

## EFFECTOS DE LA LEY 100 SOBRE EL CAMPO DE ESTUDIO Y EL QUEHACER DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD: LA PRÁCTICA ODONTOLÓGICA Y SU CASO\*

### EFFECTS OF STATUTE 100 IN THE FIELD OF STUDY AND PROFESSIONAL PRACTICE OF HEALTH PROFESSIONALS. THE DENTAL PRACTICE AND ITS CASE

GONZALO H. JARAMILLO D.\*\* , GLORIA MARCELA GÓMEZ B.\*\*\*

**RESUMEN.** Este ensayo aborda los efectos que la Ley de reforma al Sistema General de Seguridad Social o Ley 100 de 1993 ha traído sobre la práctica odontológica en sus dimensiones política, procesos formativos y de práctica profesional, y cómo éstas dimensiones vienen siendo transformadas, producto de un sistema excluyente y mercantilista; afectando de manera específica el ámbito del trabajo, el quehacer profesional y el perfil social alcanzado por el odontólogo y de paso generando una profunda crisis en los modelos formativos que lo proyectan social y políticamente.

**Palabras claves:** práctica odontológica, procesos formativos, práctica laboral, seguridad social, empleo, sistemas de contratación.

**ABSTRACT.** This essay approaches the effects that the reform to the General System of Social Security or Statute 100 of 1993 have brought on to the practicing dentist in its political dimensions, educational processes and professional practice, and how these dimensions are being transformed as a product of an excluding and merchantilist system, affecting in a specific manner the work environment, the professional practice, the social profile obtained by the dentist and generating along the way a deep crisis in the educational models that project it socially and politically.

**Key words:** dental practice, educational processes, social security, employment, contact systems.

Para dar cuenta de los efectos que la Ley 100 ha generado sobre el campo de estudio y sobre el quehacer de los profesionales de la salud y de manera particular sobre la práctica odontológica, se hace necesario hacer un análisis de tal situación, abordando el siguiente derrotero:

#### 1. LOS PROCESOS FORMATIVOS, DESDE SUS IMPLICACIONES CONCEPTUALES ORGANIZATIVAS E IDEOLÓGICAS

Si bien la Ley 30 demanda desde los principios y fines constitutivos la formación integral de los

- 
- \* Artículo derivado de ponencia en el marco del Seminario Internacional: El Derecho a la Salud en Colombia y la Reforma al Sistema de Salud. 9 y 10 marzo de 2005. Universidad de Antioquia.
  - \*\* Odontólogo, magíster en Desarrollo Educativo y Social, candidato a doctor en Filosofía. Profesor asociado Facultad de Odontología Universidad de Antioquia.
  - \*\*\* Odontóloga, magíster en Salud Colectiva, candidata a doctora en Salud Pública, Profesora auxiliar Facultad de Odontología Universidad de Antioquia.

---

Jaramillo GH, Gómez GM. Efectos de la ley 100 sobre el campo de estudio y el quehacer de los profesionales de la salud: la práctica odontológica y su caso. Rev Fac Odontol Univ Antioq 2006; 18 (1): 95-102.

Jaramillo GH, Gómez GM. Effects of statute 100 in the field of study and professional practice of health professionals. The dental practice and its case. Rev Fac Odontol Univ Antioq 2006; 18 (1): 95-102.

RECIBIDO: AGOSTO 22/2006 - ACEPTADO: NOVIEMBRE 7/2006

profesionales, y si se reconoce además, que detrás de este postulado general se han reformulado las propuestas curriculares para poder contar con profesionales más críticos, responsables con el medio social y su entorno ciudadano, hoy no es menos cierto, que estos llamados y derroteros se han convertido sólo en postulados axiológicos que riñen con los reales modelos que se explicitan en la práctica profesional. Persiste un hacer profesional centrado en modelos de formación, centrado en prácticas liberales, donde prima la prestación de servicios al individuo, que permanece en un trabajo artesanal, con utilización creciente e indiscriminada de recursos técnicos, avalados y liderados por agentes externos a la profesión, como son los grandes emporios industriales y transnacionales de productos y tecnologías importadas.

Este modelo de prestación de servicios ha generado<sup>1</sup> una imagen del odontólogo que trabaja solo frente a su paciente, quien lo elige, como dentista; la reproducción de esta imagen de lo que debe ser el ejercicio profesional, resulta difícil de romper y sigue siendo apoyada por esquemas de formación tradicionales donde el profesor se convierte en el modelo imitable social y laboralmente. Subyace detrás de esta realidad una figura que monopoliza la práctica.

De otro lado, esta imagen espejo liberal del ejercicio en la práctica odontológica, no se ha modificado, ha alcanzado un nuevo nivel de desarrollo, gracias al impacto logrado por la Ley 100 y el modelo de desarrollo tecnológico imperante en nuestro medio. Veamos algunos hechos y circunstancias que lo determinan:

- Persiste una visión ideologizante en la formación de los odontólogos que es inhibidora frente a las apuestas formativas de formación integral, atención a la realidad, abordaje de problemas reales y formación ciudadana, elementos que fundamentan el papel social del odontólogo.
- Se ha creado una falsa ilusión sobre el supuesto cambio en la visión del ejercicio profesional y lo que se ha dado es una inversión de valores, donde el peso que tiene hoy la práctica individual del odontólogo particular, con respecto al de las

organizaciones que actúan en el mercado como empresas de prestación de servicios privadas, se ha desbalanceado, generado una competencia que modifica sustancialmente la oferta de servicios, a partir de favorecer la mejor y mayor oferta, por parte de estas empresas, al contar con mejor estructuración organizativa, financiera, infraestructural, de costos y pagos, que las que puede ofertar el ejercicio individual. Dicha situación genera desplazamiento del odontólogo que ejercita su profesión de manera individual y a la par una desigualdad competitiva que lo absorbe laboralmente como mano de obra barata, que se maneja a destajo, pero que se mantiene soportada en un esquema liberal del ejercicio, como oferta desregulada de libre escogencia y de segmentación de mercados.

Algunos datos que permiten valorar esta situación se observan en los siguientes estudios. En 1996<sup>2</sup> el estudio sobre el odontólogo egresado de la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia. La caracterización de su papel dentro de la práctica odontológica en Antioquia muestra que sólo el 1% de los odontólogos encuestados reconoció estar empleado y que el 89,1% de sus ingresos provenían de su ejercicio privado. Para 1998<sup>3</sup> el estudio sobre impacto del Régimen de Seguridad Social en el ejercicio de la práctica odontológica, ya refiere una desocupación del 3,2% entre la población estudiada y muestra además un marcado desinterés de los egresados por asociarse o participar de asociaciones, un 49,7% manifiesta desinterés total por la agremiación y el 56,3% por participar de sus deliberaciones. De otro lado, el 37,8% de los encuestados afirma haber disminuido su capacidad de emplearse y correlativamente el 36,8% igualmente afirma haber empezado en un nuevo empleo. Esta situación explica cómo el odontólogo frente a la inicial disminución de su capacidad de empleo busca recuperarla empleándose con un tercero, modificando de esta manera su forma tradicional de emplearse y generando de paso una nueva movilidad frente al mismo. De manera análoga manifiesta el estudio que el 72% disminuyó su consulta privada.

- De otro lado, el estudio realizado por Nieto en 1999<sup>4</sup> señala que si bien los directivos de las instituciones de educación superior en odontología realizan esfuerzos por adaptar sus programas a las demandas del nuevo entorno sectorial, el proceso no está acompañado de una direccionalidad y planificación, pues, se reconoce que los estudios de mercadeo han estado ausentes en sus análisis y por tanto en su accionar.
- La incursión de empresas promotoras de salud e instituciones prestadoras de servicios de salud como instituciones formadoras, o el afianzamiento de alianzas estratégicas con sectores de la educación privada que empiezan a copar el mercado educativo, dentro de esquemas de formación respaldados ideológicamente en el ejercicio liberal, para los mercados privados.
- La exclusión paulatina de los servicios odontológicos de los planes de atención básica y obligatoria, lo que ha hecho que las empresas de prestación de servicios modifiquen los sistemas de contratación o de prestación. En la mayoría de los casos eluden la oferta de servicios por parte de las entidades, sobre todo públicas, aduciendo para ello baja rentabilidad, pero sobre todo afianzando el postulado de una odontología privada, para personas pudientes con capacidad de pago, dicho de otra manera, una odontología de clase.

De esta manera se afianza una tradición formativa del odontólogo donde prima una visión en la que la relación todo-parte es representada socialmente desde la figura diente-dentista, haciendo abstracción de un todo determinante de su entorno social político, económico y cultural. Situación esta que reduce posibilidades conceptuales y prácticas, que se acompaña generalmente de visiones mercantilistas donde el perfeccionamiento de las mismas se da a través de soluciones donde prima lo técnico (abundante y sofisticado), afianzando el carácter pragmático y técnico de la profesión, presa de un ejercicio liberal de mercados acaparados y excluyentes.

## **2. EL QUEHACER PROFESIONAL, DESDE LAS CONDICIONES Y NECESIDADES EN SU CONTEXTO DE ACTUACIÓN PROFESIONAL**

Como se ha visto, realizar un análisis de las dimensiones propuestas, se torna a veces, un tanto difícil, dada su complementariedad y sinergia. Sin embargo, centraremos el análisis en este segundo aspecto de manera específica desde el siguiente postulado:

[...] toda actividad que se lleve a cabo con la finalidad de cubrir una necesidad o solucionar un problema, forma parte de la producción social en su conjunto; debido a ello, las características del proceso de producción de los bienes y servicios producidos se encuentran subordinadas a las leyes generales que rigen para esa sociedad.<sup>5</sup>

De allí que las actividades que se realicen relacionadas de manera directa o indirecta y que tengan que ver con la preservación de la salud se encuentran sometidas de manera dependiente al sistema general que las determina. En el caso específico, la prestación de servicios en salud bajo el esquema dominante del Sistema de Seguridad Social, fundamentado en la libre competencia y el establecimiento de mercados, bajo la orientación de un esquema de desarrollo liberal, es el producto de una respuesta específica que el sector de la salud da a las necesidades del capital;<sup>6</sup> de allí que los servicios se adapten a este esquema, bajo la figura de bienes y servicios que se convierten en mercancías y son por tanto valores destinados a satisfacer ciertos tipo de necesidades.

En el documento Reflexiones para la construcción de una política pública con impacto en la salud bucal<sup>7</sup> se describen comparativamente los costos de atención preventiva colectiva e individual, la distribución proporcional de consultas odontológicas, según grupo de edad y la distribución comparada de costos de atención, para demostrar desde ellos que la brecha más importante que ha abierto el nuevo sistema de salud es el desmantelamiento de la salud pública y que bajo la lógica que la rige, de mercado, no se visualiza una rentabilidad social. Afirman además las autoras, que el trabajo de salud pública, de promoción de la

salud y prevención de la enfermedad, se ha reducido a su más mínima expresión, que se han descuidado los grupos prioritarios y por tanto se percibe una desarticulación de las responsabilidades. De manera específica señala el informe que en materia de salud bucal se observa ausencia, incertidumbre, desmonte de programas, cuestionamiento a la calidad y continuidad de la atención, así como la falta de evaluación de las acciones preventivas emprendidas, que ponen en grave riesgo la estabilidad de los indicadores.

Veamos algunos indicadores que se soportan en el documento desde la experiencia particular que se vive en Medellín a través de la red pública más grande en la prestación de servicios de salud, Metrosalud, para allanar estas conclusiones y consideraciones:

- En 1994, Medellín había alcanzado metas positivas en la salud de los escolares ya que las acciones desarrolladas desde las propuestas de atención en salud colectiva, redujeron considerablemente los índices de caries de 9,2 en 1968 hasta lograr descensos cercanos a 1,7 en 1998; comparativamente con mejores resultados, ante el resto de las ciudades capitales del país o de otras capitales latinoamericanas, como México, Chile o Venezuela. Hoy la posibilidad de mantener estos índices está en entredicho.
- El sistema de atención ha cambiado sustancialmente y se han desmontado para el caso de Medellín, los programas de salud del escolar, que pretendían mayores impactos, modificándose sus coberturas y proyecciones. Metrosalud, la mayor red de servicios de salud oral de Medellín, ha cambiado su población objeto de intervención, concentrándose de manera directa desde sus unidades de atención, en el cubrimiento de la población asegurada o en la atención de la población vinculada mediante convenios muy puntuales; reduciendo de manera considerable su cobertura en los programas de salud bucal. De manera específica llama la atención el desarrollo del programa de atención al escolar, población prioritaria en el caso particular de salud bucal. En 2004 sólo fueron atendidos alrededor de 199.000 niños, cifra por lo demás deficitaria en

cobertura escolar, si tenemos en cuenta que la población escolar de Medellín está calculada en alrededor de 530.110 escolares.

- Si se mira la relación costo-efectiva de las intervenciones colectivas frente a las individuales, se puede apreciar lo siguiente: que las acciones educativas que se deben dirigir a la población escolar, que incluyen entre otras, las actividades de educación, control de placa, y aplicación de flúor tienen un costo promedio de \$1.445 y que estas mismas actividades dentro de un consultorio, como actividad individual, tienen un costo cercano a \$16.500. Ello demuestra que las acciones preventivas de carácter colectivo tienen un valor 10 veces menor que la individual, lo que significa que en un país como el nuestro estas acciones deben privilegiarse, lo cual no se está haciendo, pues no existen ni los instrumentos, ni los procesos de control y seguimiento de los costos y vigilancia epidemiológica que permitan priorizar las poblaciones y las acciones para con ellos.
- De otro lado, si se evalúa la distribución proporcional de las consultas odontológicas realizadas por Metrosalud por grupo de edad en el año 2003, se encuentra que en el grupo de los 0 a 14 años se llevaron a cabo un total de 29.432 consultas y que en el grupo de mayores de 15 años el total fue de 66.437, es decir el 69,3% del total de consultas hechas en el año. Se puede observar cómo se ha variado sustancialmente la población objetivo, de una atención al niño la institución hizo tránsito a una centrada en el adulto, dicho de otra manera, de una atención promocional y preventiva se pasó a una preventiva y curativa. De igual forma si se establece una relación comparativa de costo de atención curativa según grupo de edad se tiene que un tratamiento curativo en el niño tiene un costo de \$68.200, en el adulto es de \$146.000, lo que demuestra que ha influido el hecho ampliamente reconocido que la facturación se convirtió en el regulador de la demanda y en un factor de discriminación. Ello por el énfasis en la rentabilidad para el sistema

de la atención centrada en el adulto, que a su vez tiene implicaciones éticas, legales, sociales y económicas y que el sistema privilegia dado su carga ideologizante de ganancia y plusvalía.

- De igual manera, el artículo en referencia, relaciona las normas y políticas gubernamentales, resoluciones 5261, 0412, 4228, 3488, 0412, la Ley 715 y sus articulados, y las circulares 052 y 018 y por último el Plan Nacional de Salud Bucal y sus metas formuladas, las cuales no han tenido ningún impacto positivo sobre los problemas más relevantes de la salud bucal en la población colombiana, como son: el aumento de las metas de cobertura, las acciones de promoción y prevención cercanas al 100%, la disminución del 70% de la incidencia de caries, la asistencia del 100% para las patologías bucales de primer nivel, asociado esto al planteamiento realizado y que se ha hecho explícito desde la primera consideración “de exclusión paulatina” en estas reglamentaciones de la salud bucal en los planes, programas dentro del sistema.

### **3. EL QUEHACER PROFESIONAL: LAS RELACIONES SOCIALES, ECONÓMICAS Y POLÍTICAS QUE SE ESTABLECEN ALREDEDOR DE SU ESFERA LABORAL**

Si partimos del supuesto de que el objeto de trabajo de los odontólogos son las condiciones y necesidades de salud-enfermedad bucal individual y colectiva de la sociedad, esta relación se convierte a su vez en un objeto doble de intervención. Una, la atención al individuo y sus condiciones de salud bucal y dos, la atención a la realidad de la cual proviene y que en buena medida determinan su estado de salud bucal. Situación que hoy la Ley 100 y la Ley 50 han dejado al libre albedrío de las personas, ya que para su completa satisfacción, el paciente se encuentra en un estado de indefensión, pues el Estado ha rehuído su responsabilidad y el odontólogo ha dejado de ser la alternativa que facilite su atención. El odontólogo porque ha quedado en la marginalidad del problema, sumido del todo y por todo, en el libre juego de la oferta y demanda de empleos y el paciente porque

depende de su capacidad de compra, limitándose de paso, su accesibilidad a los servicios.

Esta situación que se traduce para el odontólogo en un nuevo referente que tiene que ver con la nueva forma de articularse al mundo laboral, expresado en su posibilidad de ocupación, en su nivel de empleo, en su estabilidad económica, social y familiar, es una situación que por su predominancia como profesión liberal y por el nuevo modelo ofrecido desde el Sistema de Seguridad Social, desde su sustrato mercantilista, que trasloca el sentido de la salud como servicio, a un sentido de mercancía, lo pone en una nueva relación con el mundo de trabajo, la del asalariado en condiciones de dependencia de terceros, que en adelante serán sus patrones.

De estas aproximaciones queda claro entonces, que el acto odontológico por su valor de cambio intrínseco, hace que el servicio ofrecido se retome desde el paciente bajo una condición de consumidor o demandante y desde el odontólogo como empleado dependiente de un empleador. Es por tanto desde esta perspectiva que se puede entonces entender el estado actual del mercado laboral de los odontólogos.

Los estudios realizados durante los años 1996, 1998 y 1999 en la ciudad de Medellín y ya citados a lo largo del presente documento, serán nuevamente el insumo que nos permita hacer una lectura para observar a través de ellos, cómo la profesión odontológica, en los últimos años, producto del afianzamiento de la Ley 100, ha deteriorado su situación socio-laboral. Este panorama podría resumirse de la siguiente manera:

#### **Pérdida de espacios laborales**

- Persiste la subsistencia general del odontólogo en el ejercicio liberal de la profesión, ya sea independiente o contratado. En el año 96 el estudio plantea que el 88% de los odontólogos obtiene sus ingresos, producto de su labor como odontólogo, pero ya en el estudio del año 98 se señala que el 64,9% de los odontólogos no tienen otra fuente diferente de ingreso que su propia práctica. Al parecer el tránsito a otros oficios o el desempleo son las causas de la diferencia en los porcentajes.

- Esta situación es previsible por las situaciones que se describen en los estudios. En el estudio de 1998 se observa que el ejercicio profesional se venía soportando en una práctica privada, liberal, particular, la cual empieza a producir cambios sustanciales; para esta época se plantea, que los odontólogos, como poseedores de los medios de producción, se han visto en la necesidad de cambiar el destino de los mismos, mediante el arriendo, el subarriendo, o en el peor de los casos el cierre o la venta del consultorio, el 15,7% de los encuestados así lo manifestaron. Esta situación es corroborada en el estudio de 1999 en el que se manifiesta una intención de cierre del consultorio por parte del 36,8% de los propietarios (odontólogos ocupados). Igualmente el número de consultas particulares presenta baja ostensible; en 1998 se reporta bajas en el 55,2% de las consultas de los encuestados, en 1999 se plantea una disminución del 46,9%. De otro lado, el estudio del 1998 empieza a reportar un porcentaje de desempleo en el 4% de los encuestados.

De otro lado, un estudio piloto realizado en la ciudad de Medellín<sup>8</sup> sobre las dificultades que presentan los odontólogos recién egresados para el acceso al servicio social obligatorio, mostró dos variables con un peso significativo sobre este acceso, son ellas la evidencia de un tráfico de influencias, como manifestación clara de prácticas clientelistas derivadas de los procesos de descentralización e implementación de la Ley 100; el 71% de los encuestados reconocieron que tuvieron que recurrir a ellas para poderlo obtener. Y en segundo lugar, la sobreoferta de mano de obra, la cual es concomitante con la oferta cada vez más estrecha de plazas rurales, por el cierre paulatino de las mismas; el 51% de los encuestados accedió al servicio social después de un año o más de espera.

### **Conformación de la red de empleo, formas de contratación, salarios y tiempo laboral**

- Los estudios confirman que son hoy las instituciones privadas, la primera fuente de empleo para los odontólogos, sólo una cuarta parte de los

encuestados labora en instituciones públicas. De los ocupados en el sector privado, las entidades prestadoras y promotoras ocupan al 33,8% de ellos, el 62% restantes los ocupan otras entidades privadas. De los ocupados en el sector público, las Empresas Sociales del Estado ocupan al 4%, las que a su vez son las que más estabilidad laboral ofrecen, según el estudio de 1999.

En cuanto a la relación de horas laboradas, el resultado es el de una baja ocupación en las horas de trabajo, el estudio de 1999 reporta que el 76,9% de los profesionales trabaja menos de 48 horas a la semana, y que el 45% de los encuestados declara estar en posibilidades de laborar más horas a la semana. Pero además, señala el estudio, que los empleos son parciales, con una fuerte carga de inestabilidad laboral y que las formas contractuales ofrecidas están por fuera del código laboral, entre ellas: la prestación de servicios, la contratación por porcentajes, la contratación por eventos o actividades y la subcontratación indiscriminada a partir de terceros. Esto ha incidido de manera directa en los salarios, los cuales se encuentran en valores por debajo de lo que se les asignaría si estuviesen contratados bajo sistemas acordes al régimen laboral vigente; en 1999 los salarios de los odontólogos contratados de acuerdo con el código laboral, eran del orden de \$1.915.547, mientras que los salarios de quienes eran contratados por fuera del régimen laboral, oscilaban entre \$1.580.114 y \$700.000.

### **La seguridad social**

- El grado de desprotección en materia de seguridad social es evidente; el estudio de 1998 reporta que el 5,5% de los odontólogos entrevistados no tienen ningún tipo de afiliación al Sistema; el 48,8% dice pagar por sí mismo su afiliación al sistema, coincidiendo este porcentaje con el que se reporta en el estudio de 1999 (44,3%). El estudio igualmente señala que el 92% cuenta con cobertura en salud, pero el 75% no incluye el aseguramiento en pensiones y riesgos profesionales lo que muestra claramente cómo los sistemas de contratación no están garantizando su estabilidad laboral.

#### 4. A MANERA DE CONCLUSIÓN

Si bien este panorama descrito se convierte en un insumo general para abordar dicha problemática, no es menos cierto que desde el punto de vista de los actores existe una valoración general de que el Sistema como un todo ha terminado por cercenar sus posibilidades profesionales y laborales. Hay en el 93,5% de los encuestados del estudio de 1999, un idea general de la necesidad de introducirle modificaciones a la misma ley, que le permitan al profesional tener mejor remuneración, contratación, estabilidad laboral, actualización en las tarifas, calidad de atención y cobertura en tratamientos. En el estudio de 1998 de manera categórica se afirma que el hecho real, la implementación del actual Sistema, ha colocado a este sector de la población (odontólogos) en una nueva condición frente al trabajo, como una fuerza externa a la que se le impone desde afuera, una práctica laboral de exclusión, perdiendo de paso su autonomía y estableciendo un marco de relaciones laborales de dependencia y sujeción, en la producción del servicio.

De otro lado, para las instituciones formadoras del recurso humano el seguimiento y el mantenimiento de unos idearios que postulan el deseo de una disciplina que se construya de cara a las necesidades de la población sigue siendo su norte y su reto.

Es evidente que el mayor problema lo constituye sin lugar a dudas el campo de las necesidades de la población que requiere ser atendida, el cual tiene que ver con la pérdida generalizada de los sistemas de vigilancia epidemiológica y el diseño de una política pública orientada a ellos en los aspectos fundamentales de planeación y de gestión programática, lo que no permite dar una respuesta acertada a estas condiciones; esto a la vez se agrava por el mantenimiento y profundización del modelo mercantilista en el que se ha inscrito la salud y las necesidades de la población en materia de salud bucal.

De igual forma el sistema y el modelo ofrecidos desde la Ley 100, se comportan como un sistema desestructurado para atender las necesidades de la

población, invirtiendo las funciones sociales de los prestadores públicos, alrededor de su objeto de intervención y en favor de los intereses privados, o en el peor de los casos en favor de los grupos económicos y empresas financieras.

Igualmente, la problemática laboral de los profesionales parece estar relacionada, no sólo con las precarias formas de contratación y la inestabilidad laboral sino también con el deterioro en los niveles de remuneración, los cuales han descendido en los últimos años en términos nominales.

Por tanto, podemos reafirmar de manera concluyente como lo afirma el estudio de 1998:

La realidad de la práctica odontológica ha cambiado. Esto no es producto de un sólo hecho en particular, como lo es el caso de la seguridad social actual que se enmarca en una política de desarrollo, que en últimas ha sido el hecho que ha terminado por darle el puntillazo final a un fenómeno que venía consolidándose; hablamos en particular de cómo un sector específico de la sociedad, en nuestro caso particular la llamada clase media, viene en un proceso acelerado de proletarización y de pérdida de privilegios sociales; caben dentro de este sector los profesionales y de manera explícita las diferentes profesiones que han basado su presencia laboral en el modelo del ejercicio profesional liberal.

#### CORRESPONDENCIA

Gonzalo Jaramillo D.  
Facultad de Odontología  
Universidad de Antioquia  
Dirección electrónica:  
gonzalojd45@hotmail.com  
magobu4@hotmail.com

#### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. López C. La necesidad de reinterpretar el concepto de práctica odontológica. En: La práctica odontológica en México. México; UNAM. 1980.
2. Asociación de Egresados de la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia. El odontólogo egresado de la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia. Caracterización de su papel dentro de la práctica odontológica en Antioquia. Medellín; 1996.
3. Jaramillo G. La práctica odontológica: una práctica de incertidumbres. Medellín. Las Tarjetas; 1998.

4. Nieto E. El mercado laboral de los odontólogos en la ciudad de Medellín. Medellín. Ed. Universidad de Antioquia. Facultad de Nacional de Salud Pública. 1999.
5. Jaramillo G. La práctica odontológica: una práctica de incertidumbres. Medellín. Las Tarjetas. 1998.
6. Hulshof, J. Economía política del sistema de salud. México. Instituto Latinoamericano de estudios transnacionales, DE; 1981.
7. Franco A., Ochoa E., Martínez E. Reflexiones para la construcción de política pública con impacto en el componente bucal de la salud bucal. Rev. Fac. Odontol. Univ. Antioq; 2004; 15(2): 78-90.
8. Gil. J. Las limitaciones del profesional para el acceso a la prestación del servicio social obligatorio. Medellín. Universidad de Antioquia. 2003.