
La salud bucal colectiva y el contexto colombiano: un análisis crítico*

Collective oral health and the colombian context: a critical analysis

A saúde bucal coletiva e o contexto colombiano: uma analise crítica

Fecha de recepción: 11-11-08 Fecha de aceptación: 28-02-09

Andrés Alonso Agudelo Suárez **

Eliana Martínez Herrera ***

* Artículo derivado de la conferencia “La salud bucal colectiva en Colombia”, presentada durante el Ier Congreso Internacional de Salud Bucal Colectiva: “Situación de salud bucal y modelos de atención: la experiencia de Brasil y Colombia”, Medellín, octubre 26 y 27 de 2006. Se continuó con una revisión de literatura en el tema y se terminó para publicación en octubre de 2008.

** Odontólogo de la Universidad de Antioquia. Especialista en Administración de Servicios de Salud, Facultad Nacional de Salud Pública. Candidato a doctor en Salud Pública de la Universidad de Alicante, España. Profesor de la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia. Dirección de correspondencia: Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia, Red Colombiana de Investigación en Políticas y Sistemas de Salud Nodo Antioquia, SIU UdeA Torre I Piso 3-313, Medellín, Colombia. Correo electrónico: agudeloandres@odontologia.udea.edu.co

*** Odontóloga. Especialista en Gerencia de la Salud Pública. MsC. en Epidemiología del Instituto de Ciencias de la Salud. Estudiante del doctorado en Epidemiología de la Universidad de Antioquia. Coordinadora del Nodo Antioquia de la Red Colombiana de Investigación en Políticas y Sistemas de Salud. Profesora de la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia. Correo electrónico: zenitram@guajiros.udea.edu.co

Resumen

La práctica odontológica ha elaborado procesos de reflexión política con relación a otras disciplinas; una de estas propuestas es pensar la salud bucal desde la dimensión colectiva. Este escrito propone el desarrollo de un nuevo campo de acción para la agenda de salud bucal de Colombia mediante el análisis de algunos indicadores sociales y en salud. Además, se plantean unos principios en salud bucal colectiva: la salud bucal como derecho fundamental, la capacidad comunitaria para asumir el control de la salud y sus determinantes, y la participación de actores sociales, económicos, académicos y de servicios de salud. Se requiere un papel protagónico, con mayor conciencia colectiva, de los profesionales, tomadores de decisión y el sector salud en general.

Palabras clave autor: salud bucal colectiva, odontología en salud pública, salud colectiva, política de salud, salud bucal, Colombia.

Palabras clave descriptor: Salud Bucal, Odontología en salud pública, Servicios de salud comunitaria, Política de salud.

Abstract

The practice of dentistry has conducted reflexive process according the other academic disciplines. This paper proposes the implementation of a new political field in the oral health agenda in Colombia by means of exploring some social and health indicators. Furthermore, principles in collective oral health were raised: the oral health as a fundamental right, the community capacity for assuming the health control and their determinants, and the participation of social, economic, and academic actors and the health care services. A protagonist role in the society is required and a major collective consciousness concerning the professionals, the decision-makers and the health sector in general.

Key words author: collective oral health, public health dentistry, public health, health policy, oral health, Colombia.

Key words plus: Oral health, Public health dentistry, Community health services, Health policy.

Resumo

A prática odontológica tem elaborado processos de reflexão política com relação a outras disciplinas. Uma dessas propostas é pensar sobre a saúde bucal desde a dimensão coletiva. Este artigo propõe o desenvolvimento de um novo campo de ação para a agenda da saúde bucal na Colômbia mediante a análise de alguns dos indicadores sociais e de saúde. Além disso, apresentam-se princípios na saúde bucal coletiva: a saúde bucal como direito fundamental, a capacidade comunitária para assumir o controle da saúde e suas determinantes, e a participação de atores sociais, econômicos, acadêmicos e de serviços de saúde. Requer-se um papel protagonista com maior consciência coletiva dos profissionais, decisórios, e o setor de saúde em geral.

Palavras chave: Saúde bucal coletiva, odontologia na saúde pública, saúde coletiva, política de saúde, saúde bucal, Colômbia.

Palavras chave descritor: Saúde Bucal, Odontologia Saúde Pública, Serviço comunitário de saúde, A política de saúde



Introducción

La Odontología, como disciplina de la salud, ha tenido una evolución histórica importante en las últimas décadas. Su práctica puede considerarse de carácter social y adquiere un compromiso ético con el bienestar de las personas [1]. En primer lugar, porque reconoce la influencia de factores sociales, políticos y económicos en los ámbitos locales y nacionales como determinantes de la situación de salud y, por ende, de la salud bucal. De otra parte, ofrece enfoques y estrategias para los diferentes individuos y las comunidades, a través de programas de educación, estrategias de información y comunicación, y acciones de atención primaria en salud [2]. Por ello, en algunos contextos se ha hablado de salud comunitaria, odontología comunitaria, odontología sanitaria y odontología social [3]. No obstante, se reconocen otras formas de pensamiento, una de ellas es la salud bucal colectiva [4, 5].

En las Américas y el Caribe cobra importancia el desarrollar la salud bucal pensada colectivamente [6], lo que hace imprescindible hacer una reflexión sobre el propósito de la salud colectiva. Edmundo Granda la explica como un esfuerzo por ver más allá del horizonte de la salud pública tradicional con una gran vocación para transformar la acción en un quehacer profundamente comprometido con la vida y el cuidado de la enfermedad y proteger la salud de nuestras poblaciones [7]. El pensar la salud desde el desarrollo de las capacidades y afectos de los individuos en sinergia con el grupo social al cual pertenecen, exige reconocer los derechos colectivos fundamentales [8].

La salud bucal colectiva ha tenido un desarrollo importante en Brasil; allí se cuenta con una vasta reflexión con algunos lineamientos, desde la participación de varios actores locales y nacionales [4, 5]. En Colombia no ha alcanzado aún un desarrollo importante, aunque no pueden desconocerse

algunos planteamientos realizados por los sectores académicos y de servicios, frente a un análisis de los principales indicadores que ofrecen un panorama de la salud bucal desde la perspectiva de los determinantes sociales [3, 9].

Por ello, el presente análisis crítico explora algunos conceptos teóricos como la calidad de vida [10-12], los determinantes sociales [13] y la equidad [14]. Posteriormente, se expone un análisis de los principales indicadores de la salud, la calidad de vida y de salud bucal a la luz de las condiciones sociales y económicas. Finalmente, en las conclusiones, se plantean algunas aproximaciones y recomendaciones no definitivas en el tema, teniendo como premisa que la salud bucal colectiva en Colombia es un campo de acción política en construcción.

Algunos conceptos de partida

Cuando hablamos de calidad de vida y su relación con la salud bucal, se combinarían dos aspectos fundamentales. El primero involucra una percepción subjetiva con relación a un sistema de valores y un contexto sociocultural, que daría como resultado el grado de satisfacción con su boca y su funcionalidad [15]. En este sentido, y a manera de ejemplo, existen varios estudios que evalúan el impacto de la salud bucal en la calidad de vida, principalmente a través de indicadores que miden aspectos relacionados con la limitación funcional, el dolor, la incomodidad o incapacidad psicológica, física o social y perjuicios generales [16-18]. Un segundo componente hace referencia a una situación de salud enmarcada dentro de un contexto social e histórico que tiene en cuenta la capacidad de las personas para acceder a oportunidades para el desarrollo, así como acceso a programas y estrategias en atención primaria, entre otras [19, 20].

Por otro lado, se hace necesario mencionar los determinantes de la salud, lo cual puede representarse en un modelo multinivel [13]. Para la salud colectiva, el modelo se reflexiona como un eje dinámico, donde se habla de la salud como un producto social, relacionado con las condiciones socioeconómicas, culturales y ambientales; condiciones de vida y trabajo; influencias comunitarias y soporte social; factores individuales y estilo de vida y, no se puede desconocer, actores biológicos y genéticos. El análisis de la situación de salud debe reconocer la influencia de estos factores dependiendo del contexto social, las características propias de los grupos sociales y el sistema sociopolítico en relación con el sistema sanitario. Para la salud colectiva, un objetivo por desarrollar —como lo expone Castellanos—, es reconocer la situación de salud en los propios grupos sociales, y desde esta perspectiva rescatar lo local como sujeto importante en la construcción del bienestar, traducido en mejores indicadores de salud [21].

En íntima relación con la calidad de vida y los determinantes de la salud está el concepto de equidad. La equidad en salud significa que las necesidades de las personas guían la distribución de las oportunidades para el bienestar [14]. Krieger, citando a Whitehead, habla de la expresión equidad social en materia de salud, refiriéndose a la presencia de disparidades sanitarias injustas entre los grupos sociales, tanto dentro de un país como entre distintos países [22, 23]. De esta manera, la salud bucal guarda relación con los determinantes sociales y se considera un componente del proceso salud enfermedad. Por ello, las condiciones epidemiológicas varían entre diferentes comunidades. La equidad en salud desempeña un papel importante en el desarrollo de los indicadores de salud bucal, dependiente de factores de desigualdad social como la clase socioeconómica y el acceso a los servicios de salud [24].

El contexto socioeconómico colombiano y el componente bucal de la salud

Los indicadores generales económicos, sociales y políticos

Al hacer la reflexión de la odontología como práctica social y la salud como proceso social que está determinado por ciertas características del entorno, es importante visualizar algunos escenarios de movilidad de la calidad de vida en Colombia, puesto que su análisis es vital para comprender la situación de salud bucal desde una posición crítica frente a los principales indicadores epidemiológicos encontrados en estudios nacionales y locales.

Un primer acercamiento tiene relación con la comprensión de la situación de Colombia a través de indicadores económicos y sociales. Existen varias instituciones que manejan indicadores de este tipo como el Departamento Nacional de Estadística (DANE) [25], la Dirección Nacional de Planeación [26] y los resultados de la Encuesta Nacional de Demografía y salud (ENDS - Profamilia, 2005) [27]. Los datos de pobreza e indigencia para Colombia no son homogéneos. A manera de ejemplo, la Dirección Nacional de Planeación [26] tiene datos de un 49,2% de pobreza y un 14,7% de indigencia. La ENSD 2005 [27], por su parte, maneja otros indicadores relacionados con la disponibilidad de los recursos en el hogar, pero habla de un 51,5% de pobreza. Otros autores [28, 29] confirman la situación de pobreza en Colombia valorando aspectos como los ingresos y otros indicadores comparativos.

El coeficiente GINI mide la inequidad en la distribución en el ingreso: entre más cerca se esté de 100 mayor es la inequidad. El Informe Mundial de Desarrollo Humano (2007-2008) da cuenta para Colombia de un índice de 58,6; alto en comparación con países



como Argentina (51,3) y Venezuela (48,2), que han sufrido procesos sociales y políticos graves que podrían desestabilizar y contribuir al desarrollo de situaciones de inequidad. Además, nuestro país presenta un indicador de desarrollo humano general que lo ubica en el puesto 75 entre 177 países [30].

El desplazamiento forzado se pone de manifiesto en los primeros lugares de inequidad, como una situación determinante de la calidad de vida y de la situación de salud que pone en riesgo no solo los entornos nucleares afectados por la violencia, sino también aquellos en los que la factibilidad y viabilidad para el desarrollo apoyan el cambio estructural macroeconómico del país. En febrero de 2007 se contabilizaban más de 300.000 desplazamientos (2006-2007) [31-32]. Esto plantea una reflexión importante en aras de la equidad en la atención de los servicios, la demanda y las necesidades en salud y la necesidad de generar proyectos sociales para este tipo de población, ubicada principalmente en los asentamientos urbanos y suburbanos de nuestras ciudades y que replantea un compromiso ético y político de los diferentes actores involucrados en el problema.

La situación de salud bucal

Tras la lectura detallada de los últimos indicadores de salud bucal, notificados en el III Estudio Nacional de Salud Bucal de 1998 [33], se plantearon los puntos fundamentales del análisis crítico con el objeto de aproximarse a la propuesta para Colombia de la salud bucal colectiva como campo de acción política por explorar. Se analizaron los índices ceo-d, COP-D y la historia y prevalencia de la caries dental por región, estrato socioeconómico y afiliación al sistema de seguridad social, entre otros aspectos. Se construyeron, asimismo, dos indicadores de importancia para medir situaciones de acceso y equidad en la atención de servicios de salud; estos

son: el índice de cuidados (Care index) y el índice de necesidades de tratamiento [33, 34]. Estos indicadores fueron obtenidos a través de medidas de resumen como las proporciones (Care Index, Dientes Obturados como numerador y COP-D como denominador y el Índice de Necesidades de Tratamiento planteó dientes cariados como numerador y la sumatoria de dientes cariados y dientes obturados como denominador).

Un primer análisis fue realizado con respecto al índice ceo-d a los 5 años, considerado este por ser una edad prioritaria dentro de las metas de la Organización Mundial de la Salud (OMS) [35]. Se presentaron diferencias por estrato, demostradas por la disminución en el promedio de dientes cariados y menores necesidades de tratamiento restaurador en estratos altos (*véase fig. 1*). Comparando la situación en términos de historia y prevalencia de caries dental en las regiones de nuestro país con la meta de la OMS, cual es que el 50% de los niños estén libres de caries [35], puede observarse cómo en algunas regiones se cumplieron las metas (subregiones de Cali, Medellín y San Andrés), pero en otras no (Costa Atlántica (sin incluir Barranquilla) y región oriental).

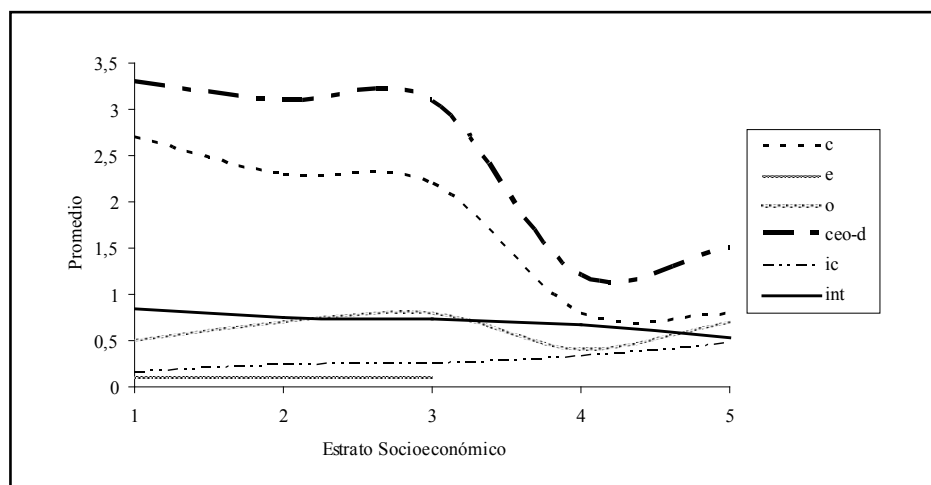
Esto puede ser explicado por factores relacionados con las condiciones sociales, culturales y económicas de las familias; así como por el nivel educativo de los padres en estratos bajos y factores culturales y económicos. Además, las diferencias entre los estratos sugieren situaciones de inequidad y dificultades de acceso en la atención en salud. Existen características propias de cada región en términos no solo geográficos, sino también políticos y sociales, que determinan el acceso a programas en salud bucal.

Por otro lado, considerando el índice COP a los 12 años, el promedio nacional es de 2,3, acorde con las metas mundiales de la OMS [35] —por debajo de 3,0—; sin embargo, se

observan las siguientes situaciones: en primer lugar, hay una relación entre el nivel socioeconómico y la brecha entre dientes cariados y obturados, que se hace mayor en el estrato 1 que el 5, con la tendencia a aumentar el promedio de dientes cariados a menor estrato (mayor prevalencia) y, por tanto, menor número de dientes obturados a mayor estrato. Esto también sugiere situaciones relacionadas con el acceso a programas de salud bucal, tanto preventivos como de intervención y dificultades en la atención (inequidad) para este grupo de edad (véase fig. 2).

El análisis regional muestra cómo en las regiones más desarrolladas de nuestro país, en términos socioeconómicos y políticos se cumplieron las metas con relación a las menos desarrolladas. Es importante considerar que en ciudades con importantes programas preventivos las metas se cumplieron. Llama la atención la ciudad de Bogotá, en la cual las metas no se han cumplido, esto podría explicarse por situaciones de precariedad social en una ciudad de más de 6 millones de habitantes.

FIG. 1.
INDICADORES DE SALUD BUCAL. 5 AÑOS



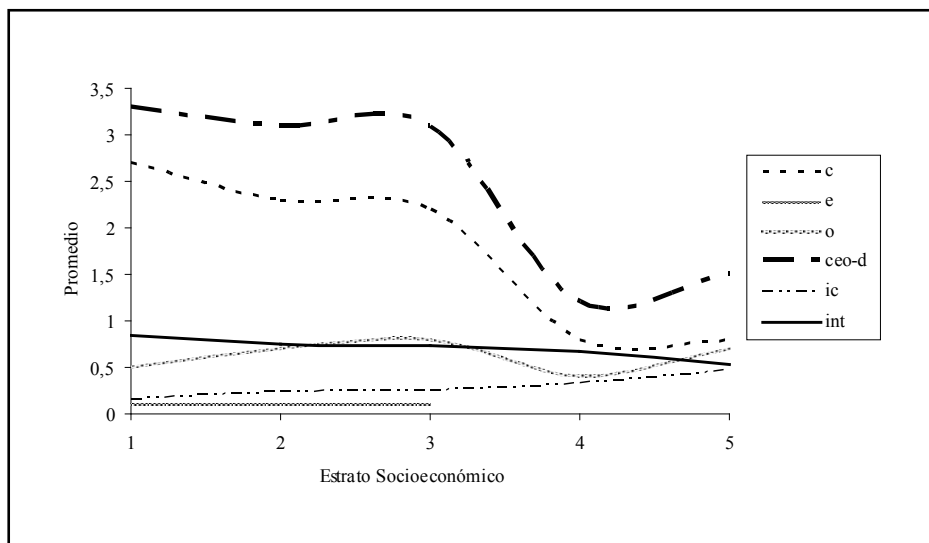
Fuente: ENSAB III. Elaboración de los autores.

Claves de leyenda: c: cariados; o: obturados; p: perdidos; ceo-d: Índice ceo-d; ic: Índice de Cuidados; int: Índice de Necesidades de Tratamiento

En el cuadro 1 se muestran los resultados de ENSAB III, diferenciando por afiliación al sistema de seguridad social en salud. Aquí se distinguen claramente las dificultades inherentes a la atención en términos de cobertura

y acceso a programas, pues se observaron indicadores más desfavorables con respecto a las personas afiliadas al régimen subsidiado y sin afiliación alguna.

FIG. 2.
INDICADORES DE SALUD BUCAL. 12 AÑOS



Fuente: ENSAB III. Elaboración de los autores.

Claves de leyenda: C: Cariados; O: Obturados; COP: Índice COP-D; IC: Índice de Cuidados; INT: Índice de Necesidades de Tratamiento.

CUADRO 1.
INDICADORES DE SALUD BUCAL POR AFILIACIÓN AL
SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

Afiliación	C	O	P	COP-D	IC	INT
Especiales	1,3	5,3	5,3	10,7	0,49	0,19
Contributivo	1,7	4,5	4,8	11,0	0,41	0,28
No afiliados	3,2	2,3	5,0	10,5	0,21	0,59
Subsidiado	3,2	2,1	5,7	11,1	0,19	0,60

Fuente: ENSAB III. Elaboración de los autores.

Claves de leyenda: C: Cariados; O: Obturados; COP: Índice COP-D; IC: Índice de Cuidados; INT: Índice de Necesidades de Tratamiento

La situación de salud bucal es diferencial entre grupos poblacionales y dependiente de condiciones de vida particulares. Esto puede ser observado a través de algunos ejemplos. Un primer estudio en una población de recicladores que trabajan en el sector informal de la economía evidenció unos indicadores epidemiológicos con una alta prevalencia

de caries dental y enfermedad periodontal en comparación con la población general [36]. En un segundo ejemplo, un estudio realizado en Medellín analizó la situación de salud en un asentamiento en el que existen personas desplazadas por la violencia y destechados (personas no desplazadas que conviven por razones de tipo económico principalmente) [37].

En este estudio se presentaron diferencias por sexo, lo cual tiene relación con el fenómeno de feminización del desplazamiento forzado, que ocasiona dificultades propias para el género femenino, y se observó una falta de conocimiento sobre los derechos en salud bucal en ambos sexos. Por último, en un estudio en Cartagena (2006), realizado en niños de 5 a 14 años se describieron indicadores de prevalencia e historia de caries dental superiores a los indicadores nacionales [38].

Del anterior análisis quedan las siguientes consideraciones: los indicadores de salud bucal generales han disminuido con respecto a estudios anteriores [39, 40]; esto es evidente tanto en Colombia como en otros países [41]. Sin embargo, existen desigualdades evidentes cuando se hacen análisis por componentes de los indicadores y por grupos sociales. Asimismo, es necesario reflexionar sobre los indicadores a la luz del sistema de seguridad social en salud, puesto que si bien el estudio fue realizado en 1998, apenas se estaba midiendo el impacto en la salud bucal luego de la aplicación de la Ley 100 de seguridad social para el país en 1993 [42].

En el contexto internacional se ha encontrado una disminución significativa de la caries dental en algunos países en las últimas décadas, con especial énfasis en los países llamados industrializados; esto ha sido reportado en numerosos estudios epidemiológicos, los cuales han correlacionado el estrato socioeconómico y la prevalencia de caries dental. Esta disminución se ha explicado, según los expertos, por dos aspectos, uno de ellos enfatiza el papel del flúor como el agente más benéfico en la disminución de la caries dental, y el otro tiene que ver con la premisa de que la caries es una enfermedad infecciosa y multifactorial; en este último caso se enfatiza la importancia de factores determinantes de tipo colectivo y de tipo individual [43, 44].

En contraste, algunos estudios internacionales llaman la atención sobre el hecho de la polarización de la caries dental, en la cual un gran número de casos de caries dental se concentra en pocos individuos [45], y en algunos casos se ha establecido la hipótesis de que el 75% de la enfermedad se halla en el 25% de la población, aunque con ciertas diferencias por grupos de edad [46].

Lo anterior genera nuevas formas de analizar y describir asuntos relacionados con inquietudes en el hacer y sentir de la profesión y conduce a reflexionar sobre el consenso de prácticas dentales con equidad y con calidad, integrales y acordes con las necesidades de los colombianos. De allí que la lectura crítica del contexto social colombiano, donde se subsume la Odontología, no la abandona una realidad modificable en escalas de valoración sociales y económicas pequeñas y sujetas a decisiones políticas macro-estructurales.

Tanto los indicadores sociales y económicos como los indicadores en salud bucal anteriormente expuestos llevan a pensar en la integración de las ciencias sociales y políticas con la epidemiología y un campo de mayor análisis según los objetivos del milenio [47]. Asimismo, es importante tener en cuenta que los procesos de reformas estructurales en América Latina, y en otros países del desarrollo, han tenido influencia en los indicadores de morbilidad y mortalidad en los diferentes países, como en Colombia [48, 49]. Asimismo, la democracia también parece ser un factor en la situación de salud de nuestras naciones [50]. Este punto de vista tiene cabida cuando se analiza la situación de salud bucal con referencia a indicadores macro-estructurales, los cuales posibilitan nuevas perspectivas de investigación y nuevas estrategias en las agendas nacionales de salud que facilitan el desarrollo en esta temática [51].



La salud bucal colectiva en la agenda política colombiana

Luego del análisis y discusión del contexto colombiano y su relación con tendencias sociales económicas y políticas en el país y en el mundo, el propósito subsiguiente es el desarrollo de una propuesta política para la salud bucal en Colombia, enmarcada en el seguimiento de los indicadores en relación con los principios que fundamentan la salud colectiva y la salud pública.

No está de más recordar que la salud colectiva tiene su origen en Brasil [52], en donde el proceso de reforma profunda se da desde los conceptos e instrumentos mismos de la reforma, con unas implicaciones diferentes en los derechos en salud, en la participación, descentralización y epidemiología, realidad que dista mucho de contextos como el de Colombia, en cuya reforma subyacen instrumentos que conllevan implicaciones en aspectos estructurales similares, pero con variables poco o levemente modificables por el sistema de salud como son la violencia, el narcotráfico y los actos terroristas, que empeoran las condiciones de desplazamiento, hambre y pobreza.

De todo el análisis anteriormente expuesto aún no surge una respuesta a la inquietud de dónde se circunscribe la salud bucal colectiva. En este momento ya se ha avanzado en reconocer y comprender la influencia de los determinantes de la salud bucal bajo nuevos paradigmas y cambios en la transición demográfica. Sin embargo, la salud bucal colectiva, como alternativa inserta en la agenda nacional de salud colombiana, se configura como un campo de acción política en construcción, ya que en concepto de Nancy Milio, las políticas públicas saludables contribuyen a mejorar las condiciones en las cuales la gente vive e involucran la acción de todos los sectores sociales [53].

Así, la Odontología tiene una responsabilidad social que abarca diferentes estratos y actores sociales, no solo el comunitario, sino también el científico, el académico y el político. En otras palabras, participar en la formulación, ejecución y evaluación de las decisiones es avanzar en la instauración de políticas en salud bucal para Colombia.

De otra parte, para Walt la gestión de políticas asume diferentes modalidades que dependen del sistema político [54]. Aquí es donde la salud bucal colectiva en Colombia asumiría particularidades propias del contexto social y económico y de las características específicas de los grupos sociales, llevando a cabo una mayor reflexión sobre las políticas que actualmente orientan la salud en Colombia, que dependen del sistema general de seguridad social y los planes de salud pública para el país [55]. Para el análisis de la situación de salud bucal en el contexto nacional e internacional no es suficiente tener en cuenta la interdependencia creciente de las economías nacionales; también es necesario considerar cómo el manejo de la economía global tiene efectos en la salud pública y, por ende, en los indicadores de salud bucal en los países [56].

En tal sentido, en la reflexión permanente de los prestadores de los servicios de salud y los tomadores de decisión se proponen diferentes planteamientos para la discusión, tal como se observa en el cuadro 2. Estos planteamientos condujeron a la elaboración de los siguientes principios rectores de política, como un aporte conceptual no definitivo en el tema: asunción de la salud bucal como un derecho fundamental; reconocimiento de la salud bucal como un componente de la salud general del individuo y del grupo social al cual se inserta; promoción de la salud bucal a través de la participación; la acción mancomunada de diversos colectivos; la identificación de la práctica odontológica como

elemento integrado a la respuesta social; valoración desde la óptica de la salud colectiva; participación de los servicios de salud bucal como actores del proceso.

Asumir la salud bucal como un derecho fundamental

La salud es un derecho fundamental, y la salud bucal no puede excluirse de este proceso, el de entenderla como un derecho ligado a la calidad de vida y al bienestar de los individuos y de las comunidades. La salud bucal colectiva debe ante todo reconocer las capacidades del ser humano y desde allí es donde se debe trabajar en la búsqueda de oportunidades para el pleno desarrollo. Desde los sectores sociales se debe promulgar la obligación de un Estado como el que se contempla en la Constitución Política Nacional de 1991 y que aboga por la búsqueda permanente de bienestar.

Reconocer la salud bucal como un componente de la salud general del individuo y de su grupo social

Al mirar la salud bucal contextualizada en la salud general no podemos desconocer la importancia de los programas, estrategias y proyectos mancomunados con diferentes disciplinas con objetivos comunes. Junto al desarrollo de estrategias y políticas para la disminución de la prevalencias de las enfermedades bucales como la caries y la enfermedad periodontal, estamos en al auge de nuevas concepciones que van más allá del entendimiento de estas patologías miradas desde un punto de vista infeccioso, funcional, y conllevan su comprensión desde el aumento, cada vez mayor, de patrones de belleza estéticos y cosméticos en la sociedad occidental.

Promover, a través de la participación, la acción mancomunada de diversos colectivos

La participación social es una estrategia puesta al servicio de la comunidad; sin embargo, debe existir una correspondencia entre los diferentes actores. Se puede comparar a la comunidad con un tejido donde cada persona es una célula que se interrelaciona con otras, en formas variadas y cumpliendo un objetivo. Hablando de salud este colectivo cumple un importante papel en el fortalecimiento de su acción por medio de estrategias, una de ellas es denominada empoderamiento. Este puede definirse como: “el proceso de acción social que promueva la participación de las personas, organizaciones y comunidades hacia metas de incremento del control individual y comunitario, eficacia política, mejora de la calidad de vida en comunidad y justicia social” [57-60]. Sin embargo, la participación no solo involucra a los grupos sociales por intervenir. Para la salud bucal colectiva tienen diferente cabida los diversos gremios como las instituciones sociales, educativas, de salud, y las diferentes organizaciones de apoyo.

Las experiencias socioculturales también constituyen un análisis de la salud bucal colectiva, porque permiten conocer las vivencias propias del individuo, su forma de asumir el proceso salud-enfermedad en su familia y en su comunidad, a través de metodologías cualitativas, para reconocer y comprender los discursos de los actores involucrados [20].

Identificar la práctica odontológica como elemento integrado a la respuesta social

Existe un llamado a los sectores académicos para contribuir con la formación de un recurso humano consciente de los procesos sociales que vive el país. En la universidad



se pretende articular la formación en salud colectiva dentro sus funciones, docencia, investigación y extensión, de tal manera que se permita acoplar el saber con el hacer para poder abrir el horizonte hacia alternativas que faciliten la formación de profesionales de calidad, con mayor criterio social y con capacidad crítica y reflexiva. En docencia, los diferentes cursos deben estar dirigidos a que el futuro profesional entienda la odontología en los sistemas de salud y en los modelos de atención del país [61]. En investigación, es necesario partir de la descripción de la realidad a través de metodologías mixtas que permitan abordar los principales problemas de salud bucal de las comunidades. En extensión, las instituciones formadoras de recurso humano hacen presencia a través de acciones de promoción, prevención y atención en las comunidades.

Durante muchos años la planificación de programas de salud bucal y su posterior ejecución no han tenido los mejores resultados. Esto puede ser explicado dentro de un universo de posibilidades, porque no han sido gestadas desde el seno de la comunidad misma. Las herramientas y las pedagogías participativas en salud se orientan hacia el desarrollo de capacidades y criterios, favorecen la autoestima y la autodeterminación, potencian la comunicación y la construcción colectiva y validan el aprendizaje adquirido. En otras palabras, se integra un proceso democrático para la construcción de políticas y estrategias en salud bucal.

La evaluación de los programas de promoción implica el monitoreo y seguimiento permanente de las actividades con miras al cumplimiento de objetivos macro y micro, así como hacia la evaluación del impacto de los mismos en el grupo meta. Esto tiene cabida en modificaciones sustanciales en los índices epidemiológicos y en la adquisición de ma-

yores y mejores conocimientos, actitudes y prácticas ante la salud oral.

Es importante fomentar la discusión en diferentes escenarios. Se han iniciado importantes discusiones en el campo de la gestión de políticas públicas para la salud bucal, como la Mesa de Salud Bucal en el marco de un proyecto de gestión de políticas públicas y salud en Antioquia, el cual elaboró procesos importantes de acercamiento y discusión entre la academia y el sector de prestación de servicios [9, 62]. Se encuentra, asimismo, el Observatorio de la Salud Bucal y la Práctica Odontológica [63], como un espacio para visualizar diferentes experiencias y necesidades en cuanto a formación, educación y seguimiento de acciones y programas concernientes a políticas y planes, programas y servicios, entre otros aspectos.

Valorar la participación de los servicios de salud bucal como actores del proceso

La creación de políticas públicas en salud bucal conlleva la universalización de la atención de los servicios de atención. Es importante, ante todo, la generación de políticas sociales que involucren aspectos como la reducción de las desigualdades sociales y de salud y de la pobreza: “una política social constituye una parte del proceso estatal de transferencia y distribución de recursos fundamentales frente a la existencia de diversos grupos sociales” [64]. Colombia asiste a un proceso permanente de cambio en su sistema de salud que implica la admisión de diferentes puntos de vista controversiales en los programas de atención, promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

La generación de estrategias requiere la participación de varios estamentos: el académico, los actores del sistema general de seguridad social en salud en Colombia, los representantes de las instituciones prestadoras de servicios

de salud, las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales no comprometidas y representantes de las comunidades y otros tipos de asociaciones, junto a representantes de partidos políticos tanto mayoritarios como

no, tal como lo refieren experiencias exitosas en el campo de la salud colectiva donde se ha convocado la participación de actores diferentes al gremio y al sector salud [65-66].

CUADRO 2.

MATRIZ DE ANÁLISIS PARA LA INCLUSIÓN DE LA SALUD BUCAL COLECTIVA EN LA AGENDA POLÍTICA

Principios	Preguntas orientadoras
La salud bucal como un derecho fundamental	¿Cómo entender la salud bucal: como una responsabilidad del individuo, o como un derecho fundamental del ser humano? ¿Qué elementos conceptuales desde el desarrollo y los derechos humanos reconoce la salud colectiva?
La salud bucal como un componente de la salud general del individuo y del grupo social al cual se inserta	¿Está la salud bucal descontextualizada del individuo, o se asume como el componente bucal del proceso salud enfermedad? ¿Qué determinantes sociales afectan la situación de salud bucal de los diferentes colectivos?
La participación de diversos colectivos y la salud bucal	¿Qué objetivos persigue la salud bucal colectiva desde la participación de los sectores involucrados? ¿Qué gremios están involucrados o tienen compromiso con la salud colectiva? ¿Qué mecanismos de participación son efectivos para el mejoramiento de la capacidad de los individuos para controlar su salud bucal y los determinantes que la afectan? ¿Qué metodologías son más efectivas para ello?
La práctica odontológica como elemento integrado a la realidad social	¿Cuáles elementos conceptuales y metodológicos serían adecuados para garantizar la formación de profesionales crítico-reflexivos para responder a la realidad social cambiante? ¿Cuáles aportes desde los sistemas de salud son idóneos para una salud bucal colectiva en Colombia?
Los servicios de salud bucal como actores del proceso participativo	¿Cuáles elementos estructurales de la Ley 100 y sus decretos complementarios podrían aprovecharse para contextualizar la salud bucal colectiva y contribuir a un mejor aprovechamiento de los recursos, para garantizar equidad en la atención? ¿Cómo se puede universalizar la atención? ¿Qué política o políticas en salud bucal colectiva son más adecuadas desde elementos como la localidad, la calidad de vida y la realidad social? ¿Qué elementos podrían establecerse como punto de partida y cuál es la participación de los sectores en la generación de estrategias?

Fuente: Elaboración de los autores.

Conclusión

La salud es un derecho humano básico y pese a que los problemas bucales no representan causas de muerte inmediata para los individuos, sí menoscaban su calidad de vida porque prolongan estados de dolor y sufrimiento, limitaciones y desventajas sociales y

funcionales, hasta el componente estético y el psicológico. Por ello, la práctica de la salud bucal asume una responsabilidad técnica, biológica y social, y al articularse desde la óptica social de la salud general se plantea el reto de la salud bucal colectiva como un campo de acción política, aún en construcción en Colombia.



Para cimentar la salud bucal colectiva en los pilares del Sistema General de Seguridad Social en Colombia es importante reconocer los indicadores de salud bucal. Las situaciones de inequidad que plantean un mayor compromiso de los diferentes sectores justifican aún más el llamado a la conciencia colectiva desde políticas sociales acordes con la realidad. Asimismo, las iniciativas de monitoreo y el seguimiento de las actividades encaminadas a mejorar las condiciones de salud bucal no deben desligarse de los conocimientos, actitudes y prácticas de las comunidades y, por tanto, pensar en salud bucal colectiva es hacer un llamado a los profesionales para asumir una posición más crítica con la odontología, como subsector de desarrollo de la salud, que los comprometa con el cambio social.

Por último, es de resaltar que si bien en el presente análisis se han presentado algunos elementos teóricos y conceptuales en el campo de interés, existen limitaciones inherentes a su diseño y construcción. Se reconoce que existen otros modelos teóricos implementados en otros países que podrían ser de utilidad para el desarrollo de propuestas y otros indicadores que podrían mejorar el análisis. Sin embargo, este escrito se constituye como un punto de partida que permita la incorporación de la salud bucal colectiva en la realidad colombiana.

Referencias

- De la Fuente HJ. Una Odontología latinoamericana, ¿quimera? *Revista Odontológica Mexicana* 2007; 11(1):53-54.
- Watt Richard G. Strategies and approaches in oral disease prevention and health promotion. *Bull World Health Organ.* 2005; 83(9):711-718.
- Sánchez Dagum E, Sánchez Dagum, M. Odontología comunitaria: una estrategia de atención de la salud bucal. *Rev Fac Cienc Med. (Córdoba).* 2006; 63(supl.2): 23-29.
- Capel Narvai P. Collective oral health: ways from sanitary dentistry to buccality. *Rev Saúde Pública* 2006; 40 (Esp): 141-147.
- Cordón JA. Construção de uma agenda para a saúde bucal coletiva. *Cad Saúde Publ.* 1997; 13 (3): 557-563.
- Pan American Health Organization. 138th Session of the Executive Comité. Proposed 10-year regional plan on oral health. [Serial on Internet], [cited 2008, Apr. 8], [14 pages]. Available in: <http://www.paho.org/English/GOV/CE/ce138-14-e.pdf>
- Granda E. A qué llamamos salud colectiva, hoy. *Rev. Cubana Salud Pública* 2004; 30 (2). [Serie en Internet], [citado en 2008, mar. 11], [aprox. 10 páginas]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/spu/vol30_2_04/spu09204.htm
- López Calera N. ¿Hay derechos colectivos? Individualidad y socialidad en la teoría de los derechos. Barcelona: Ariel; 2000.
- Martínez Herrera E, Agudelo Suárez AA, Viñas Sarmiento Y, Duque Gómez LF, Tobón Cifuentes MM. Alcances y limitaciones del flúor dentro de la política pública en salud bucal en Colombia. *Rev. Gerenc Polit Salud* 2007; 6(13) 34-44.
- Schwartzmann L. Calidad de vida relacionada con la salud: Aspectos conceptuales. *Cienc Enferm.* 2003; 9(2): 9-21.
- Minayo MC, Hartz ZM, Buss P. Quality of life and health: a necessary debate. *Ciênc saúde coletiva.* 2000; 5(1): 7-18.
- Sen A. Capital humano y capacidad humana. *Cuad de Econ.* 1998; 17(29): 67-72.
- Roses M. La población y sus necesidades de salud: iden-tificación de áreas prioritarias y sus políticas públicas correspondientes. *Rev Fac. Nac. Salud Pública* 2004; 22 (Esp): 9-20.
- Organización Mundial de la Salud. Glosario de promoción de la salud [Serie en Internet], [citado en 2008, mar. 11], [35 páginas]. Disponible en <http://www.msc.es/salud/epidemiologia/home.htm>.
- Montero J. Calidad de vida oral en población general. [Tesis doctoral] Granada; Universidad de Granada, Facultad de Odontología; 2006.
- Díez J, Rivero ML, Cardero A, García B. El impacto de la salud bucal en la calidad de vida. *Revista Habanera de Ciencias Médicas* 2004; 3(8). [Serie en Internet], [citado en 2006, nov. 22], [aprox. 8 páginas], Disponible en: http://www.ucmh.sld.cu/rhab/reflexiones_rev8.htm#prop1
- López R, Baelum V. Spanish version of the Oral Health Impact Profile (OHIP-Sp). *BMC Oral Health* 2006; 6:11. [Serie en Internet], [citado en 2007, mar. 7], [aprox. 8 páginas]. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1472-6831/6/11>



18. Assessment of oral health related quality of life. Health and Quality of Life Outcomes 2003; 1:40. [Serie en Internet], [citado en 2007, mar. 7], [aprox. 8 páginas]. Disponible en: <http://www.hqlo.com/content/1/1/40>
19. Watt R. Emerging theories into the social determinants of health: implications for oral health promotion. Community Dent Oral Epidemiol. 2002; 30: 241-247.
20. Nieva BC, Jácome S, Cendales L. Representaciones sociales del proceso salud enfermedad oral en poblaciones urbano-marginales y su relación con los discursos y prácticas institucionales. Rev Fed Odontol Colomb. 1999; 57(195): 9-56.
21. Castellanos, PL. Evaluación de la situación de salud y sus tendencias en grupos de población. En: II Taller Latinoamericano de Medicina Social. Caracas: Asociación Latinoamericana de Medicina Social; 1991, pp. 57-72
22. Krieger N. Glosario de epidemiología social. Bol. Epidemiol. 2002; 23 (2):10- 13.
23. Krieger N. A Glossary of social epidemiology. J Epidemiol Community Health 2001; 55: 693-700.
24. Wamala S, Merlo J, Boström M. Inequity in access to dental care services explains current socioeconomic disparities in oral health: The Swedish National Surveys of Public Health 2004-2005. J Epidemiol. Community Health 2006; 60:1.027-1.033.
25. Colombia. Departamento Administrativo Nacional de Estadística -DANE-. [Serie en Internet], [citado en 2008, mar. 8], [aprox. 4 páginas]. Disponible en: <http://www.dane.gov.co>
26. Colombia. Dirección Nacional de Planeación. [Serie en Internet], [citado en 2008, mar 8], [aprox. 4 páginas]. Disponible en: <http://www.dnp.gov.co>
27. Profamilia. Salud sexual y reproductiva en Colombia: resultados Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2005. Bogotá: Autor; 2005.
28. Cortés A. Inequidad, pobreza y salud. Colomb Med. 2006; 37 (3): 223-227.
29. Pérez GJ. Dimensión espacial de la pobreza en Colombia. Banco de la República. Cartagena: Centro de Estudios Económicos Regionales; 2005.
30. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Índice de Desarrollo Humano 2007/2008. [Serie en internet], [citado en 2008, abr. 8], [aprox. 5 páginas]. Disponible en: <http://www.undp.org>
31. Colombia. Presidencia de la República-Red de Solidaridad Social. Registro Nacional de Población Desplazada por la Violencia. [Serie en Internet], [citado en 2008, mar. 10], [aprox. 5 páginas]. Disponible en: <http://www.red.gov.co>
32. Colombia. Consultoría para los Derechos Humanos y el Desplazamiento. Desplazamiento en cifras. [Serie en Internet], [citado en 2008, may. 25], [aprox. 5 páginas]. Disponible en: <http://www.codhes.org.co/cifras.php>.
33. Colombia. Ministerio de Salud. III Estudio Nacional de Salud Bucal ENSAB III, 1998. Bogotá: Autor; 1998.
34. Villalobos-Rodelo JJ, Medina-Solís CE, Molina-Frechero N, Vallejos-Sánchez AA, Póntigo-Loyola AP, Espinoza-Beltrán JL. Caries dental en escolares de 6 a 12 años de edad en Navolato, Sinaloa, México: experiencia, prevalencia, gravedad y necesidades de tratamiento. Biomédica 2006; 26 (2): 224-233.
35. OMS/FDI. Metas de salud bucal para el año 2000. Ginebra: OMS/FDI; 1979.
36. Agudelo A, Gómez J. Condiciones de salud bucal de los recuperadores informales del sector de Guayaquil y de sus familias. Medellín- Colombia, 2003. Rev. Fac. Odont. Univ. Ant. 2004; 15(2):12-20.
37. Agudelo AA, Isaza LT, Bustamante DA, Martínez CM, Martínez CM. Morbilidad bucal percibida y características sociales en la población desplazada y destechada de un asentamiento del municipio de Bello (Antioquia), 2005. Rev. Fac. Odontol. Univ. Antioq. 2006; 18(1):36-46.
38. González F, Alfaro L, Nieto C, Carmona L. Evaluación de las condiciones de salud oral y los conocimientos en niños escolarizados entre 5 y 14 años de la población de Boquilla- Cartagena de Indias 2005. Revista Científica Universidad del Bosque 2006; 12(1):25-34.
39. Mejía R et al. Morbilidad oral. Investigación nacional de morbilidad. Bogotá: Ministerio de Salud- Ascofame; 1971.
40. Colombia. Ministerio de Salud-Instituto Nacional de Salud. Ascofame. Morbilidad Oral. II Estudio Nacional. Bogotá: Ministerio de Salud- Instituto Nacional de Salud; 1980.
41. World Health Organization. Continuous improvement of oral health in the 21st century - the approach of the WHO Global Oral Health Programme. Ginebra: Autor; 2003.
42. Ministerio de Salud. Sistema de seguridad social integral. Ley 100 de 1993. Bogotá: Congreso de la República; 1993.
43. Fejerskov O. Changing paradigms in concepts on dental caries: consequences for oral health care. Caries Res. 2004; 38: 182-191.
44. Marthaler TM. Changes in dental caries 1953-2003. Caries Res. 2004; 38: 173-181.
45. Narvai PC, Frazão P, Roncalli AG, Antunes JLF. Cárie dentária no Brasil: declínio, iniquidade e



- exclusão social. *Rev. Panam. Salud Pública* 2006; 19(6): 385-393.
46. Macek MD, Heller KE, Selwitz RH, Manz MC. Is 75 percent of dental caries really found in 25 percent of the population? *J Public Health Dent.* 2004; 64(1): 20-5.
 47. Gil-González D, Palma-Solis M, Ruiz-Cantero MT et al. El reto para la salud pública de los Objetivos de Desarrollo del Milenio: un enfoque desde la epidemiología política. *Gac. Sanit.* 2006; 20 (supl. 3): 61-65.
 48. Franco-Giraldo A, Palma M, Álvarez-Dardet C. Efecto del ajuste estructural sobre la situación de salud en América Latina y el Caribe, 1980-2000. *Rev. Panam. Salud Pública.* 2006; 19(5): 291-299.
 49. Franco A, Gil D, Álvarez-Dardet C. Tamaño del Estado (gasto público) y salud en el mundo, 1990-2000. *Gac. Sanit.* 2005; 19(3):186-92.
 50. Franco A, Álvarez-Dardet C, Ruiz MT. Effect of democracy on health: ecological study. *BMJ* 2004; 329: 1.421-1.423.
 51. Petersen PE. Priorities for research for oral health in the 21st Century –the approach of the WHO Global Oral Health programme. *Community Dental Health.* 2005; 22: 71-74.
 52. Breihl J. La sociedad, el debate de la modernidad y la nueva epidemiología. *Rev Bras Epidemiol.* 1998; 1(3):207-233.
 53. Milio N. Glossary: healthy public policy. *Journal of Epidemiology and Community Health* 2001; (55):622-623.
 54. Walt G. Health policy: an introduction to process and power. South Africa: Witwatersrand University; 1994.
 55. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Perfil del sistema de servicios de salud de Colombia. Washington: OPS; 2002.
 56. Hobdell MH. Economic globalization and oral health. *Oral Diseases* 2001; 7: 137-143.
 57. Wallerstein N. Empowerment education: Freire ideas adapted to health education. *Health Education Quarterly* 1988; 15(4):379-394.
 58. Wallerstein N. Powerless, empowerment, and health: implications for health promotion programs. *Am J of Health Promotion* 1992; 6(3):197-205.
 59. Restrepo H y Málaga H. Promoción de la Salud. Cómo construir vida saludable. Bogotá: Médica Panamericana; 2001.
 60. Wallerstein N. Empowerment to reduce health disparities. *Scand. J Public. Health.* 2002; 30:72-77.
 61. dos Santos AM, Rodrigue AÁAO, Suzuki CLS et al. Mercado de trabalho ea formação dos estudantes de Odontologia: o paradigma da mudança. *Rev. Saúde. Com.* 2006; 2(2): 169-182.
 62. Franco AM, Ochoa E, Martínez E. Reflexiones para la construcción de política pública con impacto en el componente bucal de la salud. *Rev. Fac. Odont. Univ. Ant.* 2004; 15(2):78-90.
 63. Colombia. Observatorio para la Salud Bucal y la Práctica Odontológica. [Serie en Internet]. [citado en 2008, oct. 10], [aprox. 5 páginas]. Disponible en <http://onsb.udea.edu.co>
 64. Marsiglia, R, Silveira C, Carneiro N. Políticas sociais: desigualdade, universalidade e focalização na saúde no Brasil. *Saúde. Soc.* 2005; 14(2):69-76.
 65. Baldani MH, Bergel Fadel C, Possamai T, Schweitzer Queiroz MG. Inclusion of oral health services in the Family Health Program in the State of Paraná, Brazil. *Cad. Saúde Pública* 2005; 21(4):1.026-1.035.
 66. Centro de Estudios y Asesoría en Salud –CEAS-, editor. Informe alternativo sobre la salud en América Latina. Observatorio Latinoamericano de Salud. Quito: Autor; 2005.



Pontificia Universidad
JAVERIANA
Colombia



Facultad de Ciencias
Económicas y Administrativas

Maestría en Administración de salud

Título que otorga: **Magíster en
Administración de Salud**



Registro SNIES: 1016
Duración: 4 Semestres
Horario: Lunes a Viernes de 7:00 a 9:00 p.m.