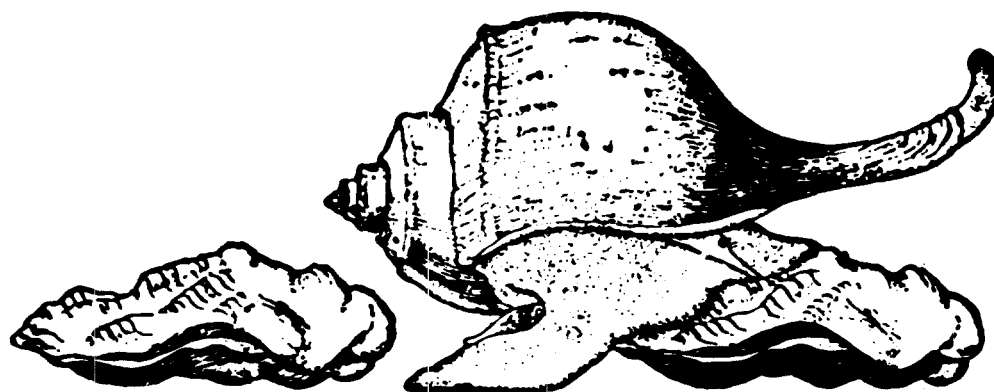

Artículos base



Situación y tendencias de los recursos humanos odontológicos profesionales en Ecuador*

Primera parte
*Jaime Breilh y Edmundo Granda***

Introducción

El requerimiento de conocimientos actualizados sobre los determinantes de la inserción y distribución de los recursos profesionales en odontología, la importancia de coordinar en mejor forma las acciones que se desarrollan en este campo y la necesidad de crear y mantener un sistema de información que permita analizar de manera permanente la dinámica de la distribución de recursos, llevó a considerar la realización del presente estudio, más aún, cuando no existe información actualizada sobre la situación de la odontología ecuatoriana.

El equipo de investigación, sorteando serias dificultades administrativas, levantó (con base en encuesta y revisión documental) la información odontológica en 11 provincias del país y durante dos etapas. La primera (1984) recogió información en cinco provincias de la sierra y la segunda (1986) en cuatro de la costa y dos del oriente ecuatoriano. El análisis de la información se realizó en forma conjunta, (sobre la base de que la práctica odontológica no se ha modificado en un periodo tan corto de dos años) estructurándose de la siguiente forma:

En un primer apartado, se describen las características y tendencias de la práctica odontológica profesional en el

* Proyecto de investigación realizado por el Centro de Estudios y Asesoría en Salud (CEAS) bajo el apoyo financiero de IROAA, OPS y Kellogg en abril de 1988.

** Investigadores: Arturo Campaña y Rubén Paez; trabajo de campo: Francisco Sevilla, Washington Chingo; computación: Fausto Heredia; administración y secretaria: Edith Valle

país (la heterogeneidad estructural y la distribución odontológica).

En el segundo se estudia la práctica odontológica en el Ecuador (como un proceso relacionado y determinado por la globalidad social) y la distribución geográfica e institucional de los recursos humanos profesionales así como sus actividades, publicaciones y opiniones científicas.

La dirección y ejecución del trabajo estuvo a cargo del Centro de Estudios y Asesoría en Salud (CEAS) de Quito y contó con el apoyo del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud, *Kellogg Foundation*, así como con la importante colaboración de la Federación Odontológica Ecuatoriana y directivos y profesionales odontólogos provinciales proporcionaron información para el desarrollo de la presente investigación.

Para todos, nuestro agradecimiento.

(CEAS) Centro de Estudios y Asesoría en Salud.

Elementos interpretativos

Actualmente en Ecuador se dispone de información fragmentaria sobre la situación de la odontología. No existen estudios epidemiológicos sobre la problemática odontológica así como tampoco se dispone de conocimientos sistematizados sobre el comportamiento de la práctica odontológica y sobre el saber médico en este campo.

Por lo que se refiere a la práctica odontológica profesional, es indispensable conocer la distribución de los recursos humanos en sus modalidades de inserción privada y estatal, ya que el conocimiento de su distribución cuantitativa es únicamente parte del problema: explicar los *determinantes* de la distribución de los recursos odontológicos profesionales constituye el problema a investigar en el presente estudio.

Las interrogantes sobre la *distribución* de dichos recursos giran alrededor de la comprensión de los siguientes aspectos:

a) Las modalidades de práctica odontológica (cuya clasificación se explica en el marco conceptual del estudio).

b) El papel del Estado en la ampliación y surgimiento de cambios cualitativos en la "oferta" de acciones odontológicas. En este sentido es importante clarificar la función que cumple el acto odontológico en la conservación de la fuerza de trabajo y sus diferencias con relación al acto médico. Además, es indispensable comprender el impacto del acto odontológico como parte de la función legitimadora del Estado; el papel de las instituciones formadoras de recursos humanos, y por último, debe ser clarificado el comportamiento del Estado en función a la inversión en tecnología e insumos odontológicos. Estos aspectos podrían explicar la dinámica de expansión de servicios odontológi-

cos estatales, y los cambios cuanti-cualitativos en la composición de los recursos humanos profesionales y no-profesionales.

c) El papel de la práctica privada odontológica en la ampliación y modificación de la demanda de servicios; el peso relativo de la práctica "artesanal" y "empresarial".

d) El papel del gremio odontológico.

e) La "demanda" de servicios odontológicos en su relación con el crecimiento y modificación de la práctica privada y estatal. En este punto, es importante comprender la demanda diferencial y su repercusión sobre la distribución de recursos humanos.

f) La producción y circulación de insumos y tecnología, su relación con la práctica privada y estatal y con la "demanda" de acciones odontológicas. La influencia del insumo y tecnología sobre la modificación del equipo odontológico.

g) El estudio de los determinantes de la distribución de los recursos humanos odontológicos constituye la base para la organización de un sistema piloto de información que permita mantener un conocimiento permanente y actualizado sobre el personal odontológico en el país y llevar a cabo sus acciones de promoción y capacitación. La planificación y organización del sistema de información de recursos humanos en odontología constituye por tanto otro problema componente de la presente investigación.

Marco conceptual

La comprensión de la práctica odontológica en general y de la distribución de recursos humanos en particular, reclama la interpretación de la odontología como un proceso íntimamente relacionado y determinado por la globalidad social. En efecto, el estudio de las características de la práctica odontológica sólo puede lograr objetividad si es que se fundamenta en bases teóricas que permitan interpretar los aspectos económicos, políticos y ideológicos de dicha práctica.

La práctica odontológica puede clasificarse bajo tres criterios interrelacionados:

• El criterio económico permite delimitar tres formas: la *práctica mercantil simple* (artesanal) que se caracteriza por una relación de intercambio dada en el contexto privado, entre el valor del "acto odontológico" que se ofrece y el valor monetario que se paga; la *práctica empresarial* que, en el mismo ámbito privado, se caracteriza por una oferta organizada mediante la inversión en numeroso personal y equipos que permite la extracción de excedente económico con recuperación de un valor superior a la sumatoria de los valores invertidos; y, la *práctica no mercantil* (mercantil en apariencia) que se efectúa desde instituciones del Estado y en las que el personal cumple acciones inherentes a las funciones del Estado a cambio de una remuneración.

• El criterio político permite delimitar dos formas principales: la *práctica formal* que incluye todas las formas reconocidas oficialmente por el Estado, tratase de cualquier nivel de calificación del recurso humano involucrado;¹ la *práctica no-formal* que reúne las formas surgidas históricamente en el seno de la colectividad y que no han sido reconocidos por el Estado.²

• El criterio cultural (ideológico) permite clasificar la práctica en tres formas: la práctica *cotidiana* basada en el saber común de la colectividad; la práctica *empírica* que concentra y sistematiza la experiencia práctica de la colectividad en largo tiempo; la práctica *profesional-técnica* que también sistematiza dicha experiencia pero construyendo cuerpos teóricos explicativos, una metodología y elementos técnicos altamente depurados.³ La práctica científica será la expresión más evolucionada de la última forma.

El objeto de estudio de esta investigación se construye en torno a las tres formas de práctica desde el punto de vista económico, dedicándose exclusivamente a las modalidades de práctica formal de nivel profesional.

En tanto que el presente estudio pretende analizar los determinantes de la distribución de recursos humanos formales de nivel profesional en el Ecuador, el marco conceptual toma en consideración el carácter determinante de los procesos económico-políticos e ideológicos en su relación con la práctica odontológica.

El retraso histórico en el que ocurrió la modernización de la producción económica en el Ecuador permite comprender el desfase en el desarrollo de la odontología ecuatoriana en comparación con otros países de América Latina.

En relación con los términos más generales del marco conceptual, este estudio utiliza el proceso *producción de acciones odontológicas* como categoría particular de análisis. La producción de acciones odontológicas puede darse bajo cualquiera de las formas antes descritas.

Tratándose de las formas de producción de acciones odontológicas que operan en el contexto privado, tanto en la forma artesanal como en la empresarial, la acción odontológica constituye una *mercancía*, y el fin último será asegurar su realización.

En la forma estatal la acción odontológica constituye un servicio no mercantil y su fin último es asegurar las funciones del Estado: acumulación económica y legitimización del sistema.

Además de la producción de acciones odontológicas y por estar íntimamente ligadas con éstas, se considera la necesidad de analizar la categoría de producción de insumos y tecnología odontológica.

a) Producción de acciones odontológicas en el sector privado.

Se considera que los cambios cuali-cuantitativos en el sector empresarial y artesanal odontológico están dados por la influencia de la producción de insumos y tecnología odontológica, los cuales operan sobre una matriz delimitada establecida por la factibilidad de consumo o demanda del acto odontológico, la que determina la posibilidad de realización de la mercancía. En este nivel juega un papel fundamental, además del consumo de acciones odontológicas por necesidades funcionales, el consumo de acciones odontológicas por necesidades estéticas, ya que en esta forma de atención es donde posiblemente se originan las tasas más altas de ganancia, tanto para los productores de actos odontológicos como para los que producen los insumos y tecnología odontológicos.

La presión propagandística para el consumo de elementos dirigidos a la estética es entonces importante.

El sector artesanal puede crecer y transformarse en empresarial en función al incremento en la demanda originada fundamentalmente por las clases sociales con mayor capacidad de compra (por la influencia del sector productor de insumos y tecnología odontológica). Este hecho impacta en la distribución de los recursos humanos, en la constitución del equipo odontológico, en el proceso de trabajo odontológico, así como en los requerimientos de capacitación. Se interpreta que en un primer momento el desarrollo empresarial se efectúa a través de la asociación de odontólogos "artesanos" especialistas, y posteriormente se incorporará otro tipo de personal (técnico y auxiliar) que desarrollará acciones especializadas a un costo más reducido para el empresario, lo cual permite la disminución de gastos en capital variable y aumento de la tasa de ganancia.

El sector privado puede también desarrollarse en función al consumo de sus acciones por parte del Estado, aspecto que en el Ecuador no tiene vigencia, razón por la que en esta primera aproximación no es considerada.

La modernización capitalista ocurrida en las últimas dos décadas en el Ecuador posibilitó, por un lado, el crecimiento de las capas medias con altos niveles de ingreso, mismas que se encuentran ligadas a las empresas capitalistas, al Estado y a actividades profesionales autónomas, y por otro lado permitió la dinamización del comercio con la consiguiente activación de la circulación de los insumos y tecnología odontológicos. Estos hechos posibilitaron el crecimiento del sector privado (empresarial y artesanal) odontológico en forma notoria durante la última década. La expresión empresarial de la práctica odontológica, por su reciente aparición en el país, se encuentra en una etapa

¹ Básicamente se refiere a los profesionales del ejercicio privado aceptado oficialmente, a los que laboran en las instituciones estatales propiamente dichas (centrales y seccionales), entidades autónomas y semi-estatales (Seguro Social).

² Se refiere a recursos de cualquier calificación que subsisten, generalmente, mediante transacción mercantil simple y que pueden operar individualmente o en relación a organizaciones de la colectividad.

³ La práctica empírica puede incorporar interpretaciones objetivas y algunas corrientes "científicas" pueden ser no-objetivas.

inicial y no tiene todavía la fortaleza para asalar a odontólogos, sino más bien constituye una asociación de odontólogos especialistas con personal técnico y auxiliar asalariado que cumplen acciones de limitada complejidad que, en la odontología artesanal, es llevada a cabo por el mismo profesional.

Es factible considerar que la mayor parte de odontólogos graduados en los últimos años se encuentran probablemente distribuidos en el país y ligados principalmente a una práctica odontológica artesanal y en menor porcentaje a la empresarial.

Debido al alto costo del insumo básico para el ejercicio profesional, los odontólogos de inserción artesanal, seguramente están utilizando equipos de menor complejidad y de costo más reducido que se producen en el país o que se importan. Además deben haberse implementado formas especiales de crédito para el financiamiento de los equipos, tanto para el sector artesanal como para el empresarial. De no haber ocurrido estos hechos se puede suponer que existen formas de práctica empresarial con capital proveniente de sectores diferentes a los propios profesionales y en donde posiblemente juegan un papel importante las propias industrias productoras de insumos.

b) Producción de acciones odontológicas en el sector estatal.

Se parte de la interpretación de que las acciones que cumple el Estado se dirigen hacia la acumulación económica y a la legitimación del sistema así como las acciones estatales en el campo de la salud también cumplen estas funciones. Están dirigidas a estimular la acumulación económica cuando a través de ellas se pueden socializar los costos de reproducción de la fuerza de trabajo y por consiguiente permitir el incremento de las tasas de ganancia. Un típico ejemplo constituyen los servicios de salud para la fuerza de trabajo asalariada de las empresas. En cambio aquellos servicios brindados por el Estado a los grupos sociales no productivos con el fin de mantener la armonía social, se ubican entre los gastos sociales de legitimación.

Como aspecto fundamental en la interpretación de lo anterior es importante comprender el papel que cumple el acto odontológico para el mantenimiento de la fuerza de trabajo.

El papel que juega la Medicina en el mantenimiento y cuidado de la fuerza de trabajo potencial y de la fuerza de trabajo activa es obvio. Es indiscutible la importancia que juega el acto terapéutico médico en el ejercicio de acciones radicales que permiten la supervivencia de la fuerza de trabajo. Esto no es tan claramente observable en la Odontología, es decir, el acto odontológico está menos relacionado que el acto médico con las necesidades más directas y visibles para la reproducción de la fuerza de trabajo.

En segundo lugar, la problemática dental alrededor de la cual gira el acto odontológico en las clases trabajadoras puede ser enfrentado a través de acciones radicales mutila-

doras,* sin que ello repercuta negativamente y en forma inmediata sobre la supervivencia de la fuerza de trabajo ni tampoco en forma inmediata sobre su productividad. Las repercusiones que tiene el mal funcionamiento estomatológico rara vez están ligadas directamente al momento de trabajo, sino más bien al consumo (funcionalidad alimenticia) expresándose más tarde en problemas digestivos y más lejanamente sobre la vitalidad productiva del obrero.

El acto odontológico tiene por tanto una importancia secundaria para la conservación del valor de uso de la fuerza de trabajo. Es decir, para el capital no tiene gran importancia comprar una fuerza de trabajo que haya o no recibido atención odontológica. No sucede igual con otras expresiones de salud del obrero que tienen más importancia, como por ejemplo, la "salud ortopédica de extremidades superiores" en una empresa industrial metal-mecánica; o la "salud cardiovascular", etcétera.

Cuando un problema odontológico afecta la jornada productiva de la fuerza de trabajo es cuando dicho problema pasa a tener importancia para el capital, es decir, cuando la problemática odontológica obliga al obrero a abandonar el trabajo y a disminuir la productividad. La instrumentación de servicios curativos radicales mutiladores aparece como la solución más adecuada a dicho problema.

El capital requiere de la odontología únicamente la instrumentación de servicios curativos mutiladores que permitan la rápida solución de los problemas que atentan contra la jornada productiva de la fuerza de trabajo asalariada. Los aspectos de "prevención" (obturbación o restauración) y rehabilitación no juegan un papel muy importante porque:

a) "La prevención" tiene importancia para el capital en la medida que sea menos costosa que la curación, o cuando la enfermedad pueda dejar secuelas que ocasionen gastos de rehabilitación o disminuyan la capacidad productiva de la fuerza de trabajo.

b) La rehabilitación tiene importancia para el capital en la medida en que evita el pago de invalidez, lo que constituye una erogación irracional dentro de la lógica de la acumulación económica; o cuando permite recuperar capacidad productiva de la fuerza de trabajo.

Para el capital no es necesaria la "prevención" porque es más costosa que el acto odontológico mutilante (curativo) y tampoco existe peligro de invalidez productiva por lesión odontológica, razones por las que no es necesario el desarrollo de acciones de rehabilitación y ortodoncia en el ámbito de los servicios para los asalariados.

Este análisis de rasgos diferenciales entre la práctica odontológica y la práctica médica hace factible plantear que el desarrollo de los servicios odontológicos estatales es secundario y con un débil desarrollo frente a los servicios médicos.

* Se consideran acciones radicales mutiladoras las que eliminan parcial o totalmente órganos de la dentadura temporal o permanente.

El estudio de la relación entre el acto odontológico y la acumulación económica constituye parte del análisis del problema, porque otra fuerza importante que modela la acción odontológica estatal está dada por la presión que ejercen los grupos sociales.

Brevemente se ha descrito el requerimiento del capital en relación a la odontología, se hace por tanto necesario establecer cuál es el requerimiento de su contrapartida, el trabajador.

Como se indicó, el acto odontológico está menos relacionado que el acto médico con las necesidades más directas y visibles para la *supervivencia y reproducción de la fuerza de trabajo*, asimismo, la problemática fundamental en la *clase trabajadora* alrededor de la cual se centra el acto odontológico puede ser superada a través de acciones mutiladoras, sin que éstas repercutan en forma inmediata sobre la *supervivencia* de esa fuerza de trabajo ni sobre su *productividad*.

En la medida en que el acto odontológico tiene un peso inferior en la supervivencia de la clase, ésta no demuestra gran preocupación por la prevención y rehabilitación del aparato estomatognático y solamente presta atención en aquellos cuidados necesarios para la curación de problemas que afectan su bienestar. En este sentido, la clase trabajadora coincide en sus intereses con el capital; capital y trabajo se identifican en sus requerimientos sobre la Odontología. Pero entran en conflicto cuando:

a) La clase identifica al aparato estomatognático con sus valores estéticos y necesidades de reconocimiento social.

b) Descubre en el aparato estomatognático su importancia para la reproducción integral de los elementos conformantes de la clase.

Es importante clarificar estos puntos:

a) Desde la antigüedad la estética de los dientes ha sido de enorme importancia para nuestro pueblo. El diente en sí o como soporte de piezas ornamentales de metales preciosos, ha tenido mucha importancia dentro de ritos ceremoniales o en el diario convivir de los indígenas pertenecientes a las sociedades preincásica e incásica. Este valor estético continúa teniendo importancia actualmente para la clase obrera aunque posiblemente modificado, razón por la que la conservación del aparato estomatognático gana importancia para el trabajador, quien busca la conservación de sus piezas dentales, la sustitución o la adición en las mismas de elementos que tengan connotaciones estéticas (por ejemplo metales preciosos). En este sentido, la presión que ejercería el trabajo sobre el capital en lo que se refiere a los servicios odontológicos parecería tener las características de:

- Buscar el servicio que permita mantener el carácter estético de aquellas piezas dentales que más valor social tienen;

- Aceptar el tratamiento mutilador para aquellos componentes estomatognáticos que producen impacto negativo sobre el bienestar presente de los individuos;

- Aceptar el carácter mutilador del acto odontológico sobre cualquier componente de su aparato estomatognático en la medida que se logre una sustitución de aquellos elementos que tienen un valor estético (y funcional).

En cuanto al acto odontológico dirigido a cumplir con los requerimientos estéticos de la clase es sumamente costoso y no tiene importancia para el capital, toda vez que se relaciona con el trabajador pero no con el valor de uso de su fuerza de trabajo, el capital siempre reglamentará su servicio en forma tal de guardar bajo su responsabilidad el carácter mutilatorio radical del acto odontológico, transfiriendo las responsabilidades estéticas hacia la práctica privada que se verá beneficiada por la demanda de los trabajadores que se sumarán al consumo de acciones odontológicas estéticas (de distinto tipo) requeridas por las clases sociales dominantes.

Hasta este punto del análisis es posible decir que los servicios odontológicos del Estado dirigidos a la fuerza de trabajo asalariada deben ser de naturaleza eficazmente resolutive, razón por la que debe integrar recursos humanos odontológicos debidamente capacitados para que puedan asegurar el logro de esa eficacia. El Estado lucharía en contra de la presión que podría ejercer el trabajador para lograr la introducción de la preocupación estética en los servicios, sobre todo cuando aquella presión se acompañe de la conciencia acerca de la importancia de la conservación del aparato estomatognático para la reproducción integral del trabajador, ya que esto implicaría además del aumento del costo de la acción estética odontológica, la instrumentación de actividades preventivas y de rehabilitación igualmente costosas.

El conflicto entre el capital y el trabajo es por tanto la fuerza motriz en la conformación de los servicios odontológicos para los asalariados, al que se suma otra fuerza que en el caso particular ecuatoriano tiene importancia, esta es la presión ejercida por las capas medias ligadas a la administración empresarial y estatal que son atendidas por los mismos servicios estatales de los obreros. Estos grupos sociales posiblemente plantean, además de la atención curativa radical, la dotación de servicios de carácter ortodóncico funcional, estético y preventivo.

Sobre los servicios también presionarán: a) la industria de insumos y tecnología odontológica; b) el gremio odontológico; y c) entidades formadoras de recursos humanos. Estos serán analizados posteriormente, ya que su acción repercute no solamente sobre el sector de servicios odontológicos para asalariados, sino sobre todos los servicios estatales (ya se hizo una consideración sobre su influencia en relación a los servicios privados).

Los servicios odontológicos creados por el Estado para la clase obrera constituyen gastos de consumo social, que apoyan la acumulación económica a través de la reducción de los costos de reproducción de la fuerza de trabajo. Esta reducción de los costos ocurre debido a que a través del Es-

tado se logra que toda la sociedad pague los costos de reproducción de la fuerza laboral que trabaja para el capital, lo cual aumenta indirectamente las tasas de utilidades. Pero el Estado no debe únicamente preocuparse por mantener las tasas de ganancia sino por crear las condiciones para la armonía social y uno de los aspectos importantes dentro de esta preocupación es aquel que se refiere al "derecho universal a la salud".

Si bien los grupos con capacidad de compra (empresarios, capas medias "altas", algunos grupos de pequeños productores) consumen los servicios privados; mientras que los obreros y capas medias vinculadas a la administración del Estado y empresas privadas reciben prestaciones de salud por parte de los servicios especialmente organizados por el Estado (Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social). Las restantes clases (subasalariados, trabajadores agrícolas, dependientes de clase, etc.) que no representan en el mercado un valor económico importante, no lograrían obtener cobertura en salud lo cual constituye la negación de aquel "derecho universal a la salud" de no ser porque el Estado se ve en la obligación de instrumentar servicios para esos grupos sociales, aunque los mismos cumplan solamente una función legitimadora.

Los servicios en el campo odontológico se presentaron, posiblemente, con características de insuficiencia en cobertura, no dirigidos a buscar la eficacia sino la eficiencia (disminución del costo) con cobertura (efectividad) para los sectores sociales que mayor presión política ejercen son de carácter mutilador. Se llevan a cabo medidas preventivas en la medida en que sean poco costosas. Dependiendo del presupuesto estatal, estos servicios están a cargo de distinto personal, pero en épocas de crisis fiscal se *busca* disminuir al máximo la participación de personal profesional, ya que la capacitación o calificación del recurso humano puede ser de menor importancia que su costo.

Además de los aspectos considerados, otras fuerzas que intervienen en la modelación de los servicios odontológicos estatales son:

a) La industria de insumos y tecnología odontológica que presiona sobre el Estado para que compre sus productos. Esta presión ocasiona la transformación de gastos corrientes estatales en gastos de capital, lo cual funciona sobre todo en periodos de crisis fiscal al disminuir las alícuotas designadas para la ampliación del número de recursos humanos debidamente capacitados.

b) El gremio odontológico que presiona constantemente al Estado con el fin de impedir que éste integre dentro de sus servicios las acciones odontológicas más rentables, así como se opone a la organización de servicios odontológicos atendidos por personal de baja capacitación que pueden entrar en competencia con la práctica profesional. En épocas de limitación de mercado de trabajo profesional el gremio presiona para ampliar la captación de profesionales odontólogos por parte del Estado.

c) Las instituciones de formación de recursos humanos que a través de la producción de recursos, ejercen presión para la creciente captación de profesionales por parte del Estado, o para la ampliación de la práctica privada, también pueden jugar un papel importante oponiendo la organización de servicios odontológicos con personal no profesional.

Hipótesis

En una sociedad de régimen empresarial la distribución general de recursos está determinada por los requerimientos de reproducción ampliada de capital y es por esto que el Estado dirige sus acciones para posibilitar la acumulación económica y legitimar el sistema. Es de suponer que la distribución de recursos humanos odontológicos está supeditada en forma general a las mismas leyes. Es decir, el Estado distribuye sus recursos humanos odontológicos con miras a facilitar la acumulación de capital o en su defecto dirige sus acciones en el campo odontológico a legitimar su figura de *Estado benefactor*. Así, las políticas y programas estatales en el campo de la odontología constituyen la sanción de la relación de fuerza establecida fundamentalmente entre el capital (necesidades de reproducción del valor del uso de la fuerza de trabajo) y el trabajo (necesidades de reproducción del valor *cambio* de la fuerza de trabajo como expresión reivindicativa inmediata),* sanción que no siempre implica un respaldo directo al proceso acumulativo particular sino que se puede expresar como un esfuerzo para racionalizar el uso de la fuerza de trabajo para garantizar la reproducción global del régimen productivo, así como de otras fuerzas que entran con diferente peso, de acuerdo a la coyuntura específica: las instituciones de formación, el gremio odontológico, los productores y comerciantes de insumos odontológicos. En cambio, los odontólogos que no se encuentran ligados al Estado en el ejercicio de sus funciones, se distribuyen fundamentalmente de acuerdo a los determinantes del mercado con el fin de realizar el valor de su mercancía "acto odontológico".

El proceso de trabajo odontológico y la ideología odontológica están modeladas por estas leyes generales, presentando variaciones de acuerdo a las particulares situaciones en que se desarrolla el proceso odontológico.

Subhipótesis A:

La atención odontológica no cumple para el capital un papel visiblemente importante para la reproducción y conser-

* La reivindicación inmediata del trabajador en el proceso de producción empresarial es asegurar la reproducción del valor de cambio de su fuerza de trabajo pero la reivindicación histórica y fundamental es recuperar el control del valor de uso.

vacación del valor de uso de la fuerza de trabajo y solamente tiene importancia en la medida en que pueda impactar en el tiempo de la jornada productiva. En la medida en que el acto odontológico tiene escaso peso inmediato para la supervivencia de los grupos mayoritarios, éstos no demuestran en este momento gran preocupación por la prevención y mantenimiento del aparato estomatognático con la consecuente falta de presión ante el Estado para la instrumentación de acciones dirigidas a este campo. Estos hechos condicionan:

a) Los servicios odontológicos del Ministerio de Salud Pública son sumamente reducidos en comparación a los servicios médicos. Así también el número de odontólogos es significativamente menor en comparación, por ejemplo, al número de médicos.

b) Los servicios del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social son escasos y fundamentalmente ubicados a nivel de los propios espacios productivos de mayor significación. Además, el número de profesionales odontólogos es significativamente menor en comparación al número de médicos, pero de todas maneras hay una relación odontólogo/paciente mucho más alta que en el Ministerio de Salud Pública.

Subhipótesis B:

En razón a que cada instancia de práctica odontológica privada (IESS, Ministerio de Salud Pública) está dirigida a cumplir distintos objetivos, el proceso odontológico varía notablemente.

a) En general, la distribución de los odontólogos en el espacio sociogeográfico está fundamentalmente determinada por las leyes del mercado oferta y demanda de acciones odontológicas. Observándose mayor concentración de odontólogos en las provincias en donde se ubican las clases y capas más pudientes, capaces de comprar servicios dirigidos a mantener la funcionalidad y valor estético del aparato estomatognático.

b) En el Ministerio de Salud Pública, en congruencia con su práctica legitimadora dirigida a las capas populares urbanas y rurales, se desarrollará un proceso de trabajo rutinario, de tipo mutilador, pobre en acciones dirigidas a la atención estética, ortodóncica y preventiva. El equipo odontológico estará integrado en un porcentaje alto por personal auxiliar con tendencia cada vez más fuerte a recibir, por parte del odontólogo, la delegación de acciones de educación; contradictoriamente, en este sector es posible encontrar la utilización de instrumental sofisticado, no acorde con las actividades que se cumplen, lo cual es resultado de la presión ejercida por parte de las agencias de producción y mercadeo de insumos y medicamentos.

c) Los servicios odontológicos del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social están fundamentalmente dirigidos a

cuidar el efecto negativo de los problemas odontológicos sobre la jornada de trabajo, pero a su vez, se hallan presionados por los obreros que pueden identificar al aparato estomatognático con sus valores estéticos o con su importancia para la reproducción del valor de cambio de su fuerza de trabajo. Además, estos servicios están supeditados a la presión de las capas medias ligadas a la administración empresarial y estatal que son atendidas por los mismos servicios y que posiblemente reclaman ampliar la dotación de servicios.

Estas presiones condicionan:

La instrumentación de servicios odontológicos en las fábricas en donde el odontólogo cumplirá un proceso rutinario, resolutorio y mutilador pero con posibilidades de referir a los pacientes a otros niveles de complejidad para la atención de complicaciones que pudieran producir disminución de la productividad del obrero.

La estructuración de servicios odontológicos para las capas medias que integran atención preventiva y posiblemente estética.

La conformación de un equipo odontológico más amplio en donde se integre el mecánico dental con un rol importante.

La dotación de recursos instrumentales sofisticados.

d) En la práctica odontológica privada es donde se encuentra una mayor variedad de procesos de trabajo odontológico, con un grado de complejidad del proceso que asciende desde el odontólogo artesano recién graduado hasta la práctica empresarial. Por otro lado, la práctica privada, determinada por la factibilidad de realización de la mercancía "acto odontológico" varía su proceso en función al tipo de demanda.

En las regiones en donde se concentran las capas sociales altas se encuentra mayor división del trabajo y la formación de núcleos empresariales, producto de la fusión de diverso tipo de especialistas apoyados por personal técnico y/o auxiliar.

Este fenómeno se explica por la presión que ejercen las capas altas por una atención preventiva y estética, producto de la influencia de la cultura "científica" e ideológica dominante impulsada por la industria de insumos y fármacos odontológicos. Este tipo de atención es obviamente más cara; sólo pueden pagarla esos grupos sociales; utiliza los insumos requeridos dentro del proceso de trabajo que ofrecen mayores tasas de ganancia al odontólogo; presiona el desarrollo de la mecánica dental.

La práctica odontológica privada dirigida a las clases populares, al tener que resolver problemas múltiples que surgen en la población demandante, no tiene factibilidad de especialización, razón por la que presenta menor división del trabajo, menor participación de personal técnico-auxiliar y está fundamentalmente encaminada a tratar problemas sentidos (curativa no preventiva) y a brindar atención a los requerimientos estéticos de las clases populares.

Subhipótesis C:

Actualmente en el Ecuador, la práctica privada es la dominante ya que cubre el mayor porcentaje de acciones odontológicas y la casi totalidad de odontólogos ejercen prácticas privadas aunque se hallan ligados a instituciones públicas. Su forma de ejercicio privado condiciona fundamentalmente su nivel de conocimiento y actualización, así como su búsqueda y consecución de medios para lograrlos (consumo de material bibliográfico, asistencia a seminarios, cursos, congresos, etc.). Asimismo con base en su práctica odontológica se pueden identificar diversas interpretaciones de la organización del proceso odontológico en el país.

Por otro lado se encuentran que con una práctica artesanal dan atención a los sectores populares, su proceso de trabajo es simple aunque diversificado, por su distancia de los núcleos de poder (gremio, organizaciones científicas) reciben menor presión por parte de las casas productoras de insumos, son los que menos posibilidades de acceso a la información y actualización tienen, pero presentan más capacidad para interpretar el papel que juegan los factores sociales en la producción y distribución de la salud-enfermedad odontológica. Así también tienen más claridad acerca de las limitaciones de la actual organización de la práctica odontológica y posiblemente brindan mayor apoyo a una actividad organizativa o para impulsar un medio de difusión científico-informativo novedoso.

Los odontólogos realizan una práctica artesanal o empresarial ligada a los sectores dominantes, en función de su proceso de trabajo más especializado, su cercanía de los núcleos de poder (gremio, organizaciones científicas, universidades), supeditación a mayor presión por parte de las casas productoras de insumos y medicamentos, tienen mayores posibilidades de acceso a la información y actualización sobre "el conocimiento científico dominante" y menores opciones de identificar el papel que juegan los factores sociales en la producción y distribución de la salud-enfermedad odontológica. Por encontrarse por lo general ligados a los núcleos de poder, la crítica que estos profesionales realizan es de carácter parcial y dirigida a lograr mayor control sobre los organismos de poder.

Los odontólogos que se ubican en la práctica privada y al mismo tiempo se hallan relacionados con la práctica del Estado u organizaciones semiestatales, tienen mayores posibilidades que los primeros de acceder a la información y actualización "científico-técnica" dominante y su interpretación y posibilidades de organización está fundamentalmente dada por su práctica privada (exceptuando a los odontólogos rurales).

Aspectos operativos

Como fue señalado en una sección anterior, de modo general las investigaciones sobre recursos humanos asumen solamente una descripción del problema y no abordan la explicación del mismo. Si bien la recuperación de datos sobre el número de profesionales, su ubicación geográfica e institucional, etc., son importantes, la sola descripción de los mismos no ayuda a comprender los determinantes esenciales de las características y el comportamiento profesional. Se requiere para este efecto superar los esquemas de un censo o encuesta convencional y plantear un diseño específico centrado alrededor de hipótesis particulares.

Ya se planteó el hecho de que la presente investigación no pretendió levantar un censo completo de profesionales para proveer de índices de utilidad administrativa, lo que se buscó es estudiar una muestra de carácter propositivo-aleatorio que permita comprobar ciertas hipótesis sobre la práctica odontológica. Lo que este trabajo ofrece es el análisis de tipos de práctica, del peso relativo de las formas artesanal y empresarial, de las causas de las distintas formas y niveles de tecnificación y equipamiento, de la división del trabajo, del papel del Estado frente al surgimiento de las distintas modalidades de oferta, etc., situando la interpretación de estos aspectos en relación con los condicionamientos de carácter económico-social y cultural que en el país se ejercen frente al desempeño de los profesionales.

Análisis de la muestra

En un principio la investigación fue proyectada para obtener una muestra propositivo-aleatoria por conglomerados, cuyo marco de diseño era la matriz de regionalización desarrollada por el (CEAS) a lo largo de varios años de investigación y que ha permitido identificar zonas en el país, diferenciables según atributos estructurales y político-culturales de gran importancia como determinantes de la práctica en salud.

De ese modo el funcionamiento convenido al inicio previo al levantamiento de encuestas en doce polos urbanos del país, seleccionados según la matriz del CEAS y repartidos entre Zonas Tipo I de alto desarrollo empresarial-urbano-industrial, Zonas Tipo II de transición, Zonas Tipo III de bajo desarrollo empresarial-industrial e importantes rezagos agrarios preempresariales y Zonas Tipo IV de desarrollo aún no definido.

Por razones administrativas ajenas al CEAS este componente sufrió un drástico recorte presupuestario (los fondos quedaron reducidos al 25% de lo previsto) lo cual provocó la detención del trabajo investigativo y la imposibilidad de abarcar el ámbito planeado originalmente.

A esta seria limitación financiera se sumó el obstáculo de descordinación gremial odontológica intra e interpro-

vincial que impidió utilizar algunos mecanismos compensatorios que el CEAS buscó para obviar las dificultades financieras surgidas. Hubo desafortunadamente en varios lugares una alta predisposición negativa a la encuesta que no siempre pudo ser contrarrestada por la tarea de sensibilización de los directivos y encuestadores.

Estas situaciones obligaron a que la recolección de la información se llevara a cabo en dos etapas. En la primera (1984), se logró entrevistar a un total de 318 odontólogos pertenecientes a cinco ciudades de la sierra ecuatoriana, con lo cual prácticamente se cubrió lo previsto para dicha región, perdiéndose en esta fase la posibilidad de estudiar el comportamiento profesional en la costa y el oriente.

En el cuadro 1 se sintetiza la composición del grupo estudiado durante la primera fase del estudio.

Cuadro 1

Población, muestra y cobertura de odontólogos federados Ecuador, 1984

Odontólogos Zona	Cobertura Lugar	Población	Muestra	%
Empresarial-urbana-industrial	Pichincha	700	191	27.3
Transición	Azuay	150	88	58.7
	Cañar	38	4	10.5
Pre-empresarial agraria	Imbabura	80	17	21.3
	Chimborazo	60	18	30.0
Cinco zonas seleccionadas	sierra	1 028	318	30.9

Fuente y elaboración: CEAS

Como puede notarse en el cuadro de distribución muestral, en esta primera fase se logró cubrir (para las provincias de la sierra) el 30.9% de la población total de odontólogos federados activos. En la zona tipo I la muestra cubrió el 27.3% de la población profesional indicada (única provincia Pichincha), en la zona tipo II abarcó el 48.9% de los profesionales (provincias Azuay, Cañar), y en la zona tipo III los odontólogos encuestados en dos provincias (Imbabura y Chimborazo) cubrieron el 8.9% de la población correspondiente. Considerando un nivel de confianza del 95% se puede concluir que la muestra obtenida (nt 318) es adecuada.

Además, esta investigación se planteó desde sus inicios la necesidad de conocer la realidad odontológica en el país, sus determinantes y distribución. Esto llevó a que con los primeros análisis ya realizados por el CEAS y sobre la ba-

se de que la práctica odontológica no se modificaría significativamente en un lapso de dos años, la Organización Panamericana de la Salud apoyó la ejecución de una segunda fase de estudio, misma que en 1986 recogió información en las provincias que fueron seleccionadas tomando como criterios fundamentales: a) el mayor grado de representatividad en los diferentes tipos de zonas de desarrollo de la matriz CEAS y b) la accesibilidad desde la perspectiva logística.

En el cuadro 2 se sintetiza la composición del grupo estudiado durante la segunda fase.

Cuadro 2

Población, muestra y cobertura de odontólogos federados Ecuador 1986

Odontólogos Zona	Cobertura Provincia	Población	Muestra	%
Empresarial-urbana industrial	Guayas	1 080	245	22.7
Transición	El Oro	30	22	73.3
	Manabi	150	79	52.7
	Los Ríos	60	42	70.0
Pre-empresarial agraria	---	---	---	---
Zonas seleccionadas		1 320	388	29.4
No definido	Pastaza	23*	9	39.1
	Napo	24*	20	83.3
Zonas seleccionadas		47	29	61.7

Fuente y elaboración: CEAS

●Fuente: INEC

Como puede notarse en el cuadro de distribución muestral, en la segunda fase se logró cubrir (para las provincias de la costa) el 29.4% de la población total de odontólogos federados activos. En la zona tipo I la muestra cubrió el 22.7% y en la zona tipo II el 53.0% (no existe en la costa ecuatoriana provincias de tipo III o preempresarial-agrarias).

La proporción de cobertura en la zona tipo IV* (de desarrollo no definido) 61.7%, corresponde a la relación entre los odontólogos encuestados y el total de profesionales

● El CEAS no ha realizado todavía estudios clasificados de las zonas orientales.

que trabajan en las dos provincias seleccionadas (Pastaza, Napo). No se pudo tomar el dato de odontólogos federados en tanto que no existen colegios odontológicos en las provincias de la amazonía, sin embargo, para tener representatividad en el estrato se tomó el dato del número de odontólogos registrado por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos para el año de 1986. Considerando un nivel de confianza del 95% se puede concluir que la muestra obtenida en esta segunda fase es adecuada.

Partiendo del supuesto hipotético de que la práctica odontológica no se ha modificado en un lapso tan corto como es el que medió entre las dos fases del presente estudio, se puede concluir que las muestras obtenidas son particularmente adecuadas para los dos primeros tipos de zonas y se debilita en el tercer grupo. De todos modos para los fines de comparar perfiles profesionales y contrastar tendencias básicas se puede lograr una precisión del 96.4% en el

95% de nivel de confianza para el total de las cinco zonas seleccionadas de la sierra y las cuatro de la costa.

En cada uno de los estratos (por tipos de zona) y en sus respectivos periodos de estudio los errores de estimación para variables cualitativas son diferentes, correspondiendo en la primera fase: a 5.9% en la zona empresarial urbana-industrial (Pichincha), 5.3% en la zona en transición (Azuay, Cañar) y 14.6% en la zona preempresarial-agraria (Imbabura, Chimborazo). En tanto para la segunda fase los errores estimados corresponden a 5.9% en la zona empresarial (Guayas), 3.4% en la de transición (El Oro, Manabí, Los Ríos) y 7.3% en la zona de desarrollo no definido (Pastaza, Napo).

Los análisis de diferenciales que se efectúan más adelante fusionan la información de cada uno de los periodos de investigación, buscando la segunda explicación de los determinantes de la distribución de los recursos humanos y la comprensión de la práctica odontológica en el país.

Cuadro 3

Términos de operacionalización y análisis según hipótesis

<i>Subhipótesis principales (esquema)</i>	<i>Lo que se trata de demostrar</i>	<i>Términos de operacionalización</i>
Menos peso relativo de la atención odontológica respecto a otros servicios de salud, frente a la reproducción y conservación del valor de uso de la fuerza de trabajo.	- Recursos MSP odontológicos reducidos respecto a los médicos. - Servicios del IESS relativamente escasos y mejor ubicados en espacios productivos empresariales. - Menores recursos odontológicos del IESS respecto a los médicos, aunque relación odontólogos/población más alta que el MSP.	- Indices de cobertura comparativos, por odontólogos y médicos según zonas e instituciones. - Indices económico-sociales (Fuente: indirecta) Análisis: por pruebas para diferenciales, así como regresión.
Funciones estatales de respaldo productivo económico y de legitimación política que se ejercen con pesos relativos distintos entre el IESS y el MSP y que determinan diferencias en la práctica odontológica.	- Diferencias en contenido: rutinario, mutilador, acciones estéticas ortodóncico-funcionales y preventivas. - Diferencias en composición del personal y apoyo de mecánica dental. - Diferencias en equipamiento.	Indicadores de práctica: composición de acciones, indicadores de equipamiento, indicadores de composición de personal. (Inscritos en Formulario ROP adjunto) Fuente: directa (encuesta) Análisis: índices de significación para contingencia.
Fundamento económico mercantil de la práctica privada diferente las formas de práctica estatal y a su vez dentro de ella aparecerán diferencias entre las formas artesanales y las propiamente empresariales.	- Mayor variedad y eficiencia de acciones. - Formas artesanales son de menos complejidad, sofisticación, menor división del trabajo.	Indicadores de práctica similares a los antes indicados que se aplican a esta práctica (inscritos en formulario ROP) Fuente: directa (encuesta) Análisis: índices de significación para contingencia.
La práctica dominante es la privada y determina el saber odontológico.	- Mayor proporción de odontólogos desempeñan ejercicio privado solo o combinado. - Menor acceso a formación e información actualizada en odontólogos que ejercen bajo modalidad artesanal. - Mayor capacidad de interpretación integral (social) en los profesionales vinculados al Estado y/o práctica artesanal.	Indicadores de opinión, acceso a la formación e instrumentos de educación continua. (Inscritos en formulario ROP) Fuente: directa (encuesta) Análisis: índices de significación para contingencia.

Fuente: CEAS

Términos de operacionalización y análisis según hipótesis

Con el objeto de esclarecer las bases de la operacionalización utilizada es conveniente relacionar los requisitos de verificación que surgen de las hipótesis, con los términos de operacionalización respectivos. En el esquema siguiente se analizan dichas relaciones y señalan sus aspectos principales.

Características y tendencias de la práctica odontológica profesional en el país

Ubicación previa del modo de análisis

El análisis acerca de las características de toda práctica profesional puede enmarcarse dentro de diversos fundamentos conceptuales y proyecciones prácticas.

La más reciente investigación en el campo de la práctica odontológica en América Latina parece evidenciar dos líneas fundamentales de esfuerzos frente a las cuales es necesario situar al presente estudio.

En primer lugar se observa un tipo de investigación que se puede definir genéricamente como administrativa-funcional, un ejemplo de cual sería el estudio de Galan-Luecke-Myers y col.⁴ Esta modalidad de investigación asume implícitamente los fundamentos teórico metodológicos del estructural funcionalismo. Aborda con rigurosidad y amplio manejo técnico del análisis cuantitativista, la medición y asociación empírica de una vasta gama de factores administrativos que componen la llamada oferta de servicios odontológicos y producción de recursos humanos. Si bien este enfoque tiene gran utilidad al proveer de un rico acervo de información, de índices cuantitativos y algunos cruces de variables, sin embargo, su debilidad radica en que pone muy poco énfasis en explicar las determinaciones económico-sociales y superestructurales que condicionan y explican la ocurrencia de esos hallazgos empíricos, sin cuyo conocimiento el propio análisis administrativo y medidas de planificación quedan encerradas en un círculo vicioso que no facilita el acceso a niveles de interpretación y acción más profundos.

Por otro lado, se está multiplicando un nuevo y promisorio tipo de estudios a los que podrían denominarse de investigación histórico-social o científico-social, acerca de la práctica odontológica. En este enfoque se enmarca la interpretación de las expresiones administrativas y educativas dentro del conocimiento de las leyes que rigen el desenvolvimiento social, de las relaciones históricas que determinan todo tipo de práctica, y de los condicionamientos que aquellos presupone, tanto frente al modo de organizarse de las instituciones, al modo de trabajar y pensar de los profesionales y a las condiciones de salud-enfermedad

⁴ Glan, R.; Luecke, D.; Myers, C.; y col., *Análisis de demanda y oferta médica y odontológica para Colombia-Bogotá*, Instituto Nacional de Salud, 1977.

sobre las que actúan las instituciones y los trabajadores de la salud, profesionales y no profesionales.

Sin pretender en este punto cubrir toda la literatura producida bajo esta segunda perspectiva de estudio, que es la que asume la presente investigación sobre la práctica odontológica en el Ecuador, cabe citar a manera de ilustración algunos de los trabajos distintivos que se han publicado desde fines de los setenta.

Hermosillo y colaboradores⁵ inician una sistematización de los problemas de la práctica a raíz de su esfuerzo por interpretar el proceso de formación y utilización de recursos humanos. Vinculan las modalidades de práctica dominante, su efecto sobre el surgimiento de modelos odontológicos, analizan la base tecnológica de la práctica en relación a lo anterior y el modo cómo están hechos se reflejan en las formas prácticas docentes. Algunas de las constataciones preocupantes de dicha investigación son: que las características actuales de la práctica profesional contribuyen al empeoramiento gradual de la salud bucodental; que la propia estructura de la sociedad conduce hacia una atención para la salud discriminatoria según los estratos sociales y que frente a todo aquello, el único cambio notable en la educación odontológica ha sido de tipo cuantitativo desde principios de siglo.

Pocos años más tarde Payares y Jiménez⁶ introducen también aportaciones para el desarrollo de esta línea de investigación planteando una revisión crítica de los criterios empiricistas de la investigación odontológica convencional y la necesidad de reconocer que la práctica odontológica dominante es un objeto determinado por las leyes del mercado; la presión de los grandes complejos médico-industriales, y las consecuentes fuerzas políticas que inciden sobre las organizaciones y la práctica.

En años más recientes dos talleres internacionales de expertos^{7,8} han sintetizado algunos de los más importantes avances de la nueva investigación odontológica latinoamericana. En dichos documentos, equipos de diferentes países aportan valiosas contribuciones que configuran un marco de referencia bastante sólido, esclareciendo un método integrador para el estudio de los determinantes estructurales y culturales de la práctica; de su transformación histórica y proponiendo alternativas más científicas, eficaces y democráticas para el quehacer odontológico.

⁵ Hermosillo, G.; López Cámara, V.; Alvarez, J.; García, M. y Silva, H., "Formación y utilización de recursos humanos odontológicos en México", en *Educación médica y salud*, 12(4): 457-500, 1978.

⁶ Payares, C. y Jiménez, R., en *Medicina, odontología y sociedad*, en Editorial Copiypes, Medellín, 1980.

⁷ Taller de recursos odontológicos, *Hacia una odontología alternativa*, Informe SESPAS-PNUD-OPS/OMS, Puerto Plata, 1981.

⁸ Grupo de trabajo convocado por la división de salud bucal, *Análisis del proceso salud-enfermedad bucal*, Informe SESPAS-PNUD-OPS/OMS, Palmas del Mar, 1983.

Finalmente, en esta muy somera revisión de hitos bibliográficos, es importante mencionar la investigación de López Cámara y Lara,⁹ no sólo por las valiosas aportaciones de su contenido teórico sino porque se aproxima mucho al tipo de estudio que el CEAS incorporó en 1982 al diseño del proyecto Iroaa-Kellog.¹⁰ Los autores mexicanos aplicaron los desarrollos conceptuales y de métodos logrados en América Latina al análisis coyuntural de la práctica en la ciudad de México en un esfuerzo enriquecido por una encuesta creativa cuyos indicadores son la traducción de un planteamiento conceptual bien centrado. López y Lara, luego de cuestionar el modo tradicional de emplear los indicadores descriptivos, se adentran en la investigación de los objetos y medios de trabajo de las concepciones y nivel de conocimiento de los odontólogos y de las diferencias sustanciales de la práctica odontológica en la seguridad social y en la Secretaría o ministerio de salud, debidos al papel social distinto de las dos entidades, etcétera. Luego de constatar que pese al crecimiento cuantitativo de los indicadores de oferta, en la actualidad cerca del 90% de la población mexicana no tiene acceso a los servicios odontológicos, establecen que a esa carencia absoluta se añade al hecho de que, de la población que sí accede, la de medianos y escasos recursos carece de servicios de alta calidad técnica, consumiendo de esta manera "una odontología de rutina, poco diversificada, acentuadamente mutiladora y bastante cara".¹¹

Para la seguridad social dichos servicios no son prioritarios debido a que, "salvo excepciones como son las odontologías o complicaciones bucodentales severas, no originan incapacidad para el trabajo"¹² y para el Ministerio de Salud bajo el principio del servicio como un derecho constitucional, "cumple más bien una función ideológica, no tanto económica, aunque obviamente genera consumo y por tanto permite el impulso de otros ciclos productivos como son los de las industrias de bienes para la salud".¹³

Los planteamientos que aquí se han revisado no pretenden otra cosa que situar las dos principales corrientes de investigación de recursos y situar este primer análisis sobre la práctica profesional odontológica del país. Con los hallazgos que a continuación se analizan parece demostrarse que las similitudes históricas y sociales de los países dependientes de esta parte del continente se expresan en las similitudes de las características y tendencias del quehacer odontológico.

⁹ López Cámara, V. y Lara, N. *Trabajo odontológico en la ciudad de México, Análisis de la práctica dominante*, Ediciones de la Universidad Autónoma Metropolitana, Xochimilco, 1983.

¹⁰ CEAS, *Estudio preliminar sobre la situación actual del recurso humano profesional odontológico*, Informe al Comité Técnico de Expertos en Innovaciones en Salud Bucal del Área Andina, Riobamba, 1982.

¹¹ López y Lara, *Op. Cit.*, pp.85

¹² *Ibid.* pp.23

¹³ *Ibid.* pp.23

Tendencias de la distribución de recursos odontológicos institucionales en el contexto nacional

Como se explica en secciones precedentes, la lógica de implantación de recursos para la salud por parte del Ministerio del ramo (MSP) y el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), está condicionada por las funciones que dichas entidades desempeñan como parte del Estado.

En esta parte del análisis que corresponde a la visión general, se trata de utilizar la información documental disponible para demostrar que la práctica odontológica en el país no es homogénea y dejar sentadas algunas inferencias respecto a las causas de este problema. En efecto hay por un lado diferencias entre la práctica del MSP, del IESS y la práctica privada, según las distintas funciones que han sido históricamente fijadas para cada tipo. Asimismo, se pretende constatar que es distinta la oferta que cada una de aquellas entidades implantan según sus diferentes finalidades para cada una de las distintas provincias o regiones. Cada provincia o región genera un peso de demanda específico respecto al MSP, IESS o la odontología privada, de acuerdo a sus características económico-sociales. Así por ejemplo, la magnitud de implantación empresarial y fuerza laboral asegurada explica en gran medida la oferta del IESS. Por otro lado, el volumen de población subasalariada (mal llamada "marginal") y la presencia política poblacional explican, en gran medida, el comportamiento de la oferta del MSP, aunque esto se asocia frecuentemente con presiones de los consorcios y grandes empresas en su esfuerzo por ampliar sus mercados. Y finalmente, la oferta privada está condicionada en gran medida por las condiciones del mercado y capacidad de compra de la demandada real.

A partir de la muy limitada información estadística disponible se analiza a continuación el comportamiento de los indicadores de recursos odontológicos en el nivel macro. Cabe insistir en este punto que si bien los indicadores son medidas promediales de cobertura y en algunos casos se estará trabajando con estimaciones, sin embargo lo único que se pretende es establecer grandes contrastes y tendencias, en ningún caso estimaciones afinadas.

Heterogeneidad estructural y distribución odontológica

En la formación social ecuatoriana se reconocen tres tipos de regiones según el grado de avance empresarial y desarrollo productivo: una región *capitalizada* con mayor desarrollo de la industria; amplio comercio y agricultura moderna como una región de *transición*, y una región *atrasada* con fuertes rezagos de formas pre-empresariales en esas ramas económicas. Se puede cuantificar por medio de un índice elaborado por el CEAS para el CONACYT¹⁴

¹⁴ CEAS, *Análisis del papel desempeñado por la ciencia y tecnología en el proceso histórico social ecuatoriano*, Informe presentado al CONACYT, Quito, 1984.

el grado de desarrollo de las provincias de Sierra y Costa según lo muestra el siguiente cuadro.

Cuadro 4

Provincias de Sierra y Costa según grado de desarrollo productivo empresarial		
Desarrollo	Provincia	Índice desarrollo empresarial
<i>Alta capitalización</i> (Empresarial-urbano-industriales)	Pichincha	8 411
	Guayas	7 866
<i>Transición</i>	El Oro	4 208
	Esmeraldas	4 200
	Manabí	3 727
	Azuay	3 535
	Cañar	3 303
	Los Ríos	3 016
<i>Atrasadas</i> (Pre-empresariales agrarias)	Tungurahua	2 635
	Carchi	2 623
	Bolívar	2 472
	Imbabura	2 168
	Cotopaxi	2 110
	Loja	1 821
	Chimborazo	1 784

Fuente: CEAS, Informe al CONACYT, 1984

Como puede constatarse en el cuadro anterior, se observa la notable diferencia entre el valor de los índices de las provincias más capitalizadas y las otras, existe una marcada heterogeneidad en los niveles de desarrollo industrial-empresarial urbano de las provincias con todo lo que aquello implica en las condiciones sociales y de trabajo profesional. Es decir, es interesante destacar en este punto el hecho de que el análisis de la distribución de odontólogos debe tomar en cuenta la considerable distancia que las diversas provincias evidencian en lo referente a condiciones de gran importancia, no sólo para el ejercicio privado de la profesión, sino también frente a la implantación de la infraestructura de servicios de salud estatales.

Tomando como base datos proporcionados por la Federación Odontológica Ecuatoriana y los colegios seccionales se pudo elaborar el cuadro 5 en el que se muestra la distribución de profesionales federados activos y se puede establecer algunas características interesantes.

Cuadro 5

Distribución de los odontólogos federados en ejercicio de la profesión en Sierra y Costa Ecuador 1984

Provincia	Odontol. ¹	Población provincial		Índice odontólogos ²	
		Total	Zona concentrada o urb.	Provincia	o urb.
Carchi	35	129 809	49 741	2.7	7.0
Imbabura	80	251 538	103 409	3.2	7.7
Pichincha	700	1 479 764	1 085 464	4.7	6.4
Cotopaxi	32	290 876	45 431	1.1	7.0
Tungurahua	75	340 490	127 879	2.2	5.9
Bolívar	38	148 919	23 690	2.6	16.0
Chimborazo	60	336 083	97 226	1.5	5.1
Cañar	38	189 303	46 252	2.0	8.2
Azuay	150	459 801	181 850	3.3	8.2
Loja	75	362 269	125 688	2.1	6.0
<i>Sierra</i>	<i>1 283</i>	<i>3 988 852</i>	<i>1 886 630</i>	<i>3.2</i>	<i>6.8</i>
Esmeraldas	35	259 761	129 730	1.3	2.7
Manabí	123	888 256	391 713	1.4	3.1
Los Ríos	60	468 560	180 414	1.3	3.3
Guayas	900	2 159 714	1 701 037	4.2	5.3
El Oro	52	355 721	237 140	2.0	3.0
<i>Costa</i>	<i>1 170</i>	<i>4 132 012</i>	<i>2 640 034</i>	<i>2.8</i>	<i>4.4</i>
Total (Sierra y Costa)	2 453	8 120 864	4 526 664	3.0	5.4

¹ Son estimaciones del número de profesionales al año 1984 que incluyen sólo odontólogos activos federados.

² Calculados para cada 10 000 habitantes.

³ Número total de odontólogos incluidos los odontólogos rurales para el año 1984 han sido estimados en 4 292 (MSP) de los cuales 250 aproximadamente son rurales.

Fuente: Federación Odontológica Ecuatoriana y Algunos Colegios Seccionales.

Elaboración: CEAS

Si se toma en cuenta que según los estudios de base para el Plan Decenal para las Américas (década de los 70) se estableció para el área un promedio de 1.9 odontólogos por 10 000 habitantes, y de 5 a 7 odontólogos por 10 000 habitantes para los países más evolucionados, entonces observando los índices (od/10 000 habitantes) del cuadro mencionado se constata:

Una marcada diferencia en los índices provinciales encontrándose desde índices muy bajos por ejemplo Cotopaxi con 1.1 odontólogos por 10 000 habitantes inferiores al promedio regional, hasta índices provinciales considerablemente más altos que se acercan a los niveles de los

países más evolucionados por ejemplo Pichincha con 4.7 od/10⁴ habitantes y Guayas 4.2 (od/10⁴ habitantes).

Considerando al hecho real de que los profesionales no son accesibles al total de la población de cada provincia, sino más bien se ubican en las zonas de población concentrada o urbana, se observa entonces que en dichas zonas buen número de provincias alcanzan índices relativamente altos con respecto a los índices regionales antes mencionados.

Nótese que el índice de la Sierra (3.2 x 10 000) es más alto que el de la Costa (2.8 x 10 000) y que las dos áreas del país promedian 3.0 odontólogos federados activos por 10 000 habitantes.

Lo anterior lleva a concluir que si bien en dichas áreas del país se ha rebasado la recomendación del Plan Decenal de las Américas antes citado (de superar en 20% ese promedio regional de 1.9 od/10⁴ habitantes), sin embargo, la abismal heterogeneidad de la oferta al interior de las provincias, de las cuales el 60 por ciento de éstas muestra índices más bajos que la recomendación internacional mínima, permite inferir que globalmente la situación de oferta es crítica. Observación que se agrava si es que se toma en cuenta que los profesionales federados prácticamente no cubren las áreas rurales y además sólo están al acceso de sectores sociales reducidos.

Luego, con el objeto de constatar en qué medida el desarrollo productivo (empresarial-industrial-urbano) se asocia a la distribución de odontólogos, se ha establecido la regresión simple entre distintas variables independientes económicas y la variable dependiente recursos odontológicos.

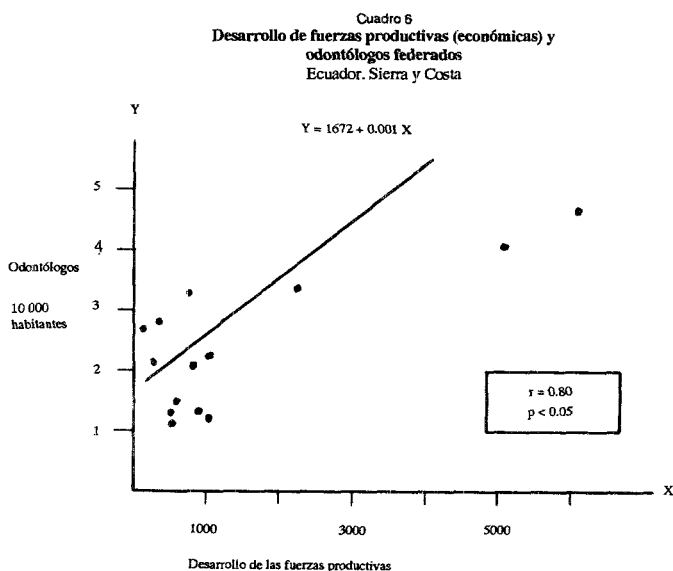
En el anexo 1 se registran los resultados de tal cálculo de regresión, anotándose para cada caso las variables independientes y dependientes utilizadas, los parámetros de la línea de regresión (alfa y beta), los coeficientes de correlación y determinación (r y r^2) y los niveles de significación calculados por prueba de ANOVA aplicada a la razón de varianza. Asimismo, en el anexo núm. 2 se proporcionan los valores de los indicadores utilizados en la regresión para cada una de las provincias de la Sierra y la Costa. A continuación se destaca algunos hallazgos importantes.

Desarrollo de fuerzas productivas y distribución de odontólogos

Observando los resultados al regresionar la variable desarrollo empresarial (X_1) y desarrollo de fuerzas productivas (X_2) sobre el índice de odontólogos federados por 10 000 habitantes (Y_1) se obtienen coeficientes de correlación significativos (en p 0.05) de $r = +0.69$ y $r = 0.80$ respectivamente. Relación que se visualiza más claramente en el siguiente cuadro de dispersión.

Puede verse cómo a mayor desarrollo de la capacidad productiva de las provincias (fuerza de trabajo asalariada, monto producción, base técnica y mecanización, etc.) exis-

te una acumulación de mayor número de odontólogos activos estables. Hallazgo que fue previsto por hipótesis.

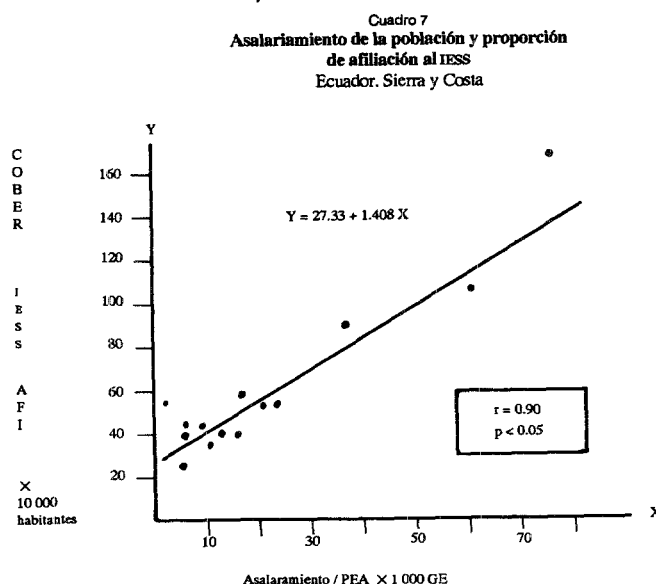


Elaboración: CEAS

Lógica de dotación odontológica del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS)

Basándose en el mismo anexo núm.1 se puede comprobar las asociaciones previstas por hipótesis entre el desarrollo empresarial (X_1), la acumulación de obreros o asalariados (X_3) y la cobertura de afiliación al IESS (X_4) en las provincias.

Las provincias con mayor desarrollo empresarial-industrial-urbano tienen más altos índices de afiliación al IESS ($r = 0.81$, p 0.05) y evidentemente las provincias con mayor proporción de obreros tienen coberturas mayores de afiliación, como puede verse en el siguiente cuadro 7 (Ver también datos anexo 3).



Elaboración: CEAS

Si bien las relaciones directas esperadas se muestran para la cobertura general del seguro, en cambio no hay relación entre la variación del desarrollo empresarial-urbano (X_1 , X_2 y X_3) y los índices de dotación de odontólogos por cada 10 000 afiliados (Y_2). Los resultados no significativos de cada una de esas tres regresiones sugieren una baja relación entre el desarrollo económico empresarial y la dotación de odontólogos (Y_2), igual sentido tiene el constatar que los índices de cobertura por afiliación provinciales (X_4) no varían concomitantemente con los índices de odontólogos por 10 000 afiliados (Y_2), lo cual parece confirmar la hipótesis de que los servicios odontológicos no crecen conforme avanza la cobertura del seguro o que las provincias con más cobertura del seguro o dicho de otro modo que las provincias con más cobertura por afiliación no necesariamente son mejor dotadas de personal odontológico de planta. Además estos datos sugieren que el desarrollo empresarial al contrario de lo que sucedía con los índices generales de odontólogos x 10 000 habitantes (Y_1) no se asocia significativamente con la variación de odontólogos del IESS por 10 000 afiliados (Y_2) en las provincias de Costa y Sierra.

Es decir, la lógica de dotación provincial odontológica del IESS no parece seguir un patrón claro asociado al crecimiento empresarial, ni al nivel de salario poblacional, ni tampoco al crecimiento de cobertura del seguro. A pesar de que lo anterior se evidencia una variación en la dotación provincial con odontólogos de planta por parte del seguro, pues así, mientras más provincias tienen índices altos (ej. Cañar 4.5 od. x 10 000 afiliados e Imbabura 3.6 od. x 10 000 afiliados) otras en cambio presentan índices muy bajos (por ejemplo Guayas 1.5 od. x 10 000 afiliados y Azuay 1.6 od. x 10 000 afiliados). Estas últimas son justamente de las provincias más industrializadas y sin embargo tienen baja oferta de odontólogos de planta del IESS.

Lógica de dotación odontológica del Ministerio de Salud Pública (MSP)

Al analizar las tasas de cobertura de odontólogos de planta del MSP por 10 000 habitantes se observa en primer lugar niveles muy inferiores a los ofrecidos por el seguro para sus afiliados (Ver anexos 4 y 2). Es evidente que en lo cuantitativo la oferta del IESS de odontólogos de planta es superior a la dada por el MSP y no siguen el mismo patrón de distribución entre las provincias. Parece ser que el MSP en el año 84 tendió a uniformar la dotación a lo largo de todas las provincias. Sin embargo cabe llamar la atención sobre el hecho de que los tres índices más altos se encuentran en provincias del grupo de menos desarrollo, lo cual guardaría cierta correspondencia con la hipótesis de que el MSP situaría profesionales para cumplir con una función de legitimación política.

Cuadro 8

Comparación de la oferta de médicos y odontólogos del MSP¹
Ecuador

Lugar	Médicos Md/10 ⁴ habitantes ²	Odontólogos Od/10 ⁴ habitantes ³
<i>Sierra</i>		
Carchi	4.2	2.0
Imbabura	3.5	1.9
Pichincha	3.7	0.8
Cotopaxi	3.0	1.2
Tungurahua	3.4	0.9
Bolívar	4.1	2.4
Chimborazo	3.4	0.9
Cañar	4.8	1.3
Azuay	4.4	1.0
Loja	5.1	1.0
<i>Costa</i>		
Esmeraldas	4.0	1.0
Manabí	2.6	0.6
Los Ríos	2.0	0.8
Guayas	2.3	0.5
El Oro	3.6	1.1
<i>Oriente</i>		
Napo	4.1	1.8
Pastaza	8.6	4.9
Morona	6.9	2.8
Zamora	9.0	2.7
<i>Galápagos</i>	25.3	12.9
País	3.3	0.7

Fuente: Encuesta anual de recursos y actividades de salud

¹ Incluidos profesionales de salud rural

² Oferta 1981

³ Oferta 1982

Elaboración: CEAS

Finalmente y considerando limitaciones de las fuentes estadísticas disponibles, los datos del cuadro 4 permiten establecer algunas inferencias interesantes sobre la distribución en Sierra y Costa de todos los odontólogos, incluidos los rurales, y su comparación con los médicos del MSP.

Cuadro 9
Distribución de médicos y odontólogos
Ecuador 1986

<i>Lugar</i>	<i>Médicos Md/10⁴ habitantes</i>	<i>Odontólogos Od/10⁴ habitantes</i>
<i>Sierra</i>		
Carchi	5.5	1.7
Imbabura	6.9	2.1
Pichincha	17.3	2.0
Cotopaxi	5.7	1.1
Tungurahua	6.7	1.0
Bolívar	5.5	1.3
Chimborazo	6.4	1.3
Cañar	10.7	1.6
Azuay	13.1	1.1
Loja	8.1	1.3
<i>Costa</i>		
Esmeraldas	7.5	0.9
Manabí	6.1	0.6
Los Ríos	4.1	0.8
Guayas	11.2	0.9
El Oro	10.8	1.4
<i>Amazonia</i>		
Napo	7.2	1.6
Pastaza	16.4	6.0
Morona	9.9	2.2
Zamora	8.1	2.4
<i>Insular</i>		
	21.4	10.1
<i>País</i>	10.2	1.3

Fuente: *Encuesta anual de recursos y actividades de salud*
Elaboración: CEAS

En primer término la cantidad de profesionales por 10 000 habitantes con la que el MSP atiende en los últimos años está muy por debajo de la recomendación internacional (2.3 x 10 000) en 15 de las 20 provincias del país, llegando a cifras drámaticas de carencia tanto en provincias desarrolladas como en las más pobres. Globalmente la comparación entre la oferta de médicos y odontólogos arroja una notable diferencia que seguramente corrobora las hipótesis en el sentido de que habrá más importancia

para la provisión de servicios médicos que son "tácticamente" más importantes frente a los requisitos de los sectores hegemónicos.

Esta lógica de distribución, profesionales-habitantes es el reflejo de lo que sucede a nivel general en el país. En 1986 según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), existen 10.2 médicos y tan sólo 1.3 odontólogos por 10 000 habitantes concentrados de acuerdo al volumen de población, fundamentalmente en las regiones insular (21.4, 10.1) y amazónica (cuadro 9).

Analizando la evolución en la concentración de los recursos durante el quinquenio 1981-1986 ésta prácticamente no se ha modificado. Los odontólogos siguen agrupados fundamentalmente en las regiones que por sus características de desarrollo no posibilitan su clasificación (2.3 en 1981 y 2.6 por 10 000 habitantes en 1986). En las zonas de desarrollo empresarial la concentración no ha variado (1.3) al igual que en las zonas de transición (0.9). Ver cuadro 10.

Cuadro 10
Oferta de odontólogos según zonas de desarrollo
Ecuador 1981, 1986

<i>Zonas</i>	<i>Odontólogos Od x 10⁴ habitantes</i>	
	1981	1986
Empresarial	1.3	1.3
Transición	0.9	0.9
Pre empresarial	1.2	1.3
No definido	2.3	2.6

Fuente: *Encuesta anual de recursos y actividades de salud*.
Elaboración: CEAS

Como se señaló, la lógica cuantitativa de oferta por parte de MSP y el IESS en cuanto a odontólogos de planta es diferente, situación que se ha mantenido durante el periodo 1981-1986 y no sólo para el recurso odontólogo sino también para el médico.

Mientras en 1981 el MSP ofertó 3.3 médicos por 10 000 habitantes en 1986 esta oferta se duplica a 6.8, en tanto en el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social la oferta de médicos por cada 10 000 afiliados cotizantes es mayor que la del MSP a pesar de su limitado crecimiento 27.7 (en 1981) y 29.8 (en 1986).

En cuanto al recurso odontólogo se refiere, mientras el MSP en 1982 ofertó 0.7 odontólogos por cada 10 000 habitantes, en 1986 fue de 1.4 en el caso del IESS la oferta es

muy superior a pesar de disminuir durante el periodo de estudios a 3.8 odontólogos por cada 10 000 afiliados cotizantes en 1981 y 3.5 en 1986.

Es decir, mientras el Ministerio de Salud Pública duplicó su oferta de recursos médicos y odontológicos durante un periodo de severa crisis económica y social del país, el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, que no escapa a la crisis general del país, y que más bien se ahoga en una inmensa crisis interna, apenas si aumentó su oferta de recursos médicos entre 1981 y 1986 en 7.0% y disminuyó en un 8.6% su oferta de odontólogos. De todas maneras, la oferta por parte del IESS sigue siendo mayor (cuadro 11).

Cuadro 11
Relación de la oferta de médicos y odontólogos por institución.
Ecuador 1981, 1986.

<i>Institución</i>	<i>Médicos</i>		<i>Odontólogos</i>	
	<i>Md x 10⁴ habitantes</i>		<i>Od. x 10⁴ afiliados</i>	
	1981	1986	1981	1986
Ministerio de Salud Pública (MSP)	3.3	6.8	0.7	1.4
Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS)	27.7	29.8	3.8	3.5

Fuente: INEC-IESS-Child mortality USA.
Elaboración: CEAS

