida y modos de vivir, mediados por la injerencia de políticas neoliberales en Colombia. **Conclusiones:** la situación de la profesión odontológica en el área metropolitana del Valle de Aburrá, recreada a partir de las condiciones de vida de los encuestados en el marco de la investigación, permite hacer un llamado sobre la necesidad de repensar los procesos de formación del talento humano en salud, la producción de conocimientos y la dimensión de la prestación de servicios de salud.

**Palabras clave:** condiciones sociales, estilo de vida, movilidad social, clase social, práctica profesional, capital, seguridad social, odontología.

Jaramillo G, Velásquez JP, Marín A. La odontología: profesión liberal que se debate entre la distinción y la extinción. Rev Fac Odontol Univ Antioq 2014; 25(Supl): S5-S26.

**ABSTRACT. Introduction:** this investigation covered the dental profession and its practice, in a time characterized by the merchandizing of health services within the geographical scope of the Área Metropolitana del Valle de Aburrá. **Methods:** this is a descriptive study validated as the category: living conditions of dentists from Bourdieu's sociological theory. The sample consisted of 461 dentists, obtained from the databases of Hospital Waste Generators and Similar -RHI- (in Spanish: Generadores de Residuos Hospitalarios y Similares); who were surveyed. **Results:** characterization of the dental profession as a product of a professional practice with an apparent disposition towards social distinction through 'habitus', capital processes of social accumulation, economic and cultural insertion in social class and social disputes. The results are analyzed under the assumption: "Today's dentistry is a profession that is torn between distinction and extinction", phenomenon fueled by tensions, disputes and conflicts of a market that places the professionals in a struggle to achieve new and better social spaces, with select lifestyles and living conditions mediated by the influence of neoliberal policies in Colombia. **Conclusions:** the situation of the dental profession in the Metropolitan Area of Valle de Aburrá, parting from the living conditions of those dentists surveyed in this study, makes us consider the need for rethinking the educational processes of the human talent in the health areas, the production of knowledge and the dimension of the dental care rendered.

**Key words:** social conditions, life style, social mobility, social class, professional practice, capital, social security, dentistry.

Jaramillo G, Velásquez JP, Marín A. Dentistry: profession who is torn between the distinction and extinction. Rev Fac Odontol Univ Antioq 2014; 25(Suppl): S5-S26.

---

<sup>1</sup> Artículo derivado de investigación con apoyo financiero del CODI.

<sup>2</sup> Odontólogo, Magíster en Desarrollo Educativo y Social, Ph.D. en Filosofía, profesor titular, Facultad de Odontología, Universidad de Antioquia. Correo electrónico: gonzaloid45@hotmail.com.

<sup>3</sup> Odontólogo, Abogado, Especialista en Derecho de la Seguridad Social, magíster en Derecho de la Seguridad Social, Salud. Profesor ocasional, Facultad de Odontología, Universidad de Antioquia. Correo electrónico: jopaveles@hotmail.com.

<sup>4</sup> Odontóloga, estudiante de maestría, Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia. Correo electrónico: alma191982@gmail.com.

## INTRODUCCIÓN

La práctica odontológica es entendida como práctica social que pretende dar respuesta a las necesidades individuales y comunitarias, relacionadas con el proceso salud/enfermedad en su componente bucal.<sup>1</sup> Esta tiene un ámbito de validez formal (lo normado), espacial (el territorio) y material (la evidencia científico-técnica), que le permite construir y estructurar el escenario social en el que desenvuelve su entramado de relaciones intersubjetivas. Dicha respuesta incluye dimensiones complejas como la sociedad, la ciencia y la técnica, entre las cuales se establecen relaciones interdependientes con procesos comunicacionales de doble sentido, y se proyecta desde tres funciones: 1) la producción de servicios, 2) la producción de conocimientos y 3) la formación de recursos humanos.<sup>2</sup>

En este marco, la odontología se configura como profesión predominantemente liberal, esto hace referencia a “un grupo peculiar de las clases medias, poseedora de alto status social y de alto nivel de preparación técnica, dotada de una fuerte conciencia de grupo y que reviste, como características primordiales, la autonomía técnica, la organización profesional —distinta de cualquier empresa comercial— y la independencia profesional”.<sup>3</sup>

En ese mismo sentido se reconoce como profesión liberal al “ejercicio de una de las carreras seguidas en centros universitarios o en altas escuelas especiales, por lo general de actividad y trabajo solo intelectual, aun cuando no excluya operaciones manuales como las del cirujano y la de los arquitectos e ingenieros al trazar sus planos”.<sup>4</sup> De igual manera, en los elementos conceptuales de la profesión liberal, priman criterios como el ejercicio independiente y el sello personalísimo que imprime el profesional a su práctica, implicando su exclusión del ámbito de la legislación y los actos de comercio.<sup>5, 6</sup> La odon-

tología, como profesión liberal, fue reconocida en Colombia como tal desde finales de los años treinta del siglo xx, su tradición formativa se ha sustentado en el individualismo y el liberalismo.<sup>7, 8</sup>

Tras la transformación del Estado colombiano en la década de 1990, el cambio de Constitución Política y la entrada en vigencia de la Ley 100 de 1993 —por la cual se crea el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS)— y demás normas relacionadas\*, la odontología se reconfigura al entrar en la lógica de la economía de mercados, al pasar a ser una profesión dependiente, en la que la institucionalización y la despersonalización de la prestación de servicios es la constante, y los intereses de los diversos actores ponen en tensión el derecho a la salud: rentabilidad social versus rentabilidad financiera.<sup>9</sup>

Las empresas promotoras de salud (EPS) y las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) son entidades preponderantemente comerciales, con declarado ánimo de lucro en el negocio de la salud, al punto que la prestación de servicios de salud se tornó en un campo del mercado disputado —entre otras— por empresas estatales, sociedades con ánimo de lucro, empresas del sector solidario, profesionales independientes y grupos de práctica profesional.<sup>10</sup>

De igual forma, el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), después de su consolidación, ha permitido vislumbrar cambios que inciden en el ejercicio de las profesiones, relacionados con las nuevas formas y estilos de interacción (relación) social desde los sistemas de información, comunicación y telemática, los cuales han modificado el acontecer científico, social y cultural de

\* Ley 10 del 90, Ley 100 de 93, Ley 1438 de 2011 y de manera específica en los decretos 1011 de 2006 sobre Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad para prestadores de servicio de salud y 4725 de 2005, sobre riesgos de dispositivos médicos, alrededor de la obligación, la interdicción y la autorización, permitiendo paulatinamente que las UPSB, en los municipios, cumplan con los requerimientos de autoevaluación, habilitación y certificación.

las profesiones. Lo anterior, en el marco de una crisis mundial del capitalismo, que ha generado una nueva redistribución de las riquezas y, por ende, ha afectado de manera directa a las profesiones.<sup>1, 11</sup>

Se afirma entonces que la práctica profesional de los odontólogos en Colombia —actividad ligada inescindiblemente a la salud— ha experimentado, durante las últimas dos décadas, hondas transformaciones en la institucionalidad, tanto en las relaciones intersubjetivas como en las económicas, entre los oferentes del servicio y quienes lo demandan. Además, el modelo económico neoliberal y las corrientes neoinstitucionalistas adoptadas en el país, han generado cambios en el ejercicio de las profesiones liberales en el campo de la salud, llevando a la competencia sin límites, a la creación y posición de ideales consumistas a través de estrategias de mercadeo y gerenciales.<sup>12</sup>

Varios estudios permitieron recrear el problema de la estructura y la consolidación de la profesión odontológica a partir de la década de 1990. Uno de ellos, hecho por Payares en 1996, caracterizó el papel del odontólogo en relación con los componentes propios de la práctica odontológica, es decir, con los conocimientos científico-técnicos, los recursos humanos formados y el servicio.<sup>13</sup> Otro, hecho por Jaramillo en 1998, develó los posibles impactos derivados de la implementación de la Ley 100 de 1993<sup>†</sup> y la estela de incertidumbre generada por la afectación directa a los modos y medios del ejercicio profesional.<sup>14</sup> Uno más, reconoció la incidencia de un conjunto de variables desde la oferta y la demanda de odontólogos que, en el marco del modelo de seguridad social, consolidaron un nuevo mercado de trabajo profesional con regulaciones existentes para procesos formativos de y para la oferta, así como también pautas económico-norma-

tivas de la demanda, en relación con la adopción de formas contractuales “nuevas y flexibles”.<sup>15</sup>

De igual forma se afirma que, año tras año, se viene presentando un incremento en el número de odontólogos graduados con promedio de ingresos muy bajos para los niveles de formación profesional y especialista. Persisten las prácticas contractuales de flexibilización laboral o de deslaboralización. Se ha reducido, también, el ejercicio liberal de los odontólogos, existe concentración de la oferta de profesionales en las ciudades principales y débil sentido político-gremial.<sup>16-22</sup>

La realidad descrita en los párrafos anteriores, fue la principal motivación para hacer este estudio en el periodo 2010-2012, en el área metropolitana del Valle de Aburrá (AMVA),<sup>‡, 23</sup> con el fin de describir las condiciones de vida del profesional odontólogo a partir de su relación con el trabajo y el medio social, cultural y económico en que se desenvuelve. La premisa central del estudio fue: *la odontología es hoy una profesión liberal que se debate entre la distinción*<sup>§, 24</sup> *y la extinción*,<sup>¶, 25</sup> y algunas preguntas orientadoras circularon alrededor de las tendencias configurativas de la profesión y su práctica en el presente, una época marcada por el auge en la mercantilización de los servicios de salud. Así mismo, la caracterización que el odontólogo adquiere a partir de sus condiciones laborales y de seguridad social, sus gustos y afinidades sociales y culturales.

<sup>‡</sup> El área metropolitana del Valle de Aburrá (AMVA) (Medellín, Colombia), cuya extensión territorial es de 1152 km<sup>2</sup> y una longitud aproximada de 90,7 km, cuenta con 3.638.794 habitantes, distribuidos en los diez municipios que comparten movilidad urbana, uso de sus suelos para infraestructura vial, condiciones ambientales, servicios públicos domiciliarios, red de servicios de atención sanitaria.

<sup>§</sup> La distinción es el producto de unos condicionamientos asociados a una clase particular de condiciones de existencia, una a todos los que son producto de condiciones semejantes, pero distinguiéndolos de todos los demás.

<sup>¶</sup> Con la extinción quiere significarse la aparente tendencia a desaparecer, que sigue la odontología como profesión liberal en Colombia, debido a la implementación de políticas y estrategias de mercado en el campo de la formación del talento humano en salud y la prestación de servicios de salud en plena transición de lo profesional a lo “industrial”.

<sup>†</sup> Ley por la que se reglamenta el Sistema General de Seguridad Social en salud en Colombia (Colombia. Congreso de la República. Ley 100 de 1993).

Este artículo sistematiza dichas reflexiones, las cuales son leídas desde los datos empíricos arrojados por el estudio, y analizadas a partir de categorías teóricas, como espacio social, disposición social, capital social, capital económico, capital cultural y habitus, propuestas por Pierre Bourdieu en su teoría de la distinción.<sup>24</sup>

Bourdieu, mediante *la distinción*, evalúa los estilos de vida procurados por los sujetos desde el lugar que ocupan en la sociedad, a partir de sus nexos con el aparato formativo y productivo. Los cuales —en apariencia— predisponen al ascenso, permanencia o descenso en su posición social, a expensas de la apropiación o no de un saber, es decir, de cierto capital cultural general o especializado en campos teórico-prácticos específicos como el de las profesiones, como lo evidenciará este estudio. Además de analizar la realidad laboral de los odontólogos en el marco de un ejercicio profesional determinado económica, social y políticamente por el modelo neoliberal.

## MÉTODOS

La investigación se hizo desde un abordaje cuantitativo, de tipo descriptivo y transversal. Por medio de una encuesta se construyeron datos que dieron cuenta de la caracterización de las condiciones de vida de los odontólogos, y la reconfiguración de la profesión odontológica en una época de mercantilización de los servicios en salud, producto de la mundialización de la economía de mercados y el influjo de la globalización.<sup>25</sup>

La población de referencia la constituyeron los odontólogos que estuvieron desempeñando sus labores durante los años 2011 y 2012 en el área metropolitana del Valle de Aburrá —AMVA—, incluyendo el área urbana del municipio de Medellín, Bello, Copacabana, Girardota, Barbosa, Itagüí, En-

vigado, Sabaneta, La Estrella y Caldas. El estudio contempló, como unidad de análisis, el estado de la profesión como práctica social que en sus niveles de organización, producción, conducción e intermediación le permiten identidad y reconocimiento.

La muestra representativa de odontólogos se definió matemáticamente a partir de la base de datos conocida como Registro de Generadores de Residuos Hospitalarios y Similares —RH1— (2010). Fue administrada por la Dirección Seccional de Salud y las secretarías municipales. La base de datos enlista a las personas naturales o jurídicas que prestan servicios de salud en las respectivas localidades. El tamaño de la muestra fue de 461 odontólogos con confianza del 95%, error del 5%, p 50% y margen de seguridad del 10%. Asimismo, la muestra se estratificó para cada municipio sin perder el criterio de representación de la misma, utilizando —en algunos de ellos— el 100% de la población registrada.

El proceso de desarrollo del estudio contó con varias etapas, entre ellas: 1. Etapa de formalización interinstitucional, en la cual se definieron los compromisos interinstitucionales, a partir de la oficialización y autorización del uso de la bases de datos existentes y su depuración respectiva. 2. Diseño y calibración de instrumento. 3. Etapa de formalización de trabajo de campo. 4. Prueba piloto y ajustes al instrumento. 5. Trabajo de campo (2011-2012), durante el cual se contactó a los odontólogos, se indagó por su interés y disponibilidad para responder la encuesta después de explicar los objetivos del estudio, se concertaron y concretaron las visitas para el diligenciamiento de la encuestas, hechas en su mayoría por los investigadores o por estudiantes de pregrado de la Facultad de Odontología calibrados en la aplicación del instrumento. 6. Procesamiento de los datos y análisis. Durante esta fase, la información arrojada por las encuestas se procesó

en Excel®, lo que permitió el análisis de estadística descriptiva univariada. Además, se complementó la construcción de información empírica y su análisis a partir de la revisión documental.

El protocolo de la investigación fue evaluado y aprobado por el Comité de Ética de la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia. El respeto por la autonomía de los sujetos participantes, traducido en la obtención del consentimiento informado, la confidencialidad de la información y las medidas adoptadas para archivar y conservar la información bajo la garantía explícita de darle un trato confidencial y un uso eminentemente académico, además de la rigurosidad en el manejo del dato y el respeto por las fuentes consultadas, fueron parte de las pautas éticas adoptadas a lo largo del estudio.

## RESULTADOS

Como se mencionó anteriormente, los resultados que se presentan a continuación, dan cuenta de la indagación hecha acerca de las condiciones de vida de los odontólogos que laboran en el AMVA. Este estudio analizó dicha categoría desde cuatro variables, las primeras tres, capital social, económico y cultural desde la teoría sociológica de Bourdieu, y la última, condiciones sociolaborales y gremiales a partir de la realidad de los profesionales en el contexto del SGSSS.

### Apuntes conceptuales

Antes de pasar a presentar los datos empíricos, es importante ilustrar algunos elementos teóricos para la mejor comprensión de las cifras y los datos construidos a partir de las respuestas de los odontólogos encuestados.

En términos de Bourdieu, al hablar de condiciones de vida, se hace referencia a “las estrategias de reproducción que constituyen el conjunto de prácticas a través de las cuales los individuos y las familias tienden, consciente o inconscientemente a conservar o aumentar su patrimonio, y en consecuencia mantener o mejorar su posición en la estructura de las relaciones de clase que caracteriza a una determinada sociedad”, o, dicho de otra forma, en palabras del mismo autor, son “las estrategias de reconversión, donde se busca modificar la estructura patrimonial (o de los distintos capitales) como mecanismos de reproducción o ascenso social”.<sup>24</sup>

A grandes rasgos, el capital es el volumen acumulado de un bien escaso o en disputa que se coloca a disposición y voluntad del sujeto, para satisfacer las necesidades a través de los *habitus*.<sup>\*\*</sup> Igual que en las estructuras económicas reales, el capital de los actores obedece a la ley de la acumulación, por tanto, puede ser acumulado por inversión o heredado,<sup>26</sup> pero independiente de su origen, el “capital” es equivalente a “poder”, según Bourdieu, quien hace explícitas tres variedades: social, económico y cultural.<sup>27, 28</sup>

El *capital social* comprende una red de contactos estables, útiles y en caso de necesidad, movibles, que surgen de la pertenencia de grupos sociales donde los miembros se conocen y reconocen mutuamente.<sup>29</sup> El *capital económico* está relacionado con la propiedad de bienes, sueldo y todas las otras fuentes de ingreso. Es el capital mejor convertible y constituye la base para la obtención de los otros. El *capital cultural* está constituido por el “gusto”, las “buenas maneras” y las cualidades cognitivas, las cuales solamente pueden ser adquiridas por medio del proceso de socialización en la familia y en la escuela, exigiendo mucho tiempo. En ningún

<sup>\*\*</sup> Remitirse a la discusión de este escrito, donde se desarrolla ampliamente el concepto planteado por Bourdieu acerca de la categoría, *habitus*.

caso puede ser adquirido por medios de donación, intercambio o compra.<sup>27-30</sup>

Otras formas de capital cultural son: los bienes de la cultura como escrituras, pinturas e instrumentos, llamados también *capital cultural objetivado* —a pesar de que estos bienes son transferibles, las cualidades y conocimientos culturales necesarios para gozar de ellos no lo son—; y el *capital cultural institucionalizado*, conocido también como *capital escolar*, que es la garantía legal de cualidades por medio de títulos académicos y certificados escolares, que no pueden ser heredados sino que, necesariamente, deben ser logrados por el sujeto. Dicho capital permite alcanzar el capital económico por medio del acceso a carreras profesionales.<sup>27</sup>

Finalmente, el capital cultural incorporado queda siempre marcado por las circunstancias de su adquisición, que deja rasgos más o menos visibles, como por ejemplo, la manera típica de expresarse de una clase o de una región,<sup>27</sup> para el caso de este estudio, el de una profesión, la odontológica.

### Caracterización de las condiciones de vida de los odontólogos del AMVA

Definidas las anteriores variables desde la perspectiva teórica de Bourdieu, se hace necesario enunciar algunos datos generales obtenidos a partir de la caracterización de la población objeto.

La muestra estuvo constituida por 461 profesionales, 54% mujeres y 46% hombres, con una edad promedio de 38 y 43 años respectivamente. Como valores extremos se encontraron 22 años para el más joven y 73 para el mayor. Estas personas egresaron de alguna de las universidades públicas del país (58%) —principalmente de la Universidad de Antioquia (53%)—. El 42% restante se tituló en una entidad privada, sobresaliendo, entre estas, el CES

(46%) y la Universidad Cooperativa de Colombia (32%). El porcentaje de odontólogos formados en universidades extranjeras fue estimado en 0,1%. El número de años promedio de haber egresado del pregrado fue de 15 (rango que va de 1 a 44 años).

El 72% de los encuestados son odontólogos generales y el 28% tiene estudios de posgrado, entre los que se destacan las especializaciones clínicas, equivalente al 60% de los encuestados (ortodoncia 51%, rehabilitación oral 17%, periodoncia/implantología 9%, odontopediatría 8%, estética 3%, estomatología/cirugía oral 8%, maxilofacial 1% y endodoncia 3%), y los relacionados con áreas administrativas y de epidemiología, salud pública/colectiva, sería el 24% de los posgraduados. El 16% restante optó por especializaciones en áreas diferentes a las clínico/administrativas en salud.

Respecto al servicio profesional que es requisito para obtener el registro odontológico —autorización para ejercer la profesión— denominado Servicio Social Obligatorio<sup>\*\*31</sup> o “rural”, el 87% de los odontólogos encuestados lo prestaron; el 13% que no lo hizo, adujo haberse acogido a la “amnistía”<sup>††,32</sup> ofrecida por el Estado. Las promociones de egresados que en menor porcentaje prestaron dicho servicio, fueron: la década del 2001-2010, con 27 odontólogos, seguida por la década de 1981-1990, con 20, la de 1991-2000, con 10 odontólogos y la de 1971-1980, con 4 odontólogos.

Entre las categorías específicas del estudio, la de *condiciones de vida* del odontólogo y los condicionamientos asociados a sus modos de existencia,

<sup>\*\*</sup> Servicio Social Obligatorio: es el desempeño de una profesión con carácter social, mediante el cual los egresados de los programas de educación superior del área de la salud contribuyen a la solución de los problemas de salud desde el campo de su competencia profesional. Como uno de los requisitos para obtener la autorización del ejercicio en los términos que definan las normas vigentes.

<sup>††</sup> Exoneración o convalidación del servicio social obligatorio autorizada por la Dirección General de Análisis y Política de Recursos Humanos del Ministerio de la Protección Social, previo concepto del Comité de Servicio Social Obligatorio.

se presentan a partir de las siguientes variables: **A. capital social heredado**, **B. capital económico**, **C. capital cultural** y **D. condiciones sociolaborales**.

**A. Capital social heredado:** operó a partir de las siguientes variables:

1. **Los de procedencia familiar:** en este se analizan las profesiones u oficios de los padres (madre y padre) de los odontólogos, con el fin de establecer en cuál grupo se insertan y reconocen.

En este sentido, el 37,3% de los padres de los odontólogos ejercían alguna profesión liberal, el 35,3% hacía trabajos independientes ligados al comercio, el 16% pertenecía al sector obrero y a las denominadas artes y oficios y el 11,2% estaba en el sector educativo, la técnica y la tecnología. Por su parte, el 62% de las madres tenía como oficio principal la administración del hogar, reconocido bajo el rótulo de “ama de casa” —el anterior dato permitió evidenciar una fuerte carga de la responsabilidad económica en el padre y de las responsabilidades del hogar en la madre—, el 38% faltante se distribuyó en profesiones y oficios de corresponsabilidad económica con el padre, destacándose, entre estos, el de las educadoras, técnicas y tecnólogas (16,8%), el ejercicio de alguna profesión liberal (11,7%) y el comercio ejercido como trabajadoras independientes (7,6%).

Los anteriores resultados suponen que los padres (madres y padres) de los odontólogos, hicieron un gran esfuerzo económico en la formación de los hijos para que estos superaran el oficio de los progenitores. Este primer hallazgo permitiría reconocer, además, que esta fuerte y permanente reconversión de capital económico en capital escolar, es un resultado que se puede corroborar con el de los odontólogos que alcan-

zaron una formación profesional en el seno de sus familias de origen (64,7%).

2. **Las relaciones patrimoniales:** en este se analizan los vínculos tradicionales como el matrimonio y el oficio de los cónyuges.

Se pudo apreciar —a partir de la configuración de los hogares— que el 57% de los encuestados poseía vínculos matrimoniales. En estos la ocupación u oficio de los cónyuges muestra un cambio comparado con los hogares de los padres, pues se pasa de una formación profesional del 32% en los esposos a 78,7% en las familias de los odontólogos analizados. También cambia considerablemente el número de mujeres que se dedican a las labores de “ama de casa”, ya que solo el 8% de las parejas de los odontólogos se dedican a este oficio, lo cual contrasta con el 62% reportado en el hogar de origen de los odontólogos.

A pesar de que estos resultados sugieren que el capital cultural de estas familias (57% de odontólogos con vínculo matrimonial) aumentaría significativamente por el mayor número de padres profesionales —condición que posibilita mayor nivel de relaciones sociales, aumento en los poderes adquisitivos, mayor capital económico y, por ende, mayor pertenencia a una clase social en la distinción—, esta situación podría verse condicionada por la *movilidad social*, como se verá a continuación.

3. **Movilidad social:** dos factores que inciden en la movilidad social son la configuración de las familias respecto al número de hijos y la movilidad residencial, entendida como el cambio de residencia (anterior y actual) en relación con el estrato socioeconómico.<sup>§§</sup>

<sup>§§</sup> Entiéndase para Colombia el sistema de estratificación socioeconómica en una escala de 1 a 6, siendo el 1 el estrato más bajo y el 6 el más alto.

Debido a que el número de hijos en las nuevas familias (odontólogos con vínculos matrimoniales) varía en 25,4% con respecto al número de hijos en las familias paternas, y que la composición en el número de hijos también se reduce —pues los hogares con 4 a 6 hijos y más de 6 hijos prácticamente desaparecen, solo persisten las primeras, pasando de 25% en las paternas a 1,5% en las de los odontólogos—, se supondría mejor calidad y modo de vida en las familias de los odontólogos con hijos, ello muy acorde con lo que es el proceso de estructuración en las familias modernas.

A pesar de la consideración anterior, la movilidad residencial evidencia una pérdida de privilegios, explicados al parecer por una baja en el poder adquisitivo de los capitales económicos y por un decrecimiento de los salarios y cambios en los sistemas de contratación —aspectos analizados en otro apartado de este texto—, que se reflejan en los resultados de cómo aumentan porcentualmente el número de familias que habitan en los estratos bajos y cómo disminuyen en los altos.

Los resultados obtenidos mostraron que el número de familias residentes en el estrato dos, pasaron del 2 al 4%, en el estrato tres se pasó del 27 al 31%, mientras que el 31% de las familias que residían en el estrato cinco se redujeron a 22%. Igual ocurrió en el estrato seis, del 14% se redujo al 8% el número de familias residentes. Sin embargo, el fenómeno se mostró diferente en el estrato cuatro, reportándose una variación incremental del 24 al 28%, lo que podría suponer una relativa estabilidad en los estratos medios.

**B. Capital económico:** analizado desde las diferentes fuentes de ingresos de los odontólogos —1. ingresos percibidos producto del ejercicio profesional, 2. dominio y tenencia de los medios de producción, 3.

ingresos familiares, 4. otras fuentes de ingresos producto de actividades diferentes a la profesión odontológica y 5. adquisición de bienes—.

### 1. De los ingresos profesionales (salarios y honorarios)

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 hecho. 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 cierta cualificación científico-técnica, primando la independencia y autonomía del contratista. En suma, el salario es al contrato de trabajo lo que los honorarios al contrato de prestación de servicios.

Los datos recolectados, reportaron que el 27% de los entrevistados percibía ingresos en un rango que oscilaba entre uno y tres salarios mínimos mensuales (1-3 SMM),<sup>¶</sup> el 31% entre tres y cinco (3-5 SMM), el 21% entre cinco y diez (5-10 SMM) y el 4% diez o más ( $\geq 10$  SMM). Debe anotarse que los profesionales se mostraban incómodos ante este tipo de preguntas, por lo que se optó por la convención y el rango de los salarios mínimos en lugar de pedirles que dieran una cifra concreta de sus ingresos. Pese a ello, el 17% se negó a responder.

Comparando los ingresos con el tiempo de haber egresado del pregrado, se tiene que quienes cuentan con 10 años de experiencia profesional,

<sup>¶</sup> Para 2010, año en que se inició la recolección de información, el monto del salario mínimo decretado por el gobierno fue de quinientos quince mil pesos (\$515.000), equivalentes a US\$271 de la época. Para la fecha en que se escribió este artículo, el dólar se cotizaba en el mercado de valores en mil setecientos setenta y seis pesos (\$1776).



tienden a percibir de 1-3 SMM; quienes promedian 15 años de haber egresado, tienden a obtener ingresos en un rango de 3-5 SMM; quienes promedian los 18 años de experiencia se ubican en el rango de los 5-10 SMM y, finalmente, los que pasan de las dos décadas de ejercicio profesional, suelen ser quienes devengan 10 o más SMM.

El 26% de los profesionales reportaron tener salarios/honorarios fijos, el 62% variable y el 12% fijo y variable. En el sector privado la moda con respecto al pago de salarios/honorarios a los odontólogos contratados es de 1-3 SMM (37%), seguido del rango de 3-5 (36%), 5-10 (16%) y  $\geq 10$  SMM (2%). En el sector público, la moda se da en el rango de 3-5 SMM (41%), seguido por el de 5-10 (34%),  $\geq 0$  SMM (7%) y 1-3 SMM (7%).

Los honorarios percibidos a manera de porcentaje por la obra o labor hecha, tenían un límite inferior del 20% y uno superior del 80% ostentado por un odontólogo general. Así, el 29% promediaban ingresos porcentuales del 31% del valor de las actividades, procedimientos e intervenciones hechas, el 62% se quedaba con el 49% y el 9% con el 66%.

## 2. Dominio y tenencia de las unidades prestadoras de servicios de salud bucal

Los odontólogos entrevistados —según sus relaciones socioeconómicas con los medios de producción— fueron clasificados como independientes (52%), dependientes (38%) y mixtos —dependientes/independientes— (10%).

El 27% de los odontólogos se caracterizaron por tener el dominio pleno (tenencia, uso y disfrute) de la Unidad Prestadora de Servicios de Salud Bucal (UPSB) en la que ejerce, y el 24% figuran en calidad de arrendatarios de tiempo completo del espacio físico. Tanto dueños como arren-

datarios son tenidos aquí como odontólogos independientes. De otro lado, los odontólogos dependientes y mixtos se debaten entre no ser propietarios ni arrendatarios (31,6%). El 17% de los entrevistados se abstuvo de responder a esta pregunta.

## 3. Ingresos familiares

Este estudio indagó por los ingresos del grupo familiar, reportando que obtienen entre 1 y 3 salarios el 21% de las familias, entre 4 y 6 el 28,4%, de 7 y 10 salarios el 29,5% y más de 10 salarios el 18% de las familias.

## 4. Otras fuentes de ingresos producto de actividades diferentes a la profesión odontológica

El 22% de los odontólogos encuestados afirma tener o desarrollar alguna otra actividad económica, lo que le representa unos ingresos adicionales a los obtenidos por su labor profesional. Las actividades más representativas provienen, en primer lugar, de las inversiones en finca raíz (38,2%), en segundo lugar de diversas actividades del sector comercial (17,6%), en tercer lugar de labores docentes (13,7%) y, finalmente, del sector financiero (7,8%).

Es relevante subrayar que entre el 18 y el 20% de los odontólogos refirieron mayores ingresos producto de ganancias adicionales, lo que les permitía un cierto grado de refinamiento y distinción. Más del 60% de los odontólogos pertenecía a una posición intermedia y el grupo restante, aproximadamente entre el 20 y 22% de los odontólogos, a una posición más baja respecto a sus ingresos o salarios.

## 5. Adquisición de bienes

Respecto a este apartado, el estudio indagó por los bienes que pudiesen ser catalogados en la so-

ciudad de consumo como bienes inmuebles y bienes suntuarios, entre estos últimos: los medios de transporte propios, vehículos (carro y moto) y las nuevas tecnologías para la comunicación e información (televisores, celulares, aparatos computacionales, entre otros). Se encontró lo siguiente: poseían casa o apartamento propios el 55,7%, de los cuales el 22,1%, lo adquirieron de contado (efectivo), el 65,7% a crédito y el porcentaje restante omitió tal información, o menciona otra forma diferente de obtención, como heredad o regalos. De este 55,7%, el 3% posee más de una propiedad y 28% del total de los encuestados manifiesta tener un bien adicional como local comercial, finca, entre otros.

La posesión de vehículo se reportó en el 60,8% de los encuestados (57,3% carro y 3,5% moto), la forma de adquisición se dio de contado en el 42,8% de los que poseían carro y 62,5% en la posesión de moto. De entre los bienes suntuarios, el objeto de mayor apropiación en la población encuestada fue el celular con 80%, seguido del sistema de computación portátil, las cámaras digitales, el televisor plasma y los equipos de sonido. El 80% (valor promediado) de los bienes mencionados se adquirieron de contado. Sugieren los datos, al igual que los resultados anteriores de ingresos y salarios, unas prácticas comunes en una proporción considerable de los odontólogos (60 a 70%, aproximadamente) para la posesión y adquisición de bienes.

**C. Capital cultural:** partiendo de las diferentes formas de este capital mencionadas anteriormente, se indagó desde los gustos por los bienes de hogar, hasta la inversión en el tiempo libre, la música, el vestuario, las comidas, la lectura, la cinematografía, el acceso a medios como radio y televisión, la museografía, la pintura y los sitios de esparcimiento.

Al indagar por el estilo de muebles que poseían los odontólogos, primaron los estilos modernos en 69,7%. El 82,6% escogería muebles modernos si tuviera que elegirlos hoy mismo. Llama la atención que la posesión de los muebles antiguos 20,6%, rebajó en la aspiración de tenerlos a tan solo 6,5%, y el aumento poco considerable de 7,3% de la posesión de los rústicos a una aspiración del 10,9% de tenerlos.

Al resumir en 3 adjetivos lo que considera el hogar ideal, las opciones más representativas fueron: “limpio” con el 60,3%, seguido de “confortable” para el 33,8% de los odontólogos y funcional para el 26,8%. Estos adjetivos nos permitieron sugerir que el grueso de los profesionales odontólogos, en palabras de Bourdieu, hacía una mediación desde sus acciones aferrándose a cierto estilo de vida por su distribución en la cultura de los grupos.<sup>24</sup>

De acuerdo con este planteamiento, el predominio del adjetivo limpio, al parecer, puede darse por dos situaciones: una, por la tradición disciplinaria que consagra la limpieza como antesala de toda práctica, para el caso la curativa, y dos, por “los rezagos de una clase popular que en su interior demanda la restitución de unas necesidades aun insalvables reivindicando la limpieza y la comodidad”. De otro lado, las reivindicaciones de los otros adjetivos tienen una explicación que Bourdieu reclama como propia para las clases medias, las cuales “[...] ya liberadas de las urgencias desean un hogar cálido, íntimo, confortable y cuidado”.<sup>24</sup>

Las tres actividades de mayor preferencia o gusto en el uso del tiempo libre que se identifican en este grupo de profesionales son, en su mayoría, motoras. Priman las deportivas y el caminar (55,7%), dejando, en segundo lugar, las preferencias por actividades como la lectura de libros e internet (31,6%) y en tercer lugar, las actividades culturales y la música (27,1%).

Los gustos musicales fueron muy diversos y flexibles, mostrando seguidores en todos los géneros propuestos, siendo los más representativos el rock/pop (inglés o español) con 23,4%, el género tropical con 17,27%, la música clásica 14%, el bolero con 9,5%, seguidos de las rancheras, el jazz y el reguetón con 7% cada uno.

La música clásica, a pesar de ser escuchada solo por el 14% del grupo, es del agrado del 30,5% de la población; sin embargo, el 24% afirma que su gusto no es compatible con el conocimiento que tiene de ella y el 17,5% afirma que le interesa cualquier tipo de música de calidad. Muestra de lo anterior es el conocimiento superficial en cuanto a los exponentes de la música clásica, pues solo se conoce a los compositores más representativos del género, como Beethoven 19,6%, Mozart 17,1%, Vivaldi 16,7% y Bach 10,6%.

En cuanto al guardarropa, este grupo profesional muestra varias opciones a la hora de adquirir sus trajes y vestidos, mostrando tendencia más fuerte a la opción de otros con el 43,6% —en el que refieren como propósito mayoritario que estos sean de su agrado y estén en el mercado—, en segundo lugar el 30,2% lo adquiere de confecciones en serie y en tercer lugar, aparecen las marcas especiales con 26,4%.

Al respecto de los gustos relacionados con los platos ofrecidos a la hora de tener comensales, se observa que la sencillez y buena presentación priman en este grupo con el 35,7%, en segundo lugar, ofrecer los platos de tradición familiar o de la región con el 17%, dejando las comidas más finas y esmeradas en tercer lugar, con el 16%. En porcentajes menores se reportan las comidas abundantes y buenas, sin ceremonias, apetitosas y económicas, las originales y las exóticas.

Es posible generalizar alrededor de este grupo de gustos (uso del tiempo libre, gustos musicales, uso de prendas o vestidos y gusto en el ofrecimiento de comidas) que existe un grupo (10 al 20%, aproximadamente), en el que se destaca la preferencia de opciones refinadas, como los gustos por la música clásica, las ropas de marca, la cocina exótica y los platos refinados, al igual que la prelación de actividades intelectuales y culturales en el tiempo libre. Otro grupo más numeroso (40 a 60%) tiene unas apropiaciones más triviales propias del gusto medio, lo que determinaría de cierta forma unas posiciones diversas en una misma clase, dependiendo del lugar y de los espacios en que este se mueve. Ello en virtud del peso de su patrimonio y el peso relativo del capital económico, cultural y trayectoria social. De modo correlativo a la adquisición de capitales que insinúa un acercamiento a las disposiciones de los patrones de comportamiento burgués.<sup>24</sup>

El gusto por las relaciones personales y el contexto social —que a su vez forman parte del *capital cultural*—, se exploraron a partir de los siguientes resultados: cualidades que se aprecian en las personas, gustos por la lectura y el cine, acceso a medios como radio y televisión, apreciación y disfrute de los museos, la pintura y los sitios de esparcimiento.

Las cualidades que más se aprecian en una persona para los odontólogos encuestados fueron la responsabilidad y la sinceridad, con valores del 20% para cada, con menor porcentaje se encontró gusto por personas educadas, con el 13,6% y equilibradas y sociables con el 10%. Por su parte, la lectura muestra diversidad en los gustos, encontrando la mayor afluencia en los textos científicos, de literatura y de crecimiento personal. Los formatos preferidos a la hora de leer son los libros con 62%, sin embargo otros elementos, como revistas y prensa, mostraron valores significantes del 37 y 25% respectivamente. Se encontró que hay uso de todos los medios de

presentación disponibles, sean impresos o magnéticos, reportando el 56% el uso de ambas presentaciones. A la hora de invertir dinero en material de lectura, se encontraron valores muy variados, casi específicos por profesional, el más común fue de 50.000 con 18%. De otro lado, las suscripciones a medios escritos la poseen solo el 32,8% de los encuestados.

Una valoración en el gusto por el séptimo arte muestra seguidores para todos los géneros, excepto el bélico y *western*. El mayor interés está en las películas tipo comedia, drama, aventura y ficción, con porcentajes que varían entre el 40 al 45%, el segundo grupo prefiere los filmes documentales e históricos, con rangos entre el 25 al 30%, las películas infantiles y las de ciencia ficción oscilan entre el 20 al 25%. Con valores inferiores a 15% aparecen las películas de musicales, suspenso, terror y biográficas. De hecho, los filmes más vistos de la historia (más reciente) del cine, con valores cercanos al 50% son: *El Señor de los Anillos*, *La vida es bella*, *Avatar*, *El Padrino*, *La lista de Schindler*, *El pianista*, *Forrest Gump* y *Matrix*.

Por su parte, la radio es un medio de comunicación bastante utilizado en este grupo de profesionales, con una cifra del 75,7%, registrando gustos, en su mayoría, por emisoras del tipo musical y en segundo lugar, las noticias. La televisión igualmente es un medio cotidiano para los odontólogos, revelado en su uso diario en 75,7%, con intensidades diarias muy variadas y con gustos destacados por las noticias con 66,5%.

El museo y la pintura son actividades preferidas por el 21,2% de los encuestados. El porcentaje faltante manifiesta alguna limitación respecto a este gusto, ello por un escaso conocimiento, poco interés o debilidades para poder juzgarlo. Esto se ve reflejado en el poco conocimiento acerca de los mayores ex-

ponentes del arte pictórico, ya que solo reconocen a Da Vinci el 60%, a Picasso el 57%, a Van Gogh y Miguel Ángel 46% cada uno, Rembrandt 41%, Dalí 40%, y a Goya, Monet y Velázquez el 35%.

Asimismo, para el 58% de los odontólogos, las visitas a los museos son poco frecuentes aunque reportaron visitas a los establecimientos locales, entre ellos, el Museo de Antioquia (46%), el Museo de la Universidad de Antioquia (30,6%) y el Museo de Arte Moderno (25%). En las costumbres para las vacaciones, este grupo profesional refirió, en su gran mayoría, tendencia a los viajes nacionales, con 62% para otras ciudades y pueblos cercanos 31%. No obstante, el 18% opta por viajar a otro país.

Los aspectos tratados y agrupados en la categoría gustos —posesión de bienes, usos del tiempo libre, preferencias sociales y apropiación del contexto y gusto estético—, todas ellas portadoras de capital cultural, se convierten, para Bourdieu, “en un conjunto coherente de preferencias que encuentran su principio en unos sistemas de disposiciones distintos y distintivos, por la relación que guardan entre ellos, como por la relación en sus condiciones de reproducción”.<sup>24</sup>

**D. Condiciones sociolaborales y gremiales:** esta variable se analizó desde 1. la autonomía/heteronomía en la toma de decisiones en la práctica profesional, 2. los tipos de contratos (de trabajo y civil de prestación de servicios), 3. las prestaciones sociales y la seguridad social y 4. las relaciones gremiales.

El ejercicio liberal e independiente de la profesión odontológica, entendida como la máxima expresión de la autonomía económica, social y cultural a la que puede aspirar un odontólogo —en los límites morales, deontológicos y jurídicos permitidos—, implica una particular forma de relación del pro-

fesional con otras personas e instituciones inter- y transectoriales y con la sociedad en general.

### 1. **Autonomía y heteronomía en el ejercicio profesional**

Esta investigación consideró como odontólogos independientes —51,6% de la muestra— a aquellos que tienen en su haber el dominio pleno de los medios de producción y que escapan a cualquier tipo de subordinación laboral, contractual y científico-técnica en la cotidianidad de su práctica.

De otra parte, el 48,4% de los odontólogos encuestados eran dependientes o ejercían de manera mixta su profesión (dependiente/independiente). De estos, el 54% contaba con jornada de trabajo fija e impuesta por el empleador/contratante; el 46% restante cuenta con jornadas de trabajo variables y concertadas con el patrono/contratante. Así mismo, el 65% de los odontólogos reportó autonomía en la elección del técnico de laboratorio dental al cual remite los trabajos protésicos u ortopédicos. El 7% lo hace de manera heteroautónoma, es decir, mediada por la concertación con el empleador/contratante, y al 12% de los odontólogos les es impuesto el servicio técnico de laboratorio dental. Los demás no saben o no responden.

En cuanto al manejo de la agenda, el 63% afirmó contar con plena autonomía, al 15% le generaban de manera heterónoma la agenda y el 12% tenía la posibilidad de concertarla con el empleador/contratante. De igual forma, el 65% de los odontólogos manifestaron ser autónomos en la elección de materiales e insumos, mientras que el 15% lo hacía heteroautónomamente y al 16% de los clínicos el empleador/contratante les imponía estos productos.

Los datos mostraron que las tarifas de las actividades, intervenciones y procedimientos en salud bucal, eran fijadas autónomamente por el 54% de los odontólogos, el 13% tenía la posibilidad de participar en la negociación pro estipulación de las mismas, mientras que el 24% no participaba en la concreción de estas.

### 2. **Los tipos de contratos**

El contrato es entendido como una fuente de obligaciones que surge de la avenencia de dos o más personas que se proponen crear, modificar o extinguir una relación jurídica. Los tipos contractuales que aquí interesan son el contrato de trabajo (con particulares y con el Estado)<sup>32</sup> y el civil de prestación de servicios.<sup>33</sup> Las modalidades contractuales en la clasificación laboral suelen ser el contrato de obra o labor determinada, el contrato a término fijo y el contrato a término indefinido.

En cuanto a las modalidades contractuales, se percibieron deficiencias de conocimiento técnico por parte de los odontólogos para reconocer las diferencias entre los diferentes tipos de contrato (indefinido, a término fijo, de prestación de servicios). Sin embargo, fue posible determinar que, de los 223 odontólogos en condición de dependientes y mixtos, el 80% tenía una relación contractual con el sector privado: mediante contrato de trabajo (32%) y por prestación de servicios (48%). Del 13% de odontólogos relacionado con el Estado, el 9% se encuentra posesionado como empleado público —carrera administrativa (5%) y provisionalidad (4%)—, mientras que el 4% faltante es contratado bajo la modalidad de prestación de servicios. El 7% de los entrevistados no respondieron.

Otros tipos de contratos identificados por los odontólogos dependientes y mixtos fueron: la

prestación de servicios en el sector privado —a través de una cooperativa de trabajo asociado (CTA)— representando el 4%, y otro de tipo flexible con pago porcentual de los honorarios por la obra o labor clínica debidamente ejecutada por el profesional y completamente cancelada por el paciente, que representó el 28%.

### 3. Las prestaciones sociales y la seguridad social

Constituyen todos los pagos que el empleador hace al trabajador en dinero, especie, servicios u otros beneficios de origen legal, convencional, contractual, reglamentario, arbitral, judicial o por acto unilateral del empleador, con el fin de cubrir los riesgos o necesidades del trabajador. El auxilio de cesantías, la prima de servicios, el auxilio de transporte y la dotación de calzado y uniforme de labor (para remuneraciones inferiores a 2 SMM), el subsidio familiar (especiales condiciones de ley).

La totalidad de los odontólogos que, como empleados públicos, se encuentran vinculados laboralmente al sector público, declararon el reconocimiento y pago efectivo por parte de su empleador del salario y demás prestaciones sociales, no así en el sector privado, en el cual el 8% de los odontólogos, con presunto contrato de trabajo, consideran que no les están reconociendo estos derechos laborales.

Con respecto al Sistema de Seguridad Social Integral, el 23% de los odontólogos entrevistados se encontraba cotizando al régimen contributivo del SGSSS. Llama la atención el hecho de que los odontólogos que ejercían liberalmente la profesión (independientes) no cotizaban a dicho régimen, sino que aparecen como beneficiarios de sus cónyuges o compañeros permanentes, haciendo parte del 61% de odontólogos (54%

hombres y 46% mujeres) en condición de beneficiarios.

Pertenecían al régimen subsidiado el 1, y el 15% restante comprende a vinculados —población pobre no asegurada al sistema— y a los profesionales no reportados en el Sistema, por lo que deben asumir con ingresos propios los costos de los servicios de salud. En este sentido, el 33% de los odontólogos tenía planes de medicina prepagada, el 6% contaba con póliza de seguro de salud, el 2% tenía algún plan complementario de salud, otro 2% aducía contar con otro tipo de protección en salud diferente al POS (Plan Obligatorio de Salud).\*\*\* El 57% de los odontólogos no cuenta con planes voluntarios de salud.

Con respecto al Sistema General de Pensiones —SGP—, el 88% de los odontólogos se encontraba afiliado, de estos el 24% estaban activos al Régimen Solidario de Prima Media con Prestación Definida (administrado por ISS/Colpensiones), el 5% aparecía inactivo en este régimen. En el Régimen de Ahorro Individual con Solidaridad —RAIS— el 60% de los afiliados estaba activo y el 9% inactivo. Entre tanto, el 2% de los odontólogos contaba con una pensión de vejez, mientras que el 8% no había cotizado nunca y el 4% se abstuvo de contestar.

El 5% de los odontólogos reportó destinar recursos específicos por fuera del SGP para cubrir las contingencias derivadas de la vejez, la invalidez y la muerte. Ejemplo de ello fueron los aportes voluntarios, las inversiones y los ahorros en el sector financiero, o a través de la adquisición de bienes raíces, pólizas de seguros de vida e integridad personal. El 40% de los odontólogos no contaba con afiliación al sistema de riesgos

\*\*\* Paquete de beneficios de servicios de salud expresados en la Ley 100 de 1993 o Sistema General de Seguridad Social en Colombia, reglamentado en el Acuerdo 29 de 2011 de la Comisión Reguladora en Salud —CRES—.

laborales, el 17% lo hacía por cuenta del empleador y el 40% como independiente. En este último caso, denuncian tener que simular un contrato de trabajo para poder ser afiliados.

#### 4. Las relaciones gremiales

La posibilidad que tiene el odontólogo —en virtud de su profesión y del lugar que ocupa en la sociedad— de trascender el espacio laboral y llegar a propiciar encuentros de participación social, de legitimación gremial y construcción de civilidad, implica la activa y comprometida inserción de aquel a diversas formas de organización civil y comunitaria: escenarios de y para el encuentro y la relación con el otro en pos de propósitos, objetivos y metas de interés común. En este punto se podría pregonar que este odontólogo se erige como un ser político.

A este respecto, el estudio indicó que cerca del 1% de los odontólogos con modalidades de ejercicio profesional dependiente o mixta se encontraba afiliado a algún sindicato de trabajadores. Asociados a cierta cooperativa del sector solidario, se encontraron cerca del 30%; 12% lo hace a una asociación, federación o colegio de carácter gremial y 5% reporta adscripción a otras formas asociativas (religiosas, políticas, lúdicas). Por su parte, el restante 52% respondió no tener vínculo alguno, bien por apatía, bien por no contar con tiempo disponible para ello (51% independientes, 42% dependientes y 7% mixtos).

Siguiendo esa línea reflexiva de la disponibilidad de tiempo, es imprescindible describirla con respecto al número de horas semanales (h/semana) de trabajo destinadas por los odontólogos a su práctica profesional. Así las cosas, se tiene que, comparando la época en que egresaron los entrevistados, el promedio era de 44 h/s contra

41 h/semana trabajadas en la actualidad (44 h/semana para los odontólogos generales y cerca de 39 h/semana para los especialistas). Este ejercicio permitió encontrar situaciones extremas entre los profesionales de 5 y 96 h/semana.

## DISCUSIÓN

La indagación hecha acerca de las condiciones de vida de los odontólogos del área metropolitana del Valle de Aburrá, ilustra la manera cómo los sujetos participantes del estudio tienen una disposición social permanente de inserción a la sociedad —como grupo (profesión)— por medio de habitus ligados a su historia, es decir, a través de unas capacidades concretas que favorecen su devenir cotidiano y que suelen expresarse en las diferentes formas de interacción social.

En la teoría sociológica de Bourdieu, disposición social se refiere a “[...] un sistema duradero y transferible de estructuras predispuestas que funcionan como principios generadores y organizadores de prácticas y de representaciones que pueden ser objetivamente adaptadas a su meta, sin suponer un propósito consciente de ciertos fines, dominios o de operaciones necesarias para alcanzarlas, sin ser para nada el producto de la obediencia a determinadas reglas, sin que se den orquestadas porque en ellas no media director de orquesta”.<sup>34</sup>

Los habitus son adquiridos por cada sujeto social a partir del influjo que sobre este ejercen ciertas condiciones de vida. Los habitus varían de acuerdo con la función y posición que estos individuos ocupan en el espacio social en que se desenvuelven. Se puede hablar entonces de una serie de acciones o de *habitus de clase*,<sup>24</sup> que hacen que los odontólogos se inscriban en una clase social determinada a través de la acumulación de diversos capitales, ya sea en los ámbitos económico, social o cultural. Capi-

tales que, a su vez, son estimulados por las reglas de la sociedad que los cobija.

La teoría sociológica de Pierre Bourdieu ha utilizado esta categoría, la de *habitus*, para sustituir la dicotomía existente —entre lo objetivo y lo subjetivo, y entre lo individual y lo social— por una explicación de *prácticas sociales*, que —en razón a los diferentes *habitus*— estructuran ciertos modos de existencia social, los cuales, a su vez, se traducen en estilos de vida de los individuos y sus familias y modos de vida grupal,<sup>35</sup> permitiendo que este y aquellos afronten su propia existencia como grupo social diferenciado o clase, en este caso la de los odontólogos.

Los resultados de este estudio permiten reconocer y explicar la existencia de una relativa concordancia entre las diferentes prácticas sociales de los odontólogos que participaron en el estudio, y afirmar que existe una ubicación social que es transferible, es decir, puede transponerse, tener movilidad de un ámbito de la práctica a otro, de un campo a otro, de una clase a otra, de una disposición social a otra. Incluso, generar una reconfiguración de los *habitus* o propiciar la creación de uno nuevo. Todo ello en virtud de las complejas dinámicas de estructuración y funcionamiento de una sociedad, cuyo tráfico relacional se circunscribe a los mercados y al consumo, de una sociedad profundamente influida por el neoliberalismo.

La premisa inicial de este estudio fue: *La odontología es hoy una profesión liberal que se debate entre la distinción y la extinción*. La realidad de los odontólogos evidenciada, sugiere características de una profesión que se mantiene con ciertos privilegios diferenciadores de clase en la distinción. Sin embargo, los procesos de determinación más estructurales y estructurantes de la práctica social, ponen al descubierto un proceso de reconfiguración

y reacomodo interno, tanto en su campo profesional como en sus diferentes formas de acumulación y de apropiación de los capitales.

Esta reconfiguración del campo se da a partir de doble juego, el primero de ellos en las estructuras objetivas de su tradición disciplinaria y en las heredadas en razón a su pertenencia familiar. El segundo, en las estructuras incorporadas, *habitus*, producto de las relaciones sociales, económicas y políticas.

Este doble juego también genera reacomodos que tienen expresión a través de acciones o actos que implican ciertos descensos sociales, movilidad o nuevas relaciones de heredad que estimulan una tradición, la cual permite la permanente reconversión de capital económico en capital escolar, que terminan incidiendo de forma positiva o negativa en las acumulaciones de los capitales social, económico o cultural.

El odontólogo colombiano tiene ante sí el panorama de una profesión cuya autonomía es restringida o potenciada de manera diferenciada, según se hereda o se accede a ciertas oportunidades en el campo<sup>†††,24</sup> de la salud y en la interacción con otros campos, en la que bien sea individual o colectivamente —a través de formas asociativas o gremiales— se afrontan tensiones, conflictos, competiciones.

En el escenario del Sistema General de Seguridad Social en Salud o en el de la práctica privada de la odontología, sea cual sea la modalidad contractual, los odontólogos y otros actores —que interactúan desde, hacia o en el campo de la salud— miden fuerzas permanentemente, generando todo un “campo de poder” en procura de establecer monopolios de “capital” y jerarquías, como actos propios

††† El “campus” o campo es “un espacio estructurado de posiciones cuyo funcionamiento depende, entre otras cosas, del *habitus* de las personas que hacen parte de este, y cuyas propiedades dependen, a su vez, de su posición en estos espacios, y que pueden analizarse en forma independiente de las características de sus ocupantes”.<sup>24</sup>



de autoridad o influyendo a la autoridad para mantener el estado de las cosas o inducir el cambio.<sup>36</sup>

Ese campo de la salud en Colombia evidencia cierto determinismo económico que incide en el orden y la concepción institucional. De un lado un modelo neoliberal en transición, capaz de concebir, desde el derecho y el orden institucional —por lo menos formalmente—, un esquema de mercado “solidario” para la reproducción y contratación —cada vez más flexible y precaria— del talento humano en salud, con la teleología de garantizar el acceso a los servicios sanitarios de todos los habitantes del territorio nacional y contribuir con la calidad de vida individual y colectiva, al abrigo del discurso de los derechos fundamentales.

De otro lado, la concreción material de todo aquello ha sido abordada por estudios como el de Nieto, Montoya y colaboradores;<sup>15</sup> el Ministerio de la Protección Social, Universidad Javeriana/Cendex<sup>37</sup>; el SENA, la Federación Odontológica Colombiana y el Colegio Colombiano de Odontólogos;<sup>38</sup> la Escuela Nacional Sindical-ENS<sup>9</sup> y la Defensoría del Pueblo,<sup>39</sup> en los que se dan cuenta de aspectos tales como: la proliferación no planificada de entidades de formación superior, en cuanto a las cualidades (perfiles) y cantidades (necesidades) del talento humano en salud, un Sistema General de Seguridad Social en Salud sobrediagnosticado por sus fallas estructurales, afincado en la rentabilidad financiera, por encima de la rentabilidad social, y de la tutela efectiva del derecho a la salud de la población y una industria de la salud que se prevale de todo tipo de argucias para incrementar las utilidades, en desmedro de la autonomía profesional, de la calidad y el humanismo del acto médico y odontológico, de la persona del “usuario”.

Este estudio, focalizado en el AMVA, ratifica los argumentos antes mencionados, dejando en evi-

dencia que cerca del 50% de los odontólogos que prestan sus servicios —mediando un contrato de trabajo, uno de prestación de servicios o de obra o labor disfrazado de ocupación por cuenta propia—, enfrentan las consecuencias de la implementación de un modelo económico neoliberal, que lleva consigo la pauperización de las condiciones de trabajo, afectando con el paso del tiempo la posibilidad de contar con mejores oportunidades de ascenso socioeconómico y de clase social, de distinción.

Nótese cómo hoy día son excepcionales los ingresos que superen los 4 SMM para los recién egresados, cuando en la década de los 70 y 80, el primer salario/honorario bordeaba los 10 SMM, e incluso la progresiva extinción de la prestación del servicio social obligatorio, a propósito de la nueva forma de adjudicación de plazas en el sector público. Porque el carácter social de doble vía profesional-comunidad, son evaluados únicamente desde una perspectiva política de pérdida de la oportunidad para las prácticas clientelistas de adjudicación de plazas, que se justifican demagógica y administrativamente con fórmulas utilitaristas (costo/beneficio) al servicio del capital.

Esta situación de *habitus*, *capitales* y *estilos de vida*, le permite al odontólogo —según Bourdieu— una ubicación razonable en cierta clase social (enclasmamiento). Para el caso de este estudio, comparable y llevadero con los patrones asumidos, de un lado, por la denominada clase media y media-baja, ocupada en la consecución del capital económico que permita su subsistencia y con notorias dificultades para siquiera considerar la acumulación de otros capitales; y, de otro, la clase media o media-alta que, —a manera de pequeña burguesía—, se desenvuelve entre evitar el descenso social y procurar mínimamente conservar el statu quo de sus condiciones de vida, sin renunciar a tratar de emular los

modos de vivir exclusivos de una clase social alta (burguesa) en lo económico, social y cultural.

Podría aseverarse que se tienen varias clases sociales en la odontología, a partir de la relación de los profesionales con el sistema de prestación de servicios. Una vez ubicado el odontólogo en una clase social, tenemos que en el vértice de la pirámide yacen los odontólogos especialistas con lugares de trabajos estables, dueños de su fuerza de trabajo y los medios de producción, que, a su vez, tienen trabajando a otros profesionales o personal talentoso en salud, obteniendo ingresos iguales o superiores a los 10 SMM, permitiéndose estilos de vida que socialmente gozan de reconocimiento y son señal de distinción.

Estos profesionales son los que mantienen la más elevada expresión de lo que puede concebirse como profesión liberal de la odontología, por lo que cuentan, salvo por la regulación heterónoma del Estado, con la mayor autonomía posible para definir sus jornadas y lugares de trabajo, capacidad de ahorro e inversión, posibilidad de satisfacer sus gustos o incorporar unos nuevos a sus hábitos.

Es posible que otros agentes no odontólogos que invierten en el negocio de la salud ocupen este lugar, convirtiéndose en agentes foráneos que logran colonizar un lugar dentro de un campo a expensas del capital, demostrando un resquebrajamiento en la exclusividad de profesionales del ramo en la cadena productiva de servicios.

Es excepcional encontrar odontólogos generales posesionados en ese vértice, y quienes lo han hecho tienen extensas jornadas de trabajo o han modificado su sistema de trabajo, convirtiéndose en empresarios de la salud. No obstante, una constante en este grupo en particular es que promedian una experiencia de casi dos décadas de ejercicio profesional, mismo que le permite cierto *good will*.

Los otros niveles de pertenencia a una u otra clase social se distribuyen entre quienes, siendo independientes —especialistas o generales—, están en calidad de arrendatarios de tiempo completo de las locaciones pero son propietarios del equipamiento, o entre quienes predicen doble condición de dependientes-independientes. Siguiéndoles aquellos que no son ni propietarios ni arrendatarios y trabajan como dependientes, a través de contratos laborales o de prestación de servicios y de quienes alquilan por horas o contratan por obra o labor a destajo, percibiendo honorarios porcentuales, recurriendo, algunos, a la movilidad intra- e intermunicipal, para reunir los ingresos suficientes que logren cubrir o por lo menos aproximarlos a sus expectativas presupuestales de capital económico.

Preocupa en demasía, con respecto a la obligación constitucional y legal por parte de los profesionales que perciben ingresos de hacer aportes al Sistema General de Seguridad Social Integral, ora la pobreza de capital cultural,<sup>40</sup> ora el fenómeno de la anomia. Es preocupante la elevada evasión y elusión de aportes a los diferentes subsistemas. Es inconcebible que la mayoría de los odontólogos independientes aparezcan como beneficiarios de sus cónyuges o compañeros permanentes al régimen contributivo de salud, y que muchos de ellos se encuentren en condición de afiliados inactivos o, peor aún, que nunca hayan cotizado al Sistema General de Pensiones. Se tiene la idiosincrasia de que la contingencia que se cubre es la vejez, soslayándose otras de igual o superior entidad por los efectos devastadores que podrían acarrear al odontólogo y a su grupo familiar: la invalidez y la muerte.

Con respecto a los riesgos profesionales, persiste la baja afiliación de los independientes e incluso la de los dependientes, que contratan por prestación de servicios por el carácter voluntario o permisivo de la ley, o por las barreras a la afiliación

interpuestas por las respectivas administradoras de riesgos profesionales (ARP). Así lo demuestran los estudios antes referidos, el informe del Ministerio de Trabajo de 2012 presentado ante el Congreso de la República, y el de trabajo decente en la ciudad de Medellín patrocinado por la ENS. Las consecuencias de este desamparo afectan directamente los estilos de vida cuando se presenta el siniestro de un accidente de trabajo o una enfermedad de origen laboral, y no se cuenta con la cobertura asistencial o con las prestaciones económicas que ayuden a compensar el daño. Se espera que la nueva ley que regula el Sistema de Riesgos Laborales<sup>41</sup> y que procura por promover la afiliación obligatoria y voluntaria de los trabajadores independientes, surta el efecto deseado en el interior del gremio de los odontólogos.

Finalmente, ha de afirmarse que el de los odontólogos es un gremio asistemático, desorganizado, pobremente cohesionado, carente de masa crítica. Ello posiblemente se debe al evidente desinterés de estos profesionales para asumir compromisos que los descentren de un ejercicio ciudadano, que gravita en torno a la prestación de servicios de salud predominantemente individualista, quizás por el temor escénico que le pueda representar interactuar con el otro y los otros, lejos de la seguridad de un consultorio odontológico y de todo lo que le es conexo, de comprometerse con propósitos sociales, políticos, culturales y económicos de interés común para su propio campo disciplinario, o para su comunidad.

## CONCLUSIONES

La caracterización de las condiciones de vida de los odontólogos del área metropolitana del Valle de Aburrá, permite evidenciar la reconfiguración de la práctica odontológica desde la realidad de la profesión, a partir de tensiones tales como:

- Los permanentes debates que se plantean en los ámbitos discursivos de quienes leen y proyectan la profesión versus el embate cotidiano de unos profesionales con expresiones, alaridos, quejas y reclamos por su supervivencia.
- La tradición formativa acuñada en el ejercicio liberal e individual de la profesión versus una oferta laboral de una sociedad de mercados, que en la práctica impone un ejercicio subordinado de dependencia a los dueños del capital.
- La distinción como oportunidad para ocupar y obtener un ascenso social versus la brega, la lucha por la pérdida de privilegios, que extinguen una fuerza laboral con tradición distintiva.

Estas tensiones son el resultado de:

- Una sociedad de mercados que evade las responsabilidades sociales y favorece las exacciones como la publicidad engañosa, la competencia desleal, las prácticas monopólicas, las modas y los esnobismos tendientes a estimular hábitos de consumo, relegando a un segundo plano las necesidades prioritarias relacionadas con la situación de salud bucal y la calidad de vida de la población. Una industria de la salud que busca la rentabilidad económica, prevaliéndose de estrategias de mercado a través del posicionamiento de marcas, servicios y productos.
- Una generación de odontólogos que van consolidando un marco de relaciones sociales, económicas y políticas en la cotidianidad de su trabajo en sus UPSB, a través de la naturaleza, configuración y distribución de los servicios y equipamientos, proyectando sus relaciones a un campo de tensiones y conflictos, marcado por las disputas de un dominio territorial y de mercados.
- Una práctica profesional que traduce sus condiciones en acciones profesionales (*habitus*), que

devienen en unas disposiciones para la acumulación de capitales, y se convierten, a su vez, en una disputa profesional y social por tener una ubicación en un espacio social y pertenecer a una clase social superior a la de la familia de origen.<sup>24</sup> Esto a su vez se evidenció en la realidad de los odontólogos del AMVA desde:

a) El *capital económico* mediado por las nuevas formas de relaciones laborales (flexibilización, desregulación), de cobertura y respuesta a las necesidades de salud bucal —las reales y las creadas por nichos de mercado a través de paquetes, portafolios, planes de beneficios y de las diferentes acumulaciones de capital económico—, creando tensiones conflictivas, entre lo público y lo privado, entre dueños y empleados, entre honorarios, salarios y pagos por porcentajes, servicios y actividades. En fin, un modelo y un sistema de salud que hace del servicio un mercado y de la necesidad de salud una mercancía. Una profesión que se dispone cada día a las ofertas de productos y mercados de insumos de casas comerciales y de agencias monopolizadas, en las que el capital transnacional impone —para la atención y los servicios odontológicos— el desarrollo socioterritorial de las UPSB en los municipios, y que distorsionan las dimensiones “del gusto” y “la necesidad”.

b) Un capital cultural *heredado o institucionalizado* que actúa como garantía legal de cualidades, por medio de títulos académicos y certificados escolares, el cual se espera garantice el alcance de capital económico, por medio del acceso en la carrera profesional. Sin embargo, esta oportunidad de explotar esta clase de capital depende de la escasez de cada título en el mercado de trabajo de la época correspondiente. La realidad de los odontólogos participantes del estudio, evidencia una fuerte disputa que se ve reflejada en la con-

figuración y movilidad de las familias (cada vez más pequeñas, con padre y madre trabajadoras), con títulos profesionales, un cambio permanente de residencia y, por lo tanto, de estrato socioeconómico. Una lucha por los mercados entre odontólogos generales y especialistas, una movilidad laboral que exige la extensión de los horarios laborales, la permanencia en varios sitios de trabajo, entre otras.

c) *Un capital cultural incorporado*, adquirido por medio de los procesos de socialización en la familia y en las instituciones educativas, dado por las preferencias y los conocimientos que el grupo de odontólogos construyen, lo que los ubica en la clase media, según el volumen de su capital, y en un orden jerárquico, acorde con la cantidad del capital social, económico y cultural de que disponen entre los avatares de una permanente movilidad entre el refinamiento de la clase burguesa y la sobrevivencia de la clase obrera.

La situación de la profesión odontológica en el área metropolitana del Valle de Aburrá, recreada a partir de las condiciones de vida de los hombres y las mujeres encuestados en el marco de la investigación, permite hacer un llamado sobre la necesidad de repensar los procesos de formación del talento humano en salud, la producción de conocimientos y la dimensión de la prestación de servicios de salud.

Se hace necesario que la profesión revise el nivel organizativo de sus estructuras gremiales, para que, acompañada de una fuerte y decisiva movilización social de los odontólogos, les permita mayor y mejor interlocución con el Estado, que procure y convoque al grueso de la práctica odontológica a una resistencia ética y estética frente a los juegos de verdad y de poder que los sujetan a un terreno de las disputas del campo social, que les limita en su ejercicio profesional. Poniendo nuevamente en el centro su vocación de servicio, el compromiso

con la garantía del derecho a la salud, desde la respuesta a las necesidades relacionadas con el proceso vital de personas y colectivos, destacando la odontología como práctica social.

## AGRADECIMIENTOS

Agradecemos al Comité para el Desarrollo de la Investigación (CODI) de la Universidad de Antioquia por el financiamiento de la investigación “La práctica odontológica: profesión liberal que se debate entre la distinción y la extinción” Código 017-2009. Asimismo, a la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia, al historiador Juan Guillermo Arias, a los estudiantes de Odontología: María Isabel Correa, Diana Leticia Rúa, Shirley Karina Zapata, Johan Herrera. A las compañeras Sandra Milena Zuluaga y Gloria Marcela Gómez, que con su solidaridad incondicional favorecieron y estimularon con sus aportes este escrito.

## CORRESPONDENCIA

Gonzalo Jaramillo Delgado  
Facultad de Odontología  
Universidad de Antioquia  
Calle 64 N.º 52-59  
Medellín, Colombia  
Teléfonos: +57 (4) 219 67 40  
Correo electrónico: gonzalojd45@hotmail.com

## REFERENCIAS

1. Payares C. ¿Es la práctica odontológica un trabajo social descontextualizado? *Rev Cubana Estomatol* 1997; 34(2): 96-102.
2. Universidad de Antioquia. Marco Referencial del Programa de Pregrado de la Facultad de Odontología. Medellín: Universidad de Antioquia; 2001.
3. González L. La independencia de las profesiones liberales. *Rev Estudios Políticos* 1960; 113-114: 147-158.
4. Cabanellas, G. Diccionario enciclopédico de derecho usual. Buenos Aires: Heliasta; 2000.
5. Colombia. Superintendencia de Industria y Comercio. Concepto 01037390 [Internet]. [Consultado 2012 Sep 06]. Disponible en: <http://www.sic.gov.co/Conceptos/Conceptos/2001/Junio/37390.php>
6. Colombia. Congreso de la República. Ley 51 de 1937 por la cual se reglamenta el ejercicio de la odontología. *Diario Oficial*, 23539 (Jun. 11 1937).
7. Álvarez C. Deontología en la odontología. En: Hernández JL. *Bioética general*. México: El Manual Moderno; 2002. p. 361-372.
8. Cuenca E. La práctica de la Odontología. En: *Odontología preventiva y comunitaria. Principios, métodos y aplicaciones*. 3.ª ed. Barcelona: Masson; 2005.
9. Restrepo JH, Lopera JF, Pico CE, Ramírez M, Flórez JH, Arenas AC et al. Medellín: Escuela Nacional Sindical; 2009.
10. Uribe M. ¿Mercado regulado o competencia sin control? Las reformas en la salud en Colombia, 1995-2011. En: *Vaivenes de las políticas sociales en Argentina, Colombia, Chile, México y Uruguay ¿Neo o posliberalismo?* México: Porrúa; 2011. p. 34-80.
11. Dingwall R. Las profesiones y el orden social en una sociedad global. *REIDE* [Internet] 2004; 6(1): 1-18. [Consultado 2013 Ene 6]; Disponible en: <http://redie.uabc.mx/vol6no1/contenido-dingwall.html>
12. Pérez Romero LA. *Marketing social: teoría y práctica*. México D.F.: Pearson Educación; 2004.
13. Payares C. El odontólogo egresado de la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia. *Asociación de Egresados de la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia*. Medellín: Universidad de Antioquia; 1996. p. 74.
14. Jaramillo G. Impacto del régimen de seguridad social en el ejercicio de la práctica odontológica. Medellín: Tarjetas; 1998.
15. Nieto E, Montoya GM, Cardona EM, Bermúdez LF. Perfil sociodemográfico y laboral de los odontólogos en la ciudad de Medellín. *Rev Fac Nac Salud Pública* 2000; 18(2): 41-53.

16. Brito P. Impacto de las reformas del sector de la salud sobre los recursos humanos y la gestión laboral. *Rev Panam Salud Públ* 2000; 8 (1/2): 43-54.
17. Arroyo J. Situación y desafíos en el campo de los recursos humanos en salud en el área andina en los albores del 2000. Lima: Cuadernos Médico Sociales; 2000.
18. SENA, Federación Odontológica Colombiana, Colegio Colombiano de Odontólogos. Caracterización de la Odontología en Colombia. Bogotá: Mesa Sectorial Centro de Formación Talento Humano en Salud; 2008.
19. Asociación Colombiana de Facultades de Odontología. División de Educación. Documento de fundamentación y análisis de resultados de los ECAES. Bogotá: ACFO; 2004.
20. Asociación Colombiana de Facultades de Odontología. Situación actual de la práctica odontológica. Aproximación a sus puntos críticos. Bogotá: ACFO; 2004.
21. Ternera JH. La Formación de odontólogos, entorno laboral y recertificación. [Internet]. [Consultado 2012 Dic 9]. Disponible en: <http://onsb.com.co/images/pdf/formacion.pdf>
22. Suárez MC, Moreno JP. Formas de contratación y situación laboral de los odontólogos del municipio de Medellín, 2009. [Trabajo de grado Especialista en Auditoría en Salud]. Medellín: Universidad de Antioquia; 2010.
23. Colombia. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. [Internet]. [Consultado 2012 Jun. 7]. Disponible en: [http://www.dane.gov.co/index.php?option=com\\_content&view=article&id=75&Itemid=72](http://www.dane.gov.co/index.php?option=com_content&view=article&id=75&Itemid=72)
24. Bourdieu P. La distinción. Criterios y bases sociales del costo. 2.ª ed. Madrid: Taurus; 2000.
25. Franco A. Salud Global: Política pública, derechos sociales y globalidad. Medellín: Universidad de Antioquia; 2010.
26. Meischner S. El campo político desde la perspectiva teórica de Bourdieu. *Iberoforum* 3(2): 3-7.
27. Bourdieu P. Ökonomisches Kapital, kulturelles Kapital, soziales Kapital. En: Kreckel R. Ed. *Soziale Ungleichheiten, Soziale Welt*. Göttingen: Otto Schwartz; 1983. p. 183-198.
28. Bourdieu P. Espace sociales et genèse de “classes”. *Actes Rech Sci Soc* 1984; 52:(52/53): 3-17.
29. Bourdieu P. Le capital social-notes provisoires. *Actes Rech Sci Soc* 1980; 3: 2-3.
30. Bourdieu P. Habitus, code et codification. *Actes Rech Sci Soc* 1986; 64: 40-44.
31. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Resolución 1058 de 2010. Por la cual se reglamenta el servicio social obligatorio de las profesiones. *Diario Oficial*, 47671 (Abr. 5 2010).
32. López A. Elementos de derecho del trabajo. 3.ª ed. Bogotá: Ediciones del Profesional; 2006.
33. Rincón JI. Derecho administrativo laboral: empleo público, sistema de carrera administrativa y derecho a la estabilidad laboral. Bogotá: Universidad Externado de Colombia; 2009.
34. Bourdieu P. El sentido práctico. Buenos Aires: Siglo XXI; 2007.
35. Breilh J. La epidemiología crítica: una nueva forma de mirar la salud en el espacio urbano. *Salud Colectiva* 2010; 6(1): 83-101
36. Bourdieu P, Teubner G. La fuerza del derecho. Bogotá: Siglo del Hombre, Universidad de los Andes. Facultad de Derecho; 2000.
37. Colombia. Ministerio de la Protección Social; Pontificia Universidad Javeriana, Cendex. Los recursos humanos de la salud en Colombia-2008: balance, competencia y prospectiva. Bogotá: Fundación Cultural Javeriana; 2009.
38. SENA, Federación Odontológica Colombiana, Colegio Colombiano de Odontólogos. Caracterización de la situación actual de la profesión de odontólogo en Colombia. Bogotá: SENA; Federación Odontológica Colombiana, Colegio Colombiano de Odontólogos; 2008.
39. Escuela Nacional Sindical. La salud en Colombia. Ley 100 de 1993. Organización industrial y condiciones laborales. Medellín: ENS; 2009. 220 p.
40. Colombia. Defensoría del Pueblo. La tutela y el derecho a la salud. Bogotá: Defensoría del Pueblo; 2011.
41. Cortez OI. El derecho de la seguridad social. 3.ª ed. Bogotá: Ediciones del Profesional; 2007.
42. Colombia. Congreso de la República. Ley 1562 de 2012 por la cual se modifica el sistema de riesgos laborales y se dictan otras disposiciones en materia de salud ocupacional. Art. 2º modificadorio del Decreto-Ley 1295 de 1994. *Diario Oficial*, 48488 (Jul. 11 2012).