

DESARROLLO DEL RECURSO HUMANO EN SALUD ORAL

Martha Liliana Rincón Rodríguez

Odontóloga U. Santo Tomás, Especialista en Endodoncia U. Santo Tomás,

Decana F. de Odontología U. Santo Tomás, Bucaramanga (Colombia).

Presidente Asociación Colombiana de Facultades de Odontología,

Miembro Representante Consejo Nacional del Talento Humano.

Correo electrónico: decodo@mail.ustabuca.edu.co

HUMAN RESOURCE DEVELOPMENT IN ORAL HEALTH

Las siguientes apreciaciones han sido el resultado de un análisis serio y responsable, basado en información e indicadores contenidos en estudios nacionales de salud pública, único medio de aproximarse de manera cierta al abordaje de asuntos relacionados con el desarrollo del recurso humano en salud y específicamente de la salud oral, empresa que involucra y requiere del concurso ineludible de todos, odontólogos, especialistas, higienistas, futuros odontólogos, instituciones educativas públicas y privadas, gremios e instituciones gubernamentales, entre otros.

Es Misión de las Facultades de Odontología colombianas, formar odontólogos integrales y especialistas soportados en principios humanísticos, bioéticos, científicos, biotecnológicos, investigativos y sociales que le den al futuro profesional, la capacidad de intervenir con éxito en el proceso dinámico de la salud, la enfermedad en el individuo, la estética, la familia y la comunidad colombiana.

Las instituciones asociadas están debidamente autorizadas por el Ministerio de Educación Nacional (MEN) para la formación del recurso humano en odontología y es este ministerio, en asocio con el Ministerio de Salud y Protección Social quienes al responder a las políticas del Plan de Desarrollo de la Presidencia de la República, establecen las directrices y requerimientos del sector. Corresponde entonces a las Facultades de Odontología, además de la obtención obligatoria del Registro Calificado, responder por la calidad del programa ofrecido, para ello, debe cumplir a cabalidad con procesos y actividades medibles con indicadores establecidos que permitan una permanente evaluación, comparación, cumplimiento de metas y objetivos sin los cuales sería casi imposible su adecuado desarrollo; así mismo, es necesario aclarar que, sin el Registro Calificado otorgado por el MEN, ningún programa de Odontología podrá ofertarse, ni funcionar legalmente en el país.

De acuerdo con el último censo poblacional (2005) y con las proyecciones elaboradas por el Departamen-

to Administrativo Nacional de Estadística (2005-2020), el número de habitantes calculado para el 2007 fue de 43'926.034, de los cuales el 74.9% se ubicaban en las zonas urbanas. Por estratos socioeconómicos, el 36,9% fueron clasificados como estrato 2, el 24,1% estrato 3 y el 22,1% al estrato 1, es decir, el 83,1 % de la población se encuentra entre los estratos 1 a 3. Aproximaciones para medir la pobreza revelan cifras desalentadoras: el 49,74% de la población está por debajo de la línea de pobreza, o sea, por debajo del ingreso mínimo necesario para lograr un nivel de vida adecuado, el 15,65% debajo de la línea de indigencia y el 5,3% por debajo de la línea de miseria, según la Encuesta Nacional de Salud del Ministerio de Protección Social (ENS-MPS) en 2007. Así mismo, el 27,63% del total de la población presenta un índice de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) al tener zonas y departamentos que superan el valor porcentual de población con NBI, calculado para el país. Esto significa que la gran mayoría de nuestra población, además de tener ingresos por debajo del mínimo, sufre de privaciones y negación de oportunidades en el acceso al conjunto básico de servicios sociales que le permitan llevar una vida digna.

Según cifras del observatorio laboral del MEN, existen 39.738 odontólogos reportados lo que sugiere un profesional por 1.158 habitantes, en promedio; esta fría operación matemática, no refleja de manera alguna la dinámica de la profesión. Además, esta cifra no tiene en cuenta cuántos de estos mismos odontólogos hoy son especialistas y no ejercen la odontología general, cuántos han emigrado, cuántos han muerto, o cuántos de ellos no se dedican a la profesión.

Según el informe del Ministerio de Protección Social (MPS) y los datos de los odontólogos generales habilitados, la concentración de odontólogos en Colombia sí es muy preocupante en algunas regiones como Antioquia con 3.923 habitantes por odontólogo, San Andrés y Providencia con 2.887, Bogotá con 2.209 habitantes por odontólogo, Valle del Cauca

con 4.702 y Caldas con 3.315, entre otros. A diferencia de regiones con muy poca cobertura como Magdalena con 19.486 habitantes por odontólogo, Guajira con 14.138, Córdoba con 9.776, Atlántico con 11.746, Bolívar con 11.369, Sucre con 18.486, Amazonas con 11.435, Chocó con 15.570 y Caquetá con 21.822.¹ Esta situación indica que es perentorio para el gobierno nacional crear y ofrecer toda clase de incentivos que sean atractivos a los odontólogos con el fin de ubicarse en regiones desprotegidas de atención en salud tanto pública como privada. Solamente cuando la Ley 1164 se ejecute y se dé viabilidad a la tarjeta profesional renovable cada cinco años, los datos anteriormente mencionados serán confiables e indicarán la verdadera realidad de ubicación y necesidad del recurso humano en cada región del territorio nacional.

Una de las realidades más sentidas es la pésima remuneración del odontólogo en Colombia, se considera que las normas de flexibilización laboral definidas en la Ley 50 de 1990, hicieron que hoy el 63,2% de los odontólogos labora mediante contratos de prestación de servicios, donde el salario es “integral”, el cual no es superior a diez salarios mínimos legales vigentes.

Este tipo de contrato ocasiona en el profesional un detrimento en sus ingresos, ya que a la suma pactada se le descuenta el 8% de retención en la fuente y 1% de cámara de comercio. Además, de acuerdo con el monto del contrato se deben suscribir pólizas de cumplimiento y pagar la publicación de ellas. El trabajador debe asumir la totalidad de la cotización de la seguridad social, por el 40% del valor mensual del contrato para los riesgos de salud y pensiones y su afiliación individual a riesgos profesionales es de gran dificultad.²

Una situación más preocupante aún es la vinculación a través de cooperativas de trabajo asociado, en las que los asociados no perciben un salario, sino una compensación por sus servicios, que agrava de esta manera la deslaboralización del mundo del trabajo, al individualizar las relaciones de los nuevos trabajadores con las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud o con las Empresas Sociales del Estado. Este tipo de contratación forma parte del proceso de tercerización o subcontratación de servicios.

La reforma a la salud en Colombia y la nueva Ley del Talento Humano en Salud, plantea la adopción de un modelo de atención primaria en salud centrado en la persona, la familia y la comunidad, si se tienen en cuenta las particularidades culturales, raciales y de género, desarrolladas a través de una adecuada estructuración de los servicios de baja complejidad

de atención, con la capacidad resolutive para atender las demandas más frecuentes en la atención de la salud de la población a cargo.²

¿Cuáles serían las implicaciones de este modelo en los servicios de salud oral? En primera instancia se requeriría avanzar en el desarrollo de la estrategia del odontólogo familiar, es decir, la asignación de un grupo de familias y personas al equipo integral de salud oral conformado por odontólogo, auxiliar de salud oral – higienista y auxiliar de consultorio, que trabajen en las localidades o comunas y garanticen la continuidad de la atención en los espacios sociales.²

Articulación de los recursos para salud oral de tal forma que el sistema de seguridad social garantice que todos los colegios públicos y privados cuenten con la visita permanente de la auxiliar de salud oral – higienista. Estas actividades deben estar coordinadas por la Entidad Territorial, desarrollo de clínicas odontológicas integrales y de equipos de atención extramural que incrementen significativamente la oferta de servicios de salud oral en las áreas deficitarias, con el objetivo de garantizar equidad en el acceso a los servicios de salud oral para todos los colombianos. Estos servicios podrán ser prestados por instituciones públicas o privadas o mediante adscripción a las redes de las Empresas Promotoras de Salud (EPS) o de las Entidades Territoriales.³

¿Cómo responder las universidades y las instituciones de educación superior en el trabajo y el desarrollo humano? Considerar el accionar hacia la articulación de los programas y escenarios de práctica (docente-asistenciales) para entrenar los futuros egresados en áreas de desempeño como la salud colectiva, la salud bucal y los determinantes sociales, la atención delegada y el trabajo en grupos multidisciplinarios además de facilitar competencias en el seguimiento a los planes locales de salud y su componente de salud oral.⁴

La propuesta de la Organización Panamericana de Salud (OPS), contiene elementos interesantes para el desarrollo de los servicios de salud oral en el nuevo contexto planteado por la reforma y es importante considerar: disminuir la carga de enfermedad oral en el año 2015, meta que compromete a todos los actores de la salud oral en el país aseguradores, prestadores, población, entidades territoriales, universidades y profesionales de la salud oral. Ya se ha dado un gran paso en el país y ha sido la inclusión en el Plan Nacional de Salud Pública y mantenerla como meta a largo plazo en el plan decenal de salud pública.²

Lo que hoy reflejan los índices más preocupantes de los últimos estudios nacionales de salud bucal manifiestan la responsabilidad de formar odontólo-

gos comprometidos con la reducción definitiva de la historia de caries dental y, en general, las patologías orales y sus repercusiones.

Estos resultados han indicado durante estas décadas que del I Estudio Nacional en 1965 al II en 1980 aumentaron en Colombia el número de personas con historia de caries dental del 95.5% al 96.7%; el índice de COP-D de 4,8 a los 12 años llevó a la Organización Mundial de la Salud (OMS) a clasificar a Colombia dentro de los países con más altos índices de caries dental en el mundo, es decir, un problema de salud pública comparado con las metas de la OMS para el año 2000 de un índice de COP-D de 3,0 a los 12 años. En 1999 se realizó en el país el III Estudio Nacional de Salud Bucal (ENSAB III) que mostró en el grupo de 12 años de edad, una prevalencia de caries dental del 71,9% y un índice COP-D de 2,3, es decir, una reducción de la mitad al compararlo con los resultados obtenidos en el II Estudio Nacional de Salud Bucal. Esto demuestra que en el país dieron resultado los programas implementados para cumplir las metas en salud bucal limitadas a la población joven. Sin embargo, el índice COP-D aumentó en edades de 30 a 34 años a 12,2, de 40 a 44 a 16,0 y en mayores de 65 años a 20,4, lo cual significaría que los problemas se han trasladado a personas con edades más avanzadas que presentan necesidades acumuladas de atención con posibles dificultades para acceder a los servicios.

Otra gran enfermedad bucal, la enfermedad periodontal pasó del 88,7% en 1966 al 94,7% en 1980. En 1999, el 92,4% presentaba al menos un marcador de enfermedad periodontal (sangrado, cálculo y bolsa).⁵ En pérdida de piezas dentarias el panorama no es más alentador, hay un aumento de estas pérdidas en las edades de 15 a 19 años; en este rango de edad los dientes perdidos están en el 3,6%, entre los 20 a 34 años en 12%, entre los 35 y 44 años se pasó a ocho dientes perdidos por persona y se finalizó con el grupo mayor de 55 años cuyo porcentaje es de 16,2% de dientes perdidos

Además, existe un 47,4% de la población mayor de 15 años con síntomas subjetivos de disfunción temporomandibular y un 11,4% de la población total con patologías orales en general. Las necesidades de la población en prótesis es del 22,3% en el maxilar superior y del 46,6% en el inferior con mayor necesidad por las prótesis parciales removibles que las totales. De los pacientes con prótesis ya en boca, el 56,4% requiere recambio en la superior y el 51,7% recambio de la prótesis inferior.⁵

La cobertura en seguridad social en los últimos años pasó del 26% al 96%, la idoneidad de los profesionales es lo que puede garantizar la práctica y co-

bertura satisfactoria al buscar el reconocimiento de nuestros egresados formados en competencias necesarias para disminuir los índices tan preocupantes de las patologías orales en el país y en general en América Latina.

Para finalizar, la Asociación Colombiana de Facultades de Odontología (ACFO) considera que la posición de algunas agremiaciones odontológicas en Colombia ha sido siempre privilegiar la odontología especializada, dividir el gremio odontológico, procurar el no trabajo en equipo, lo cual se ha hecho evidente en todos los escenarios de discusión en programas, cobertura y situación laboral de los profesionales.

La ACFO considera definitivamente, que la Odontología General debe ser rescatada al buscar una cobertura hacia la atención primaria, aumentar la capacidad resolutoria del odontólogo, modificar los currículos hacia este modelo de atención en aras que el gobierno nacional incentive estos nuevos profesionales a brindar atención y dar cobertura en todas las regiones colombianas desprovistas de un servicio adecuado y oportuno, y así disminuir la mayor concentración en las grandes ciudades. Solamente así podremos dentro de nuestros principales objetivos formar el talento humano con las competencias necesarias que permitan disminuir los indicadores de morbilidad oral y contribuir en el cumplimiento de las metas del milenio al generar un impacto en los determinantes de salud oral en la población colombiana.

Como lo manifestó Tenzing “*Al escalar una gran montaña nadie deja a un compañero para alcanzar la cima solo*”, todos deben trabajar en equipo porque se divide el trabajo y se multiplica los resultados.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ministerio de Protección Social - Dirección de Calidad Base de Datos de Odontólogos Generales habilitados a 31 de octubre de 2008 DANE proyecciones de población 2005-2020.
2. Ternera JH. Sobre-oferta de odontólogos en Colombia. Periódico El Pulso, junio de 2009. URL disponible en: <http://www.periodicoelpulso.com/html/0906jun/general/general-11.htm>
3. Caracterización de la Odontología en Colombia. Mesa Sectorial Salud. Centro de Formación del Talento Humano en Salud. SENA, Federación Odontológica Colombiana, Colegio Colombiano de Odontólogos.
4. Carta de Brasilia sobre Salud Oral en las Américas. II Encuentro Internacional de Coordinadores Nacionales de Salud Bucal de los Países Latino-Americanos; 2009. URL disponible en: http://189.28.128.100/dab/docs/publicaciones/geral/carta_brasilia_salud_bucal_americas.pdf
5. Ministerio de Salud – República de Colombia, Centro Nacional de Consultoría CNS: III Estudio Nacional de Salud Bucal Ensab III. Bogotá: Lito Servicios ALER; 1999.