

ACUERDO 25 DE 2015

“Por medio del cual se adopta la Política Pública de Salud Bucal para el Municipio de Medellín 2013-2022”

EL CONCEJO DE MEDELLÍN

En uso de sus facultades Constitucionales y Legales, en especial atención a los artículos 313 y 315 de la Constitución Política de Colombia, la Ley 100 de 1993, los artículos 71 y 91 de la Ley 136 de 1994, la Ley 715 del 2001, la Ley 1438 de 2011, la Ley 1551 de 2012, la Ley 1751 de 2015; y las Resoluciones 1841 de 2013 y 518 de 2015 del Ministerio de Salud y Protección Social,

ACUERDA:

ARTÍCULO PRIMERO. Política Pública de Salud Bucal para el Municipio de Medellín 2013 – 2022. Adóptese la Política Pública de Salud Bucal para el Municipio de Medellín 2013 – 2022, como aquella que define, los principios, ejes y orienta las acciones para mejorar las condiciones de salud bucal de la población de Medellín en el marco del derecho fundamental a la salud.

ARTÍCULO SEGUNDO. Objeto. Articular los diversos actores llamados a participar de esta Política Pública de Salud Bucal para el Municipio de Medellín 2013 – 2022, con el fin de integrar diferentes respuestas sociales para la promoción, protección de la salud, la prevención y recuperación de la enfermedad. Articulación que liderará la Secretaría de Salud del Municipio de Medellín en colaboración armónica con los diferentes actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), otros actores institucionales, sociales y comunitarios que intervienen en los procesos determinantes de la salud.

ARTÍCULO TERCERO. Principios orientadores de la Política Pública de Salud Bucal para el Municipio de Medellín 2013 – 2022. Sin perjuicio de los principios que ordenan la salud como derecho fundamental, los principios de la Política Pública de Salud Bucal para el Municipio de Medellín 2013 – 2022 son los siguientes:

Equidad: Es la justa oportunidad de todos para alcanzar la salud y desarrollar el potencial de vida. Lo justo se refiere a aplicar el principio, a cada cual según su necesidad y de cada quien según su capacidad. Igualmente, el concepto equidad implica que todas las personas pueden alcanzar su potencial de salud con independencia de sus condiciones sociales y económicas, así como la necesidad de reducir las desventajas sociales y sus efectos innecesarios, injustos y evitables sobre la salud entre los grupos más desprotegidos.

Universalidad: Es la responsabilidad del Estado de garantizar la incorporación de toda la población con plenos derechos y deberes al sistema de salud, sin exclusiones derivadas del ámbito geográfico, social, económico y cultural, ni discriminación alguna por motivo de raza, idioma, estado de salud, orientación sexual, política

y religiosa. Para hacer efectivo este principio se debe garantizar la accesibilidad, la cobertura, la oportunidad, la eficiencia, y en general la calidad de los servicios que se brindan.

Integralidad: Es el reconocimiento del ser humano como sujeto integral que requiere de acciones que respondan a esta condición y supere la lógica de la fragmentación, es decir, que integren las respuestas interdisciplinarias e intersectoriales para responder a las necesidades en salud en el ámbito individual, familiar y colectivo.

Accesibilidad: Es la garantía al acceso físico, a la información, al acceso económico o asequibilidad, a la no discriminación y a la atención oportuna y efectiva a los diferentes bienes, servicios, programas e infraestructura, que permitan el mejoramiento de la calidad de vida y el pleno goce de la salud, de todas y todos los habitantes del Municipio. Los principales responsables son el Estado y los actores del sistema de salud.

Disponibilidad: Es la garantía por parte del Estado de un número suficiente de bienes, programas e infraestructuras distribuidos con criterio de equidad por territorios, los cuales deben apuntar tanto a la promoción de la salud como a la prevención, atención y rehabilitación de la enfermedad. Además, de desarrollarse en condiciones sanitarias adecuadas y con personal idóneo en condiciones dignas de trabajo. Igualmente, se deben garantizar redes articuladas de todos los actores en salud, públicos y privados, para responder a las necesidades de la población e incidir en los procesos determinantes de la salud.

Aceptabilidad: Es el respeto por las particularidades individuales y colectivas que rodean y determinan el proceso salud-enfermedad, es decir, el respeto por las libertades y condiciones culturales, éticas, históricas y sociales. Lo anterior, implica que los establecimientos, bienes y servicios en salud deben respetar las normas que prescribe la ética médica y las diferencias culturales. Así como adaptarse a las necesidades relativas al ciclo vital, al género, al territorio y a la cultura.

Gestión participativa: Es el proceso de gestión de la Política Pública de Salud Bucal (PPSB) centrada en la participación organizada, activa, comprometida y consciente de los diferentes actores vinculados al proceso, en el cual expresaron iniciativas, necesidades, intereses y valores comunes para formular la PPSB. La participación de los actores permea cada una de las etapas de la Política tanto el diseño como la implementación, el seguimiento, la evaluación y el control social.

ARTÍCULO CUARTO. Ejes de la Política Pública de Salud Bucal para el Municipio de Medellín 2013 – 2022. Se asumen los siguientes ejes para la orientación de las

acciones en el marco de la implementación de la Política Pública de Salud Bucal:

Eje 1. Gestión y posicionamiento de la Política Pública de Salud Bucal de Medellín.

Eje 2. Reorientación del modelo de atención con enfoque familiar, comunitario y territorial.

Eje 3. Desarrollo y fortalecimiento de las capacidades de las instituciones formadoras del recurso humano y de los actores sociales y comunitarios.

Eje 4. Fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica y de los sistemas de información.

Eje 5. Gestión del conocimiento y la investigación.

PARÁGRAFO PRIMERO: Los ejes se implementarán y serán evaluados de acuerdo con los objetivos y metas aprobadas por los diferentes actores comprometidos mediante acciones y alianzas estratégicas.

PARAGRAFO SEGUNDO: Téngase como parte integral del presente Acuerdo Municipal el anexo técnico -“Lineamientos de Política Pública de Salud Bucal para Medellín 2013-2022”.

ARTÍCULO QUINTO. *Transversalidad en los Planes de Desarrollo Municipal.* La presente Política Pública deberá tener una relación transversal con los Planes de Desarrollo de Medellín de las dos administraciones siguientes: Plan de Desarrollo Municipal de Medellín 2016 - 2019 y Plan de Desarrollo Municipal de Medellín 2020 – 2023; así mismo se deberán definir en el Plan Local de Salud Municipal metas, estrategias e indicadores en salud bucal, los cuales se desarrollarán en forma escalonada para los dos periodos durante los cuales se ha previsto la implementación de la presente política pública. De igual forma, se establecerán planes operativos anuales que permitan hacer evaluación y el seguimiento a la misma.

ARTÍCULO SEXTO. *Alcance y ámbito de aplicación.* La Política Pública de Salud Bucal para el Municipio de Medellín 2013 – 2022, desarrollará estrategias y acciones en los diferentes ámbitos y entornos de vida cotidiana de los diversos grupos poblacionales del Municipio de Medellín.

PARÁGRAFO PRIMERO. La Secretaría de Salud de Medellín definirá la metodología de articulación entre los diferentes actores responsables de la atención en salud bucal según sus competencias, para la conformación de equipos básicos de atención que incluyan odontólogo general y técnico higienista bucal y/o técnico auxiliar en salud oral, de tal manera que las acciones de salud pública y promoción y prevención en salud bucal, sean ejecutadas de manera articulada basados en el modelo de Atención Primaria en Salud (APS) con enfoque familiar, comunitario y territorial.

PARÁGRAFO SEGUNDO. En coordinación con las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), con la ESE Metrosalud y las demás instituciones públicas y privadas que participen, se incorporarán las actividades individuales y colectivas que se requieran y se establecerá el acceso a los servicios de salud bucal.

PARÁGRAFO TERCERO. La Secretaría de Salud de acuerdo con sus competencias destinará recursos para el fortalecimiento de la red de atención que permitan acercar los servicios de promoción de la salud y prevención de la enfermedad bucal en los diferentes ámbitos y entornos del territorio.

PARÁGRAFO CUARTO. Se deberá gestionar la realización de convenios con las Instituciones de Educación Superior de carácter técnico, tecnológico y universitario, que estén debidamente aprobadas por el Ministerio de Educación Nacional para la implementación de actividades con personal en formación y docente para la promoción, investigación, gestión del conocimiento y caracterización de la población en torno a la salud bucal.

ARTÍCULO SÉPTIMO. *Objetivos.* Este Acuerdo se llevará a cabo en consonancia con la Ley Estatutaria en Salud, el Plan Decenal de Salud Pública y en general las normas que rigen el Sistema General de Seguridad Social en Salud y el Sistema General de Participaciones en razón a las competencias delegadas; que permitan el desarrollo de los objetivos contemplados en los cinco Ejes de la Política Pública de Salud Bucal para el Municipio de Medellín 2013 – 2022.

ARTÍCULO OCTAVO. *Promoción de la salud bucal.* Se realizarán estrategias de información, comunicación, educación y movilización social en temas de salud bucal en los diferentes ámbitos y entornos del Municipio de Medellín.

ARTÍCULO NOVENO. *Estrategias educativas para la salud bucal.* Se brindará educación para la salud bucal a las madres gestantes, primera infancia y en general a los cuidadores de niños y niñas del Municipio de Medellín.

ARTÍCULO DÉCIMO. *Ejecución del Acuerdo.* Para la realización del presente Acuerdo, la Administración Municipal podrá realizar los convenios interadministrativos a que haya lugar, con la red pública de primer nivel de atención en salud del Municipio de Medellín, como la ESE Metrosalud, o bajo las modalidades de contratación que se permitan con los demás actores acorde a la normatividad vigente y según sus competencias. Lo anterior, tomando como base la estrategia de Atención Primaria en Salud en los diferentes niveles de atención.

Las acciones individuales y colectivas se articularán desde los equipos básicos de salud con las redes de atención pública y privada de primer nivel de atención en salud del municipio de Medellín.

ARTÍCULO DÉCIMO PRIMERO. *Responsable.* La responsabilidad de la ejecución del presente Acuerdo

estará en cabeza de la Secretaría de Salud del Municipio de Medellín con el acompañamiento del Comité Municipal de Salud Bucal; y la acción transversal de las Secretarías de Educación, Cultura Ciudadana, Inclusión Social, Participación Ciudadana y cualquier otra que tuviere lugar en el marco de la ejecución de la presente Política.

ARTÍCULO DÉCIMO SEGUNDO. *Financiación.* En el Presupuesto de Rentas y Gastos del Municipio de Medellín de cada vigencia, deberán incluirse las partidas necesarias para la ejecución de lo previsto en el presente Acuerdo, todo acorde con el Plan de Desarrollo Municipal.

ARTÍCULO DÉCIMO TERCERO. *Reglamentación.* La Administración Municipal a partir de la entrada en vigencia del presente Acuerdo, reglamentará la Política Pública que aquí se establece y la forma en que se desarrollará en el Municipio de Medellín.

ARTÍCULO DÉCIMO CUARTO. *Vigencia.* El presente Acuerdo rige a partir de su publicación legal en la gaceta oficial.

Dado en Medellín a los 20 días del mes de octubre de dos mil quince (2015).

PUBLIQUESE Y CUMPLASE

FABIO HUMBERTO RIVERA RIVERA

Presidente

DIANA CRISTINA TOBÓN LÓPEZ

Secretaria

Post scriptum: Este Proyecto de Acuerdo tuvo (2) debates en dos días diferentes y en ambos fue aprobado como consta en Acta 740.

DIANA CRISTINA TOBÓN LÓPEZ

Secretaria

Lineamientos de Política Pública de Salud Bucal para Medellín 2013–2022

Referentes, objetivos y estrategias para avanzar en la garantía
del derecho a la salud bucal

Lineamientos de Política Pública de Salud Bucal para Medellín 2013–2022

Referentes, objetivos y estrategias para avanzar en la garantía del derecho a la salud bucal

ISBN: en trámite

© SECRETARÍA DE SALUD DE MEDELLÍN Secretaría de Salud de Medellín, Universidad de Antioquia

© UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA

Lineamientos de política pública de salud bucal para Medellín 2013-2022 / editores,
Gabriel Jaime Otálvaro Castro, Sandra Milena Zuluaga Salazar, Alejandra Marín Domínguez...
[et al.]. Medellín: Secretaría de Salud, 2015

Primera edición:

117 p.: il. col.; 21.5 x 27.9 cm.

Medellín, Febrero de 2015

ISBN:

Coordinación técnica de la formulación de
la política pública (2013-2014). Facultad
Nacional de Salud Pública, Universidad de
Antioquia

1. Políticas públicas. 2. Salud bucal. 3. Salud oral. I. Secretaría de Salud de Medellín. II.
Universidad de Antioquia. III. Título

WU100/

Sandra Milena Zuluaga Salazar

Gabriel Jaime Otálvaro Castro

Luis Gabriel Caldas León

Alejandra María Marín Domínguez

Julián David Colorado Agudelo

Alejandra Marín Uribe

Diana Carolina Zapata Villa

Gonzalo Jaramillo Delgado

Paola Andrea Álvarez Ochoa

María del Pilar Montoya García

Catalina Rico Muñoz

Supervisión e interventoría

Olga Lucía Mejía Pineda. Secretaría de Salud de Medellín

Equipo administrativo y de apoyo

Elizabeth Natalia López Rojas

Verónica Ceballos Ortiz

Astrid Yamile Hernández Cadavid

Diego León Bastidas Lopera

Lina Patricia Casas Bustamante

Sandra Milena Rueda Ramírez

Juan Guillermo Arias Taborda

Coordinación editorial: Gabriel Jaime Otálvaro Castro, Sandra Milena Zuluaga Salazar, Alejandra Marín Domínguez, Luis Gabriel Caldas León.

Diseño y elaboración de gráficos: Alejandra Marín Domínguez

Fotografías: Verónica Ceballos Ortiz, Alejandra Marín Domínguez

Revisión de estilo: Stella Caicedo Villa

Diseño, diagramación, terminación e impresión: Cátedra Editorial

Diseño Carátula: Verónica Ceballos Ortiz

Foto de la portada: “El combo” – colección La Quiebra. Autor: Pablo Andrés Mosquera – Azul. Técnica: Acrílico sobre tela

Esta publicación es producto del proyecto “Formulación de la Política Pública de Salud Bucal para Medellín 2013-2022” financiado por la Secretaría de Salud mediante los contratos interadministrativos n.46000042369 de 2012 y 4600048140 de 2013 suscrito con la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia

Impreso y hecho en Medellín, Colombia

El conocimiento es un bien de la humanidad. Todos los seres humanos deben acceder al saber.

Cultivarlo es responsabilidad de todos.

Se permite la copia, de uno o más capítulos completos de esta obra o del conjunto de la edición, en cualquier formato, mecánico o digital, siempre y cuando no se modifique el contenido de los textos, se respete la autoría y esta nota se mantenga.

Política Pública de Salud Bucal de Medellín 2013-2022



Alcaldía de Medellín

Alcaldía de Medellín

Aníbal Gaviria Correa

Alcalde

Juan Carlos Giraldo Salinas

Vicealcalde de Salud, Inclusión Social y Familia

Secretaría de Salud

Equipo Directivo

Gabriel Jaime Guarín Alzate

Secretario de Salud de Medellín

Clara Luz Trujillo Escobar

Subsecretaría de Salud Pública

Verónica Lopera Velásquez

Directora Técnica de Planeación en Salud

Lida Teresita Herrera Salazar

Subsecretaría de Gestión de Servicios de Salud

Gloria Emilse Urrego Urrego

Subsecretaría Administrativa y Financiera

Andrés Felipe Ochoa Valencia

Comunicaciones

Augusto Davide Pasqualotto Vola

Líder de Programas de Promoción y Prevención

Olga Lucía Mejía Pineda

Líder de Proyecto

Política Pública de Salud Bucal de Medellín 2013-2022



**UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA**

1803
Facultad Nacional de Salud Pública

Héctor Abad Gómez

Alberto Uribe Correa

Rector

María Patricia Arbeláez Montoya

Decana

Álvaro Olaya Peláez

Vicedecano

Julián Vargas Jaramillo

Jefe de Extensión

Gloria Molina Marín

Jefe Centro de Investigaciones

ACTORES PARTICIPANTES DE LA FORMULACIÓN DE LA POLÍTICA PÚBLICA DE SALUD BUCAL DE MEDELLÍN 2013-2022

Asociación de Empleados y Trabajadores de Metrosalud –Asmetrosalud-

Jaime Velásquez M.

Asociación de Higienistas Orales

Ana María Ardila

Aracelly Flórez M.

Gloria Cecilia Mena M.

Asociación Odontológica de Antioquia

Iván Velásquez R.

Cabildo Adulto Mayor

Fabio Callejas H.

John Jairo Flórez J.

Luz Elena González de P.

Comfama

Johana Jaramillo R.

Luis Alfonso González R.

Comfenalco Empresa Promotora de Salud

Maribel Ruiz P.

Comité de Participación Comunitaria – Copacos.

Ángela Montoya M.

Hortensia Díaz.

María Elvia Bonilla.

María Ofelia Gómez C.

Pedro Antonio Puerta.

Comité Odontológico Interinstitucional de Antioquia

Coomeva Empresa Promotora de Salud

Diego Céspedes I.

Olga Lucía Vélez U.

Corporación Nelson Mandela

Julio Ricardo Mosquera M.

Empresa 3M

Jaime Ariza.

Escuela Popular de Salud

Luis Guillermo Velásquez V.

Estrategia asistencia técnica a Instituciones prestadoras de servicios de salud - Así Te Ves Salud.

Martha Lucía Salcedo C.

Nydia Caicedo M.

Estrategia Escuelas y Colegios Saludables-Metrosalud

Catalina Sánchez G.

Dalila Amparo Alcaraz R.

Margarita María Figueroa T.

Federación Colombiana de Enfermedades Raras

Nubia Lucía Cano A.

Fundación Afroi

Mayerlin Valoyes C

Fundación de Discapacitados Antioquia

Leidy Rivas M.

Luz Albany Osorio M.

María del Socorro Soto.

Olga Lucía Osorio M.

Fundación Universitaria Autónoma de las Américas

Alberto Hincapié R.

Alejandro Botero Botero.

Adriana Posada L.

Annie Marcela Vivares B.

Carlos Mario Cardona.

Catalina González.

Edwin Meneses G.

Juan Pablo Moreno.

Lorena Molano W.

Grupo Nacer, salud sexual y reproductiva-Facultad de Medicina Universidad de Antioquia

Joaquín Gómez D.

Silvia Elena Uribe B.

Grupo Saludcoop Empresa Promotora de Salud

Mónica Andrea Jiménez U.

Institución de educación técnica CEDES

Luz Marina Giraldo B.

Jhoana Castro D.

Institución de educación técnica CENSA

Sandra Capataz.

Instituto de Deportes y Recreación Medellín-INDER

Claudia María González.

Diana Marcela Restrepo A.

Ríchard Alberto Serna M.

IPS Universitaria- institución prestadora de servicio de salud

Odila Giraldo R

Mesa Municipal de Víctimas

Luz Mery Velásquez C.

Mesas de salud de Presupuesto Participativo

Luz Elena García G

Silvia Elena Sepúlveda

Metrosalud Empresa Social del Estado

Adriana Rojas E.

Ángela Sarrazola M.

Carolina María Restrepo.

Lina María Acevedo O

María Paulina Suárez R.

Natalia Peláez M.

Yolanda Jaramillo M.

New Stetic Empresa de productos odontológicos

Marcela Saldarriaga

Odontólogos particulares

Irasema Jaime C.

José Pablo Montoya B.

Sandra Milena Suárez O.

Oral B

Elizabeth Gómez R.

Juliana Uribe S.

Padres Abriendo Puertas ONG Personas en condición de discapacidad

Lina María Moreno R.

Programa atención integral a la primera infancia Buen Comienzo- Secretaría de Educación

Andrés Conde.

Juan David Rodríguez L.

Laura Sánchez V.

Lorena Molina B.

Programa Medellín Solidaria-Secretaría de Inclusión Social y Familia

Lina María Velásquez B.

Programa Salud en el Hogar-Metrosalud

Paula Andrea Henao O.

Paula Cristina Montoya T.

Proquident Empresa de productos odontológicos

Andrea Herrera B.

Sebastián Builes G.

Proyecto Ser Capaz en Casa-Metrosalud - Secretaría de Inclusión Social y Familia

Elizabeth Metaute C.

Red Usuarios Nueva Empresa Promotora de Salud

Luis Carlos Álvarez M.

Salud Total Empresa Promotora de Salud

Sandra Mora A.

Andrés Felipe Cadavid T.

Sanitas Empresa Promotora de Salud

Claudia Lucía Reinartz E.

Savia Salud Empresa Promotora de Salud del régimen subsidiado

Luz Janeth Bojanini G.

Secretaría de Educación

Florencia Domínguez N.

Secretaría de Inclusión Social y Familia

Martin Alonso Cano A.

Secretaría de Salud.

Alejandra Barrios V.

Diana Marcela Bedoya del Valle.

Mayra Alejandra López H.

Olga Lucía Mejía Pineda.

Servicio Nacional de Aprendizaje-SENA

Janelly Machacado A.

Mauricio Molano.

Servicio Salud de Empresas Públicas de Medellín - EPM

Liliana María Velásquez Z.

Sura Empresa Promotora de Salud

Ana María Villegas V.

Gloria Velásquez.

Sura Institución Prestadora de Servicios de Salud

Juan Guillermo Vélez G.

Unidad de Discapacidad - Secretaría de Inclusión Social y Familia

Beatriz Guerrero.

Isabel cristina Mazo M.

José Giovanni Pérez L.

Melitza Bogallo C.

Unidos Salud Oral Institución Prestadora de Servicios de Salud

Carlos Mario Gómez.

Adriana Zea M.

Universidad CES-Facultad de Odontología

Julián Emilio Vélez R.

María Cristina Giraldo Z.

Universidad Cooperativa de Colombia-Facultad de Odontología

Pilar Patricia Mesa O.

Aniana Mora M.

Beatriz Eugenia Echeverri A.

Clara Liliana Gallego G.

Federico Álvarez E.

Universidad de Antioquia-Facultad de Enfermería

Catalina Calderón L.

Universidad de Antioquia-Facultad de Medicina

Jaime Arturo Gómez.

Universidad de Antioquia-Facultad de Odontología

Clara Eugenia Escobar G.

Ángela María Franco.

Jonny Vahos A.

José Pablo Velásquez.

Magda Beltrán S.

Marcela Gómez B.

Susana Ramírez P.

Virginia López.

Yomaira Viñas.

Veedurías en salud

Dora Nelly Graciano D.

Agradecimientos

Al equipo del Parque de la Vida, bajo la dirección de Greta Romero, que fue el lugar acogedor donde se fraguó y se dieron los principales encuentros de la construcción participativa de esta política pública.

Al Dr. Gilberto Pucca Jr.—coordinador nacional de la política nacional *Brasil Sorridente* del Ministerio de salud de Brasil, quien acompañó y motivó esta construcción, desde sus afables y generosos aportes y con su comprometida presencia en diferentes momentos de esta construcción.

A los equipos de salud oral y directivos de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C. y de la Secretaría de Salud Pública Manizales, quienes de manera generosa y en diferentes momentos compartieron los aprendizajes obtenidos de la implementación de sus respectivas políticas públicas, a partir de los cuales encendieron la esperanza de transformación en los participantes de esta construcción.

A los actores de las instituciones gubernamentales de orden municipal y nacional, a las organizaciones no gubernamentales, gremiales y privadas, a las organizaciones sociales y comunitarias, a los profesionales independientes y a los ciudadanos que se vincularon al proceso de construcción de la Política Pública de Salud Bucal de la ciudad, porque su compromiso, persistencia y esperanza permitieron concretar este nuevo horizonte para la salud bucal de los ciudadanos de Medellín.

TABLA DE CONTENIDO

1. Introducción	11
2. Antecedentes de políticas a niveles nacional e internacional	12
Antecedentes nacionales	33
Antecedentes internacionales	34
3. Referente normativo nacional	34
4. Referentes conceptuales	38
5. Aproximación a la situación de la salud bucal y de la práctica odontológica en Medellín	35
6. Problematicación de la salud bucal y la práctica odontológica en Medellín	65
6.1 Construcción sociocultural de la salud bucal asociada a la enfermedad, el dolor y la cosmética desligada de la salud integral	66
6.2 Débil reconocimiento histórico de la salud integral como derecho	68

6.3 Débil proceso de gestión de información en salud que permita conocer la realidad y transformarla	70
6.4 Inequidad en las condiciones de salud bucal de la población de Medellín	72
6.5 Respuesta institucional desarticulada y discontinua	74
6.6 Precariedad de las condiciones laborales de los profesionales y técnicos de la práctica odontológica en Medellín	76
6.7 Los procesos formativos del recurso humano de la práctica odontológica no responden a la situación de salud bucal de la población de Medellín	79
7. Proceso metodológico de la formulación de la PPSB y alcance del proceso participativo	81
8. Lineamientos para la implementación de la Política Pública de Salud Bucal de Medellín	89
8.1 Principios de la Política Pública	89
8.2 Ejes, objetivos, estrategias y acciones de la Política Pública	91
9. Cómo empezar la implementación de la PPSB	102
9.1 Coda	105
10. Bibliografía	107

1. Introducción

La Secretaría de Salud de Medellín, en concordancia con los principios y valores formulados en el Plan de Desarrollo “Medellín un hogar para la vida, 2012-2015” (1), en la línea estratégica “Ciudad que respeta, valora y protege la vida” (2) y en una de sus metas del Plan Territorial de Salud formuladas para el cuatrienio, lideró la formulación de la Política Pública de Salud Bucal para la ciudad de Medellín-PPSB-.

La producción social de la salud en la propuesta del Gobierno local y de la autoridad sanitaria municipal se sustenta en criterios como: la vida como valor supremo, la equidad como fin de la sociedad, la educación con trabajo decente como base de la productividad y la competitividad, el desarrollo sostenible y la transparencia en la gestión gubernamental para producir una cultura de legalidad y participativa como fundamento del desarrollo social democrático (3). Con ese telón de fondo se propició la construcción participativa de una Política Pública de Salud Bucal que aportara insumos a la construcción de esa ciudad deseada.

La formulación de la Política Pública de Salud Bucal se desarrolló en dos etapas, entre septiembre de 2012 y enero de 2013 y entre junio de 2013 y marzo de 2014, respectivamente. La construcción de la PPSB se orientó como un proceso participativo para articular respuestas institucionales y sociales de los actores de la práctica odontológica de la ciudad y de otros actores sociales interesados en la promoción de la salud y la salud pública de la ciudad, para responder a las necesidades de la población de una manera integral e intersectorial.

El propósito fue construir una plataforma para orientar y proyectar estratégicamente las acciones de salud bucal de la ciudad. Una herramienta para la gestión gubernamental y de los actores sociales e institucionales que construida de modo participativo, lograra acuerdos colectivos en la forma de problematizar la realidad de la práctica odontológica y de la salud bucal, a partir de lo cual se definiera una proyección a futuro, con una sólida legitimidad entre los actores y suficiente fuerza vinculante para renovar el quehacer, en un nuevo modo de acción articulado, estratégico y participativo.

Como resultado del proceso de construcción de la PPSB y bajo el lema “la boca convoca”, más de 40 instituciones y organizaciones sociales participaron de modo regular y constante en la formulación, incluyendo actores de la academia, de la gestión de los servicios de salud (EPS/IPS), programas sociales de la ciudad, dependencias gubernamentales, estrategias de salud pública, empresas del sector productivo y comercial, y organizaciones sociales, comunitarias y gremiales.

El presente documento describe el proceso de formulación de la Política Pública de Salud Bucal, sus antecedentes y sus principales referentes; sintetiza el producto colectivo logrado respecto a los principios, ejes de acción, objetivos y estrategias de la PPSB, que los actores han construido de manera progresiva, basados en los análisis de situación de salud y en múltiples talleres de deliberación y concertación de criterios técnicos y análisis de viabilidad realizados en el proceso de formulación.

También fueron construidas unas metas e indicadores durante el proceso, con una proyección a diez años y alcances parciales a corto y mediano plazo (dos y cuatro años respectivamente), que constituyen un importante insumo para que el ente rector y los actores institucionales y sociales definan las proyecciones políticas y económicas acordes a los momentos de la planeación sectorial, institucional y de la ciudad. Esa será una de las principales acciones para emprender en el corto plazo.

La Secretaría de Salud agradece el apoyo y la participación a todos los que hicieron parte en este proceso de construcción colectiva, porque su compromiso y sus aportes contribuyen a trazar un horizonte para el desarrollo de una política pública de salud comprometida con el mejoramiento de la salud bucal, el fortalecimiento institucional y la garantía de derechos ciudadanos, para aportar en hacer de Medellín una ciudad incluyente, equitativa y saludable, como lo propone el Plan de Desarrollo de la Ciudad “Medellín un hogar para la vida” (1, 3) y el Plan Territorial de Salud 2012-

2015 (2, 3).

Lo que se presenta a continuación representa el mayor producto de la creación colectiva realizado por los actores de la práctica odontológica, ciudadanos y actores sociales interesados en la salud bucal en la historia de la ciudad. Representa por tanto un horizonte potencial que puede canalizar las voluntades y las capacidades colectivas en aras de allanar el camino de realización del derecho a la salud bucal con universalidad y equidad para los y las medellinenses.

Es un punto de partida, una invitación abierta.

2. **Antecedentes de políticas a niveles nacional e internacional**

Diferentes desarrollos de políticas públicas locales de municipios en Colombia y lineamientos de política a nivel internacional constituyeron referentes centrales de la formulación de la Política Pública de Salud Bucal de Medellín. Desde estas experiencias fue posible identificar aprendizajes y rutas metodológicas que enriquecieron el proceso de construcción de la misma, y permitieron concretar una proyección estratégica para posicionar la salud bucal en el contexto de una ciudad innovadora.

Antecedentes nacionales

Política de salud bucal de Bogotá

La Política Pública de Salud Oral de Bogotá D.C se presentó en el año 2004, después de dos años de construcción, con un acto denominado el “Pacto por la salud oral”. En el 2011 se realizó una evaluación y el ajuste para el periodo 2011-2021 (4).

Esta política se enmarca bajo el concepto de salud oral como proceso sociocultural que trasciende la esfera biológica e involucra otras dimensiones del diario vivir de las personas. La Política Pública de Salud Oral de Bogotá se organiza en cuatro ejes: 1) gestión de la política de salud oral, 2) modelo de gestión y atención de los servicios de salud oral, 3) fortalecimiento de la gestión del talento humano odontológico y 4) producción y circulación del conocimiento.

El proceso de formulación evidenció unas condiciones de salud oral precarias y el desmonte de los servicios de salud oral en la ciudad. Permitted situar la salud oral con diferentes actores y sectores, al ser una construcción conjunta. La formulación se viabilizó a partir del protagonismo de la Secretaría de Salud del Distrito Capital, quien impulsó el proceso y promovió la articulación de la salud oral con otras políticas de salud de la ciudad. Para soportar el liderazgo, la Secretaría Distrital de Salud conformó un equipo de

trabajo con funcionarios y contratistas de las diferentes dependencias, orientadas desde el área de análisis y políticas en la dirección de salud pública.

Algunos logros reconocidos de la política de salud oral de Bogotá son:

- Implementación de las estrategias de promoción de la salud oral en diferentes ámbitos de vida cotidiana, como en la familia, los jardines infantiles, las casas vecinales, los comedores comunitarios, los colegios distritales y espacios laborales, ampliando gradualmente la cobertura.
- Formulación de guías de práctica clínica en caries, enfermedad gingival, cirugía básica, enfermedad pulpar y periapical y la unificación de criterios en la historia clínica odontológica. Guías que fueron orientadas por grupos académicos y de investigación de diferentes facultades de odontología de la ciudad y que se construyeron de manera participativa con los profesionales de la Red Pública.
- Diseño e implementación del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Salud Oral-Sisveso-.
- Continuidad al desarrollo de estrategias de gestión de la calidad de los servicios de salud oral, específicamente las relaciones con la implementación del Sistema Obligatorio de la Garantía.
- Implementación de procesos de educación continua del talento humano en aras de aumentar las capacidades de comprensión de la realidad y de las prácticas sociales.
- Impulso de procesos de investigación, desarrollados conjuntamente con grupos académicos.
- Desarrollo de estrategias de movilización social por la salud oral, en donde se han reforzado mensajes destinados a promover el cuidado de la salud oral de manera cotidiana, destacando el rol de los padres y la asistencia odontológica desde edades tempranas y de manera preventiva.
- Construcción de alianzas con la empresa privada, al reconocer que garantizar las condiciones para el ejercicio de los derechos implica la unión de esfuerzos de los diferentes actores de la vida social de la ciudad, tanto públicos como privados.
- Desarrollo de un trabajo sostenido con las universidades y la Asociación de Facultades de Odontología, que han permitido desarrollar procesos conjuntos en investigación, educación continuada, complementariedad de acciones, extensión y vínculo de los procesos de formación de estudiantes.
- Fortalecimiento de la Red Pública Hospitalaria a

través del mejoramiento de la infraestructura y la modernización tecnológica de los puntos de atención odontológica.

- Fortalecimiento de la rectoría del ente territorial a través de la revisión de los mecanismos de financiamiento, el seguimiento a la interventoría de los contratos de las diferentes aseguradoras y la generación de alternativas para mejorar la capacidad y la disponibilidad de la oferta de servicios de salud oral.
- Fortalecimiento de la atención preventiva con énfasis en gestantes y menores de cinco años.
- Implementación de estrategias de comunicaciones y posicionamiento social.

Política municipal de salud oral de Manizales

El Decreto Municipal 0257 de 2006 creó el Comité Local de Salud Oral, a partir del cual se dinamizó la Política Pública de Salud Oral para el periodo 2007 y 2017 (5). El propósito principal de esta política es integrar los diferentes actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud-SGSSS- en el territorio, facilitando y propiciando las condiciones que permitan el mejoramiento de los indicadores de salud bucal como aporte a la calidad de vida de las personas, así como el mejoramiento de la calidad y acceso a los servicios por parte de los usuarios.

La Política (5) está planteada desde cinco líneas de acción: 1) gestión de la salud oral a nivel municipal, 2) posicionamiento de la salud oral, 3) calidad y acceso a los servicios odontológicos por APS y consulta institucional, 4) gestión del recurso humano en salud bucal y 5) gestión de la información en salud bucal.

Durante la implementación se han identificado algunos logros, entre los que se destacan:

- Creación del cargo de odontólogo coordinador del Programa Municipal de Salud Oral.
- Posicionamiento y reconocimiento de las piezas comunicativas desarrolladas en el marco de la Política Pública de Salud Oral de Manizales en diferentes espacios administrativos, de prestación de servicios y comunitarios.
- Monitoreo a las metas propuestas por la Política Pública de Salud Oral de Manizales.
- Realización de un estudio poblacional como línea base en edades centinelas en 2011.
- Inclusión del tema de la salud oral en la agenda política de Manizales.

- El programa de Salud Oral alcanzó una cobertura rural del 100% de las instituciones educativas. En el área urbana se concentra en las instituciones de mayor vulnerabilidad.
- Levantamiento de los índices epidemiológicos de los escolares a los 5 y 12 años en las instituciones educativas.
- A 2011 se logró el reporte del 100% de las EPS, logrando que sea el odontólogo quien ingrese por primera vez al paciente en el sistema de información a partir del diagnóstico.
- Reporte continuo de las IPS centinelas.

Antecedentes internacionales

A nivel internacional, la OMS/OPS ha impulsado el *Programa Global de Salud Oral*, el cual se integra con estrategias de promoción de la salud y prevención de las enfermedades crónicas, reconociendo que las soluciones de salud pública para las enfermedades orales son más efectivas cuando estas se suman a las de otras enfermedades crónicas y a los programas nacionales de salud pública (6).

El Programa Global de Salud Oral propone desarrollar políticas globales como: i) construcción de políticas de salud oral dirigidas a hacer un efectivo control de los riesgos; ii) desarrollo e implementación de proyectos de promoción de la salud y prevención de las enfermedades orales basados en la participación comunitaria y dirigidos a los grupos de población vulnerable y pobre; iii) alentar a las autoridades nacionales de salud a implementar programas de fluorización para la prevención de la caries dental; iv) favorecer una aproximación a los factores de riesgo comunes para la prevención simultánea de las enfermedades orales y otras enfermedades crónicas y; v) proporcionar soporte técnico a los países para fortalecer sus sistemas de salud e integrar la salud oral a la salud pública.

A nivel regional, la Carta de Brasilia sobre salud bucal en las Américas (7), producto del “II Encuentro internacional de coordinadores nacionales de salud bucal de países latinoamericanos” realizado en 2009, destaca que el reconocimiento de los altos niveles de inequidad social en la distribución de las enfermedades bucales que caracterizan a la subregión demandan

[la necesidad de trabajar por la construcción de una política pública en salud bucal en cada uno de los países y con la visión de una política latinoamericana, en cuanto construcción social colectiva, con la participación de todos los actores de la odontología gubernamentales y no gubernamentales (gremios, academia y servicios) y los actores sociales] (7).

Así mismo, llama la atención en que las políticas públicas que se construyan en cada país tengan presente “la

integralidad del abordaje de la salud, la universalidad, la equidad, integrando acciones promocionales, preventivas y asistenciales en todos sus niveles, con énfasis en la Atención Primaria en Salud”; a que los países dispongan de recursos suficientes y garanticen “la organización estratégica de los mismos y se cumpla con el deber de los Estados en la garantía del derecho a la salud bucal con equidad e inclusión social” y el “Estado cumpla su rol protagónico y permita que se fortalezcan las capacidades de participación de los actores de la odontología y los actores sociales en la gestión, monitoreo, seguimiento y ajuste de las políticas” (7).

También reconoce la necesidad de fortalecer la regulación en la formación del recurso humano, mejorar las condiciones de formación para que se orienten a responder a las necesidades reales de la población, e integrar el recurso humano dentro de los sistemas nacionales de salud en condiciones dignas de trabajo. Por último, la Declaración propende a que las Políticas Públicas de salud bucal desarrollen estrategias para la apropiación social de la misma por las poblaciones, mecanismos de institucionalización, investigación, evaluación, rendición de cuentas y construcción de memoria (7).

3. Referente normativo nacional

La Constitución Política nacional define a Colombia como “un Estado Social de Derecho organizado en una República Unitaria descentralizada, con autonomía de sus entidades territoriales, democrática, participativa y pluralista, fundada en el respeto de la dignidad humana, en el trabajo y la solidaridad de las personas que la integran y en la prevalencia del interés general” (8). Los artículos 48, 49 y 50 del título II sobre los derechos, garantías y deberes, abordan lo relativo a la salud.

El artículo 48 define la Seguridad Social como derecho irrenunciable. Constituye un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, la coordinación y el control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la ley. La Seguridad Social podrá ser prestada por entidades públicas o privadas, de conformidad con la ley.

El artículo 49 define la atención de la salud y el saneamiento ambiental como servicios públicos a cargo del Estado. Se garantizará a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Correspondiendo al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, el establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad (8). Señala a su vez que toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad (8).

El artículo 50 señala el derecho a la atención en salud de forma gratuita en las instituciones que reciben aportes estatales para todos los niños menores de un año que no se encuentren cubiertos por algún tipo de protección (8).

El desarrollo normativo de la salud en el país ha sido profuso, destacándose además del conjunto de leyes emanadas por el Congreso de la República, un amplio y significativo desarrollo jurídico de la Corte Constitucional y un desarrollo normativo y reglamentario desde la Autoridad Sanitaria que se menciona a continuación.

La Ley 10 de 1962 reconoce legalmente el ejercicio profesional de odontólogo en Colombia, que se rige por el código de ética profesional promulgado por la Ley 35 de 1989, la cual contiene la declaración de principios, la práctica profesional y su relación con los pacientes, colegas, personal auxiliar, instituciones, la sociedad y el Estado. Asimismo, contiene apartados sobre las prescripciones, historia clínica y otras conductas. Por medio de esta ley se crea el Tribunal Nacional y los Tribunales Seccionales de Ética Odontológica (9, 10).

La Ley 9 de 1979 o Código Sanitario Nacional, determina las actividades y las competencias relacionadas con la salud pública para garantizar el bienestar de la población. Contiene toda la normatividad relativa a la preservación, restauración y mejoramiento de la salud humana. En cuanto a la odontología, define los parámetros para el manejo de los equipos de radiología y de los residuos de materiales que puedan generar riesgos al ambiente y a la salud humana, como el mercurio, los sobrantes de amalgama y los líquidos de revelado, entre otros (11, 12).

El Sistema de Seguridad Social Integral, creado a través de la Ley 100 de 1993 bajo los principios de eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad y participación, establece la estructura y el funcionamiento del Sistema General de Pensiones, el Sistema General de Seguridad Social en Salud y el Sistema General de Riesgos Profesionales, así como de los servicios sociales complementarios. Se creó el régimen subsidiado y contributivo, y un plan integral de protección de la salud, con atención preventiva, médico-quirúrgica y medicamentos esenciales, denominado Plan Obligatorio de Salud -POS- que es administrado por las Entidades Promotoras de Salud -EPS-. Algunos aspectos de la inspección, vigilancia y control fueron reglamentados por medio de la Ley 715 de 2001 y la ley 1122 de 2007 (13, 14, 15).

La Ley 715 de 2001 dicta normas en materia de recursos y competencias de los Entes Territoriales destinados para la prestación de los servicios de educación y salud. Fija responsabilidades en las áreas de vigilancia y control en general, y de vigilancia y control epidemiológico (12, 14).

La Ley 1122 de 2007 realiza algunas modificaciones al Sistema General de Seguridad Social en Salud, con el fin de mejorar la prestación de los servicios a los usuarios, en diversos aspectos. Modificó el SGSSS, definió que la salud pública se constituye por el conjunto de políticas que buscan garantizar de manera integrada la salud de la

población por medio de acciones individuales y colectivas realizadas bajo la rectoría del Estado, promoviendo la participación responsable de todos los sectores de la comunidad. Esta ley estableció que cada cuatrienio el Gobierno nacional debe definir el Plan Nacional de Salud Pública -PNSP- e incluirlo en el Plan Nacional de Desarrollo. Esta ley también creó el Plan de Intervenciones Colectivas -PIC- que substituyó al Plan de Atención Básica, asimismo establece la obligatoriedad de la rendición de información y la elaboración del Registro Individual de Prestación de Servicios -RIPS- para todas las entidades y organizaciones del sector que tengan parte en su elaboración y su consolidación (15).

La Ley 1164 de 2007 establece las disposiciones en materia de talento humano en salud, relacionadas con los procesos de planeación, formación, vigilancia y control del ejercicio, desempeño y ética del talento humano del área de la salud. Mediante esta ley se crean los organismos de apoyo para el desarrollo del talento humano en salud, como lo son: el Consejo Nacional de Talento Humano en Salud, los Comités de Talento Humano, el Observatorio del Talento Humano en Salud y los Colegios Profesionales. Además fija las características de formación, del ejercicio de la profesión y las ocupaciones del talento humano en salud (16).

La Ley 1438 de 2011 introduce la estrategia Atención Primaria en Salud como elemento orientador del sistema, para fortalecer la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable, y fortalecer la prestación de los servicios en la búsqueda de mayor calidad y equidad, donde el centro y el objetivo de todos los esfuerzos sean los ciudadanos del país (17). Asimismo establece que el Ministerio de Salud y Protección Social articulará el manejo y será responsable de la administración de la información, a través del Sistema Integrado de Información de la Protección Social -Sispro- y que las entidades promotoras de salud, los prestadores de servicios de salud, las direcciones territoriales de salud, las empresas farmacéuticas, las cajas de compensación, las administradoras de riesgos profesionales y de los demás agentes del sistema están obligados a proveer la información solicitada de forma confiable, oportuna y clara dentro de los plazos establecidos (17).

La Sentencia T-760 de 2008 de la Corte Constitucional reconoce la salud como un derecho fundamental que el Estado debe garantizar de manera oportuna, eficaz y con calidad. Ordena la revisión y la unificación de los Planes Obligatorios de los regímenes contributivo y subsidiado (18).

La Sentencia T-170 de 2010 de la Corte Constitucional define condiciones para la garantía del derecho a la salud, la vida, la seguridad social y la atención integral a los menores de edad, en especial a los que padecen labio leporino, paladar hendido y malformaciones craneofaciales (19).

La Sentencia T-548 de 2011 de la Corte Constitucional considera el derecho a la salud como un concepto integral,

que no se limita al aspecto físico, que también incluye aspectos psíquicos, emocionales y sociales. Las entidades prestadoras de salud deberán garantizarlo en todas sus facetas: preventiva, reparadora y mitigadora (20). La Sentencia T-676 de 2011 de la Corte Constitucional reitera el derecho a la salud para todas las personas en condición de discapacidad (21).

Con rango inferior a las leyes se encuentran los decretos como un tipo de acto administrativo, cuyo contenido es normativo reglamentario.

El Decreto 2024 de 1984 define los contenidos de la adición de yodo y flúor a la salud de consumo humano de yodo entre 50 y 100 ppm y de flúor entre 180 y 220 ppm; (22). El Decreto 547 de 1996 reglamenta la expedición del registro sanitario y las condiciones sanitarias de producción, empaque y comercialización de la sal para consumo humano y se dictan otras disposiciones sobre la materia (23).

El Decreto 2676 de 2000 reglamenta la gestión integral de los residuos hospitalarios y similares, aplicado a las personas naturales o jurídicas que presten servicios de salud a humanos y animales e igualmente a las que generen, identifiquen, separen, desactiven, empaquen, recolecten, transporten, almacenen, manejen, aprovechen, recuperen, transformen, traten y dispongan finalmente los residuos hospitalarios y similares en desarrollo de las actividades, manejo e instalaciones (24).

El Decreto 3616 de 2005 establece las denominaciones de los auxiliares en las áreas de la salud, se adoptan perfiles ocupacionales y de formación, y los requisitos básicos de calidad de sus programas (25).

El Decreto 1011 de 2006 establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud (26).

El Decreto 3518 de 2006 (27) creó y reglamentó el Sistema de Vigilancia en Salud Pública -Sivigila- para la provisión en forma sistemática y oportuna de información sobre la dinámica de los eventos que afectan o puedan afectar la salud de la población, con el fin de orientar las políticas y la planificación en salud pública y tomar las decisiones para la prevención y control de enfermedades y los factores de riesgo para la salud.

Este documento define la Vigilancia en Salud Pública -VSP- como

[Función esencial asociada a la responsabilidad estatal y ciudadana de protección de la salud, consistente en el proceso sistemático y constante de recolección, análisis, interpretación y divulgación de datos específicos relacionados con la salud, para su utilización en la planificación, ejecución y evaluación de la práctica en Salud Pública].

Estableció los procesos básicos de VSP-la recolección

y organización sistemática de datos, el análisis y la interpretación, la difusión de la información y su utilización en la orientación de las intervenciones de salud pública-, cada uno de los cuales se encuentra respectivamente reglamentado. Asimismo, se establecen una serie de organismos para su operación integrada –Red de Vigilancia, Centro Nacional de Enlace para el Reglamento Sanitario Internacional, Comisión Nacional Intersectorial de VSP, y Comités de VSP–, los cuales constituyen los nodos principales del sistema. Establece que departamentos, municipios y distritos deben crear los comités de VSP, entre los que se encuentran los Comités de Vigilancia de Salud Comunitarios –Covecom–.

Finalmente, se estipula que el sistema de VSP será un subsistema de Protección Social -Sispro-, sistema de información nacional con el cual se podrían formular, implementar, seguir y evaluar las políticas sociales orientadas a la garantía de los derechos involucrados a la protección social.(27)

A continuación se presentan las resoluciones, que se dictan para cumplir las funciones que la Ley encomienda a cada servicio público, y tienen carácter general, obligatorio y permanente. En cuanto a su ámbito material, la resolución alcanza a todo aquello que complementa, desarrolle o detalle a la ley en la esfera de competencia del servicio público (28).

La Resolución 1995 de 1999 establece el manejo de la historia clínica, la cual se define como un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención (29).

La Resolución 412 de 2000 establece las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y adopta las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública. Protección específica se entiende como el conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones tendientes a garantizar la protección de los afiliados frente a un riesgo específico, con el fin de evitar la presencia de la enfermedad, entre ellos se encuentra la Atención Preventiva en Salud Bucal (30).

La Resolución 3374 de 2000 reglamentó los datos básicos que deben reportar los prestadores de servicios de salud y las entidades administradoras de planes de beneficios sobre los servicios de salud prestados, estableciendo en el artículo 10° los procesos informáticos con los que deben cumplir las entidades a las que va dirigida dicha resolución, entre ellas las administradoras de planes de beneficios. Para mejorar la oportunidad, la seguridad y la confiabilidad en la entrega de la información, lo cual se garantiza a través de la plataforma de integración de datos -PISIS- Sispro- (31).

La Resolución 4505 de 2012 establece el reporte relacionado con el registro de las actividades de Protección Específica, Detección Temprana y la aplicación de las Guías de Atención Integral para las enfermedades de interés en salud pública de obligatorio cumplimiento, la cual tiene por objeto establecer el reporte relacionado con el registro de las actividades de Protección Específica, Detección Temprana y la aplicación de las Guías de Atención Integral para las enfermedades de interés en salud pública de obligatorio cumplimiento, realizadas en los servicios de salud, para su integración al Sistema Integral de Información de la Protección Social –Sispro-.

Y modifica el artículo 16 de la Resolución 412 de 2000 y deroga el artículo 17, ibídem, y las Resoluciones 1078 y 3384 ambas del 2000, y las disposiciones que le sean contrarias (32).

La Resolución 1164 de 2002, define el manual de Procedimientos para la Gestión Integral de los residuos hospitalarios y similares, según lo determina el Decreto 2676 de 2000 (33).

El Acuerdo 260 de 2004 define el régimen de pagos compartidos y cuotas moderadoras dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud, estableciendo los pagos correspondientes para pago de cuota moderadora y cotización por cada consulta odontológica que sea realizada por una IPS (34).

La Resolución 1715 de 2005 modifica la Resolución 1995 de 1999, en cuanto al procedimiento a seguir con las historias clínicas, en cuanto a su custodia y conservación, en el caso que la entidad perteneciente al Sistema General de Seguridad Social en Salud sea liquidada. Se establece que el tiempo de retención y conservación de una historia clínica debe ser de al menos diez años contados a partir de la última atención, mínimo tres años en el archivo de gestión del prestador de servicio de salud y mínimo siete en el archivo central (35).

La Resolución 1448 de 2006 define las condiciones de habilitación para las instituciones que presten servicios de salud bajo la modalidad de telemedicina (36).

La Resolución 3577 de 2006 adopta el Plan Nacional de Salud Bucal cuyo contenido debe ser desarrollado a partir de las competencias propias de los actores del SGSSS y de las demás entidades, instituciones y recurso humano relacionado con la salud bucal, bajo la orientación del Ministerio de la Protección Social(37).

La Resolución 2564 de 2008 reglamenta la prescripción de algunos medicamentos de control especial por parte de los profesionales de la salud en odontología y modifica la Resolución 1478 de 2006, debido a que esta no contempló en el campo de prescripción de medicamentos de control especial a los profesionales de la Salud en Odontología (38).

La Resolución 366 de 2010, por la cual se definen algunas condiciones del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad

para las áreas de sanidad de los establecimientos de reclusión del Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario –Inpec- (39).

En 2013 se expidió la Resolución 1441 de 2013 define los procedimientos y condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar los servicios y se dictan otras disposiciones. Que dentro del proceso de implementación de dicha norma se realizaron reuniones con diferentes integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en las que se presentaron inquietudes sobre aspectos técnicos de la precitada resolución, por lo que se consideró del caso efectuar una revisión integral y sistemática de la misma. Que en concordancia con lo anterior y en cumplimiento de la obligación de ajustar periódicamente y de manera progresiva los estándares que hacen parte de los componentes del Sistema Único de Habilitación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud, se hace necesario ajustar, definir y establecer los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y habilitación de servicios de salud, así como adoptar el correspondiente Manual (40).

Por lo anterior la Resolución 2003 de 2014 tiene por objeto definir los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud, así como adoptar el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud. Esta norma deroga la resolución 1441 de 2013 y establece un término de transitoriedad en su aplicación para aquellos prestadores que cuenten con servicios ya habilitados (41).

La Resolución 4505 de 2013 establece el reporte relacionado con el registro de las actividades de Protección Específica, Detección Temprana y la aplicación de las Guías de Atención Integral para las enfermedades de interés en salud pública de obligatorio cumplimiento (42).

Resolución 5521 de 2013 define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS), tiene como objeto la definición, aclaración y actualización integral del Plan Obligatorio de Salud -POS-, de los Regímenes Contributivo y Subsidiado, que deberá ser garantizado por las Entidades Promotoras de Salud a sus afiliados en el territorio nacional, en las condiciones de calidad establecidas por la normatividad vigente. La presente deroga los artículos 16 y 117 de la Resolución 5261 de 1994, y en su integridad los Acuerdo 029 de 2011, 031 Y 034 de 2012 de la Comisión de Regulación en Salud –CRES- y demás disposiciones que le sean contrarias. (43)

Resolución 1531 de 2014 Por la cual se modifica la Resolución 3374 de 2000, al establecer el mecanismo para la transferencia de datos del Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud - RIPS, a través de la plataforma de Integración de datos - PISIS del Sistema de Información de la Protección Social - SISPRO, así como ampliar las entidades obligadas a reportar (44).

La Resolución 1841 de 2013, que adopta el Plan Decenal

de Salud Pública 2012–2021, incluye la salud bucal como un contenido entre una de sus dimensiones prioritarias (condiciones crónicas no transmisibles). Se incluyen como metas para 2021 incrementar en 20% las prácticas de autocuidado para el manejo de la salud bucal y promover la construcción, el desarrollo, el monitoreo y la evaluación de procesos que permitan a la población incrementar el control sobre su salud y su bienestar; y tener incidencia política y ejercer el control social para la promoción de la salud, la afectación de los determinantes sociales y el control de las enfermedades no transmisibles, incluida la salud bucal (45).

4. Referentes conceptuales

Para construir y desarrollar la Política Pública de Salud Bucal de Medellín se propone un conjunto de referentes conceptuales que sirven de guía y orientación en doble propósito, a la vez que permiten desentrañar e interpretar las realidades del presente histórico de la práctica odontológica, también permiten la producción de un horizonte, de una proyección estratégica de esta para los próximos años, de cara a aportar en la materialización del derecho a la salud bucal para todos los ciudadanos.

Los referentes propuestos no aparecen de manera aleatoria, por el contrario, guardan una relación entre sí. Han sido seleccionados de modo intencionado, con el fin de establecer relaciones desde un plano epistemológico hacia una proyección práctica, por tanto, están propuestos como una malla articulada de producción de sentido en la que los referentes resultan complementarios y se potencian unos con otros. Los contenidos se refieren a la salud como derecho, al reconocimiento de la naturaleza social de la salud y de la práctica odontológica como trabajo social, al desarrollo de políticas públicas para disminuir desigualdades, a la atención primaria en salud y a la promoción de la salud como dispositivos para la transformación de los servicios y las prácticas de la salud.

LA PERSPECTIVA DE POLÍTICA PÚBLICA

Se considera la política pública como el conjunto de acciones estratégicas orientadas a la resolución de problemas de carácter público, que se constituye en la medida en que los actores sociales asumen la tarea de alcanzar un objetivo esperado -deseable o necesario- a través de un proceso destinado a transformar un escenario percibido como problemático, con la necesaria vinculación de los actores gubernamentales (46).

La formulación de la política es un proceso permanente de construcción colectiva de acuerdos que pretenden orientar la acción de una práctica social. Así, las políticas públicas aparecen como el resultado de intercambios complejos entre actores sociales a través del tiempo, en los cuales ocurre un proceso de negociación y construcción de consensos frente al quehacer. Implicando ello la apertura de espacios deliberativos de análisis y discusión de alternativas, que faciliten la elección de aquellas consideradas apropiadas y factibles para disminuir la brecha entre la situación actual y la deseada (46).

Se considera una construcción social, en el sentido que involucra a todos los actores e instituciones a pensar los enfoques y estrategias más apropiadas para garantizar la estabilidad, sustentabilidad y efectividad de los programas de salud bucal para los próximos años.

La política de salud municipal, encuadrada en el concepto de ciudad saludable como base de un desarrollo social integral, plantea que el cumplimiento de sus objetivos se logra en el marco de un trabajo intersectorial e interinstitucional, promoviendo el derecho a la salud y el abordaje de los determinantes sociales de la salud, desde la familia, con enfoque de ciclo vital y territorio (3).

LA SALUD EN SENTIDO POSITIVO Y COMO DERECHO HUMANO FUNDAMENTAL

Gestionar la salud desde una visión positiva significa orientar las acciones hacia la construcción del vivir bien y de la calidad de vida, y no solamente a la atención de las enfermedades, pues si bien esto es indispensable, no es suficiente si el propósito es la producción de un amplio y extendido bienestar colectivo.

La salud comprende tanto las condiciones necesarias para una vida digna; como la prevención y la atención oportuna y eficaz de las enfermedades, así como la promoción de la salud. La salud está relacionada con el bienestar, con el vivir bien. Este buen vivir depende de cuatro procesos: la satisfacción de necesidades (concepto histórico y, por tanto, relativo y cambiante); la garantía de derechos; el acceso a los bienes y servicios que la humanidad ha acumulado para hacer viable y digna la vida, y el desarrollo de las potencialidades individuales. Por ello en esta perspectiva la salud es inseparable de la vida humana, y que pueda afirmarse, como lo plantea Franco, que la salud es la vida en presente positivo (47).

La noción de salud ha sido medicalizada desde la propia configuración del Estado moderno, lo cual ha sido negativo para la comprensión más amplia y para la apropiación por parte de los individuos y las comunidades, ya que la reduce al plano exclusivo de la resolución de la enfermedad a través de la atención médica/odontológica, ligada al desarrollo tecnológico y del acceso a medicamentos, asuntos que con mucha facilidad entrelazan esta noción reducida a su satisfacción por la vía del mercado. La tarea de ubicar la salud en un sentido positivo, permite la desmedicalización de la misma, al entender que es un tema que nos toca a todos en nuestra cotidianidad, al estar relacionada con la tranquilidad, la felicidad, el disfrute de un ambiente sano y la vida buena (47).

La salud como derecho humano fundamental es una comprensión reciente en la historia del desarrollo de los sistemas de salud y las políticas públicas y está siendo nuevamente valorizada, en tanto ha resurgido en el debate contra las perspectivas que promueven la salud como mercancía. El reconocimiento de este derecho se fundamenta en el reconocimiento de la dignidad humana, ya que buena salud permite desarrollar los proyectos de vida con libertad y autonomía, propiciando el desarrollo de las

potencialidades humanas como condición indispensable para una vida con dignidad.

La salud como derecho se sustenta en normatividad internacional, especialmente el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (48), y a nivel nacional a través de la Sentencia T-760 de 2008 de la Corte Constitucional del Estado Colombiano (18) y por la recientemente aprobada Ley Estatutaria de la Salud (49). Se considera fundamental porque está orientada a lograr la dignidad humana, por su conexión esencial con la vida y además es indispensable para el ejercicio de los demás derechos. De esta forma la salud como derecho fundamental implica un deber del Estado y la obligación de generar condiciones para que las poblaciones puedan vivir lo más saludablemente posible.

En una perspectiva de derechos se reconoce su carácter integral e interdependiente. Es decir, que el disfrute del derecho a la salud está directamente condicionado por la posibilidad de contar con un trabajo saludable y seguro, vivienda adecuada, alimentación nutritiva e inocua, condiciones sanitarias y medioambientales adecuadas, acceso a la educación y a la información, acceso a espacios y medios recreativos y de bienestar, posibilidades de participar en la toma de decisiones, disponibilidad de servicios básicos y de salud, el acceso a medicamentos esenciales, a una estrategia y a un plan nacional de acción en salud pública, entre otros (18).

El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de Naciones Unidas en su Observación General 14 de 2000 establece cuatro condiciones esenciales para la garantía del derecho a la salud y que convierten en atributos que permiten valorar su cumplimiento: la disponibilidad, la accesibilidad, la aceptabilidad y la calidad. La disponibilidad significa que el Estado deberá disponer de un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos y programas de salud, así como de medicamentos esenciales y personal en salud cualificado y motivado. La accesibilidad hace referencia a la característica de los servicios de ser accesibles a la población y de reconocer sus condiciones diferenciales. Presenta cuatro dimensiones: no discriminación, accesibilidad física, accesibilidad económica (asequibles) y accesibilidad a la información. Por su parte, la aceptabilidad se refiere al respeto de los establecimientos y servicios de salud de la ética profesional y a la condición de ser culturalmente apropiados y sensibles a las condiciones de género y étnicas. Finalmente, la calidad se define como el adecuado desempeño y adopción de criterios científico-técnicos, que requieren adecuada cualificación del personal así como la disponibilidad de equipos y medios en el trabajo en salud (50).

LA NATURALEZA SOCIAL DE LA SALUD Y LAS POLÍTICAS PARA DISMINUIR DESIGUALDADES

La idea de reconocer la naturaleza social de la salud supone entender que la salud no es un acontecimiento solo del orden bionatural que acontece en el ámbito individual, sino que por su propia naturaleza es una resultante de las complejas y cambiantes relaciones e interacciones entre

la individualidad biológica de cada sujeto y las condiciones sociohistóricas en las cuales se desenvuelve la vida. Enfermamos y morimos en función de la forma como vivimos, nos alimentamos, nos reproducimos, trabajamos, nos relacionamos, nos educamos, desarrollamos nuestras capacidades y enfrentamos nuestras limitaciones (51).

De igual modo supone considerar la salud como proceso complejo y multidimensional, que se configura en el movimiento de la realidad en múltiples dominios interdependientes y contradictorios: lo general, como el campo de las estructuras sociales; lo particular, como el campo de los modos de vida de grupos humanos y, lo singular, como el campo de los estilos de vida y la expresiones psicobiológicas de los individuos, que se enmarcan en el modo de vivir propio de un cierto momento histórico (52).

Supone una visión para enfocar el análisis y la acción en salud, que pretende superar las restricciones de la visión por factores de la realidad, y de la visión lineal y aplanada de la salud, que la considera solo desde las evidencias empíricas individuales de orden biológico; que concibe lo social como simple agregación de individuos y la acción en salud como un proceso esencialmente técnico, unidisciplinario y asistencial, que no trata a sujetos y comunidades sino a enfermedades, como objetos sin historia (53).

En consonancia con esta perspectiva, recientes declaraciones de líderes regionales de la odontología y de la salud pública se han pronunciado. En el "II Congreso internacional de salud bucal colectiva" realizado en 2008 en Bogotá, se hizo un llamado para gestionar políticas públicas que permitieran avanzar en la construcción social del derecho a la salud bucal. Por su parte, la Carta de Brasilia sobre la Salud Bucal en las Américas, de 2009, hace un llamado a gestionar políticas públicas vinculantes de los diferentes actores de la práctica odontológica (gremio, academia y servicios) y otros actores sociales; a que se promuevan abordajes integrales de la salud con perspectiva de universalidad y equidad, integrando acciones promocionales, preventivas y asistenciales en todos los niveles, con énfasis en Atención Primaria en Salud; a realizar abogacía en búsqueda de la inclusión de la salud bucal en la agenda política de los países, y a profundizar en el análisis del proceso salud -enfermedad y sus procesos sociales determinantes (54).

Este reconocimiento de la determinación social de la salud se ha revalorizado recientemente, desde el impulso dado por la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud –OMS–, que plantea que los resultados en salud y sus consecuencias sociales devienen de un contexto social y político que genera una exposición y una vulnerabilidad diferencial según la posición que se ocupe en la sociedad y que explicaría la distribución de las inequidades en salud (51).

Desde la Comisión de Determinantes Sociales se reflexiona si tiene sentido invertir en costosos tratamientos para las enfermedades y en tecnología hospitalaria, si las personas y las comunidades se regresan a las malsanas

condiciones de vida que las enferman. Reconoce este planteamiento que la mala salud es el resultado de las desigualdades provocadas por una distribución desigual del poder, los ingresos, los bienes y los servicios. Distribución desigual de experiencias perjudiciales para la salud que no son fenómenos naturales, sino el producto del conjunto de condiciones estructurales y condiciones de vida específicas en las cuales se desenvuelve la vida de personas y grupos humanos y que en su conjunto constituyen los determinantes sociales de la salud (51, 54).

Desde estos planteamientos de la OMS se aboga por orientar las acciones para disminuir las desigualdades hacia tres grandes ejes (51): promover políticas para mejorar las condiciones de vida y trabajo, así como políticas de protección social a lo largo de la vida, gestionadas desde la intersectorialidad y el empoderamiento de las comunidades; promover estrategias para la lucha contra la distribución desigual del poder y, procurar el seguimiento sistemático de la equidad sanitaria y los determinantes sociales de la salud a niveles nacional y mundial.

En un sentido complementario a lo anterior, y en la búsqueda de alternativas de respuesta a las complejas situaciones que enfrentan las poblaciones, a través de la construcción de sinergias con otros sectores, se ha propuesto transversalizar la salud en todas las políticas (55).

Se plantea que la mejor forma de alcanzar los objetivos de gobierno, consiste en que todos los sectores incluyan la salud y el bienestar como componente esencial de la formulación de políticas, ya que las condiciones para mejorarlas están fuera del ámbito del sector de la salud y tienen una determinación económica y social. Para avanzar en la integración de la salud en todas las políticas el sector deberá colaborar con otros sectores y equiparse con los conocimientos, las capacidades y el mandato necesarios, haciendo innovaciones políticas con nuevos mecanismos e instrumentos, mejores marcos normativos y mejorando la coordinación dentro del mismo sector de la salud (55). En este sentido, una gestión de una política pública basada en los determinantes sociales de la salud, define un papel a los servicios de salud, pero destaca de modo relevante la acción intersectorial.

Asumir el desafío de construir políticas públicas desde esta perspectiva significa un gran reto para la salud pública, ya que la reducción de las desigualdades en la salud requiere pasar del paradigma biomédico, cuyo eje son los servicios de atención individual, a otro en el cual es indispensable el compromiso político del conjunto de actores gubernamentales, y la participación ciudadana en el ciclo completo de la planeación, la implementación y la evaluación de las respuestas (56).

En consonancia con esta perspectiva, el planteamiento de ciudad saludable del Gobierno municipal y la autoridad sanitaria destaca cuatro criterios para lograr el bienestar de las personas que conforman la ciudad, que son: a) el compromiso político explícito, b) el establecimiento de nuevas estructuras organizativas para la gestión del cambio, c) el compromiso con el desarrollo de una visión

compartida de la ciudad, y d) la inversión en redes y la cooperación formal e informal (3). Criterios estos necesarios para actuar sobre los procesos sociales determinantes de la salud en la ciudad, que en el contexto particular de las apuestas de ciudad se orientan hacia algunos priorizados como: medio ambiente sano, acceso universal a servicios de salud de calidad, seguridad, trabajo decente, vivienda digna, altos niveles de educación (3).

Algunos de los obstáculos que han sido identificados para el desarrollo de este enfoque basado en los determinantes sociales incluyen: la falta de voluntad política para incluir estos propósitos en la agenda política, la falta de conocimiento que motive su puesta en marcha, la insuficiencia de recursos públicos, la falta de coordinación y capacidad para la gestión intersectorial y la percepción generalizada de que las políticas para mejorar la salud pública y reducir las desigualdades son de competencia exclusiva del sector sanitario (56).

LA REORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS Y LAS PRÁCTICAS EN SALUD BASADAS EN LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD

La Atención Primaria en Salud –APS– es definida como una estrategia para lograr el cuidado integral de la salud y la asistencia sanitaria esencial, accesible, universal, socialmente válida y con el concurso y la plena participación de las comunidades y los actores de la sociedad, garantizando una adecuada capacidad resolutoria a las necesidades humanas. Constituye la estrategia ordenadora y coordinadora del cuidado integral de la salud en el sistema de salud del país.

Estos referentes acumulan más de cuatro décadas de ser presentados en el plano internacional, pero existen grandes obstáculos para una realización contundente en nuestro sistema de salud. A pesar de ello son múltiples las concepciones y desarrollos inspirados en esta propuesta.

Luego de dos décadas de reformas de mercado en América Latina, y ante una crisis profunda de los sistemas de salud (en términos de resultados y de financiamiento), vuelve a ser una fórmula propuesta para la reorganización de los sistemas y los servicios de salud en el mundo, impulsadas como agenda renovada por la OPS-OMS, concebida como estrategia, función central del sistema y forma de organización de las intervenciones en salud (57). En el país y luego de cerca de dos décadas de ausencia en el discurso oficial, una de las últimas reformas al sistema de seguridad social en salud ha dispuesto la necesaria reorientación de este hacia la APS (17).

La evidencia recopilada por la investigación a lo largo del mundo, demuestra que sistemas basados en la APS logran mejores resultados de salud en la población, mayor equidad en salud y en el acceso a los servicios, mejor eficiencia global y menores costos en el sistema, y mayor satisfacción de los usuarios con los servicios de salud (57).

El desarrollo de la APS en un marco de derechos, o la versión conocida como Atención Primaria Integral

en Salud, está ligada a una propuesta para la universalización e integración de los servicios de salud. Su operacionalización implica entre otros aspectos: a) el reconocimiento específico de las necesidades sociales, que sirven de punto de partida de la reorganización del sistema y de sus respuestas; b) la territorialización como dispositivo para relacionar las necesidades y los grupos humanos con los equipos de salud, de cara a lograr el establecimiento de un vínculo y una atención continua y longitudinal; c) la conformación de equipos básicos de salud que constituyen el primer contacto y la puerta de entrada al sistema; d) la adecuación de la oferta de servicios para garantizar alta capacidad resolutive, en un marco de redes integradas de servicios; e) la orientación familiar y comunitaria de la atención; f) la integración de respuestas de orden promocional, preventivo y resolutive, articulando estrategias construidas para el abordaje de los espacios sociales de vida cotidiana de la población, y g) la gestión intersectorial y participativa para afrontar los procesos sociales determinantes de la salud.

La estrategia de APS representa el contacto con los servicios sociales y de salud, y facilita la protección, la promoción y la garantía del derecho a la salud y a la atención integral, integrada y continua, en el lugar donde transcurre la vida, constituyendo el primer elemento de un proceso permanente de producción social de la salud (58).

Un sistema de salud basado en la APS constituye un enfoque amplio de organización y operación de un sistema de salud, que hace del derecho a alcanzar el mayor nivel de salud posible su principal objetivo. Está conformado por un conjunto de elementos estructurales y esenciales que garantizan la cobertura y el acceso universal a los servicios, presta atención integral, integrada y apropiada a lo largo del tiempo, con énfasis en la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud, tomando a las familias y las comunidades como base para la planificación y la acción (57).

Her viable un sistema de salud bajo los parámetros de la APS requiere un sólido sustento legal, institucional y organizativo, además de recursos humanos, económicos y tecnológicos adecuados. Un sistema así promueve acciones intersectoriales para abordar los determinantes sociales de la salud y de la equidad (57).

La perspectiva de la Atención Primaria en el Gobierno municipal y la autoridad sanitaria (3), se enmarca en el

concepto de “ciudad saludable”, desplegado a partir de la rectoría conjunta de los entes territoriales nacional, departamental y municipal (el Ministerio de Salud y Protección Social, la Secretaría Seccional de Salud de Antioquia, la Secretaría de Salud de Medellín y la asesoría del Consejo Municipal de Seguridad Social y los observatorios de salud).

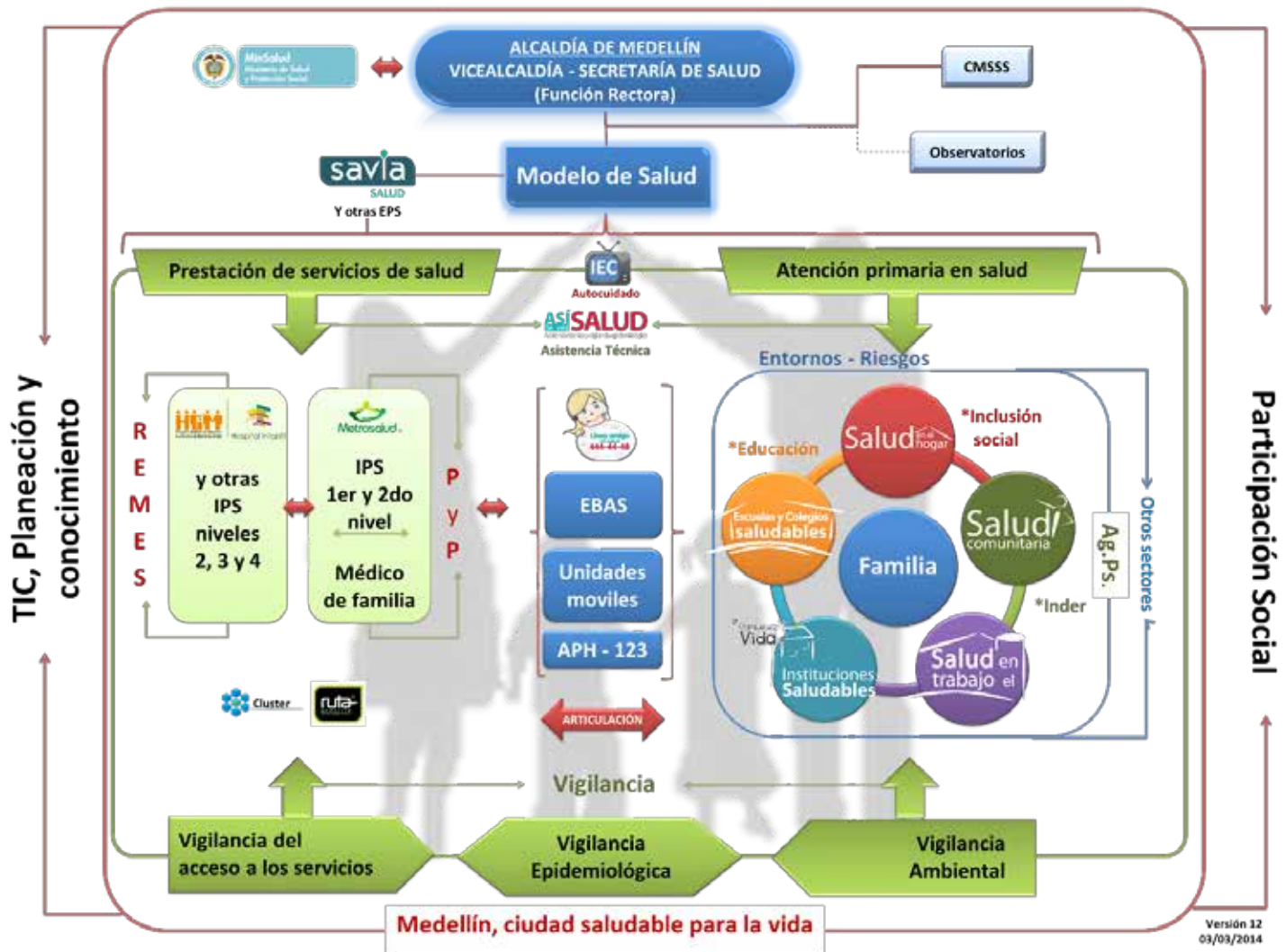
La Secretaría de Salud propone realizar la APS con un enfoque de promoción de la salud y gestión de los riesgos con abordaje por entornos y territorios y en relación con la prestación de servicios de salud (3). El abordaje de los entornos incluye la acción en el hogar, los entornos escolar, laboral, comunitario y en las instituciones que concentran población sujeto de programas sociales. Acercando y articulando la oferta social y de salud para incidir en los determinantes de la salud más cercanos al individuo e incluyendo la participación de agentes primarios de la salud como dinamizadores de la gestión territorial (3).

La prestación de servicios de salud se realiza a través de las instituciones públicas prestadoras de servicios de salud (las Empresas Sociales del Estado –ESE–, ESE Metrosalud, ESE Hospital General y Hospital Infantil Concejo se Medellín) y las instituciones privadas de los diferentes niveles de complejidad, articuladas en torno a los procesos de referencia y contrarreferencia, relacionadas según las condiciones normativas y contractuales establecidas entre las diferentes empresas administradoras de planes de beneficio (3).

Un elemento articulador en esta propuesta lo constituyen los equipos básicos de salud –EBAS– y las unidades móviles de salud, que desarrollan en territorios y entornos, acciones de promoción de la salud, identificación y prevención de riesgos, generan demanda inducida y acercan servicios a la comunidad (3).

Para los diferentes componentes se desarrollan estrategias de asesoría y asistencia técnica, así como estrategias comunicacionales de información y educación con énfasis en el fortalecimiento de la cultura del autocuidado. También se desarrollan estrategias de vigilancia de la salud, que incluye la salud ambiental, la vigilancia epidemiológica y la vigilancia del acceso a los servicios de salud (3). Estos componentes de la propuesta municipal se pueden ver en la figura 1.

Figura 1. Marco de acción de la estrategia Ciudad Saludable para Medellín



Fuente: Secretaría de Salud, 2014 (3).

la práctica odontológica y la salud bucal

La política de salud bucal de Medellín reconoce el concepto de práctica odontológica como la posibilidad de dimensionar de manera más amplia el objeto de la odontología, al tener en cuenta los diversos componentes de una práctica social que se ha institucionalizado en torno a la salud bucal como necesidad social y sus respuestas. La práctica odontológica es más que la profesión e incluye a otros actores tanto institucionales como no institucionales, relacionados con la generación de respuestas a las necesidades de salud bucal de la población, incluyendo la población, al

gobierno a través de sus dependencias y programas, a los practicantes del oficio, a la industria relacionada, al sector comercial y de seguros, etc.

Son elementos constitutivos de la práctica odontológica los actores sociales y los espacios o lugares de trabajo y reproducción en donde estos interactúan. Los componentes de la práctica odontológica se refieren a la producción de recursos humanos, de servicios y conocimientos, y a la legitimación social. En torno a estas intervienen el conjunto de actores que configuran el campo de acción de la práctica odontológica (59, 60).

Figura 2. Componentes y funciones de la práctica odontológica



Basado en Payares, 1997 (60).

Al hacer referencia a la salud bucal y no a la salud oral, como es la forma tradicionalmente usada, se invita a repensar con especificidad el objeto la práctica odontológica, trascendiendo de una mirada fisiopatológica cuyo centro es lo orgánico, señalando cómo lo oral hace referencia a una forma comunicativa y de expresión mediante el lenguaje, asunto que es propio de los seres humanos (61, 62), mientras que lo bucal, que hace referencia a la boca, además de “lugar” anatómico en el cual se centra el trabajo odontológico, constituye un elemento simbólico de mediación entre las diferentes relaciones del hombre con el mundo, todas ellas sociales e inmersas en una cultura, como el hablar, el comer, el degustar, el besar, etc. (63).

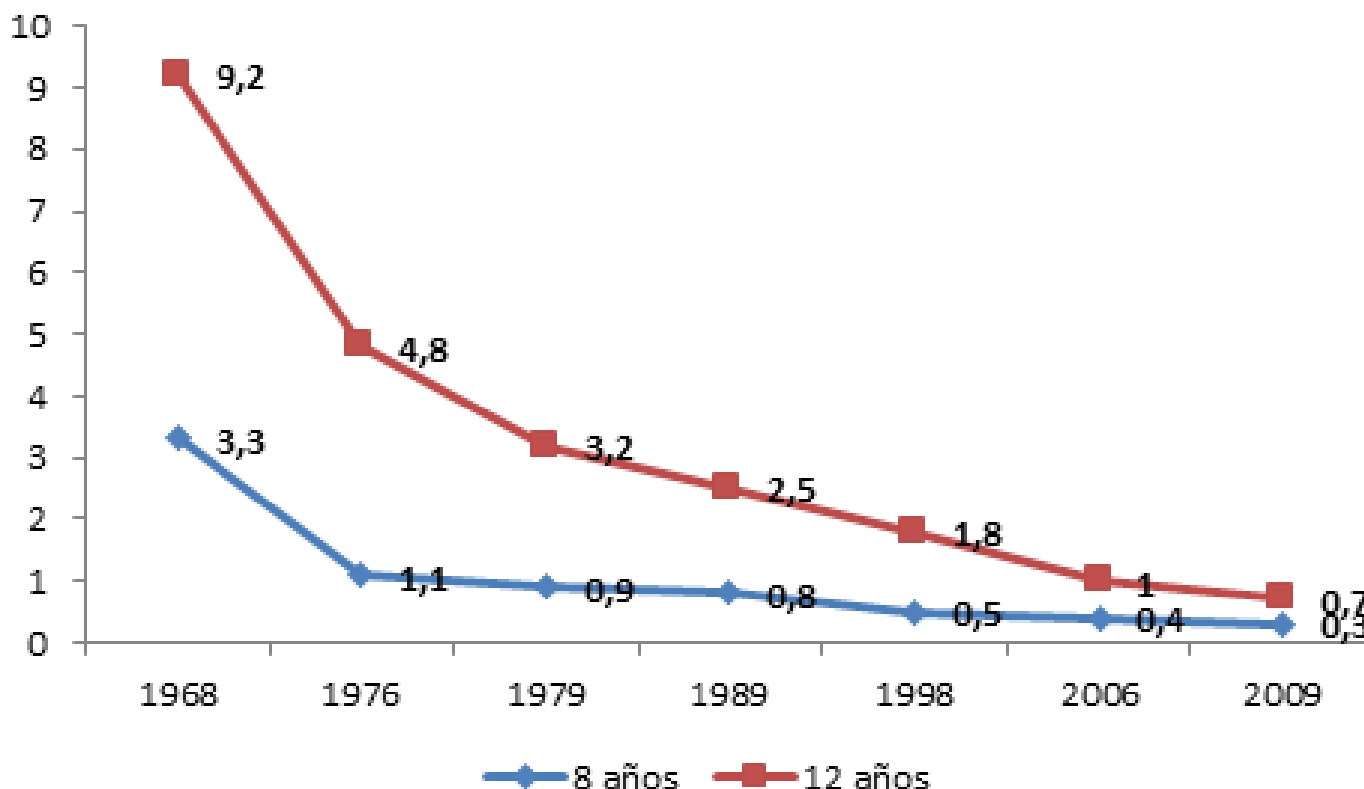
Con esto lo bucal y la bucalidad denota un espacio o territorio que permite nuevas valoraciones y representaciones (63, 64, 65), configurando una dimensión intercultural y subjetiva de lo que representa la boca y su contenido en el mundo moderno -el erotismo, el idioma, la dieta y un medio de comunicación- alejándose del mero significado de órgano objeto de reparación por parte del odontólogo, pues lo

trasciende y lo torna complejo para darle relevancia de carácter social y lo extrae de la especialidad odontológica para ubicarlo en un plano susceptible donde pueden intervenir otras disciplinas del saber para explicarlo (66).

5. Aproximación a la situación de la salud bucal y de la práctica odontológica en Medellín

Medellín se ha convertido en un referente a nivel nacional durante décadas, en relación con los índices de caries dental en niños y población escolar, en tanto sus indicadores epidemiológicos se encuentran por debajo del promedio nacional e internacional (67). No obstante, estudios recientes en población escolar (68-70) revelan que la ciudad presenta un enmascaramiento del promedio global de la caries, debido a la concentración desigual por zonas de la ciudad y grupos sociales, producto de las inequidades sociales y las dinámicas de exclusión social (71).

Gráfica 1: Tendencia del índice CPOD a los 8 y 12 años. Escolares de instituciones oficiales. Medellín 1968-2009



Fuente: Franco y otros, 2010

La situación de salud bucal en la última década en la ciudad, está descrita por una serie de estudios epidemiológicos, cuyas conclusiones se sintetizan a continuación^{1±}.

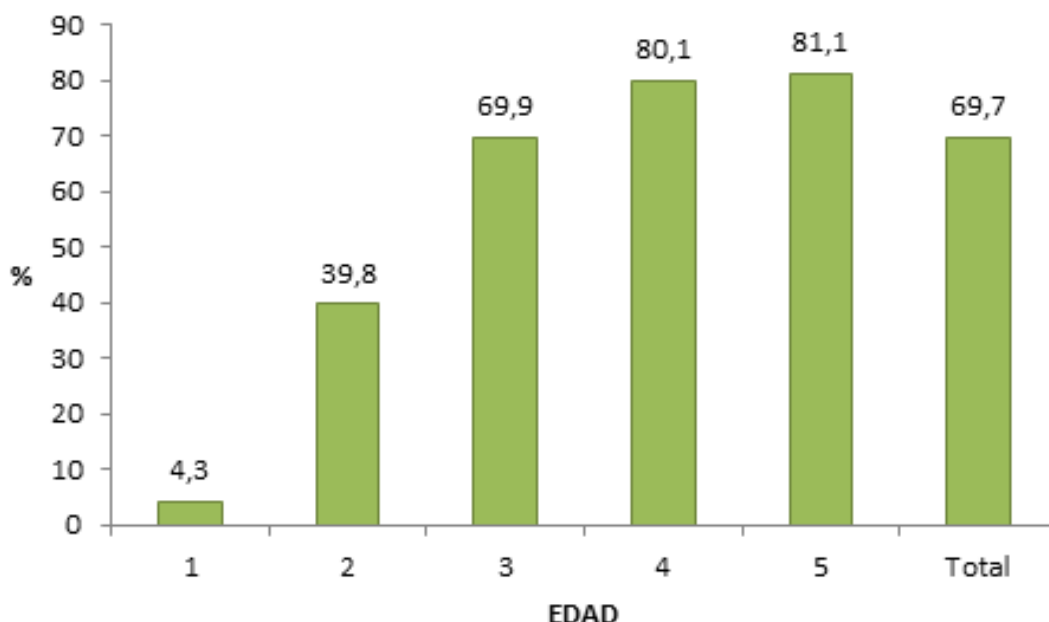
y el análisis por zonas-grupos, mostró mayor tendencia a la enfermedad en los grupos de estratos 1 y 2^{2±±} (72).

En Medellín en 2008, Ramírez y colaboradores encontraron que los niños menores de 6 años o primera infancia presentaban altos porcentajes de caries dental (gráfica 2)

Gráfica 2: Experiencia de caries en primera infancia, Medellín 2008 (n=659)

1 [±]Los datos presentados en esta sección están basados en los aportes de la profesora Susana Ramírez, docente de la Facultad de Odontología, Universidad de Antioquia, participante del grupo para el análisis epidemiológico constituido en la primera etapa del proceso de formulación de la Política Pública de Salud Bucal Medellín.

2 ^{±±}Los estratos socioeconómicos en los que se pueden clasificar viviendas y/o predios son: 1) bajo-bajo, 2) bajo, 3) medio-bajo, 4) medio, 5) medio-alto, 6) alto, de acuerdo al CONPES 3386. Los estratos 1 y 2 corresponden a estratos bajos que albergan a los usuarios con menores recursos, los estratos 5 y 6 alberga a los usuarios con mayores recursos económicos. Los estratos 3 y 4 son clasificados como medios (65).



Fuente: Ramírez y colaboradores 2008 (72).

Diversos estudios de seguimiento a la experiencia y la prevalencia de caries dental en escolares hasta los 12 años, de colegios públicos y privados de la ciudad, muestran disminución de la enfermedad, identificando la declinación del indicador de referencia internacional COP-D ³⁺⁺⁺ (68, 71).

La meta propuesta para el país en el Plan Nacional de Salud Pública (PNSP) 2007-2010, de un COP-D de 2,3 o bajo⁴⁺⁺⁺⁺, fue superada por Medellín en el 2009, ya que para este año se encontró que los escolares de 12 años de estratos 1, 2 y 3 tenían un COPD de 0,7 y los de estratos 4, 5 y 6 de 0,4, es decir, ambos grupos de estudiantes

3 ⁺⁺⁺ **COPD:** El índice individual resulta de la sumatoria de piezas dentarias permanentes cariadas, pérdidas y obturadas y, el índice grupal resulta del promedio de la sumatoria de piezas dentarias permanentes cariadas, pérdidas y obturadas de los niños del grupo examinado (66).

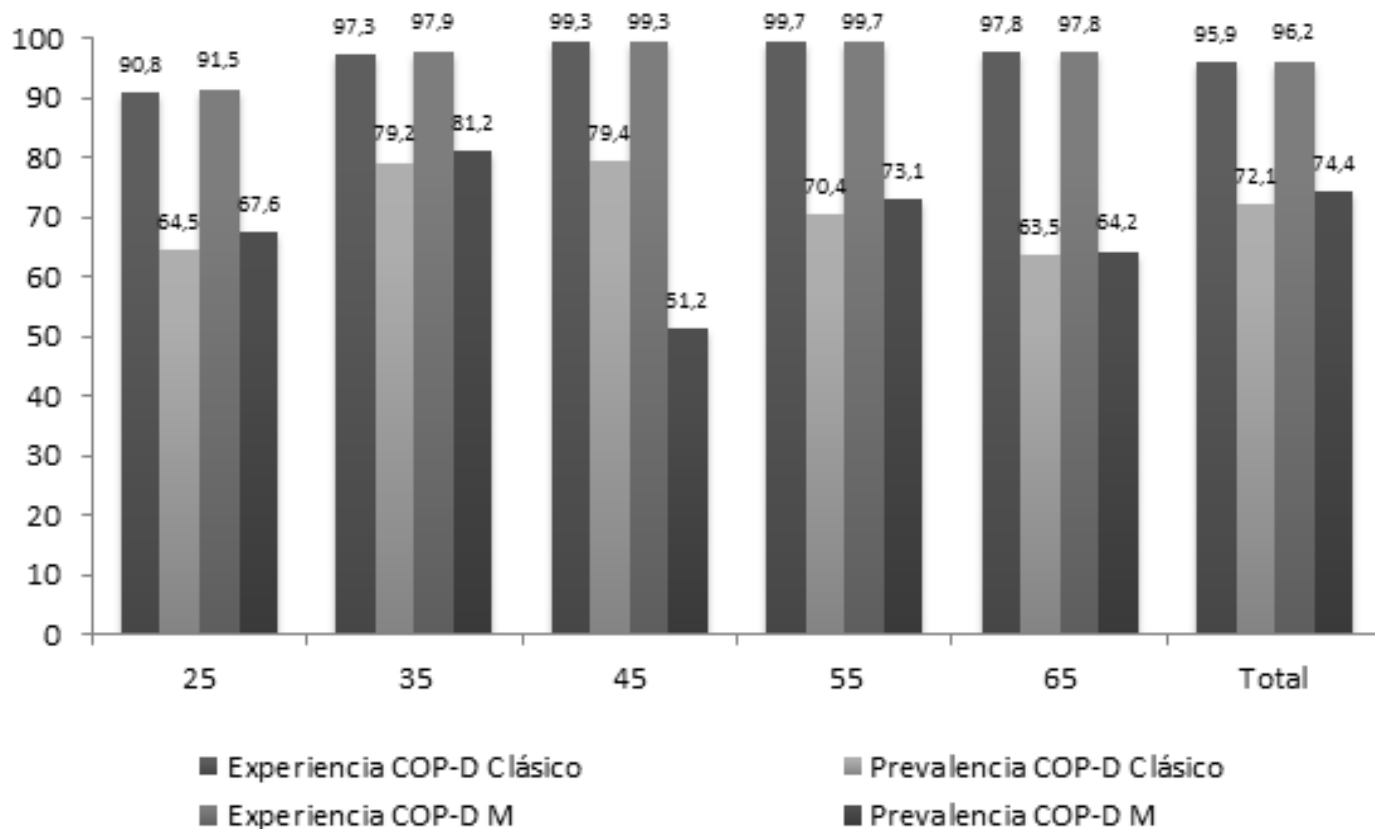
4 ⁺⁺⁺⁺ De acuerdo con la OMS el índice COPD se considera muy bajo (0,0 a 1,1), bajo (1,2 a 2,6), moderado (2,7 a 4,4) y alto (4,5 a 6,5) (66).

tenían muy baja experiencia de caries, de acuerdo con los parámetros de la Organización Mundial de la Salud (68).

La fluorosis dental⁵⁺⁺⁺⁺ es otro factor que afecta la salud bucal de los escolares entre 6 y 13 años de Medellín, con prevalencia del 81% en los escolares de colegios oficiales y del 79% en instituciones privadas (75, 76).

Por otra parte, el análisis de registros de prestación de servicios, realizado para levantar una línea de base para la ciudad de Medellín en 2011 en la población adulta, mostró que la experiencia de caries alcanzó el 95,9% y la prevalencia el 72,1%, en la población examinada (gráfica 3) (77).

Gráfica 3. Experiencia y prevalencia de caries dental por edad, Medellín 2011



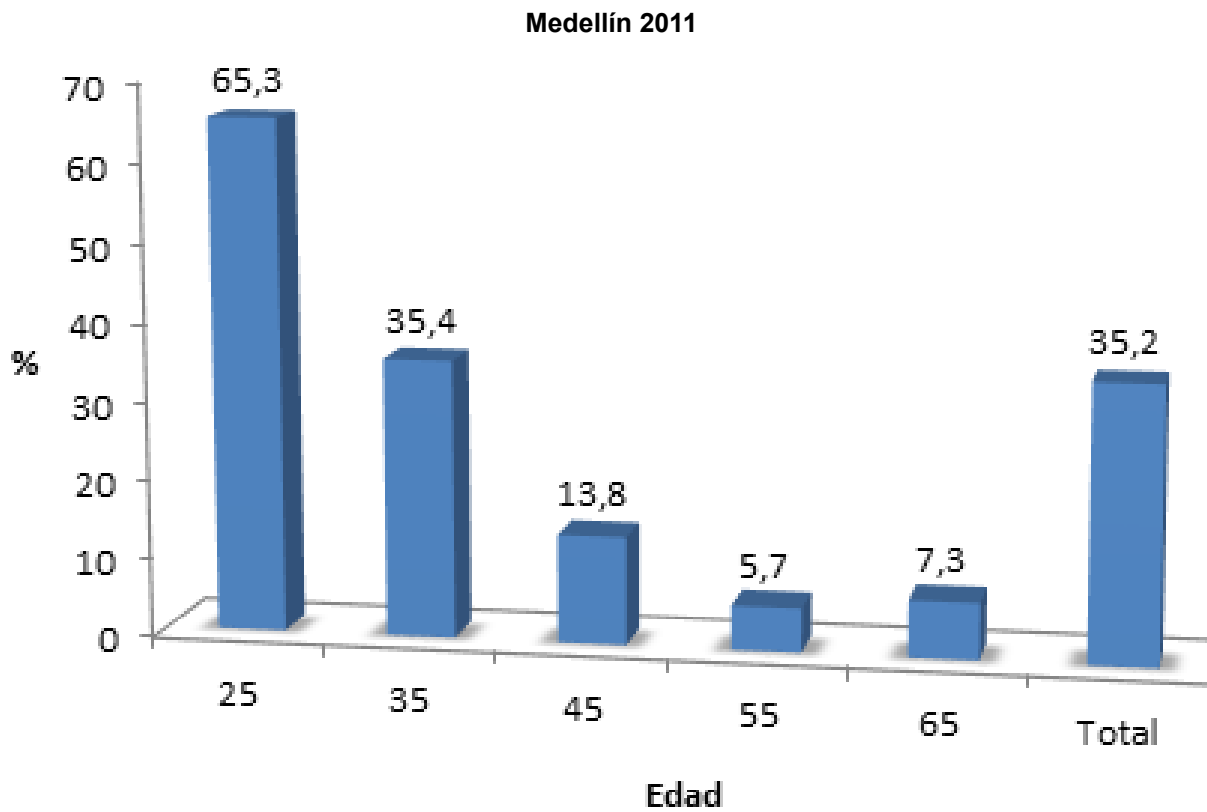
5 ⁺⁺⁺⁺ La fluorosis dental es una anomalía de los dientes originada por ingestión excesiva y prolongada de flúor (11).

Fuente: Ramírez, 2013 (77).

De acuerdo con este análisis, 16,2% de las personas de la ciudad con edades entre 25 y 65 años tenían menos de 21 dientes presentes, indicador de referencia internacional que evalúa la dentición funcional en una población (77).

Se encontró que a medida que aumenta la edad, se incrementa la pérdida de dientes, mientras a los 25 años el 95% de las personas tenían denticiones funcionales ya a los 65 años la proporción disminuía al 65% (gráfica 4) (77).

Gráfica 4: Proporción de personas con todos los dientes presentes según edad.



Fuente: Ramírez, 2013 (77).

Los indicadores de experiencia y prevalencia de caries en los grupos poblacionales, así como la pérdida dentaria en la población adulta, plantean la necesidad de incorporar en la formulación de la política pública, la construcción y la implementación de estrategias y programas para la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades, que respondan a las necesidades de la población en los diferentes momentos de su curso de vida.

Cabe resaltar que la mayoría de publicaciones se concentran en la población escolar y la caries dental, hallazgo que sugiere la necesidad de ampliar los análisis hacia los diversos grupos poblacionales y al conjunto de patologías que se incluyen en el proceso salud enfermedad bucal^{6±}

Como aproximación al estado periodontal de los adultos

⁶ ± Otras poblaciones pueden ser: primera infancia, adultos, tercera edad, grupos especiales (indígenas, afrocolombianos, desplazados, entre otros) y adultos mayores. Otras enfermedades son cáncer bucal, enfermedad periodontal, lesiones por accidentes, violencia, entre otras.

mayores de 45 años de la ciudad de Medellín esta el estudio de Duque et al 2002 (78), quienes encontraron que en relación con la necesidad de prótesis, el 21,7% de los sujetos eran desdentados totales; los 235 sujetos restantes tenían un índice de extensión y severidad parcial de (40, 2,9) a los 54 años hasta (69, 4,0) a los 65 y más. Se encontró que el nivel de placa bacteriana aumentó con la edad mientras que los niveles de sangrado al sondaje disminuyen. En el grupo de 45 a 54 años el índice de placa fue de 45,2%. Este indicador aumenta con la edad hasta llegar al 67,9% en los de 65 años y más.

Los resultados de la extensión de la pérdida de inserción (localizada y generalizada) muestran incrementó en las formas generalizadas a medida que aumenta la edad en las mediciones del Índice de Extensión y Severidad ESI total. La pérdida de inserción fue principalmente generalizada (>30%) en todos los grupos de edad (78) (tabla 1).

Tabla 1. Distribución de frecuencia de la extensión de la enfermedad periodontal según el ESI total de niveles de inserción

EDAD	LOCALIZADA (<30%)		GENERALIZADA (>30%)	
	n	%	n	%
45 - 54	19	20,4	74	79,6
55 - 64	10	11,1	80	88,9
65 Y más	3	5,8	49	94,2
Total	32	13,6	203	86,3

Fuente: Duque y otros, 2003

La educación para la salud bucal de las gestantes debe ser una tarea prioritaria de los servicios de salud, con la intención de fomentar la implementación de prácticas de cuidado personal, familiar y social de la salud bucal. Con el propósito de describir los conocimientos y las prácticas en salud bucal de las gestantes que asisten al control prenatal en instituciones de salud en Medellín, se realizó un estudio descriptivo con 182 maternas, 161 del régimen contributivo y 21 del subsidiado (79).

El 55,5% de las gestantes habían asistido a consulta odontológica hacía menos de 6 meses, y el 62,6% para revisión y limpieza. El 68,2% recibió educación en higiene oral en la última visita odontológica, realizada por la higienista oral (63,1%). El 28% reportó molestia o dolor en la boca durante el embarazo, principalmente inflamación o sangrado de encías (51%); sin embargo, el 54,9% no consultó al odontólogo. Para la mayoría de las gestantes (76,3%) ausencia de caries es sinónimo de boca sana, atribuyéndole al mal cepillado, la caries o la inflamación de encías.

La totalidad de gestantes utilizan cepillo dental, el 72% piensa que la crema dental es necesaria y el 92,3% utiliza seda dental. El 42,9% considera el embarazo como momento de riesgo para adquirir enfermedades orales; el 5,1% lo atribuye a cambios hormonales. La mitad de las gestantes opinan que deben llevar a su hijo por primera vez al odontólogo entre 1 y 2 años, y muchas de ellas (50%) no están de acuerdo con antiguos mitos relacionados con salud oral; no tienen claridad sobre los riesgos orales durante el embarazo, tampoco sobre algunos cuidados y hábitos orales que deben implementar en su futuro hijo. Identificar las creencias, mitos, hábitos y comportamientos de los pobladores, permite comprender cómo se construye el conocimiento común y cuál es el vínculo entre este y las prácticas saludables (79).

Para complementar el análisis de las inequidades en salud bucal en la ciudad y comprender de mejor manera los procesos sociales implicados en su producción, en el marco de la formulación de la Política Pública de Salud Bucal de la ciudad se desarrolló un estudio exploratorio⁷ en una zona de la ciudad (la comuna 3 –Manrique) para identificar la distribución de la caries dental en escolares de 12 a 15 años, mediante un examen odontológico, y su relación con algunas características de la inserción social de sus familias, de sus modos y estilos de vida, mediante una encuesta dirigida al responsable económico o cuidador del escolar (80). Los principales hallazgos se describen a continuación, con algún nivel de detalle, no obstante su carácter exploratorio, en razón a la relevancia y el carácter inédito del estudio.

Se valoraron 1481 escolares de 12 a 15 años, de 17 instituciones educativas, con el fin de determinar la experiencia de caries en la dentición permanente. Se identificaron 149 escolares con alta experiencia de caries

(10,1% del total de examinados), de los cuales se pudo encuestar a 128 de los adultos responsables. Un número igual de escolares sin experiencia o con baja experiencia de caries fueron seleccionados para el estudio, de los cuales con 135 se pudo completar la información y se incluyeron en el presente análisis. Entre este último grupo, 121 no tenían ninguna experiencia de caries en la dentición permanente (COP = 0) (80).

La encuesta de inserción social, modos y estilos de vida fue contestada en el 647% de los casos por uno de los padres, predominantemente la madre del escolar, en los casos restantes fue respondida por otros familiares (80).

El COP promedio de los escolares incluidos en el grupo con ninguna o baja experiencia de caries fue de 0,2 ($\pm 0,72$) con una mediana de cero; en el grupo con alta experiencia de caries el COP fue de 4,9 ($\pm 1,67$) con una mediana de 4 (80).

En cuanto a las características de la inserción social familiar de los escolares, se encontró en el grupo baja experiencia de caries, el 53,4% pertenecen a la capa media pobre o son familias de obreros, en el grupo alta experiencia de caries la proporción de familias clasificadas en uno de estos dos tipos de inserción corresponde al 47,7%. Mientras los subasalariados y desempleados suman el 46,9% en el grupo de alta experiencia de caries, en el de baja experiencia son el 35,3%, lo que se corresponde con la distribución de los ingresos que muestra que el 40% de las familias de los escolares con alta experiencia de caries tiene ingresos familiares mensuales por debajo de la mitad del salario mínimo legal mensual vigente, mientras en los de baja experiencia de caries los que tienen este nivel de ingresos son el 27,3% (80).

En ambos grupos predominan las familias con mujeres cabeza de hogar. El 95% son mestizos y solo el 5% son afrocolombianos; el 18,7% son familias desplazadas aunque esta característica se distribuye en forma similar en ambos grupos. La afiliación a la seguridad social en salud del responsable económico del grupo familiar tampoco tiene diferencias significativas entre los grupos. Se encontró también que la escolaridad de los adultos responsables en términos generales es baja, más del 60% de ellos alcanza cuando más la primaria (80).

Con relación al consumo de alimentos se encontró que en el 31,2% de los hogares de los escolares con alta experiencia faltó dinero en el último mes para comprar los alimentos, aunque esta proporción no se diferencia significativamente de la de los hogares de los escolares con baja experiencia. El 11,5% de las familias de los escolares con alta experiencia de caries residen en ranchos mientras en el grupo de baja experiencia de caries la proporción es de 4,6% y que el 13,3% de los hogares de alta experiencia de caries carecen de conexión al servicio de acueducto provisto por la empresa de servicios públicos ($p = 0,24$). Se encontraron condiciones de hacinamiento en 41,5% de los hogares de los escolares con alta experiencia de caries, una proporción significativamente mayor a la encontrada (30%) en los hogares de los escolares con baja experiencia de caries ($p = 0,06$) (80).

⁷ Franco A, Ochoa E. Caries dental e inequidades sociales: resultados de un estudio exploratorio en escolares de la comuna tres de Medellín. Informe de investigación. Facultad Nacional de Salud Pública, Secretaría de Salud de Medellín, Formulación de la Política Pública de Salud Bucal de Medellín – 1ª etapa. Medellín, 2014.

En cuanto a las respuestas de los escolares frente a algunas preguntas relacionadas con la salud bucal, se destacan el desconocimiento sobre sus derechos en materia de atención odontológica en ambos grupos (82% en los de baja experiencia y 84% en los de alta experiencia de caries), así como el bajo uso de la seda dental (80% en ambos grupos), el reconocimiento de hacer la higiene bucal “de afán” (20% en los de baja experiencia y 28% en los de alta experiencia de caries), el casi nunca dedicar tiempo a la higiene bucal al finalizar el día (12% en los de baja experiencia y 23% en los de alta experiencia de caries $p = 0,007$), la tendencia mayor en el grupo de alta experiencia a contestar que “no les gustan sus dientes” (35% respecto a 21% en los de baja experiencia), la proporción de escolares con dolor bucal en los últimos seis meses (44% en los de alta experiencia y 34,8% en los de baja experiencia) y la consulta principalmente por urgencias en el grupo con alta experiencia de caries (17% respecto al 7% en los de baja experiencia) y, finalmente, la proporción más alta de escolares con baja experiencia de caries que usa los servicios odontológicos particulares (43,6% respecto al 34,4% de alta experiencia) (80).

Se realizó un análisis factorial de correspondencias múltiples⁸, que permitió construir un perfil socioeconómico y de los modos de vida según la experiencia de caries dental de los escolares, que sugiere diferencias significativas entre los escolares con alta experiencia de caries dental y aquellos con baja experiencia (80) (tabla 2).

Tabla 2. Perfil socio-económico y de los modos de vida de los escolares sus familias y hogares según su experiencia de caries dental

⁸ Para el análisis factorial se tuvieron en cuenta: la escolaridad del adulto responsable; el sentimiento de rechazo del adulto por el aspecto de sus dientes; el rango de ingresos del adulto; la inserción social de la familia; el tipo de abastecimiento de agua en la vivienda del escolar, el tipo de vivienda del escolar, el lugar de la última consulta odontológica hecha por el adulto; el antecedente de no acceso a la atención en la EPS; el antecedente de búsqueda de cita en consultorio privado por parte del adulto y el antecedente de abandonar la intención de buscar tratamiento cuando la cita en la EPS era negada; y el nivel de COP clasificado en cuatro categorías (0; 1–3; 4–7; 8 y más).

Escolares con alta experiencia de caries	Escolares con baja experiencia de caries
Es más frecuente que el responsable económico sea subasalariado o desempleado y esto se corresponde con unos ingresos mensuales familiares que son por lo general inferiores a medio salario mínimo legal vigente y con la tendencia más alta a que falte el dinero para comprar los alimentos. El nivel educativo del responsable del escolar es más frecuentemente de primaria incompleta o a lo sumo primaria completa	Pertencen a grupos familiares cuyo responsable económico se clasifica más frecuentemente en la capa media pobre, o como comerciantes o como capa media pudiente. Sus ingresos se ubican más frecuentemente en uno o más salarios mínimos. Es menos frecuente que en estos hogares falte el dinero para comprar los alimentos. La escolaridad del adulto responsable es por lo general superior a la primaria
En este grupo fue más frecuente encontrar que habitan en viviendas colectivas o en ranchos urbanos, lo que explica también que sea más frecuente que las viviendas tengan el abastecimiento de agua por vías diferentes a la red que provee la empresa de servicios públicos de la ciudad (acueducto veredal, pilas públicas o camión). El hacinamiento también fue una característica que se presentó con mayor frecuencia en este grupo	Habitan más frecuentemente viviendas tipo casa o apartamento y el abastecimiento del agua lo hace la empresa de servicios públicos. Es menos probable encontrar hacinamiento en estos hogares
Con mayor frecuencia los adultos responsables en este grupo se sienten rechazados por el aspecto de sus dientes y particularmente sobre la experiencia de atención odontológica, tuvieron que renunciar a la atención o al tratamiento necesitado, cuando les fueron negadas las citas en la EPS o en el centro de salud, debido a que la consulta particular era para ellos/as una alternativa poco alcanzable	Con menos frecuencia, los adultos responsables en este grupo manifestaron sentimientos de rechazo por el aspecto de sus dientes y particularmente sobre la experiencia de atención odontológica con más frecuencia pudieron acudir a los servicios particulares para hacerse el tratamiento, cuando les fueron negadas las citas en la EPS o en el centro de salud

Fuente: Franco A, Ochoa E, 2014.

La planeación local y los presupuestos participativos en Salud Bucal

Otros aspectos relevantes en la aproximación a la situación de salud bucal de la ciudad son las iniciativas impulsadas desde los ejercicios de planeación local -PL- y presupuestos participativos -PP-, como espacios ganados por las comunidades desde el año 2004, para el desarrollo y el fortalecimiento de la democracia participativa.

De este modo, las comunidades conscientes de la problemática que representan las barreras de acceso a

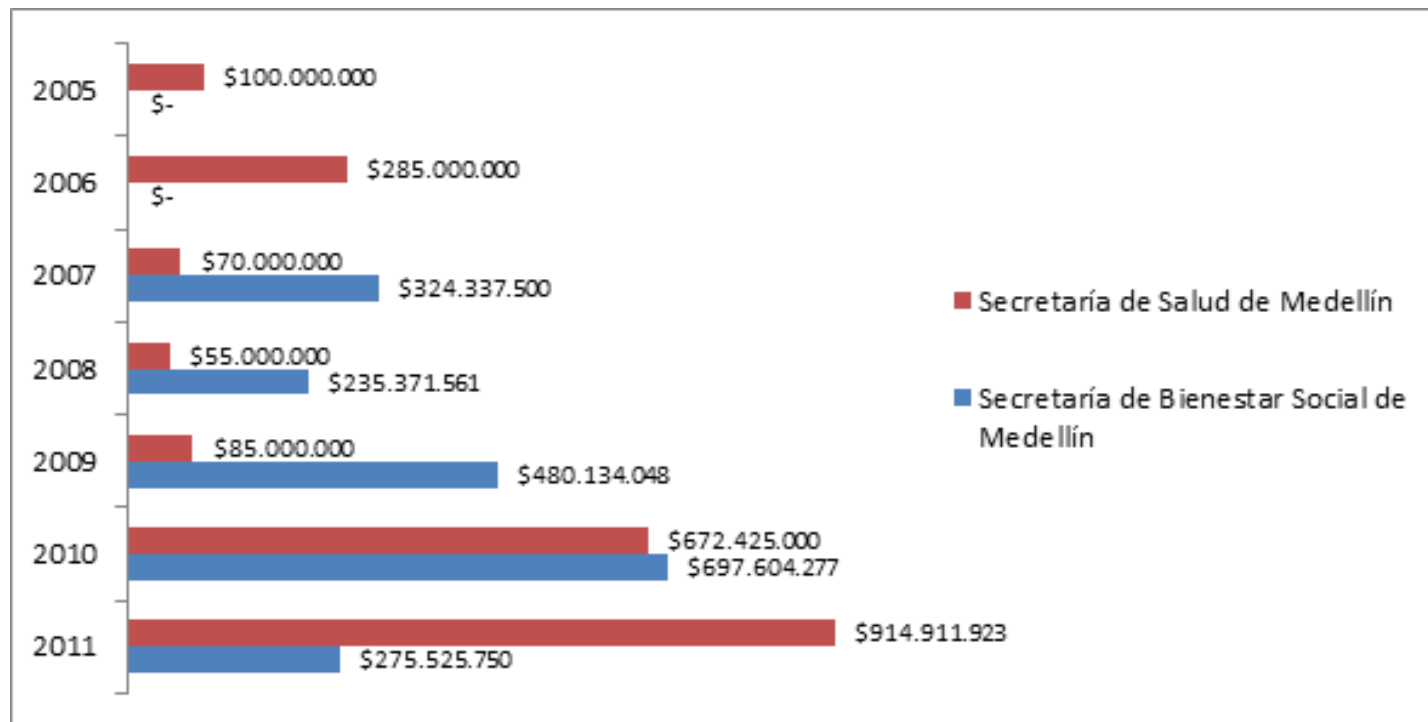
los servicios de salud⁹ y la limitación en la cobertura de algunos procedimientos en el POS, priorizan unas necesidades colectivas, entre las cuales incluyen la salud bucal (79).

⁹ Recientemente documentadas en el estudio Acceso a los servicios de salud en Medellín 2014, realizado por el grupo de economía de la salud de la Universidad de Antioquia para la Secretaría de Salud de Medellín. Disponible en: <http://www.udea.edu.co/portal/page/portal/bibliotecaSedesDependencias/unidadesAcademicas/FacultadCienciasEconomicas/ElementosDiseno/Documentos/GrupoEconomiaSalud/Observatorios/Observatorio%20de%20la%20Seguridad%20Social%20No%2028.pdf>

Se presentan a continuación las iniciativas priorizadas por la comunidad, en relación con el cuidado, la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud bucal en el municipio de Medellín durante la ejecución 2005-2011, componente con asignación presupuestal variable cada

año (gráfica 5) (81):

Gráfica 5: Comparativo inversión PP en programas de Salud Bucal por Secretaría-Medellín 2005-2011



Fuente: Elaboración de los autores a partir del análisis de los registros del Presupuesto Participativo 2005-2011.

Desde el año 2005, el Presupuesto Participativo invirtió recursos para fortalecer la participación social y las estrategias de promoción de la salud y prevención de la enfermedad (salud mental, visual, oral, nutricional, riesgos cardiovasculares, recreación y entretenimiento), con la Secretaría de Salud de Medellín como responsable del desarrollo de las actividades en el área de la salud (84).

A partir del año 2007, la Secretaría de Salud y la Secretaría de Bienestar Social se encargaron de las actividades y el presupuesto para programas de salud. Ampliando el número de iniciativas, presupuesto y especificidad de los programas en salud, los proyectos de salud bucal fueron desarrollados para la entrega de prótesis dentales totales mucosoportadas, a los adultos mayores de la ciudad y programas de ortodoncia preventiva e interceptiva para niños y jóvenes (81).

CARACTERIZACIÓN DEL MODELO DE ATENCIÓN ODONTOLÓGICO

El modelo de atención odontológico de la ciudad de Medellín, como en el país, está directamente relacionado con la contratación de la prestación de servicios que se establece en el SGSSS, definido a partir de la Ley 100 de 1993 ^{10±}, que contempla dos regímenes: contributivo

10 ± Sistema de salud implementado desde 1994 que parte de la separación entre los servicios individuales y los colectivos en salud, para dejar los primeros en manos del mercado con competencia regulada, los segundos a cargo del Estado. En el modelo de la Ley 100 de 1993 de Colombia, los servicios individuales quedan organizados bajo la lógica de un mercado de aseguramiento, pero con mecanismos para la regulación de la competencia como: la obligatoriedad del aseguramiento, la

y subsidiado, que cuentan con un plan de beneficios denominado Plan Obligatorio de Salud –POS–, en el cual se incluyen una diversidad de procedimientos diagnósticos, preventivos, de restauración y quirúrgicos relacionados con la salud bucal, para ser realizados en el primer nivel de atención así como en los segundos y terceros niveles (82).

En el régimen contributivo se encuentran quienes pueden cotizar el 12,5% del salario, con aportes distribuidos así: 8,5% a cargo del empleador y 4% a cargo del trabajador. Los trabajadores independientes cotizan el 12,5% de los ingresos declarados (15). El régimen subsidiado se dirige a población que demuestra su imposibilidad de cotizar al sistema. Para detectarlos, los municipios deben aplicar una encuesta que combina criterios de la línea de pobreza –LP– y de necesidades básicas insatisfechas –NBI–, denominada Sistema de Identificación y Selección de Beneficiarios –Sisbén– (15).

La contratación de prestación de los servicios para cada régimen se puede hacer por evento o por capitación. En el primer caso, la entidad promotora salud (EPS) reconoce a la institución prestadora de servicios de salud (IPS) el pago por las actividades que le realiza el profesional al paciente. Esta modalidad puede generar alto volumen de pacientes atendidos, considerando la demanda del servicio y la oferta de profesionales, característica del régimen contributivo (83).

existencia de un fondo único al que confluyen todos los recursos (Fondo de Solidaridad y Garantía –FSG), el pago de los aseguradores per cápita ajustado por riesgos (Unidad de Pago por Capitación) y la exigencia de un plan mínimo de beneficios (Plan Obligatorio de Salud)(13).

La contratación por capitación consiste en que las EPS entregan a las IPS un número de usuarios, para garantizarles la prestación del servicio en condiciones de oportunidad, continuidad e integralidad. Para ello, la EPS asigna un porcentaje fijo de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) (84)^{11±±} por usuario, y con ello, la IPS debe garantizar la prestación de servicios contemplados en el –POS–.

OFERTA DE SERVICIOS DE SALUD BUCAL EN MEDELLÍN: UNA TENDENCIA A LA CONCENTRACIÓN DE LA OFERTA¹²

11 ^{±±}Es el valor anual que se reconoce por cada uno de los afiliados al –SGSSS– para cubrir las prestaciones del Plan Obligatorio de Salud, en los regímenes contributivo y subsidiado. En el régimen contributivo se toma, en cuenta edad, sexo y sitio de residencia de la población afiliada mientras que en el régimen subsidiado es única y equivale al 66% de la del régimen contributivo (84).

12 El análisis de la información de la oferta y la demanda de servicios odontológicos de salud bucal de la ciudad de Medellín fue realizada como parte de la construcción de los marcos de referencia durante la primera etapa de la formulación de la Política Pública de Salud Bucal durante los meses de septiembre de 2012 a enero 2013, los cuales fueron

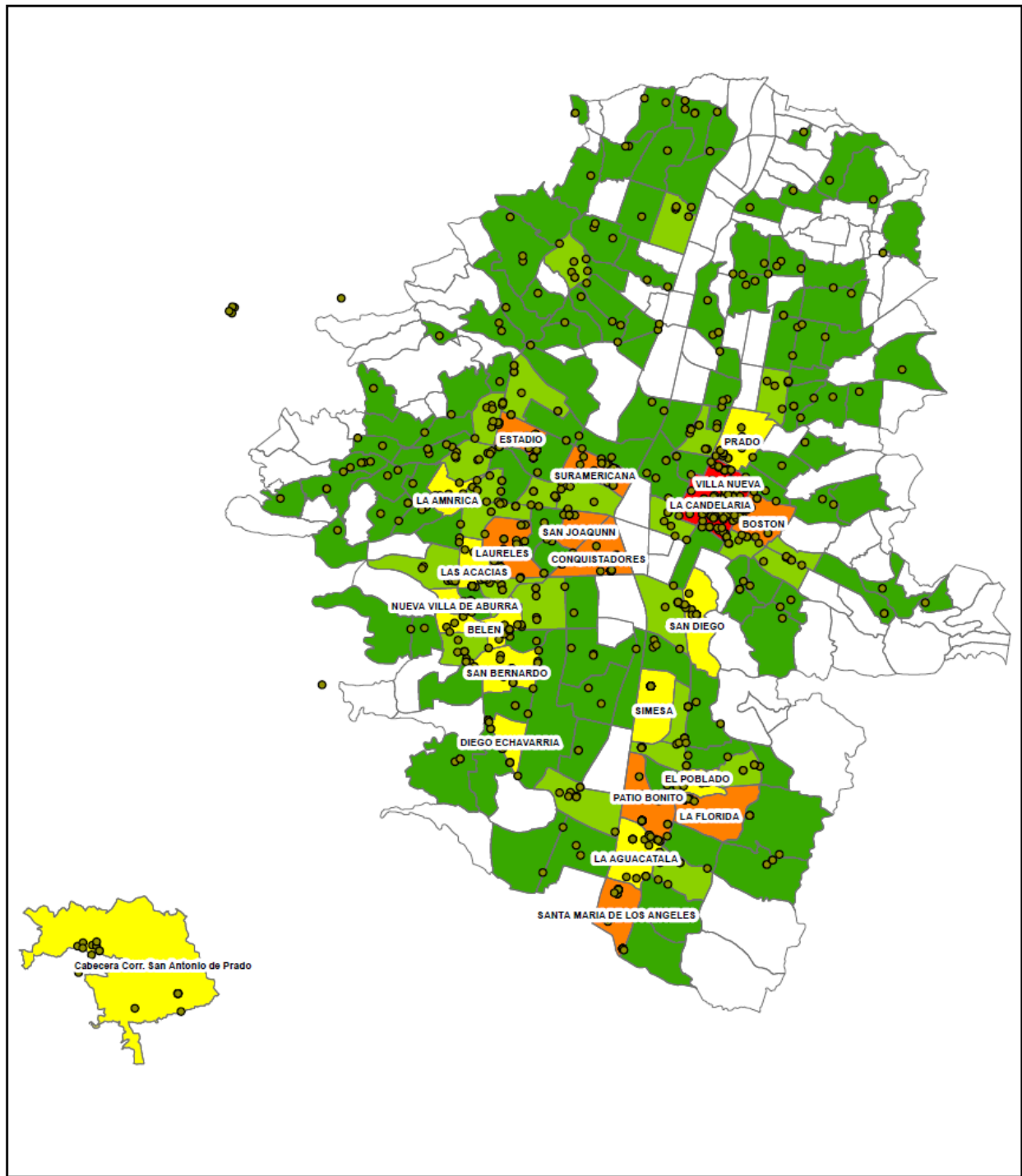
Para caracterizar la oferta de Medellín en servicios odontológicos, se realizó un análisis geográfico a partir del cruce de bases de datos de los registros de los prestadores de dichos servicios en 2012, a partir de los datos de la Secretaría Departamental de Salud y Protección Social de Antioquia.

De este modo, se identificaron los consultorios o instituciones de salud que prestaran servicios odontológicos. El número de prestadores de la base de datos fue de 1998, de los cuales se logró geocodificar el 92,6%, para generar el mapa de georreferenciación que se presenta en la gráfica 6.

Gráfica 6. Distribución de prestadores de servicios de salud bucal habilitados en la zona urbana, Medellín 2012.

consolidados en el documento “Síntesis de marcos de referencia en la formulación de la Política Pública de Salud Bucal de Medellín, 1ª Etapa”, octubre de 2013.

**Distribución de prestadores de servicios odontológicos habilitados.
Zona urbana Medellín 2013**



<p>Convenciones</p> <p>Total centros por barrio</p> <ul style="list-style-type: none"> 1 - 5 6 - 13 14 - 23 24 - 39 >100 <p>● Centro Odontológico</p>	<p>SISTEMA DE COORDENADAS: Colombia Bogotá Zone WGS 1984</p> <p>ELIPSOIDE PROYECCIÓN CARTOGRÁFICA</p> <p>Transversa de Mercator</p> <p>ORIGEN DE LA ZONA Coordenadas Geográficas</p> <p>Coordenadas planas</p> <p>Bogotá 4° 35' 46.3215" N 74° 04' 39.0285" W 1.000.000 m N. 1.000.000 m E,</p>	<p>CARTA GENERAL</p> <p>Escala 1 cm = 1 km</p> <p>1 cm en el mapa equivale a 1 km en terreno</p> <p>0 0,45 0,9 1,8 2,7 3,6 Km</p>	<p>la boca convoca</p> <p>2013 - 2022</p> <p>Elaboro: Diego León Bastidas Lopera. Gerente de sistemas de información en salud Especialista SIG</p>
--	---	--	---

Fuente: elaboración equipo PPSB.w

El anterior análisis de distribución de los prestadores de servicios de salud bucal por barrios para el 2012, mostró una concentración de los prestadores en barrios de las comunas 10, 11 y 14, conocidas como La Candelaria, Laureles-Estadio y El Poblado, respectivamente (gráfica 6), lo que podría evidenciar una sobreoferta de servicios en algunas comunas de la ciudad.

Jaramillo y otros en 2010 advirtieron esta sobreoferta planteando cómo en Medellín y parcialmente en Envigado, Itagüí y Bello (zona céntrica del área metropolitana del Valle de Aburrá, existía una concentración de prestadores de servicios de salud bucal en competencia territorial por nichos de mercado, es decir, por áreas de elevada confluencia de prestación de servicios, y menor ocupación de las periferias y de los barrios estratos 1 y 2. A esta situación, se sumó el hecho de que la ubicación de los prestadores privados fuera principalmente en zona urbana (85).

Se detecta distribución desigual entre la población y los prestadores de servicios odontológicos, a razón del número de profesionales de odontología por número de habitantes, encontrando que la mayor desigualdad, es decir, el menor número de prestadores se dio en las comunas 1, Popular; 2, Santa Cruz; 8, Villa Hermosa; 6, Doce de Octubre y 13, San Javier.

Es pertinente recordar que estas comunas presentaron los niveles más bajos de calidad de vida (según la Encuesta de Calidad de Vida de Medellín 2010) y, simultáneamente, poseen la menor oferta de servicios odontológicos (prestadores de servicios) por número de habitante (tabla 3).

Tabla 3. Relación entre prestadores registrados y población por comunas en Medellín 2012.¹³

Comuna	Frecuencia	Población	Relación P/P
1 - Popular	6	128.447	21.408
2 - Santa Cruz	9	109.481	12.165
8 - Villa Hermosa	12	135.713	11.309
6 - Doce de Octubre	17	191.677	11.275
13 - San Javier	14	135.885	9.706
5 - Castilla	20	147.832	7.392
3 - Manrique	28	157.106	5.611
7 - Robledo	30	167.003	5.567
15 - Guayabal	20	92.661	4.633
4 - Aranjuez	43	161.057	3.746
9 - Buenos Aires	42	135.804	3.233
16 - Belén	160	194.921	1.218

¹³ La relación propuesta (población vs. prestadores odontológicos registrados) constituye una aproximación, que sirve para plantear hipótesis aunque no sea concluyente. Las fuentes de información de registro de prestadores de servicios de salud no permiten extraer el número exacto de profesionales/sillones odontológicos e instituciones, para hacer una relación entre estos y el tamaño de la población en un territorio, además que tendría que hacerse combinada con el criterio de aseguramiento.

Comuna	Frecuencia	Población	Relación P/P
12 - La América	82	95.104	1.160
14 - El Poblado	406	124.210	306
11 - Laureles Estadio	418	121.358	290
10 - La Candelaria	691	85.221	123
Total Comunas	1998	2.183.480	1.093

Fuente: Elaboración de los autores a partir del Registro de Prestadores de Salud de la Secretaría Departamental de Salud y Protección Social de Antioquia, y de proyecciones poblacionales del DANE, datos 2012.

CARACTERIZACIÓN DE LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA EN EL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD EN MEDELLÍN

El Ministerio de Salud cuenta con un Sistema de Información de Prestaciones de Salud, conformado por un “conjunto de datos mínimos y básicos que el Sistema General de Seguridad Social en Salud requiere para los procesos de dirección, regulación y control”, y como soporte de la venta de servicio, cuya denominación, estructura y características se ha unificado y estandarizado para todas las entidades en salud referidas en la Resolución 3374 de 2000.

Esta resolución estandarizó la información a recolectar los procesos de transferencia de datos y revisión de cuentas, por tanto, el RIPS provee los datos mínimos y básicos que permiten el seguimiento al Sistema de Prestaciones de Salud en el SGSSS, respecto a los planes obligatorios de servicios (POS y POSS). Igualmente, la información comercial tanto de las entidades administradoras (pagadores) y las instituciones y profesionales independientes (prestadores) mediante la presentación del detalle de la factura de venta de servicio.

El RIPS se constituye, de igual forma, en una fuente oficial del país para la consulta y definición de perfiles de morbilidad nacional, pues en su estructura contiene información sobre las causas diagnósticas que originaron la atención en salud, según la clasificación internacional de enfermedades CIE -10.

El Ministerio de Salud es la autoridad encargada de la consolidación de esta información y la retroalimentación a los diferentes actores del sistema; sin embargo, también es posible solicitar los microdatos para hacer análisis específicos, como en el tema de la salud bucal.

Con el objetivo de caracterizar la atención de los servicios de salud bucal en Medellín, se analizaron los reportes de consultas y procedimientos de los RIPS para el periodo 2.009 al 2.011

En la parte izquierda de la tabla 4 se muestra el número de atenciones generales en salud realizadas en Medellín durante el periodo 2009–2011 y su participación dentro del total de atenciones en salud del país; en el lado derecho se presenta el peso relativo que ocupan las atenciones en salud bucal entre las atenciones generales de la ciudad.

Tabla 4. Distribución y representación de RIPS generados en la Ciudad de Medellín y los orientados a la atención en salud bucal, 2009-2011

Año	RIPS MDE totales y % representación respecto a RIPS Nacionales						Total RIPS en Medellín con diagnóstico de salud bucal y % de representación de RIPS bucales respecto al total					
	2009	%	2010	%	2011	%	2009	%	2010	%	2011	%
Urgencias	253.474	9,90	354.059	10,6	359.388	8,89	1.338	0,53	949	0,27	1.046	0,29
Hospitalización	108.847	10,17	52.594	10,7	117.470	6,86	254	0,23	212	0,4	424	0,36
Consultas	5.062.432	9,07	841.690	5,3	4.647.529	8,11	284.786	5,63	74.447	8,84	450.620	9,7
Procedimientos	5.940.888	7,22	1.819.532	6,04	5.944.929	10,16	487.774	8,21	188.011	10,33	537.660	9,04
Total	11.367.650	8,02	3.069.885	6,16	11.071.327	9,1	774.152	6,81	263.619	8,59	989.749	8,94

Fuente: RIPS Nacionales 2009-2011

Como se observa en la tabla, las atenciones en salud en la ciudad de Medellín, ocupan un renglón importante en el perfil de morbilidad del país, y en cuanto a las atenciones orientadas a la salud bucal estas toman mayor importancia al revisar aquellas registradas en los archivos de consulta externa y procedimientos realizados.

análisis de RIPS, en los resultados se puede evidenciar que las enfermedades crónicas no transmisibles, como la hipertensión, ocupan el primer lugar de demanda en el servicio por la población, y las causas de consulta externa relacionada con condiciones de salud bucal se ubican en el segundo y cuarto lugar en la ciudad de Medellín para el año 2011 (tabla5).

Al revisar el perfil de morbilidad para 2011 (86) presentado por la secretaría de salud, de acuerdo con las diez primeras causas de consulta de la población que recibe servicios de salud por consulta externa, el cual es realizado a través del

Tabla 5: Indicadores de morbilidad por consulta externa, Medellín año 2011

Todas las edades		
Hipertensión esencial	244.280	10,5
Otros trastornos de los dientes y de sus estructuras de sostén	228.794	9,8
Otros síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte	175.142	7,5
Caries dental	85.430	3,7
Otras infecciones agudas de vías respiratorias superiores	73.380	3,1
Diabetes mellitus	71.513	3,1
Otras enfermedades de la piel y tejido subcutáneo	67.593	2,9
Otras dorsopatías	63.194	2,7
Otros traumatismos de regiones especificadas, de regiones no especificadas y de múltiples regiones del cuerpo	61.154	2,6
Trastornos de los tejidos blandos	55.033	2,4
Otras causas	1.204.633	51,7
Total todas las edades	2.330.146	100

Fuente: Secretaría de Salud de Medellín, Morbilidad por consulta externa información RIPS suministrados por Entidades Administradoras de Planes de Beneficios EAPB e instituciones Prestadoras de Salud -IPS- públicas y privadas año 2011.

De acuerdo con esto, es posible revisar el perfil de morbilidad de la población que consultó entre los años 2009 y 2011, como se detalla en la tabla 6, donde se muestra que la caries dental, la gingivitis, las enfermedades periodontales,

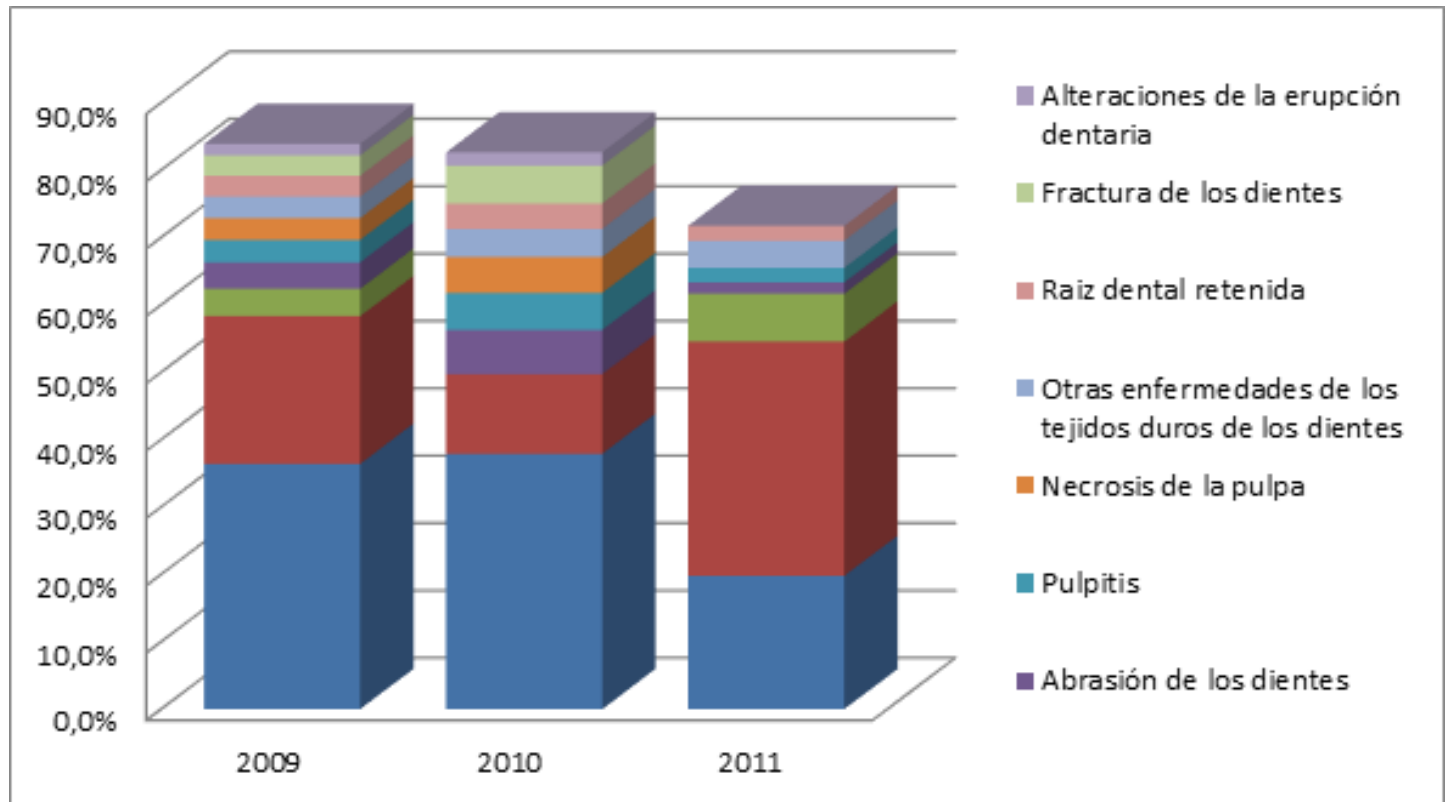
de la pulpa y de los tejidos periapicales constituyen hasta con el 70% las tres mayores y primeras causas de consulta en el periodo señalado.

Tabla 6. Diez primeras causas de morbilidad atendida en salud bucal por consulta externa en la ciudad de Medellín, según RIPS 2009-2011.

Año	DESCRIPCION CATEGORIAS DE TRES CARACTERES	Grupos de edad						Total
		Menores de 5 años	Entre 6 y 10 años	Entre 11 y 15 años	Entre 16 y 29 años	Entre 30 y 55 años	Mayores de 56 años	
	%	%	%	%	%	%	%	
2009	CARIES DENTAL	2,72	46,16	38,55	38,88	37,88	30,27	38,16
	GINGIVITIS Y ENFERMEDADES PERIODONTALES	11,89	24,06	32,45	30,54	26,2	31,45	28,29
	ENFERMEDADES DE LA PULPA Y TEJIDOS PERIAPICALES	5,31	5,94	5,14	8,23	11,49	9,27	9,17
	OTRAS ENFERMEDADES DE LOS TEJIDOS DUROS DE LOS DIENTES	0,54	1,67	2,72	5,73	13,15	16,0	9,07
	OTROS TRANSTORNOS DE LOS DIENTES Y SUS ESTRUCTURAS DE SOSTEN	1,59	4,82	2,58	2,59	3,35	4,53	3,32
	FRACTURA DE HUESOS DEL CRANEO Y DE LA CARA	0,91	1,82	2,82	2,41	3,73	4,15	3,09
	TRASTORNOS DEL DESARROLLO Y DE LA ERUPCION DE LOS DIENTES	2,13	9,72	8,58	2,38	0,05	0,04	2,53
	ANOMALIAS DENTOFACIALES (INCLUSO LA MALOCLUSION)	0,86	2,06	2,50	2,34	0,84	0,90	1,54
	OTROS EXAMENES ESPECIALES PERSONAS SIN QUEJAS O SIN DIAGNOSTICO INFORMADO	0,00	2,00	2,86	2,27	0,81	0,36	1,48
	DIENTES INCLUIDOS E IMPACTADOS	0,09	0,11	0,28	2,72	1,44	0,08	0,98
	TOTAL	26,04	98,35	38,49	98,11	98,41	97,05	97,65
	Total otros diagnósticos	73,96	1,65	1,51	1,89	1,59	2,95	2,35
	2010	CARIES DENTAL	3,6	50,15	40,04	38,82	39,54	33,61
GINGIVITIS Y ENFERMEDADES PERIODONTALES		11,36	17,60	27,35	18,15	13,18	16,02	15,86
ENFERMEDADES DE LA PULPA Y TEJIDOS PERIAPICALES		0,83	9,42	9,01	15,16	17,58	15,54	15,52
OTRAS ENFERMEDADES DE LOS TEJIDOS DUROS DE LOS DIENTES		2,22	1,92	2,75	6,33	15,75	19,09	11,95
FRACTURA DE HUESOS DEL CRANEO Y DE LA CARA		1,94	2,97	5,30	4,52	6,46	6,91	5,68
OTROS TRANSTORNOS DE LOS DIENTES Y SUS ESTRUCTURAS DE SOSTEN		0,28	5,36	2,82	2,99	4,05	5,29	3,96
TRASTORNOS DEL DESARROLLO Y DE LA ERUPCION DE LOS DIENTES		0,55	8,47	6,57	4,33	0,05	0,00	2,13
ANOMALIAS DENTOFACIALES (INCLUSO LA MALOCLUSION)		0,00	2,03	3,59	2,96	0,89	0,64	1,6
DIENTES INCLUIDOS E IMPACTADOS		0,55	0,08	0,58	4,56	0,68	0,04	1,45
ESTOMATITIS Y LESIONES AFINES		22,71	0,61	0,31	0,59	0,59	0,97	0,72
TOTAL		44,04	38,61	98,31	38,41	98,77	98,12	98,31
Total otros diagnósticos		55,96	1,39	1,69	1,59	1,23	1,88	1,69
2011		GINGIVITIS Y ENFERMEDADES PERIODONTALES	29,99	39,77	49,06	49,51	42,67	38,42
	CARIES DENTAL	36,7	24,29	18,15	20,97	23,73	21,15	22,56
	OTROS TRANSTORNOS DE LOS DIENTES Y SUS ESTRUCTURAS DE SOSTEN	0,78	2,86	2,37	6,34	13,55	20,76	11,11
	OTRAS ENFERMEDADES DE LOS TEJIDOS DUROS DE LOS DIENTES	1,05	2,51	3,45	5,59	9,46	9,88	7,54
	ENFERMEDADES DE LA PULPA Y TEJIDOS PERIAPICALES	3,97	3,18	2,39	4,45	6,06	5,08	5,04
	TRASTORNOS DEL DESARROLLO Y DE LA ERUPCION DE LOS DIENTES	1,64	23,77	19,74	4,67	0,04	0,03	4,46
	FRACTURA DE HUESOS DEL CRANEO Y DE LA CARA	1,68	0,67	1,08	1,16	1,90	1,99	1,58
	DIENTES INCLUIDOS E IMPACTADOS	0,13	0,2	0,73	4,13	0,65	0,16	1,33
	ANOMALIAS DENTOFACIALES (INCLUSO LA MALOCLUSION)	0,65	0,60	1,10	1,74	0,70	0,54	0,93
	ESTOMATITIS Y LESIONES AFINES	7,93	0,29	0,15	0,34	0,26	0,96	0,38
	TOTAL	84,2	98,15	98,22	98,91	99,01	98,36	98,59
	Total otros diagnósticos	15,8	1,85	1,78	1,09	0,99	1,64	1,41

Fuente: elaboración autores a partir de los registros de prestación de servicios, Ministerio Salud 2009-2011.

Grafica 7. Distribución porcentual de motivos de consulta odontológica Medellín 2009-2011



Fuente: elaboración autores a partir de los registros de prestación de servicios, Ministerio Salud 2009-2011.

El análisis por grupos de edad, indica que la población entre los 16 y 55 años presentan las mayores frecuencias de consulta, con mediana entre los 30 y 35 años en el periodo de estudio. De otro lado, hay un porcentaje inferior

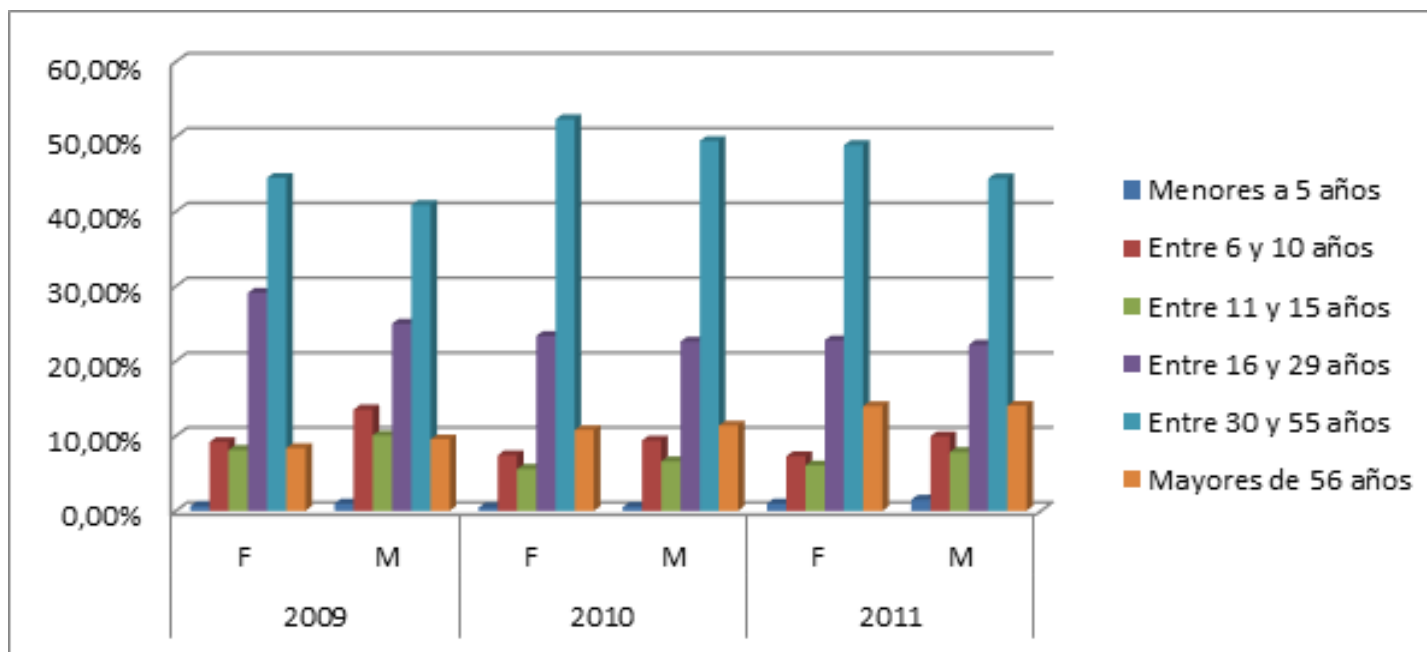
al 1% en los menores de 5 años mientras el grupo entre los 6 y 15 años, llegan a sumar máximo el 20% de las atenciones (tabla 7).

Tabla 7. Caracterización por grupos de edad con relación variable sexo, según consultas de atención en salud bucal

Edad en grupos	2009			2010			2011		
	F	M	Total	F	M	Total	F	M	Total
Menores de 5 años	0,64%	0,97%	0,77%	0,44%	0,54%	0,48%	0,97%	1,50%	1,20%
Entre 6 y 10 años	9,20%	13,54%	11,02%	7,44%	9,41%	8,33%	7,29%	9,97%	8,46%
Entre 11 y 15 años	8,15%	10,09%	8,96%	5,61%	6,61%	6,06%	6,08%	7,85%	6,85%
Entre 16 y 29 años	29,13%	25,00%	27,40%	23,37%	22,62%	23,04%	22,79%	22,19%	22,53%
Entre 30 y 55 años	44,50%	40,86%	42,97%	52,33%	49,42%	51,03%	48,88%	44,44%	46,95%
Mayores de 56 años	8,39%	9,56%	8,88%	10,80%	11,41%	11,07%	13,99%	14,05%	14,01%
Total	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Fuente: elaboración autores a partir de los registros de prestación de servicios, Ministerio Salud 2009-2011.

Grafica 8. Frecuencia de consultas odontológicas Medellín, 2009-2011 por grupo de edad y sexo



Fuente: elaboración autores a partir de los registros de prestación de servicios, Ministerio Salud 2009-2011.

Finalmente, si se caracteriza a la población por tipo de afiliación al SGSSS, se observa mayor proporción de atenciones a personas del régimen contributivo respecto al subsidiado, siendo más clara esta tendencia en los menores de 5 años y de los 16 años en adelante. (tabla 8).

habitantes, los cuales se distribuían de acuerdo con el régimen de afiliación al SGSSS de la siguiente manera: régimen contributivo, un total de 1.656.514, correspondiente al 70% y en régimen subsidiado, un total de 580.485 personas que correspondían a 25% (86).

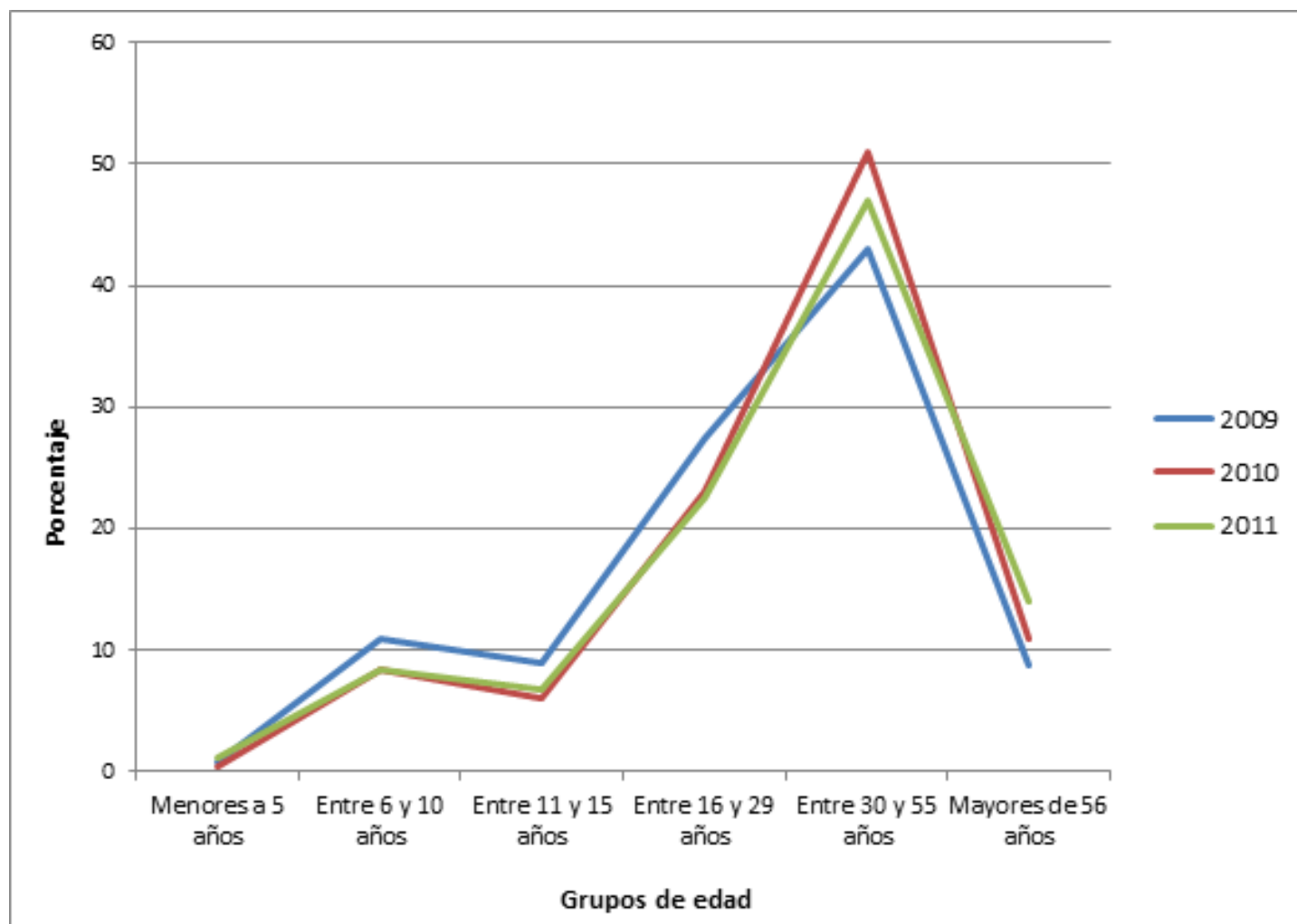
En el año 2011 Medellín tenía una población de 2.368.282

Tabla 8. Distribución de las atenciones en salud bucal por consulta externa por grupos de edad y tipo de afiliación. Medellín 2009-2011

	Tipo usuario				
	Contributivo		Subsidiado		
Edad en grupos	n	%	n	%	
2009	Menores a 5 años	1.586	72,0	616	27,9
	Entre 6 y 10 años	17.929	57,1	13.289	42,4
	Entre 11 y 15 años	14.413	56,5	11.013	43,2
	Entre 16 y 29 años	53.834	69,0	23.911	30,6
	Entre 30 y 55 años	103.788	84,8	18.028	14,7
	Mayores de 56 años	21.776	86,1	3.113	12,3
	Total	213.326	74,9	69.970	24,6
2010	Menores a 5 años	353	97,8	8	2,2
	Entre 6 y 10 años	6.120	98,7	12	0,2
	Entre 11 y 15 años	4.446	98,6	9	0,2
	Entre 16 y 29 años	16.938	98,8	35	0,2
	Entre 30 y 55 años	37.437	98,6	58	0,2
	Mayores de 56 años	8.053	97,7	12	0,1
	Total	73.347	98,5	134	0,2
2011	Menores a 5 años	5.391	99,63	2	0,04
	Entre 6 y 10 años	38.108	99,97	1	0,00
	Entre 11 y 15 años	30.857	99,93	8	0,03
	Entre 16 y 29 años	101.394	99,88	15	0,01
	Entre 30 y 55 años	211.349	99,91	10	0,00
	Mayores de 56 años	62.989	99,74	2	0,00
	Total	450.088	99,88	38	0,01

Fuente: elaboración autores a partir de los registros de prestación de servicios, Ministerio Salud 2009-2011.

Grafica 9. Estructura de la demanda en la atención odontológica por grupos de edad. Medellín 2009-2011



Fuente: elaboración autores a partir de los registros de prestación de servicios, Ministerio Salud 2009-2011.

ANÁLISIS DEL GASTO PER CÁPITA EN SERVICIOS DE SALUD BUCAL

Para calcular el gasto per cápita de la atención preventiva y resolutive en salud bucal para la primera infancia, se analizaron los reportes de procedimientos de los RIPS para los años 2009 y 2011 con el fin de determinar, en principio, el número de procedimientos con mayor número de atenciones y su costo unitario. Teniendo en cuenta esta información junto con las estadísticas sobre total de población menor de cinco años y su distribución por régimen de afiliación fue posible calcular las frecuencias de uso para cada procedimiento dividiendo el total de procedimientos sobre la población afiliada por régimen de

aseguramiento. Según las proyecciones de población del Departamento Administrativo Nacional de Estadística – DANE- en 2009 Medellín tenía 146.077 menores de cinco años y 146.226 en 2011. Para este último año, según el Informe sobre indicadores básicos de salud de ese año, se encontraban afiliados 72.835 menores al régimen contributivo y 32.140 afiliados al régimen subsidiado. Cabe resaltar que para el año 2009 no se tiene información sobre el número de menores de cinco años afiliados al régimen contributivo, por lo tanto, se realizó una aproximación a este valor teniendo en cuenta la información de la Encuesta de Calidad de Vida para Medellín del año 2006, según la cual el 51% de esta población se encontraba afiliada al régimen contributivo.

Tabla 9. Afiliación de menores de 5 años según régimen de aseguramiento, 2009-2011

Años	Población menor de 5 años a)	Afiliados por régimen		Total afiliados	Cobertura de aseguramiento
		Régimen subsidiado b)	Régimen contributivo c)		
2009	146.077	49.956	73.039	122.995	84,2%
2011	146.326	32.140	72.835	104.975	71,7%

Fuente: a) DANE, Proyecciones de población 2005-2020 nacional y departamental; b) Alcaldía de Medellín, indicadores básicos de salud 2009-2011.

Luego de obtener la información sobre frecuencias de uso y costo unitario por procedimiento, se realizó una clasificación de estos en atención preventiva y resolutive. En relación con la atención preventiva, la Resolución 412 de 2000 establece las actividades, los procedimientos y las intervenciones de demanda inducida de obligatorio cumplimiento, a saber: el control de placa, la topicación con flúor, la aplicación de sellantes de autocurado y fotocurado, la educación individual en salud por odontología y el detartraje supragingival. Este último se excluye del análisis pues se realiza en población mayor de 12 años. Cabe anotar que se incluyó la consulta de primera vez dentro de las actividades preventivas pues se debe elaborar la historia clínica para proceder a realizar actividades de tipo

asistencial así sean ellas de carácter preventivo.

Para cada uno de estos procedimientos, con base en las frecuencias de uso y los costos promedio, se estimó el gasto per cápita por régimen de seguridad social. En el régimen contributivo, el gasto per cápita fue de \$267,4 en 2009 y \$919,6 en 2011, que corresponden al 0,06 y 0,18% de la UPC promedio del SGSSS para cada año.

Tabla 10. Régimen contributivo: gasto per cápita anual de la actividades de prevención odontológica en niños menores de 5 años, 2009-2011

Descripción	2009				2011			
	n	Frecuencia anual (Población afiliada < 5 años = 73.039)	Costo unitario	Gasto per cápita	n	Frecuencia anual (Población afiliada < 5 años = 72.835)	Costo unitario	Gasto per cápita
Consulta de primera vez por odontología general	1.330	0,0182094	13.582	247,3	4.274	0,0586806	14.640	859,1
Educación individual en salud por odontología	8	0,0001095	7.740	0,8	0	—	33.700	—
Aplicación de sellantes de autocurado	83	0,0011364	7.600	8,6	2	0,0000275	7.722	0,2
Aplicación de sellantes de fotocurado	79	0,0010816	7.600	8,2	856	0,0117526	5.070	59,6
Topicación con flúor en solución	14	0,0001917	12.614	2,4	34	0,0004668	1.500	0,7
	1.514	0,0207288	49.136	267,4	5.166	0,0709274	62.632	919,6

Fuente: elaboración autores a partir de los registros de prestación de servicios, Ministerio Salud 2009-2011.

Por su parte, en el régimen subsidiado se encontró que el gasto per cápita fue de \$2.025 en 2009 y de \$523 en 2011, que corresponden al 0,43 y 0,10% de la UPC promedio del SGSSS, respectivamente.

Tabla 11. Régimen subsidiado: gasto per cápita anual de las actividades de prevención odontológica en niños menores de 5 años

Descripción	2009				2011			
	n	Frecuencia anual (Población afiliada < 5 años = 49.956)	Costo unitario	Gasto per cápita	n	Frecuencia anual (Población afiliada < 5 años = 32.140)	Costo unitario	Gasto per cápita
Consulta de primera vez por odontología general	183	0,003663	50	50	0	—	14.640	—
Educación individual en salud por odontología	3	0,000060	6.997	0	0	—	9.500	—
Aplicación de sellantes de autocurado	6.895	0,138021	11.900	1.642	567	0,020442	24.900	509
Aplicación de sellantes de fotocurado	515	0,010309	11.900	123	33	0,001027	12.900	13
Topicación con flúor en solución	770	0,015414	13.600	210	2	0,000062	13.140	1
	8.366	0,167467	57.979	2.025	692	0,0709274	75.080	523

Fuente: elaboración autores a partir de los registros de prestación de servicios, Ministerio Salud 2009-2011.

Para el análisis de la atención resolutive se tomaron los procedimientos no preventivos que presentaron mayor número de atenciones. Se incluyen actividades relacionadas con la operatoria dental (amalgamas, resinas, ionómeros de vidrio), actividades relacionadas con cirugía odontológica (exodoncia de diente temporal multirradicular y actividades de odontopediatría (pulpotomía con

pulpectomía y terapias de conducto). Con base en la información de frecuencias y costo unitario se estimó, para el régimen contributivo, un gasto per cápita en atención resolutive de \$1.641 para el año 2009 y \$3.289 para el año 2011, que representa el 0,35 y el 0,66% de la UPC promedio del SGSSS, respectivamente.

Tabla 12. Régimen contributivo: gasto per cápita anual de la atención resolutive en niños menores de 5 años, 2009-2011

Procedimiento	2009				2011			
	n	Frecuencia anual (Población afiliada < 5 años = 73.039)	Costo unitario	Gasto per cápita	n	Frecuencia anual (Población afiliada < 5 años = 72.835)	Costo unitario	Gasto per cápita
Obturación dental con amalgama	3.280	0,0449075	13.917	625,0	6.255	0,0858790	22.118	1.899
Obturación dental con resina de fotocurado	2282	0,0312436	24.024	750,6	3.727	0,0511705	21.024	1.076
Terapia de conducto radicular en diente temporal unirradicular	403	0,0055176	42.088	232,2	503	0,0059050	36.402	251
Obturación dental con ionómero de vidrio	83	0,0011364	17.700	20,1	89	0,0012219	12.896	16
Terapia de conducto radicular en diente temporal multirradicular	54	0,0007393	13.915	1,03	80	0,0010984	27.872	31
Exodoncia de diente temporal multirradicular	21	0,0002875	7.100	2,0	115	0,0015789	5.900	9
Pulpotomía, pulpectomía	3	0,0000411	10.035	0,4	26	0,0003570	19.300	7
	6.126	0,0838730	128.779	1.641	10.795	0,1482117	145.512	3.289

Fuente: elaboración autores a partir de los registros de prestación de servicios, Ministerio Salud 2009-2011.

En el régimen subsidiado, el gasto per cápita para la atención resolutive fue de \$2.156 en 2009 y de \$214 en 2011, que representa el 0,46 y el 0,04% de la UPC promedio del SGSSS para cada año.

Tabla 13. Régimen subsidiado: gasto per cápita anual de la atención resolutive de salud bucal en niños menores de 5 años

Procedimiento	2009				2011			
	n	Frecuencia anual (Población afiliada < 5 años = 49.956)	Costo unitario	Gasto per cápita	n	Frecuencia anual (Población afiliada < 5 años = 32.140)	Costo unitario	Gasto per cápita
Obturación dental con amalgama	4.841	0,0969053	12.510	1.212,3	240	0,0746730	13.500	101
Obturación dental con resina de fotocurado	2.804	0,0561294	12.400	696,0	173	0,0053827	12.900	69
Exodoncia de diente temporal multirradicular	361	0,0072264	7.100	51,3	32	0,0009956	7.700	8
Obturación dental con ionomero de vidrio	327	0,0065458	15.930	104,3	36	0,0011201	17.190	19
Terapia de conducto radicular en diente temporal multirradicular	105	0,0021018	23.400	49,2	9	0,0002800	25.200	7
Pulpotomía, pulpectomía	84	0,0016815	23.200	39,0	3	0,0004045	25.000	10
Terapia de conducto radicular en diente temporal unirradicular	8	0,0001601	24.200	3,9	0	0,0000000	—	—
	8.530	0,1707503	118.740	503	503	0,0156503	101.490	214,3

Fuente: elaboración autores a partir de los registros de prestación de servicios, Ministerio Salud 2009-2011.

De otro lado, si se compara el gasto per cápita de la atención preventiva con el gasto per cápita de la atención resolutive se encuentra, con base en la información analizada sobre frecuencia de uso y costo promedio, que en el régimen contributivo es menor el valor per cápita de la atención preventiva. Cabe resaltar que, debido a las bajas frecuencias de uso, en el caso de las actividades de prevención, que, con el paso del tiempo, se asignen cada vez menos recursos para dichas actividades.

En contraste, en el régimen subsidiado se observa el gasto per cápita más alto en la atención preventiva con disminución notable en el año 2011. Por otra parte al comparar el costo promedio del paquete de atención preventiva con el costo promedio del paquete de procedimientos más frecuentes de atención resolutive se observa, para ambos regímenes, un costo más alto del paquete de atención resolutive. Por lo tanto, si se realiza un cambio de modelo, haciendo mayor inversión en atención preventiva se puede obtener doble beneficio: la disminución de patologías de salud bucal de mayor frecuencia y el ahorro económico para la sociedad.

Tabla 14. Gasto per cápita y costo promedio del paquete de atención preventiva y resolutive de salud bucal en niños menores de 5 años

	Gasto per cápita régimen contributivo		Gasto per cápita régimen subsidiado		Gasto per cápita total	
	2009	2011	2009	2011	2009	2011
Gasto per cápita de la atención preventiva	267	920	2.025	523	2.292	1.443
Gasto per cápita de la atención resolutive	1.641	3.289	503	214	2.144	3.504
Costo promedio del paquete de atención preventiva	49.136	62.632	57.979	75.080	107.115	137.711
Costo promedio del paquete de procedimientos más frecuentes de atención resolutive	128.779	145.512	118.740	101.490	241.519	247.002

Fuente: elaboración autores a partir de los registros de prestación de servicios, Ministerio Salud 2009-2011.

RESPUESTAS COLECTIVAS PARA CONSTRUIR LA SALUD BUCAL

En el proceso de formulación de la PPSB de Medellín 2013-2022, se definió el concepto de respuestas colectivas en salud bucal –SB- de Medellín como las acciones en salud que posibilitan enfrentar los procesos que deterioran la salud, así como las medidas para disminuir las brechas de inequidad existentes y mejorar las condiciones de vida y salud de la población, reconociendo la naturaleza social de la salud (52). Con el fin de identificar las acciones y las respuestas colectivas en SB, se revisaron los Planes Territoriales de Salud –PTS- de la ciudad de Medellín,

desde 2004 hasta 2012.

Estas acciones y respuestas se agruparon por enfoques, como se muestra en la tabla 15 (2, 87, 88). Igualmente, se revisaron investigaciones, proyectos y documentos sobre el tema, y se realizó la presentación de las experiencias del trabajo colectivo en SB de las diferentes facultades de odontología de la ciudad.

Tabla 15. Programas de salud bucal en los periodos de gobierno de la ciudad de Medellín 2004-2015

Periodo	Programas o estrategias de salud bucal	Población
2004-2007 Plan de Atención Básica –PAB-	Escuelas y Colegios Saludables	Infantes Escolares
	Acceso a servicios de salud de población pobre y vulnerable	
	Actualización perfil epidemiológico de la ciudad	
2008-2011 Plan Nacional de Salud Pública (PNSP)	Acceso a servicios	Infantes Escolares Gestantes Lactantes Población pobre y vulnerable
	Educación y promoción salud oral en escuelas y colegios	
	Tamizaje de escolares, Diagnóstico, remisión y gestión atención en salud bucal	
	Mejorar acceso a servicios odontológicos para adultos	
	Promoción de lactancia materna	
2012-2015 Plan Decenal de Salud Pública –PDSP-	Estudio sobre fluorosis	Infantes Escolares Gestantes Lactantes Población pobre y vulnerable
	Salud en el hogar	
	Acciones para la infancia, AIEPI	
	Promoción de hábitos higiene en hogar, escuelas y jardines infantiles	
	Promoción de salud oral ámbito laboral	
	Fomento información y educación salud bucal con gestantes	
	Vigilancia fluorosis	
	Acceso a servicios de salud oral	
Fortalecimiento de programa crecimiento y desarrollo		

Fuente: elaboración de los autores de acuerdo con la revisión de los programas de salud bucal de Medellín, 2004-2015.

CONTEXTO DE LAS ACCIONES Y RESPUESTAS EN SALUD BUCAL

En la búsqueda por configurar las respuestas colectivas en la ciudad, es necesario reconocer las transformaciones que se han dado en relación con políticas y programas de salud bucal en el país y en la ciudad, de acuerdo con los

ajustes y los cambios del sistema de salud, principalmente relacionados con la implementación de la Ley 100 de 1993 (89).

Uno de los principales elementos de cambio que ha favorecido el acceso de la población a los servicios es la inclusión de los servicios de salud bucal en el Plan

Obligatorio de Salud (90). En este marco, fueron definidos un conjunto de acciones preventivas individuales mediante la Resolución 0412 de 2000[±] (30).

Por su parte, la definición de acciones colectivas fue inicialmente desarrollada en el llamado Plan de Atención Básica –PAB–^{±±}, posteriormente redefinido y que actualmente se conoce como el Plan de Intervenciones Colectivas –PIC–. A partir de estos planes se han realizado acciones de educación y promoción de la salud en espacios comunitarios, siendo uno de sus principales desarrollos la estrategia Escuela Saludable^{±±±}.

Si bien estos aportes mejoraron el acceso a los servicios de salud bucal, no lograron transformaciones profundas en las condiciones de salud y los modos o estilos de vida. En gran medida, esta situación es atribuible a la ejecución del PAB/PIC focalizado básicamente en la población escolar y con un enfoque en acciones meramente informativas y preventivas, sin la sustentabilidad, la cobertura y la integralidad requeridas (91, 92).

A partir de 2007, se inició la implementación del Plan Nacional de Salud Pública[±], el cual constituyó una posibilidad política favorable para el desarrollo de la salud bucal, porque la situó como una de las diez prioridades en salud del país (93).

Este entorno favorable trazó un panorama diferente para la salud bucal, con nuevas perspectivas y posibilidades en la gestión de la salud pública. En Medellín, esto se evidenció en los –PTS–, los cuales se revisaron desde 2004 hasta 2012, con el fin de identificar cuáles eran las acciones y las respuestas colectivas en salud bucal (tabla 15) (2, 87, 88).

La caracterización de las respuestas colectivas, basada en los PTS desde 2004 hasta 2012 (tabla 15), permite evidenciar que:

- En general, las acciones en salud bucal se han priorizado en la población vulnerable, especialmente en la infancia y la población escolar, con intentos de

[±]Por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública (28).

^{±±} La Resolución 4288 de 1996 definió el Plan de Atención Básica como el conjunto de actividades, intervenciones y procedimientos, de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, vigilancia en salud pública y control de factores de riesgo dirigidos a la colectividad (82).

^{±±±} Es una estrategia de promoción de la salud en el ámbito escolar, difundida en los países de América Latina gracias al apoyo de la OPS/OMS, que desde 1995 lidera la iniciativa, en un principio denominada Escuelas promotoras de salud. En Colombia se ha venido articulando en algunas regiones del país, con el movimiento Municipios Saludables propuesto por la OPS/OM en 1990 (83).

ampliar la oferta a otros grupos poblacionales como las mujeres gestantes.

- Se ha dado una transformación del enfoque de las acciones en salud, pasando del acceso a los servicios hasta acercarse al marco del derecho a la salud, desde la Atención Primaria en Salud. Una posible explicación de este cambio corresponde al proceso de implementación del Plan Nacional de Salud Pública (PNSP 2007-2010).

Como fue señalado previamente, con el fin de identificar las acciones y las respuestas colectivas en SB, se efectuó una revisión documental sobre el tema, proceso que reveló algunos vacíos respecto a la disponibilidad de fuentes que evaluarán los programas de promoción de la salud bucal desde su estructura y su intención. Los artículos revisados presentan datos sobre edad, sexo, estrato socioeconómico, creencias e imaginarios sobre salud bucal, la mayoría se concentran en población escolar y en caries, dejando por fuera otros grupos poblacionales de interés y otro tipo de enfermedades (68-70, 71, 74-76, 94-103).

Además de la revisión bibliográfica, se realizó la presentación de las experiencias de trabajo colectivo en SB de las facultades de odontología de la ciudad, entre las que se encontraron el CES, la Universidad Cooperativa de Colombia, la Fundación Universitaria Autónoma de las Américas, la Universidad de Antioquia, la ESE Metrosalud y la ONG Mundo Mejor (Operador del Programa Buen Comienzo[±]). Tal intercambio permitió enriquecer el proceso de construcción de la política y la caracterización de las respuestas colectivas en SB, permitiendo identificar asuntos, como:

- a. La mayoría de las propuestas expuestas desde las diferentes instituciones se ubicaron en el marco de la prevención de la enfermedad.
- b. Las estrategias desarrolladas entre las respuestas colectivas en salud bucal en Medellín son tradicionales, como: enseñanza de técnicas de cepillado, entrega de cepillos de dientes, control de placa, entre otras.

[±] El Decreto 3039 de 2007 adopta el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010 que incluye: 1. Las prioridades, objetivos, metas y estrategias en salud, en coherencia con los indicadores de situación de salud, las políticas de salud nacionales, los tratados y convenios internacionales suscritos por el país y las políticas sociales transversales de otros sectores; 2. Define las responsabilidades en salud pública a cargo de la Nación, de las entidades territoriales, y de todos los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS, que se complementarán con las acciones de los actores de otros sectores definidas en el plan nacional de desarrollo y en los planes de desarrollo territorial (95).

[±] Es un programa estratégico de la Alcaldía de Medellín, liderado por el Despacho de la primera dama y perteneciente a la Secretaría de Educación, promueve el desarrollo integral, diverso e incluyente de niñas y niños desde la gestación hasta los 5 años, en una perspectiva interdisciplinaria del ciclo vital, protección de los derechos y articulación interinstitucional.

- c. Existe debilidad conceptual sobre la promoción de la salud y su diferencia con la prevención de la enfermedad.
- d) Las acciones colectivas realizadas en la ciudad son fragmentadas, aisladas y discontinuas.
- e) La ausencia de una línea de base en acciones colectivas dificulta el análisis, seguimiento y evaluación de las acciones en salud realizadas.

Al relacionar las experiencias mencionadas con hallazgos de otras investigaciones llevadas a cabo a inicios de la primera década del nuevo siglo (105), se puede concluir que gran parte de estas situaciones siguen vigentes entre ellas:

- Los programas preventivos se han asimilado a charlas educativas, que buscan que el paciente se responsabilice por su estado de salud bucal con conductas permanentes de higiene (105).
- El sistema de información del servicio odontológico y en particular, del servicio preventivo, se reduce a indicadores de gestión financiera, sumado a que no se cuenta con información sobre el proceso y los resultados de la actividad preventiva, dificultando la evaluación y la formulación de correctivos.(105)

Es de resaltar que la metodología desarrollada y el encuentro propiciado en el grupo de trabajo *respuestas colectivas* sirvió como espacio de conocimiento y reconocimiento de experiencias desarrolladas en la ciudad por parte de IPS y las entidades formadoras de talento humano del área de la salud bucal. Esta experiencia evidenció la baja articulación entre las diferentes instituciones y los actores, situación que obstaculiza el fortalecimiento de las acciones y la integración de respuestas individuales y colectivas, para responder a las necesidades de la población.

Superar las dificultades expresadas, en el contexto de la construcción de un programa o intervención de *prevención de la enfermedad* o *promoción de la salud*, implica desarrollar procesos participativos con las comunidades, los individuos y las instituciones, las cuales partan de las necesidades de salud, y le den relevancia a la gestión con significado social. Igualmente, es necesario trascender

la lógica de la acción en salud del ámbito hospitalario y de consultorios, para reubicarla y contextualizarla en los espacios en los que acontece la vida, como reto para la construcción y la implementación de la Política Pública de Salud Bucal de Medellín, 2013-2022.

6. **Problematización de la salud bucal y la práctica odontológica en Medellín**

Los núcleos problematizadores son el producto de la discusión y la construcción colectiva llevada a cabo entre los actores que asistieron a los diferentes talleres, los espacios de discusión y las plenarias, dispuestos en torno a 3 grupos conformados para la profundización del análisis en la formulación de la Política Pública de Salud Bucal de Medellín, que fueron: grupo de actores comunitarios, grupo de actores prestadores de servicios de salud y grupo de los formadores del talento humano.

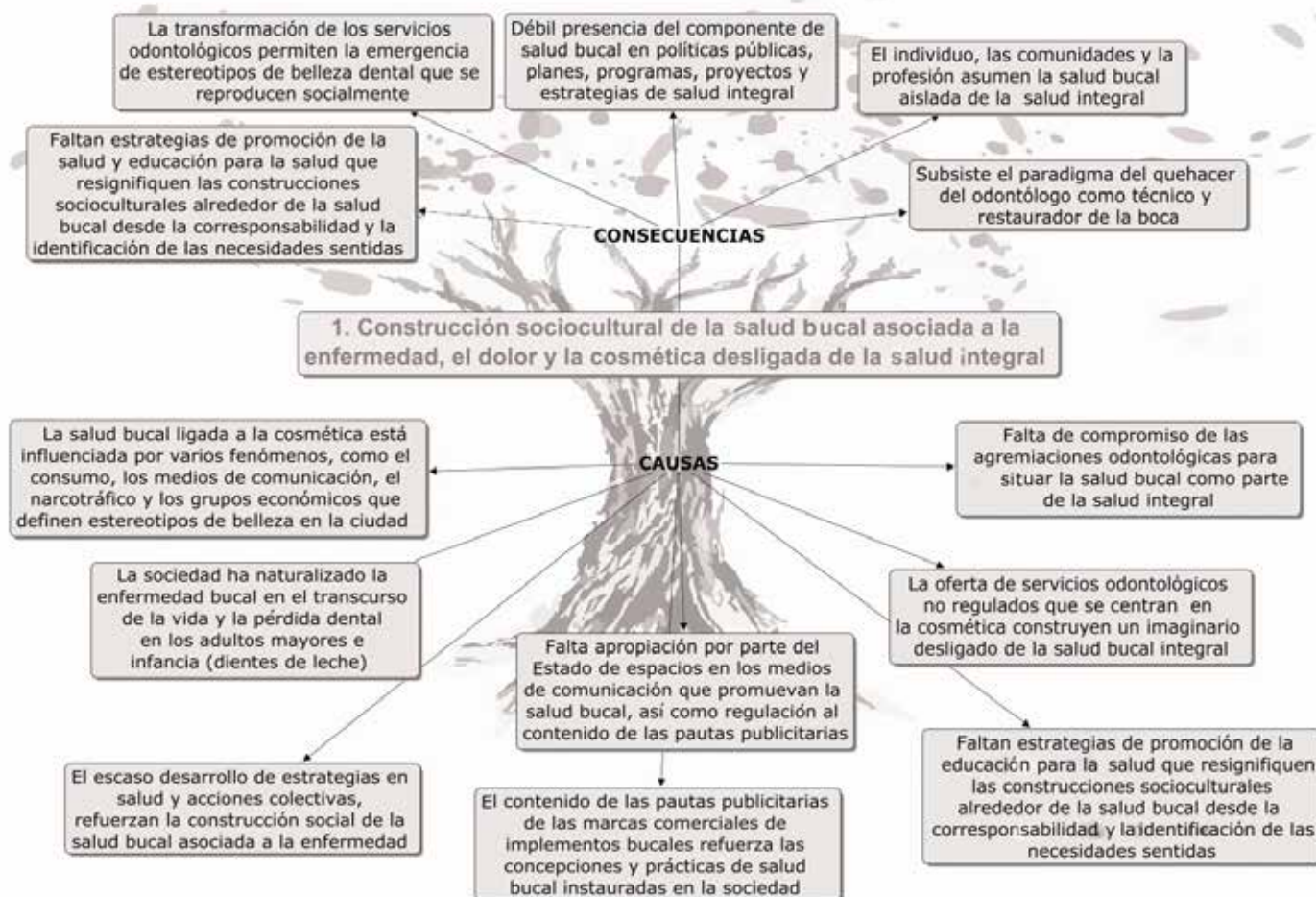
La definición de los núcleos problematizadores se realizó luego de una fase de recolección y procesamiento de información que correspondió a una fase de caracterización general, que en el primer momento fue esencialmente un ejercicio de descripción y contrastación de miradas entre los diferentes actores.

La definición de los núcleos problematizadores constituyó un momento central del proceso de formulación de la Política Pública de Salud Bucal de Medellín, en el cual se realizaron múltiples ejercicios, bajo diversas estrategias metodológicas, durante cerca de diez semanas, para denominar de la manera más adecuada a la perspectiva de los actores participantes, las diferentes facetas o dimensiones implicadas en la situación de la salud bucal y de la práctica odontológica en la ciudad, en un ejercicio de descomposición y de síntesis, el cual pudiera reflejar la riqueza y la complejidad de la situación y, por otro lado, que fuese lo suficientemente sintético para facilitar la definición de unos ejes de acción capaces de proyectar la acción hacia horizontes deseados y posibles.

En cada núcleo se presenta su denominación, tal como fueron definidos en las sesiones plenarias, y una breve descripción en la cual se articulan los diferentes aspectos contenidos en la problematización, y se incluyen las referencias disponibles relacionadas con las causas y las consecuencias del respectivo núcleo problemático.

6.1 Construcción sociocultural de la salud bucal asociada a la enfermedad, el dolor y la cosmética desligada de la salud integral

Árbol de problemas



Fuente: formulación PPSB Medellín.

“La boca es un espejo” es una expresión popular para referirse a que el estado bucal refleja el estado de salud general (106). Esta premisa es el resultado de una construcción cultural que da cuenta de algunos de los significados sociales asociados a la salud bucal. La apariencia personal ha trascendido de una noción exclusivamente individual, para constituirse en exigencia y un nuevo valor social deseable. La sociedad contemporánea ha generalizado un patrón de belleza, cuyas tendencias cosméticas del mercado y canales mediáticos imponen ciertas formas y modos de corporalidad ubicados en unos predeterminados horizontes estéticos.

En la ciudad de Medellín tiene sentido plantear que un buen estado dental suele considerarse como una característica del lucir bien o gozar de una buena apariencia. Sin embargo, la experiencia de dolor y la enfermedad, también son vivencias cotidianas reconocidas por las comunidades, en una asociación directa de la salud bucal como necesidad. Estas tres experiencias: dolor, enfermedad y cosmética producen una valoración en torno a los dientes y la salud bucal, que permite afirmar que en la construcción sociocultural que la población hace de ella, esta es catalogada como un asunto relevante, como parte importante de los fenómenos de la vida cotidiana en los ámbitos social, familiar y personal, aun cuando dicha

construcción no esté alineada a los discursos salutogénicos de las instituciones sanitarias.

Ni la población, ni la profesión odontológica es ajena a la presión que ejercen sobre ella, tanto la sociedad de mercado como el complejo odontológico industrial y cuyo efecto es la generación de múltiples y contradictorias acciones y propuestas tendientes a “producir belleza” (107).

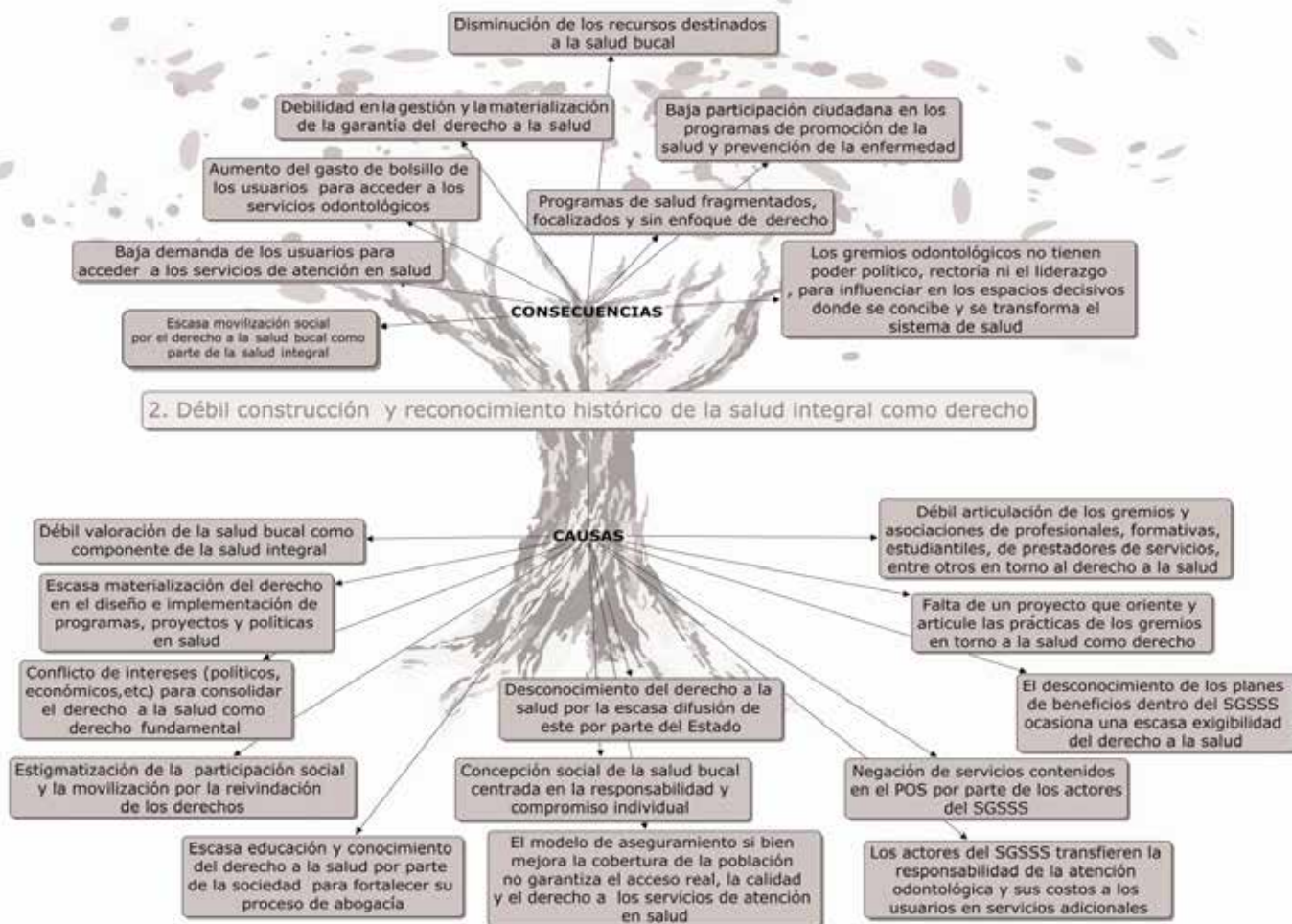
En la actualidad, el dolor dental o la pérdida de dientes ya no son las únicas razones que llevan a las personas a consultar al odontólogo. Han surgido otros intereses sobre el cuerpo relacionados cada vez más con los objetos que ofrecen “los profesionales de la estética” y que son producto del desarrollo tecnológico, de objetos cosméticos seductores que se convierten en bienes de consumo masivo (107). En la actualidad presenciamos una fuerte influencia de una imagen estereotipada de la salud bucal, promovida desde los medios de comunicación, ofrecida bajo diversas modalidades de servicios profesionales y desde redes de consumo masivo, que afianzan una determinada perspectiva estética asociada a ciertos estilos de vida ideales, que es necesario repensar, discutir e investigar en la Política Pública de Salud Bucal de Medellín.

La desconexión de los imaginarios sociales con una noción de salud integral se ve favorecida por la baja presencia del componente de salud bucal de políticas, programas y estrategias de salud y del sector social, por la imagen aun prevaleciente del odontólogo como un actor cuyo trabajo está circunscrito al espacio del consultorio odontológico y centrado en la restauración dental y el incipiente abordaje de estas realidades en las estrategias de

educación para la salud existentes. Realidades que pueden ser trabajadas de manera articulada por las instituciones gubernamentales, organizaciones profesionales, instituciones de formación profesional y por los medios de comunicación.

6.2 Débil reconocimiento histórico de la salud integral como derecho

Árbol de problemas



Fuente: formulación PPSB Medellín.

El derecho a la salud en Colombia ha tenido un largo y conflictivo camino en su proceso de reconocimiento jurídico y su concreción en la vida cotidiana de los ciudadanos del país. Luego de más de 20 años de la Constitución Política Nacional (1991) que afirmó el compromiso con el desarrollo nacional bajo un Estado social de derecho y de una reforma a la seguridad social que instaló un mercado en la salud (1993), la garantía de este derecho con criterios de universalidad, integralidad y equidad es aún una promesa inconclusa para la gran mayoría de la población del país.

En la actualidad, la salud es considerada un derecho humano fundamental, reconocimiento sustentado en el ordenamiento jurídico nacional (Sentencia T-760/2008 de la Corte Constitucional y Ley Estatutaria de la Salud en proceso de sanción presidencial 2014). Es derecho fundamental por ser una condición para lograr la dignidad humana, por su relación esencial con la vida y porque es

indispensable para el ejercicio de los demás derechos y la concreción de la libertad y la autonomía de las personas (47).

La inconsistencia entre el discurso jurídico-legal, la organización y el funcionamiento del sistema y la vivencia cotidiana de las personas en el acceso a los servicios de salud y el desarrollo de acciones en salud en un sentido amplio, provoca un mosaico de consecuencias negativas en la consolidación de una cultura participativa, en la construcción de ciudadanías sociales activas y en la concreción de condiciones de vida y de organización de servicios y respuestas en salud garantes del derecho a la salud para la totalidad de ciudadanos del país y del logro de la equidad en salud.

De manera particular, esto repercute en la configuración de una salud bucal como necesidad y demanda social sentida

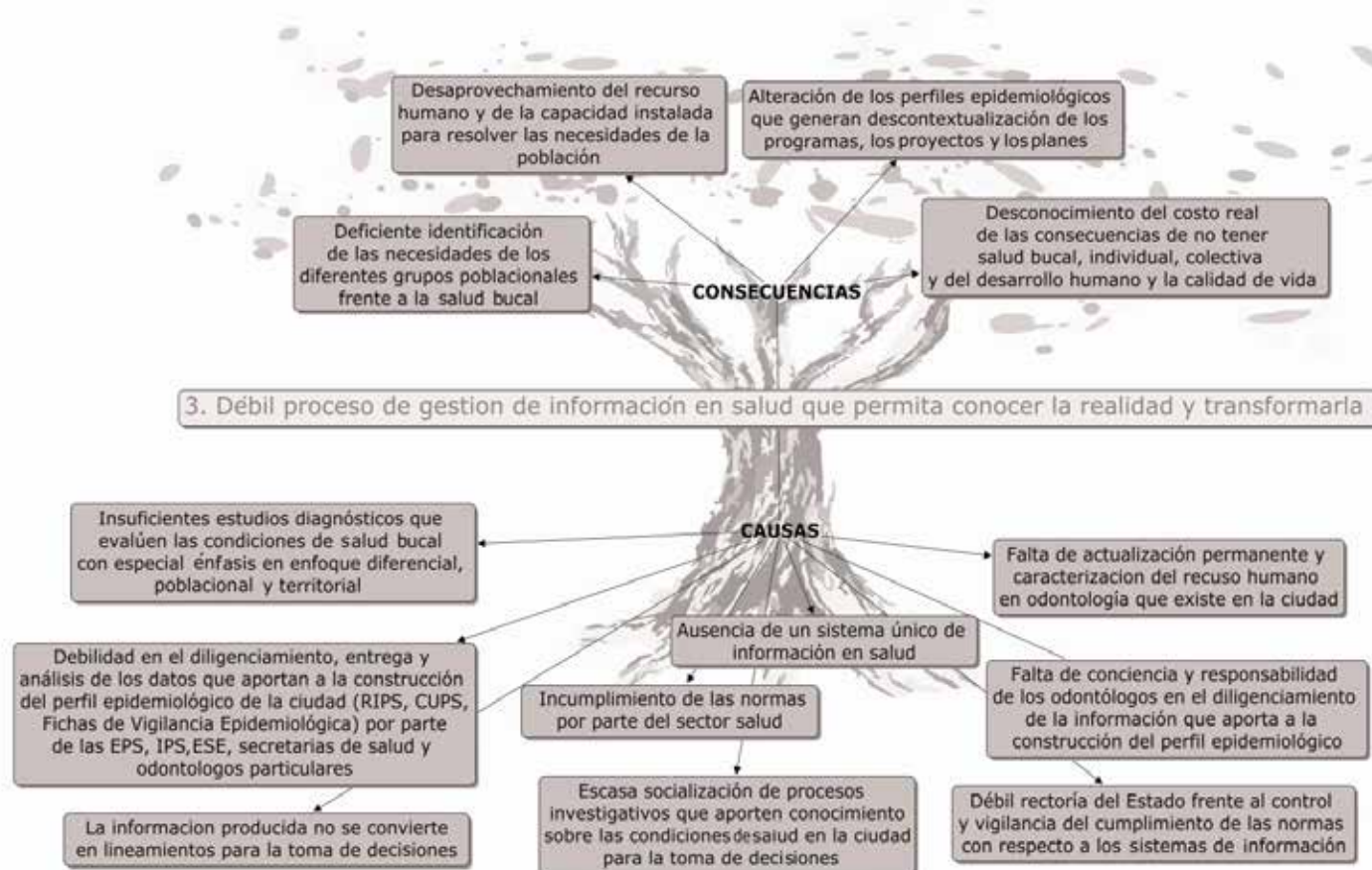
que pueda ser recogida en las garantías sociales dispuestas por el Estado y su ordenamiento jurídico e institucional, lo que profundiza una construcción sociocultural disociada de esta con la salud integral.

En el trabajo realizado con los actores en la formulación de la PPSB, se concluye que la salud bucal no está asociada por las comunidades y los individuos al concepto de salud integral ni que tampoco la perciben como un derecho en el cual cabe el potencial de exigibilidad de la ciudadanía. Por lo tanto los avances logrados en las discusiones de

la PPSB, las reivindicaciones que de ellas se deriven, siguen siendo un sin sentido, si los colectivos no tienen la oportunidad social, política y económica de ser invitados, educados y confrontados en la cultura de la construcción y exigencia de derechos.

6.3 Débil proceso de gestión de información en salud que permita conocer la realidad y transformarla

Árbol de problemas



Fuente: formulación PPSB Medellín.

El tercer núcleo problematizador se pregunta por la manera como se gestiona la información desde las instituciones, para dar cuenta de la diversidad de realidades sociales, económicas, culturales y sociodemográficas de los diversos grupos humanos de Medellín, y cómo ellas definen sus modos de vida y de enfermar.

Y aunque parece paradójico en un principio, pues hay una cierta sensación de estar sobrediagnosticados, el examen detenido de la cantidad, la calidad, la disponibilidad y el uso de la información que se produce en la ciudad respecto a la salud bucal, la atención odontológica y las respuestas en salud expone una realidad que apunta en otra dirección, señalar que la gestión de la información es débil, lo que produce una limitación en la posibilidad de comprender la realidad de forma más integral y de orientar la toma de decisiones de manera intencionada y dirigida a objetivos específicos de alcance progresivo.

Se reconoce una insuficiencia en la cantidad de diagnósticos y análisis que expliquen la situación de salud bucal de los diferentes grupos poblacionales y de las diversas patologías bucodentales. También debilidad en el registro, el procesamiento, el flujo de información y el análisis epidemiológico en la gestión local de la salud y de los servicios de atención odontológica, así como en las capacidades y las normas de actuación del talento humano odontológico, y en el reconocimiento y el seguimiento regular de la tendencia de la oferta de profesionales y de los servicios en sus variadas formas de organización y prestación. Es escasa la interacción entre investigadores y tomadores de decisiones y es débil la rectoría del Estado al respecto de los sistemas de información.

Se considera fundamental incorporar criterios desde un enfoque de equidad en la gestión de la información, de manera tal que la realidad pueda ser descrita, analizada

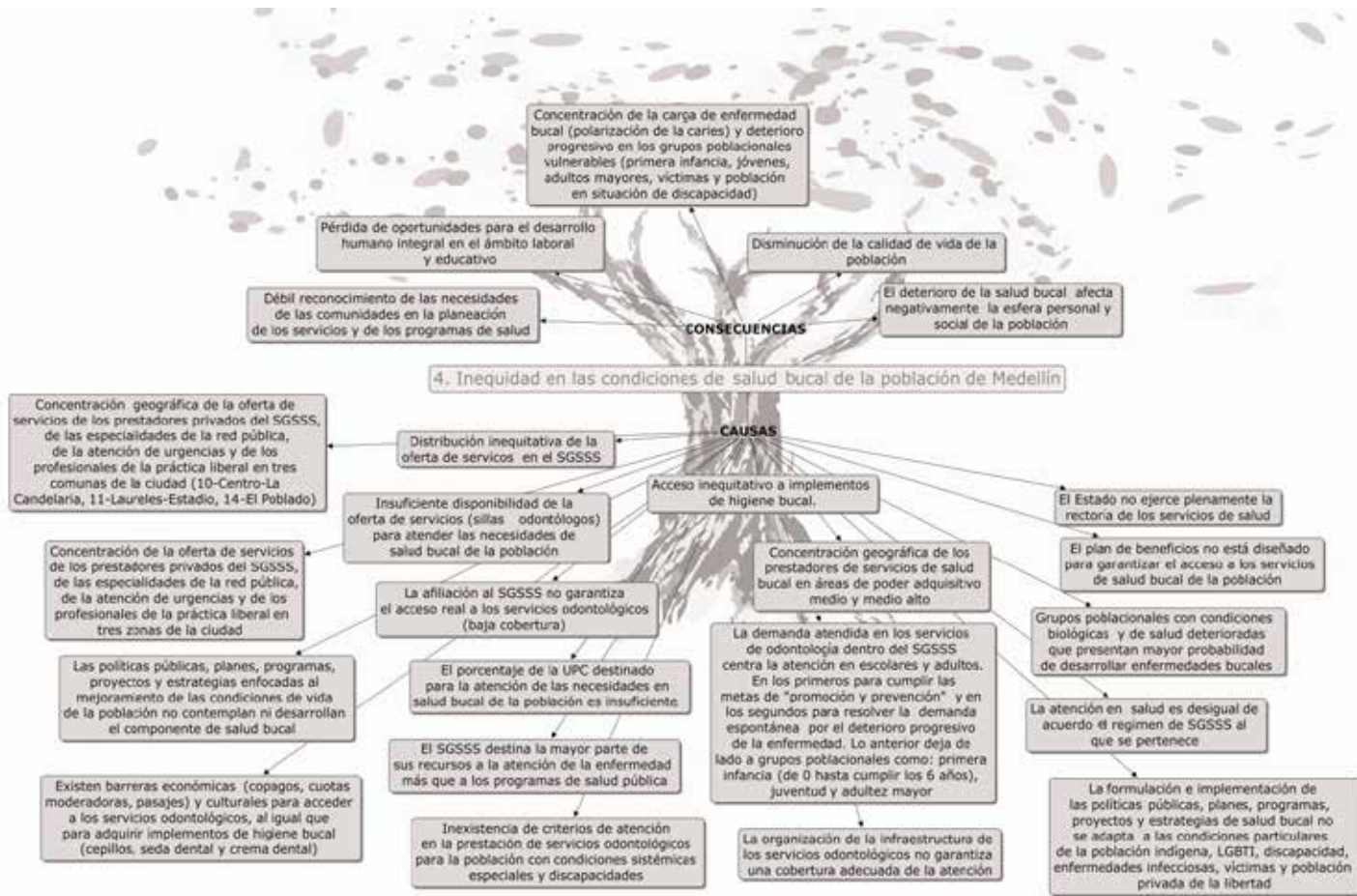
y comprendida en sus particulares formas de expresión social, territorial y poblacional, teniendo en cuenta esto es requisito sine qua non para una reorientación de las acciones en la ciudad en dirección a la disminución de las inequidades en salud. Asimismo, la disponibilidad de información con criterios de equidad, será una condición para impulsar acciones de incidencia en los procesos determinantes de la salud y el fortalecimiento de los procesos intersectoriales y de participación ciudadana, como lo define el Plan Decenal de Salud Pública – PDSP- 2011-2021 (108), de manera tal que se mejore la transparencia y se facilite el involucramiento de las instituciones y de la ciudadanía en la ejecución y el control social de la gestión en salud.

La gestión de la información debe ser entendida como un continuo proceso de producción de conocimiento, cada vez más comprensivo de las realidades de las

comunidades. Los cambios políticos, sociales, económicos y demográficos del país han dado lugar a un determinado perfil de salud-enfermedad que debe ser atendido mediante una gestión interinstitucional organizada. Para ello es necesario tener información confiable y oportuna, así como distintas estrategias de análisis de la información para la adecuada planeación de los servicios y la toma de decisiones, acorde a las necesidades de las poblaciones, como se plantea en el Plan Territorial de Salud (2, 109). El trabajo de gestionar la información debe desembocar en la creación, el seguimiento y la evaluación de propuestas locales que fortalezcan la salud bucal y la equidad en salud en la ciudad.

6.4 Inequidad en las condiciones de salud bucal de la población de Medellín

Árbol de problemas



Fuente: formulación PPSB Medellín.

La equidad en salud implica que todos deben tener una oportunidad justa para desarrollar el pleno potencial de salud, es decir, ninguna persona debe estar en desventaja para alcanzar dicho potencial y menos cuando se pueda evitar (110). Las inequidades constituyen desigualdades injustas (111) que son el producto del modo de devenir de una sociedad que determina el reparto y el acceso desigual a la riqueza, a los bienes y servicios (112).

Los ejercicios de problematización identificaron procesos sociales determinantes de la salud relativos a las desigualdades en la distribución de la riqueza y las oportunidades de acceso a los bienes y los servicios sociales (relacionados con la disponibilidad, el acceso y el disfrute real de servicios públicos domiciliarios, vivienda digna, educación de calidad a lo largo de la vida, seguridad alimentaria, empleo y trabajo decente, entre otros) que o no se incorporan dentro de las políticas públicas, los planes, los programas y los proyectos o no resultan efectivos y suficientes dadas las complejas condiciones sociales

bajo las cuales se desarrolla la vida para amplios grupos poblacionales de la ciudad, que inciden en la configuración específica del perfil de salud bucal de las poblaciones, como lo sugiere el estudio exploratorio de Franco y Ochoa (80).

A la vez que se identifican condiciones particulares relacionadas con la inadecuada organización y distribución territorial de la oferta de servicios odontológicos, barreras de acceso estos y a los insumos básicos requeridos para la adecuada higiene bucal, también se registra la baja disponibilidad de recursos humanos, físicos y tecnológicos; poca cobertura de atención y de los programas en algunos territorios y para algunos grupos humanos; la inexistencia de programas o estrategias para grupos con capacidades y condiciones socioculturales diferenciales (indígena, LGBTI, personas en condición de discapacidad, víctimas del conflicto y población privada de la libertad, por ejemplo), que en su conjunto producen diferentes perfiles de salud bucal entre grupos y zonas de la ciudad, asociados directamente a las condiciones sociales, económicas y culturales particulares, lo que configura un problemático perfil de inequidades en salud bucal en la ciudad.

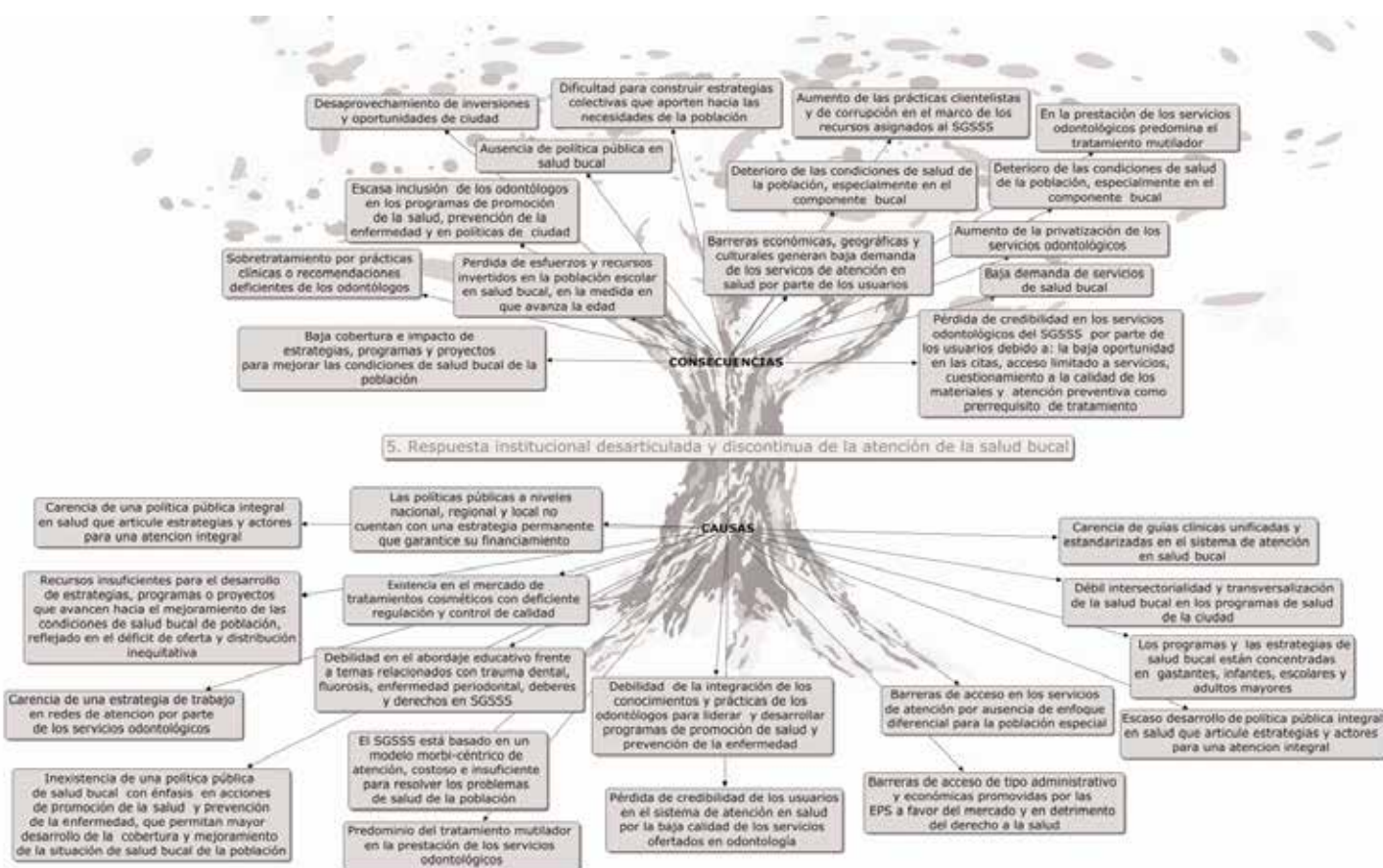
Al no existir estudios sistemáticos y regulares (respecto a los diferentes grupos poblacionales y humanos y la

diversidad de patologías bucodentales), no es posible determinar con precisión la magnitud, la distribución, la severidad, los procesos determinantes y las consecuencias del deterioro de la salud bucal en la población de la ciudad. Los estudios temáticos y focalizados en grupos poblacionales han sido importantes en la historia de la ciudad, pero son insuficientes para el propósito de orientar las acciones de salud bucal en una perspectiva de equidad y proyectarla al futuro con un criterio de sustentabilidad. El próximo estudio nacional de salud bucal del país (IV ENSAB), que se encuentra ad portas de publicación, y dado su enfoque teórico–metodológico, podrá ofrecer algunas pistas al respecto.

La producción y la gestión del conocimiento que acompañará esta política pública se debe orientar con un criterio de equidad, es decir, bajo criterios que permitan comprender la producción y la distribución diferencial del perfil epidemiológico, según las condiciones sociales, territoriales, de género y etnoculturales.

6.5 **Respuesta institucional desarticulada y discontinua**

Árbol de problemas



Fuente: formulación PPSB Medellín.

Para los actores convocados a las discusiones de la PPSB, la política pública es la forma de articular estrategias para afrontar una problemática y enfrentarla de forma efectiva, adecuada y sostenible. Es necesario, entonces, comprender la política pública como un proceso de negociación entre

la ciudadanía y la institucionalidad pública y privada, que genera resultados consensuados entre estos actores, tendiente a impactar en las causas de una problemática y sus consecuencias sociales, económicas y en salud.

La discusión en torno a las respuestas en salud bucal realizada por los actores problematizan que estas carecen de un marco de referencia común, tanto para entender la salud bucal como para abordarla desde una visión holística. Los recursos asignados para atender las necesidades en salud bucal son insuficientes, lo que se evidencia en el déficit de la oferta, las bajas coberturas de atención preventiva y resolutive, la escasa transversalización de la salud bucal en los programas sociales de la ciudad y la baja cobertura poblacional de las estrategias y los programas de salud pública. Cuestión que se agrava en un escenario en el cual las respuestas existentes carecen de continuidad en los diferentes periodos de gestión gubernamental e institucional.

Si bien se reconoce la existencia de múltiples iniciativas y respuestas agenciadas desde la institucionalidad (de Gobierno, EPS/IPS, organizaciones profesionales, instituciones de educación superior, etc.), las respuestas existentes se caracterizan por la desarticulación, no solo en términos de las relaciones que se establecen entre las instituciones, sino en términos de enfoque, metodologías, estrategias, metas para alcanzar y objetivos de desarrollo.

Asu vez, las respuestas institucionales existentes, al carecer de un marco de referencia común y ante un escenario de débil capacidad de rectoría en salud por parte del Estado (113), tienden a organizarse, predominantemente, de un modo favorable a intereses de mercado, sin criterios de equidad, lo que se evidencia en este caso particular en asuntos como la inequitativa distribución de la oferta de servicios asistenciales y equipamientos odontológicos, el crecimiento descontrolado de la publicidad y de la oferta

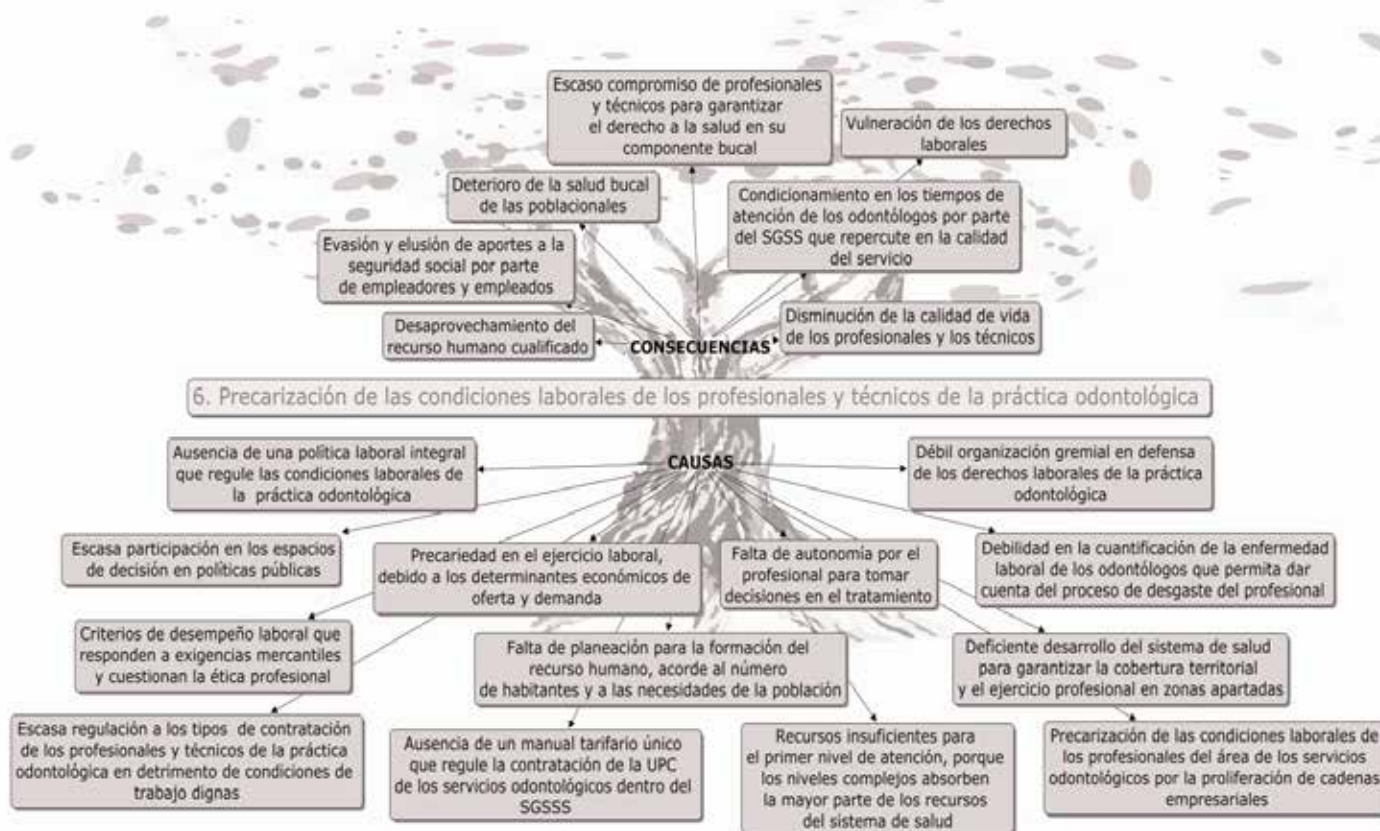
de tratamientos cosméticos dentales, y la existencia de barreras de acceso a los servicios odontológicos en el sistema de salud para algunos grupos poblacionales por motivos geográficos, económicos, administrativos y culturales (96, 114-116).

Es necesario trabajar con vigor en la construcción de un referente común, asunto que la PPSB deberá intencionar. Tendrá que ser un trabajo para realizar de manera intensiva y sostenida, para lograr transformar las viejas concepciones y formas de trabajo aislado que prevalecen. La construcción de una visión compartida constituye un importante reto institucional, pues supone un liderazgo para convocar y dinamizar espacios de deliberación y construcción colectiva de las nuevas e inéditas formas de intervención, capaces de integrar los programas sociales y convocar la más amplia participación de actores sociales y ciudadanos.

La articulación se convierte en este sentido en una condición posibilitadora de un nuevo modo de acción con mayor alcance, buscando la ampliación de las coberturas, así como la mayor integralidad y continuidad en los procesos de atención odontológica y, mediante el concurso intersectorial, mayor incidencia en los procesos sociales determinantes de la salud bucal.

6.6 Precariedad de las condiciones laborales de los profesionales y técnicos de la práctica odontológica en Medellín

Árbol de problemas



La precariedad laboral, entendida como la inseguridad, la incertidumbre y la falta de garantías laborales y de protección social de los trabajadores, es el resultado de los procesos de transformación política y económica sucedidos en el marco del avance de los planteamientos neoliberales, impulsados con vigor desde inicios de la década de los 90 en el país y que se manifestó con consecuencias como: a) la pérdida de poder negociador de los sindicatos y los trabajadores; b) la caída generalizada de salarios y desprotección social progresiva, y c) la flexibilización de los contratos laborales con el fin de optimizar las ganancias empresariales (117).

La precariedad laboral se refiere a la aparición y creciente generalización de formas de trabajo que suponen mayores niveles de incertidumbre e inseguridad laboral, en la medida en que vienen a sustituir al “empleo tradicional”, caracterizado por jornadas laborales con horarios estables, con permanencia en el puesto de trabajo y mecanismos de negociación salarial centralizados. La precarización del trabajo se asocia a empleos de baja calidad que se caracterizan por la desprotección del trabajador asalariado por parte de la legislación laboral y la seguridad social (118).

Otra característica de la precariedad laboral es la inestabilidad, la cual se traduce en la tendencia a sustituir a los trabajadores con vinculación laboral estable, por trabajadores temporales, a plazos fijos o subcontratados, con niveles salariales inferiores, que no dependen de

7 Partiendo de la inexistencia de vínculo laboral entre la Cooperativa de Trabajo Asociado y el trabajador asociado, debe señalarse que este último no devenga salario sino “compensaciones”, las cuales pueden ser ordinarias o extraordinarias, según lo acordado en los Estatutos y en el Régimen de Compensaciones de la Cooperativa (Colombia. Ley 50 de 1990 de 2008).

8 La compensación ordinaria mensual, según el Artículo 3° de la Ley 1233 de 2008, no podrá ser inferior al salario mínimo legal vigente, salvo que la actividad se realice en tiempos inferiores, en cuyo caso será proporcional a la labor desempeñada, a la cantidad y a la calidad, según

un solo e identificable empleador, dispuestos en labores que no se realizan necesariamente en las instalaciones de la empresa, con poca protección a la integridad física y psicológica, con escasa o nula posibilidad de ejercer derechos sindicales y de negociar colectivamente, entre otras (118).

La situación laboral de los odontólogos en Medellín no es ajena a esta tendencia nacional, y a pesar de que no existen estudios sistemáticos que realicen seguimiento a las condiciones laborales y de trabajo (119, 120), en el tema laboral se concentra gran parte del malestar de los nuevos profesionales de la práctica odontológica que laboran en la ciudad, específicamente relacionado con los niveles crecientes de subempleo, pluriempleo, precarización laboral y desempleo, que se hace complejo dado el creciente número de nuevos profesionales que egresan de las cuatro instituciones de formación profesional existentes en la ciudad.

Los hallazgos de algunos de los ejercicios investigativos de mayor alcance realizados en la ciudad, sugieren el crecimiento de las formas de contratación laboral flexible (120), mediante modalidades de prestación de servicios y figuras asociativas. En algunas de estas los profesionales no perciben un salario⁷, sino una compensación⁸ por sus servicios (121, 122), y configuran un tipo de contratación que se identifica como tercerización o subcontratación de servicios⁹ (120).

se establezca en el correspondiente régimen interno (Decreto 4588 de 2006).

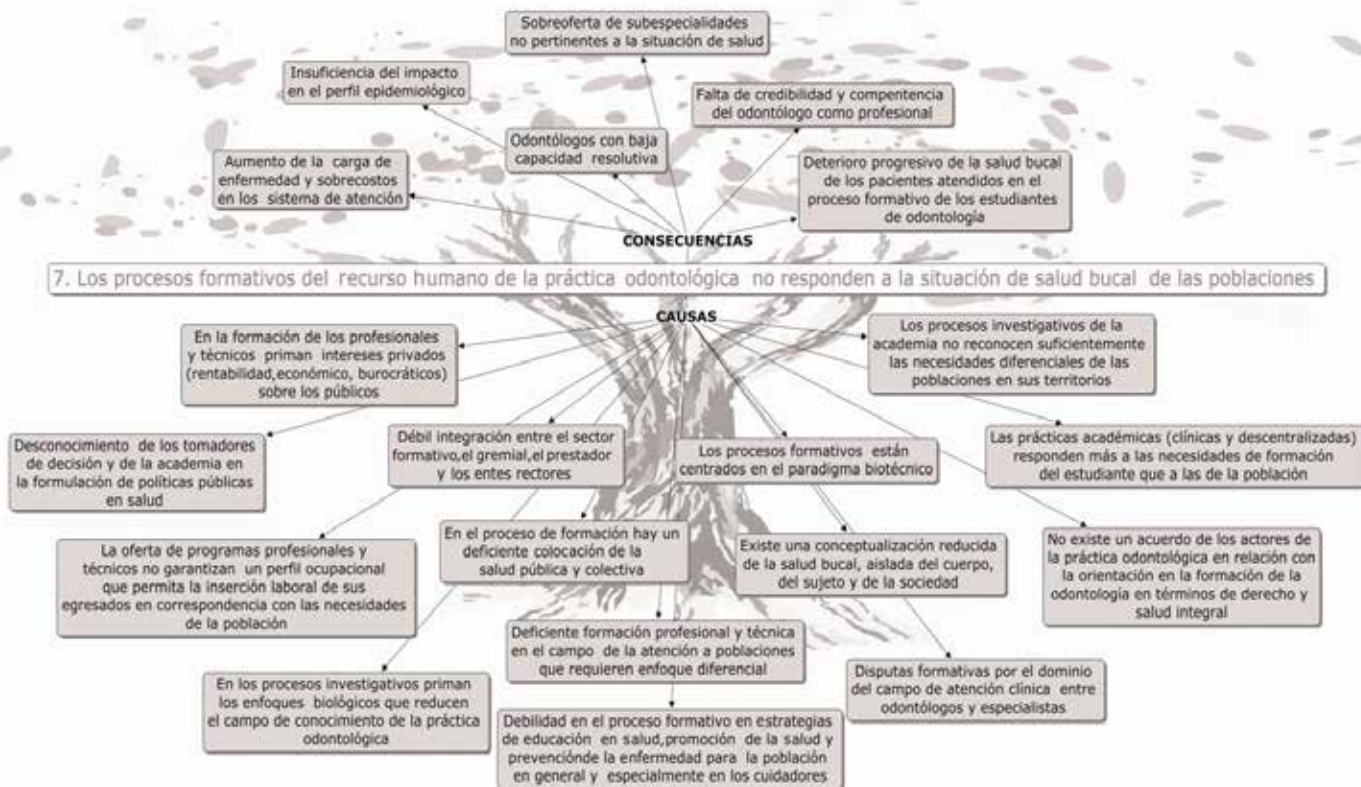
9 Tercerización –Outsourcing– es la acción de acudir a una agencia exterior para operar una función que anteriormente se realizaba dentro de la compañía, la cual en definitiva contrata un servicio o producto final sin que tenga responsabilidad alguna en la administración o manejo de la prestación del servicio la cual actúa con plena autonomía para atender diversos usuarios.

Las nuevas formas de contratación laboral reflejan una nueva tendencia de la realidad laboral de los odontólogos en la ciudad, la proletarización, en la cual este ya no es el propietario de los medios de producción (sillón odontológico, instrumental) y su única fuente de ingresos es la venta de su fuerza de trabajo, que se suma a una situación de inseguridad social en la cual un grupo de los nuevos profesionales no cuentan con garantías de la seguridad social y laboral como (salud, pensión, riesgos profesionales, cesantía y vacaciones) (120, 121). El

escenario de incertidumbre laboral del odontólogo en la ciudad se hace complejo dada el incipiente desarrollo de sus organizaciones gremiales.

6.7 Los procesos formativos del recurso humano de la práctica odontológica no responden a la situación de salud bucal de la población de Medellín

Árbol de problemas



Fuente: formulación PPSB Medellín.

La totalidad de instituciones formadoras del talento humano odontológico en la ciudad coinciden en la pretensión de formar un ser humano integral, comprometido con la transformación de las realidades sociales en las cuales se inserta su práctica profesional. Un proceso formativo que apunta hacia la formación integral, se orienta a dotar a los educandos de cualidades de alto significado humano, capaces de comprender la realidad en la cual se insertan y poner a disposición de la transformación personal y social sus capacidades de forma creativa, crítica y colaborativa. Implica también la capacidad de asumir su autoeducación durante toda la vida, para mantenerse constantemente actualizado, con el fin responder a las necesidades de su entorno (123).

La producción de recursos humanos será adecuada en tanto sea capaz de actuar, dirigir, organizar y apoyar la toma de decisiones, generar conocimientos y proponer modos de intervención innovadores. La calidad de la formación de los recursos humanos en salud, está en estrecha interrelación con la calidad de los servicios de

salud. Lo que exige una conexión intencionada entre los procesos internos de la formación (diseño y organización curricular, sistema de evaluación, desarrollo profesoral, sistema de ingreso) con los procesos externos del entorno en la que este se sitúa (124).

Al problematizar la formación del talento humano odontológico en la ciudad y la producción de conocimiento, los actores participantes de la formulación de la Política Pública de Salud Bucal identifican que en estas predomina un quehacer centrado en el conocimiento biotécnico en desmedro de otras dimensiones relevantes de la formación y la investigación, lo que profundiza la noción predominante de la salud bucal como un objeto aislado de la integralidad del ser humano y de la sociedad. Es todavía insuficiente la apropiación en los procesos formativos odontológicos, de la salud como un derecho humano fundamental y de la salud bucal como un componente de ella.

Así mismo, el nivel de relacionamiento entre los procesos formativos y los procesos de gestión local de la salud es

incipiente, lo que se evidencia en la orientación de las prácticas académicas como estrategias que responden con exclusividad a una intención formativa y en mínima medida a las necesidades sociales frente a las cuales se estructura la gestión de los servicios, así como en la debilidad en la apropiación de enfoques adecuados para la atención diferencial de las heterogéneas poblaciones de la ciudad, y el bajo reconocimiento y trabajo en torno a enfoques y estrategias relacionadas con la salud pública.

Resulta llamativo que pese al crecimiento del número de instituciones formadoras de recurso humano y consecuentemente del número de profesionales y técnicos egresados, no exista una relación directa y contundente en el mejoramiento de los indicadores de acceso a la atención odontológica y de impacto epidemiológico.

Para los actores participantes de la formulación de la PPSB es problemático el crecimiento descontrolado en la oferta de programas de especialización clínica y del número de especialistas egresados, pues este no se corresponde con las características del perfil epidemiológico bucal de los habitantes de la ciudad. Así como también se problematiza la percepción de baja capacidad resolutoria de los nuevos profesionales que egresan de las instituciones formadoras,

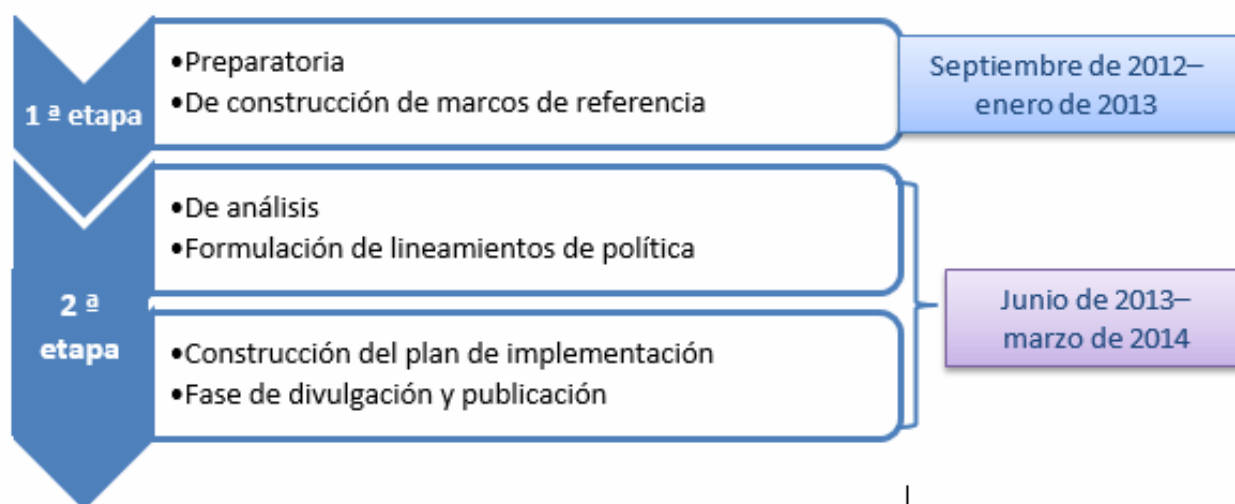
asuntos que pueden ir de la mano, el crecimiento de las especialidades junto con la disminución del alcance de la formación del odontólogo general (121).

7. Proceso metodológico de la formulación de la PPSB y alcance del proceso participativo

El proceso de formulación de la Política Pública de Salud Bucal para Medellín se realizó mediante una ruta de construcción en 6 grandes momentos (divididos en dos etapas de ejecución contractual).

Se entendió que el éxito de la iniciativa estaba en la capacidad de lograr acuerdos colectivos por los actores de la práctica odontológica de la ciudad, la ciudadanía y los entes gubernamentales. Lo que implicaba transitar por momentos de construcción de acuerdos en diferentes ámbitos, de orden conceptual, metodológico, técnico-operacional y político-administrativo. Se trataba por tanto de una construcción sociopolítica más que de una construcción exclusivamente técnica.

Figura 3. Momentos del proceso metodológico



Para la formulación y puesta en marcha de las políticas públicas, que conviertan un problema social en un problema político, se requiere actores con capacidad para construir las imágenes del problema o asunto que se va a intervenir y las estrategias para gestionar el cambio o transformación con soluciones efectivas (125). Muller llama a estos actores concretos los mediadores, en tanto que, en la decodificación del marco normativo, la construcción de las imágenes del asunto que se va a intervenir y la formulación de un plan de acción -política- construyen también un nuevo marco de relación del sector con otros sectores o con el conjunto de la sociedad, esperando se asuman las políticas como un proceso dinámico, dialéctico y no como una situación estática y definitiva (125).

Así entonces, la formulación y la ejecución de la política pública, en primera instancia, exigía identificar los actores claves de la práctica odontológica y otros actores sociales interesados en la salud bucal, que puestos en relación con los mediadores tendrían un papel en la representación social del problema, la construcción del referencial global

sectorial y la incidencia en el sistema de decisiones y en la esfera de poder, buscando transformaciones en triple vía: en el actor gubernamental administrador de las políticas públicas, en los actores ejecutores e implementadores de las políticas públicas y en la ciudadanía gestora y beneficiaria de las políticas públicas.

La formulación de la Política Pública de Salud Bucal en la ciudad de Medellín, buscó identificar esos actores claves y lograr una vinculación efectiva, activa y crítica en tres sentidos: la configuración de la situación de la salud bucal en la ciudad, la caracterización del modelo de atención en salud y la discusión del rol de los diferentes actores en el marco de la garantía del derecho a la salud de forma universal en la ciudad.

La construcción de esta política pública se consideró como una oportunidad de dar voz a actores sociales que tradicionalmente se han identificado como actores apáticos, indiferentes y silenciosos. Se planteó como un

“foro abierto” que motivara un proceso de movilización ciudadana, para poner el tema en la agenda política y social de la ciudad, problematizando una situación presente y construyendo una visión estratégica de futuro. Capaz de promover un diálogo con actores y sectores claves de la ciudad, en torno a una visión de desarrollo para la práctica odontológica en la ciudad comprometida con la garantía del derecho a la salud.

Para ello se diseñó una estrategia que permitiera la confluencia de voces, el análisis y las propuestas de los

diferentes actores sociales relacionados con la práctica odontológica en la ciudad. En la primera fase se plantearon cinco elementos para hacer viable la construcción participativa: los grupos de trabajo temáticos, los espacios de diálogo con actores comunitarios, los espacios de diálogo con programas y estrategias de ciudad, el grupo gestor y las redes sociales (figura 4).

Figura 4. Elementos de la estrategia para la construcción participativa de la Política Pública de Salud Bucal de Medellín, 2013-2023



El grupo gestor se constituyó como un espacio articulador donde confluyeron diversos actores sociales con énfasis en los tomadores de decisiones; en él participaron: delegados del ente territorial, de los servicios de salud, de la academia, representantes gremiales, de la empresa privada y actores sociales. Este sesionó con una periodicidad mensual, allí se revisaron los macroaspectos de orden conceptual, se socializaron los avances de cada uno de los grupos de trabajo conformados en el proyecto y se realizaron plenarias de discusión y retroalimentación.

Se conformaron cuatro grupos de trabajo temático en la primera etapa de la formulación cuyo propósito fue caracterizar la situación de la salud bucal y de la práctica odontológica con relación a cuatro aspectos: la prestación de servicios, el desarrollo de respuestas colectivas, la situación del talento humano y los aspectos epidemiológicos de la salud bucal. En estos grupos de trabajo se identificaron los principales problemas en torno a los cuales se configura el presente de la práctica odontológica en la ciudad, de la siguiente manera:

- El grupo de servicios se encargó de la caracterización del modelo de atención y de la prestación de servicios de salud.

- El grupo epidemiológico se encargó de la caracterización de la situación de salud bucal en los diferentes grupos poblacionales.
- El grupo de respuestas colectivas se encargó de caracterizar el desarrollo de respuestas promocionales y preventivas de orden poblacional, la intersectorialidad y la participación social en las respuestas.
- El grupo de talento humano se encargó de la caracterización de la situación de la formación y el ejercicio profesional del talento humano en odontología.

En cada grupo de trabajo se recopiló y revisó información disponible, y se produjo un texto que sintetizaba el estado del arte respecto al conocimiento de la situación en el respectivo campo temático. Cada grupo contó con un/a facilitador/a que hacía parte de la secretaría técnica del proyecto, y que era el encargado de convocar y sistematizar el trabajo del grupo.

La participación en los grupos fue abierta y voluntaria. Las instituciones u organizaciones propusieron una o

más personas delegadas para cada uno de los grupos de trabajo, teniendo en cuenta que se garantizara la continuidad y la permanencia en el proceso del actor.

Se realizaron en el menor de los casos cuatro encuentros en 2012 y un encuentro en enero de 2013. Los horarios y fechas del mismo eran concertados con los participantes, en la primera reunión de cada grupo. Se habilitaron espacios para el intercambio y la retroalimentación del trabajo entre los grupos y con los actores sociales y comunitarios.

A la par de los grupos de trabajo temático se realizaron diálogos con actores sociales y comunitarios, para reconocer, discutir, problematizar y retroalimentar la mirada sobre la situación de la salud, de las respuestas y de los servicios. Se habilitaron espacios de diálogo con iniciativas comunitarias y líderes de diferente naturaleza, en los cuales se vincularon Copacos, comisiones de salud de las comunas o barrios, las organizaciones comunitarias y sectoriales, entre otras.

A su vez se establecieron espacios de diálogo con programas estratégicos de la ciudad, para explorar y hacer visibles mecanismos de articulación entre el desarrollo de la PPSB y programas estratégicos como el Programa de Atención Integral a la 1ª infancia *Buen Comienzo*, el programa y la unidad de discapacidad, la estrategia de APS y los programas sectoriales inscritos en esta, los programas recreo-deportivos del Inder. Progresivamente, estos actores se fueron incorporando en los diferentes espacios de trabajo establecidos en el proceso de construcción de la Política Pública.

El último elemento definido en la primera etapa, para viabilizar la construcción participativa de la PPSB, fue una estrategia comunicativa basada en redes sociales, que fue dinamizada mediante la apertura de sendas cuentas en Facebook y Twitter desde las cuales se mantenía relación directa con los participantes y se reforzaban las convocatorias y la presentación de los resultados parciales alcanzados. También se creó una página web (un blog) en la cual se fueron registrando la memoria audiovisual y se alojaron los documentos producidos durante el proceso.

Durante la segunda etapa, se mantuvo la intención de participación activa de los diferentes actores de la práctica odontológica, incluso al hacer un balance de los avances alcanzados durante la primera etapa, se consideró necesario fortalecer la convocatoria a algunos grupos que tuvieron participación incipiente, como estudiantes, actores comunitarios y dependencias gubernamentales no sectoriales.

Se mantuvo la metodología de grupos de trabajo, solo que para esta segunda etapa no hubo una agrupación por temáticas, sino por tipo de actores por lo cual se conformaron 3 grupos de trabajo: los prestadores de servicios de salud, los formadores de talento humano y los actores sociales y comunitarios. En estos se avanzó en torno a tres grandes tareas:

- La identificación de macroproblemas de la salud bucal

en la ciudad de Medellín y con sus respectivos árboles de problemas.

- Formulación de árboles de soluciones para la definición de los ejes estratégicos de la Política Pública de Salud Bucal
- Identificación de actores, acciones y estrategias para la implementación de la Política Pública en cada una de sus estrategias.

Cada grupo tenía una dinámica particular, y la consolidación de cada momento se daba en espacios de plenaria, que fueron concebidos como un espacio de concertación, donde se hacía manifiesta la posibilidad de articulación, discusión y debates frente a los consensos y los disensos, permitiendo los que la construcción fuese validada por todos los actores a pesar de las diferencias que pudiesen existir entre ellos.

Fue importante también fortalecer el espacio de grupo gestor, con la participación de los tomadores de decisiones y la ratificación de los compromisos institucionales frente a los diferentes avances de la formulación de la Política Pública de Salud Bucal, que realizaban los grupos de trabajo.

Para la vinculación de los nuevos actores al proceso de formulación se definieron estrategias y nuevas dinámicas de acuerdo con las características de cada uno:

- La participación de los estudiantes se impulsó mediante un gran encuentro con los diferentes estudiantes de Odontología, instituciones técnicas y otras áreas de la salud y ciencias sociales.
- Con los programas de gobierno y actores gubernamentales, se programaron reuniones de presentación de los avances y definición de puntos de articulación con la PPSB.
- El sector productivo y comercial es convocado en la etapa final de la formulación, para identificar los procesos en los cuales podrían aportar en la PPSB.

A lo largo de este proceso fue de suma importancia el intercambio que se tuvo con otras experiencias territoriales e internacionales por parte de los actores de la formulación de la PPSB, lo que permitió profundizar en las estrategias implementadas en otras ciudades y otro país (Manizales, Bogotá y Brasil), respecto a los principales logros, dificultades y los retos de la implementación de las políticas públicas de salud bucal.

También, paralelo al proceso de formulación se realizó un ejercicio complementario de cualificación de los actores mediante la puesta en marcha del Diplomado en Políticas Públicas de Salud Bucal, con una duración de 160 horas, realizado en 4 meses, dirigido a actores vinculados a los grupos de trabajo. Con este se pretendió cualificar técnica y discursivamente a los actores de los grupos de trabajo,

buscando un impacto directo sobre los productos que se iban construyendo en el proceso de formulación de la Política. Los trabajos finales del diplomado se realizaron a partir de los ejes y las estrategias propuestas en la política Pública para desarrollar una alternativa frente a la implementación de estas en la ciudad.

Durante la segunda etapa de la formulación tuvieron lugar diferentes espacios de discusión con actores de la academia y expertos; fue así como se puso en consulta abierta el documento de análisis de situación de salud bucal y se realizó un foro de expertos con miembros de los grupos de investigación de las facultades de odontología y de otras facultades de la salud. También se realizó un seminario internacional bajo el lema "Políticas públicas de salud bucal para la garantía del derecho a la salud", que durante dos días convocó a invitados internacionales de seis países¹⁴, nacionales de varias ciudades del país¹⁵ y del Ministerio de Salud y Protección Social, y locales del conjunto de instituciones gubernamentales¹⁶, académicas, gremiales y sociales relacionadas con la salud bucal y la práctica odontológica de la ciudad, y que contó con más de 300 participantes vía presencial y por *streaming*.

La definición de los objetivos, las estrategias, las actividades, las metas y los indicadores se orientó bajo la metodología de marco lógico. Siendo este un trabajo en el cual se iba y venía en discusiones entre la Secretaría técnica de la formulación de la Política, los grupos de trabajo conformados en la segunda etapa y los espacios de grupo gestor y plenarias establecidos. El proceso se desarrolló con la siguiente ruta.

- a. Construcción de árbol de problemas. Era necesario hacer un trabajo de reagrupamiento del árbol de problemas en cuadrillas de problemas que nos agrupen en máximo tres o cuatro macroproblemas por categoría y arrojaran los macroproblemas, trabajo que arrojó siete ejes problemáticos (que se describen en el apartado 6).
- b. Árbol de soluciones. Luego era necesario hacer un renombramiento con la redacción en positivo de esos macro problemas, así como las categorías, o estados en positivo de la situación alcanzar en el lapso de tiempo que se había definido a la Política Pública. Lo que a la postre dio como resultado la definición de los cinco ejes de acción de la PPSB.
- c. Categorización en el árbol de soluciones. En un tercer momento se hace una jerarquización en el interior de las categorías y sus componentes en términos de macroproceso y procesos para el logro del estado deseado planteado por las categorías.
- d. Definición de estrategias. La definición de estrategias consiste en preguntarles a la categoría y a los procesos contenidos en ella, cuáles son las estrategias que se deben implementar para el logro de ese estado ideal de procesos social, institucional o político óptimos. Estas estrategias contienen planes, programas y proyectos, en términos de capacitación, formación, educación, planeación, comunicación, inversión, articulación, investigación, institucionalización e infraestructura.
- e. Análisis de experiencias. En esta etapa fue muy enriquecedor conocer otras experiencias implementadas en otras regiones del país o internacionales, que sirvieron de ejemplo o referencia, y que se podían retomar para el proceso, para contextualizarlas o activarlas en la Política Pública.
- f. Construcción participativa en los grupos de trabajo. En trabajo con los grupos consultados en la reflexión de ciudad, se continuó haciendo una lluvia de ideas sobre las estrategias para desarrollar por cada categoría y sus componentes, de tal suerte que permitiera recoger en términos de soluciones, con la metodología de visualización con tarjetas, las miradas y las percepciones en términos de estrategias para implementar en la Política Pública. De igual forma se hizo necesario socializar con los grupos las experiencias más sobresalientes de políticas públicas de otras ciudades y países y las estrategias implementadas por ellos. Serían también los grupos quienes sugerirían cuáles deberían ser retomadas por esta política pública, cuáles contextualizadas para la experiencia o qué nuevas estrategias surgen a partir de conocer estas experiencias.
- g. Categorización árbol de soluciones. De la misma forma en que se construyó por agrupamiento, síntesis en la etapa de árbol de problemas, se construyó el árbol de soluciones, con sus categorías, que ahora se convertían en ejes estratégicos de la Política Pública que contendrían estrategias y con ellas, actividades, de las cuales se podrían derivar proyectos específicos.
- h. Atributos de la política pública. Una vez descritas las estrategias de la manera más claramente posible, fueron revisadas a la luz de los criterios sugeridos en la Observación General 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la Organización de Naciones Unidas, respecto al derecho a la salud, se evidenció cómo a través de las estrategias y las actividades propuestas se viabilizaban la accesibilidad, la adaptabilidad, la asequibilidad y la aceptabilidad.

En síntesis, durante un año y medio, la formulación de la PPSB se constituyó en un espacio articulador de los diversos actores institucionales y sociales que inciden en las decisiones relacionadas con la práctica odontológica para garantizar el derecho a la salud y la incidencia positiva en los procesos determinantes de la salud bucal.

Más de 40 instituciones u organizaciones sociales participaron de modo regular, constante y progresivo en

14 Participaron delegados de ministerios, entes gubernamentales y académicos de Brasil, España, Argentina, México, Uruguay y El Salvador.

15 De las secretarías de Salud de Bogotá y Manizales

16 De la Alcaldía de Medellín como la Vicealcaldía de Salud, Inclusión y Familia, de la Unidad de Discapacidad, del Instituto de Deportes y Recreación, y de la Secretaría de Salud.

la formulación, incluyendo actores de la academia, de la gestión de los servicios de salud (EPS/IPS), programas sociales de la ciudad, dependencias gubernamentales, estrategias de salud pública, empresas del sector productivo y comercial, y organizaciones sociales, comunitarias y gremiales. En un proceso de construcción participativa sin antecedentes en la ciudad y en el país en este tema¹⁷.

8. Lineamientos para la implementación de la Política Pública de Salud Bucal de Medellín

Los lineamientos constituyen los referentes axiológicos comunes construidos por los actores a partir de los cuales se orientará la acción y la toma de decisiones en la implementación y el monitoreo de la PPSB de la ciudad.

Estos se relacionan con la visión de Medellín como ciudad saludable que se plantea como una ciudad para la vida, que acompaña a sus habitantes en el desarrollo de sus potencialidades para formar un tejido vital que permita hacer conquistas como la inclusión y el bienestar general, a partir de criterios como la equidad territorial y humana (3).

A continuación se encuentran los principios que regirán y garantizarán el cumplimiento de la PPSB, seguidos por los objetivos de la misma. Luego se describen los lineamientos y las estrategias que buscan enfrentar los núcleos problemáticos identificados por los actores de la práctica odontológica en la ciudad.

8.1 Principios de la Política Pública

Equidad

Es la justa oportunidad de todos para alcanzar la salud y desarrollar el potencial de vida. Lo justo se refiere a aplicar el principio: a cada cual según su necesidad y de cada quien según su capacidad. Igualmente, el concepto equidad implica que todas las personas pueden alcanzar su potencial de salud con independencia de sus condiciones sociales y económicas, así como la necesidad de reducir las desventajas sociales y sus efectos innecesarios, injustos y evitables sobre la salud entre los grupos más desprotegidos.

Universalidad

Es la responsabilidad del Estado de garantizar la incorporación de toda la población con plenos derechos y deberes al sistema de salud, sin exclusiones derivadas del ámbito geográfico, social, económico y cultural, ni discriminación alguna por motivo de raza, idioma, estado de salud, orientación sexual, política y religiosa. Para hacer efectivo este principio se debe garantizar la accesibilidad, la cobertura, la oportunidad, la eficiencia, y en general la calidad de los servicios que se brindan, de acuerdo con

¹⁷ Para conocer con más amplitud el proceso participativo y los dispositivos que lo hicieron posible se puede consultar el documento de sistematización de la experiencia de formulación participativa de la Política Pública de Salud Bucal de Medellín.

sus competencias.

Integralidad

Es el reconocimiento del ser humano como sujeto integral que requiere acciones que respondan a esta condición y supere la lógica de la fragmentación, es decir, que integren las respuestas interdisciplinarias e intersectoriales para responder a las necesidades en salud en los ámbitos individual, familiar y colectivo.

Accesibilidad

Es la garantía al acceso físico, a la información, al acceso económico o asequibilidad, a la no discriminación y a la atención oportuna y efectiva a los diferentes bienes, servicios, programas e infraestructura que permitan el mejoramiento de la calidad de vida y el pleno goce de la salud, de todas y todos los habitantes de la ciudad. Los principales responsables son el Estado y los actores del sistema de salud.

Disponibilidad

Es la garantía por parte del Estado de un número suficiente de bienes, programas e infraestructuras distribuidos con criterio de equidad por territorios, los cuales deben apuntar tanto a la promoción de la salud como a la prevención, atención y rehabilitación de la enfermedad. Además, de desarrollarse en condiciones sanitarias adecuadas y con personal idóneo en condiciones dignas de trabajo. Igualmente, se deben garantizar redes articuladas de todos los actores en salud, públicos y privados, para responder a las necesidades de la población e incidir en los procesos determinantes de la salud.

Aceptabilidad

Es el respeto por las particularidades individuales y colectivas que rodean y determinan el proceso salud-enfermedad, es decir, el respeto por las libertades y las condiciones culturales, éticas, históricas y sociales. Lo anterior implica que los establecimientos, los bienes y los servicios en salud deben respetar las normas que prescribe la ética médica y las diferencias culturales, así como adaptarse a las necesidades relativas al ciclo vital, al género, al territorio y a la cultura.

Gestión Participativa

Es el proceso de gestión de la PPSB centrada en la participación organizada, activa, comprometida y consciente de los diferentes actores vinculados al proceso, en el cual expresaron iniciativas, necesidades, intereses y valores comunes para su formulación. La participación de los actores permea cada una de las etapas de la Política tanto el diseño como la implementación, el seguimiento, la evaluación y el control social.

8.2 Ejes, objetivos, estrategias y acciones de la política pública

De acuerdo con el análisis de situación de salud (producto de la revisión documental y de investigaciones realizadas en la ciudad, de la discusión en grupos temáticos y del análisis de registros de prestación de servicios) y la profundización de la problematización realizada y cuyo resultado final fue la identificación de siete grandes núcleos problemáticos y sus respectivos árboles de problemas, se definieron cinco ejes para la orientación de las acciones en el marco de la implementación de la Política Pública de Salud Bucal de la ciudad, que son:

1. Gestión y posicionamiento de la Política Pública de Salud Bucal de Medellín.
2. Reorientación del modelo de atención con enfoque familiar, comunitario y territorial.
3. Desarrollo y fortalecimiento de las capacidades del recurso humano, de los actores y de las instituciones de la ciudad.
4. Fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica y de los sistemas de información para la salud bucal.
5. Gestión del conocimiento e investigación.

Para cada uno de los ejes fueron definidos objetivos y un conjunto de estrategias, interrelacionadas entre sí, que sirvieran para detallar el camino por el cual cursarán las acciones que se consideran necesarias para transformar la situación de la salud bucal en la ciudad, que fuesen pertinentes, sustentables y viables de acuerdo con el desarrollo histórico institucional de la ciudad y de sus actores. De la siguiente manera:

Eje 1. Gestión y posicionamiento de la Política Pública de Salud Bucal de Medellín

Objetivos

1. Generar espacios de articulación en la ciudad con los actores de la práctica odontológica para la planeación y el monitoreo de la PPSB.
2. Fortalecer el análisis y la divulgación de los indicadores de salud bucal a través de la herramienta de observatorios de salud, para mejorar la toma de decisiones en salud bucal.
3. Fortalecer la rectoría en salud del municipio a través del trabajo conjunto entre ministerio y Secretaría de Salud departamental.
4. Desarrollar estrategias comunicativas integrales que promuevan transformaciones de las percepciones y los

imaginarios de la ciudadanía y de la institucionalidad en torno a la salud bucal como derecho, como parte de la salud integral.

5. Fortalecer con los actores sociales y comunitarios la capacidad de control social de la PPSB y la reivindicación del derecho a la salud bucal.

Estrategias y acciones

1.1 Comité Municipal por la Salud Bucal

Es el espacio de coordinación y concertación de la gestión, implementación y seguimiento a la PPSB. Podrá operar a través de subcomités.

1.1.1 Definición y concertación de la dinámica del Comité y los subcomités, su reglamento, metas, alcances, formas de evaluar y monitorear.

1.1.2 Definición de los estatutos para las reuniones y la conformación legal.

1.1.3 Instaurar la figura de coordinadores de cada uno de los ejes o subcomités.

1.1.4 Acompañamiento y seguimiento de la Secretaría de Salud al proceso de gestión e implementación de la PPSB para alcanzar las metas de ciudad en salud bucal (fortalecimiento del liderazgo).

1.2 Componente de salud bucal en Observatorio de Salud Pública del municipio

Para desarrollar el eje temático de salud bucal en el Observatorio de Salud Pública municipal.

1.2.1 Implementación del capítulo de SB en el Observatorio de Salud Pública del municipio

1.2.2 Gestión continua y análisis de la información sobre el recurso humano de la práctica odontológica, la garantía al derecho a la salud de la ciudad que permita la caracterización periódica de este recurso humano, de la garantía del derecho y de las condiciones de salud.

1.2.3 Generar espacios de discusión permanente -sala situacional de salud bucal- para analizar resultados y construir propuestas que permitan el mejoramiento de los indicadores en salud bucal.

1.2.4 Evaluación y seguimiento a las metas institucionales de los servicios de salud bucal, del Plan Decenal de Salud Pública -PDSP- y de la PPSB.

1.2.5 Publicar y socializar los resultados encontrados a través de las herramientas tecnológicas del Observatorio de Salud Pública municipal.

1.3 Comunicaciones

Para el desarrollo de actividades de comunicación que promuevan el conocimiento de la PPSB en la ciudad e involucren a diferentes actores y propicien su participación continua.

1.3.1 Elaboración y ejecución de un plan de comunicaciones que posicione la PPSB e integre el fortalecimiento de los espacios de comunicación comunitario e institucional.

1.3.2 Desarrollo del plan de medios *off line* y *online*, que se integra como un elemento fundamental del plan de comunicaciones, utilizando herramientas de comunicación adaptadas a cada público, así como gestión de la relación con los medios: masivos, regionales y especializados.

1.3.3 Campañas audiovisuales periódicas que permitan el reconocimiento de la PPSB, integrando el concepto de salud como derecho.

1.4 Posicionamiento político y apropiación social

Acciones que garanticen la interacción entre estamentos políticos y comunitarios con la PPSB, de manera tal que se legitime socialmente la misma.

1.4.1 Seguimiento al plan de trabajo conjunto entre Ministerio de Salud, Secretarías de Salud departamental y municipal.

1.4.2 Reuniones de socialización de la PPSB con los actores políticos: Concejo, secretarías, JAC, JAL, delegados PP, instituciones educativas y agentes comunitarios en salud.

1.4.3 Gestión del Acto Administrativo de la PPSB.

1.4.4 Conformación y dinamización de la red de agentes comunitarios con énfasis en salud bucal, para fortalecer el empoderamiento de la comunidad en torno a la exigibilidad del derecho a la salud con énfasis en la salud bucal (para la continuidad de la Política Pública).

1.4.5 Articulación con programas sociales de la ciudad, de manera tal que la PPSB se integre a otros planes y políticas públicas que sean afines a sus estrategias.

1.5 Control social de las respuestas en salud bucal de la ciudad

Para el desarrollo de estrategias, el empoderamiento de los actores sociales y comunitarios, así como para fomentar el control social a la PPSB.

1.5.1 Fortalecimiento de los Copacos y veedurías con el fin de ejercer el control al desarrollo de la PPSB.

Eje 2. Reorientación del modelo de atención con enfoque familiar, comunitario y territorial

Objetivos

1. Mejorar el acceso a los servicios y los programas de salud bucal para grupos poblacionales y territorios en los cuales se concentran los indicadores de inequidad, a través de la distribución de la oferta y la disponibilidad de la respuesta en salud bucal, así como la ampliación de programas a grupos prioritarios.

2. Desarrollar programas de atenciones odontológicas integrales para gestantes, primera infancia, adultos mayores y poblaciones diferenciales.

3. Desarrollar modelos de atención basados en la estrategia Atención Primaria en Salud renovada –Salud en el Hogar– que integren la atención individual y colectiva en salud, y garanticen el vínculo, la continuidad y la integralidad de las acciones para mejorar las condiciones de salud bucal de la población a través de una respuesta oportuna y articulada de los actores responsables.

4. Desarrollar programas de promoción de la salud bucal innovadores en espacios sociales cotidianos de la población y programas de ciudad con referentes de salud bucal que orienten técnicamente la resignificación de las nociones y las prácticas en torno al cuerpo y al bienestar que permitan el mejoramiento de la calidad de vida.

5. Potenciar la relación y la articulación entre sectores académico y de servicios y programas de salud y sociales, a través de estrategias y modelos integrales en salud bucal para la ciudad, que reorienten los procesos institucionales en pro de la formación en salud bucal en escenarios reales.

6. Implementar procesos de calidad en la atención odontológica que garanticen el derecho a la salud, la humanización del servicio y el mejoramiento de las condiciones laborales de los profesionales y técnicos de la práctica odontológica (PO).

Estrategias y acciones

2.1 Ampliación y regulación de la oferta de servicios y programas de SB con criterios de equidad

Desarrollo de mecanismos para ampliar la disponibilidad, la distribución y el acceso a los servicios y las respuestas en salud bucal en la ciudad, teniendo en cuenta criterios territoriales y poblacionales para superar las condiciones de inequidad

2.1.1 Adecuación y habilitación de espacios físicos para la atención en zonas deficitarias de la ciudad / Conlleva el estudio de costos y alternativas de financiamiento.

2.1.2 Implementación de red de urgencias y atención especializada en SB / Caracterización de la oferta actual y

estudios de la oferta especializada en la ciudad.

2.1.3 Definición de rutas de respuesta articulada por territorios y niveles de atención.

2.1.4 Implementación de programas de atención odontológica integral para grupos poblacionales para primera infancia, gestantes, persona mayor, población afrodescendiente, desplazados, población en condición de discapacidad, indígenas.

2.2. Desarrollo de estrategias de atención individual y colectiva basada en los principios de APS

En el marco de la apuesta por la APS de la ciudad (donde se integran las respuestas preventivas y resolutivas de la necesidad de la familia y sujeto en diferentes niveles de atención), se desarrollaran experiencias demostrativas altamente resolutivas, orientadas a mantener la salud bajo principios de vínculo, continuidad e integralidad.

2.2.1 Identificación y caracterización de necesidades y potencialidades familiares y de territorios priorizados / Desarrollo de instrumento de caracterización (ficha) y de técnica grupal en espacios sociales.

2.2.2 Clasificación de prioridades de atención, canalización a servicios y seguimiento -sistema de alertas-.

2.2.3 Atención odontológica integral (preventivo-resolutivo) a poblaciones priorizadas (gestantes, menores de cinco años, población condición discapacidad, población desplazada, diabéticos). Implica la adecuación de la oferta y de los procesos institucionales para garantizar respuestas integrales y oportunas. Identificación de la oferta de servicios de las instituciones y articulación de las respuestas para responder a la necesidad.

2.2.4 Diseño e implementación de estrategias pedagógicas y preventivas para impulsar prácticas de cuidado cotidiano en espacios sociales (hogares, jardines y colegios). Pueden articular prácticas académicas de las universidades / Implica la adquisición de kits de cuidado bucal, el acondicionamiento y la dotación de espacios para el cuidado.

2.2.5 Monitoreo periódico de la calidad de las prácticas de cuidado y de la efectividad de la canalización a servicios (seguimiento trimestral).

2.2.6 Gestión comunitaria e intersectorial para la sustentabilidad de las respuestas y la incidencia en procesos determinantes / Red de apoyo interinstitucional en respuesta social.

2.3 Fortalecimiento de los programas de promoción de la salud y transversalización de la SB en los programas de ciudad

Creación y fortalecimiento de la promoción de la salud en

la ciudad, en diferentes espacios sociales y programas existentes. Se privilegiará la innovación en espacios sociales no abordados tradicionalmente por las estrategias de salud bucal en la ciudad y que tienen alto potencial de resignificación de las nociones y prácticas en torno al cuerpo, el bienestar y la vida.

2.3.1 Diseño y desarrollo de estrategias pedagógicas de tipo lúdico, interactivo y experiencial, para el cuidado de la salud bucal en espacios sociales, relacionados con prácticas como la alimentación, el lenguaje y la comunicación, el encuentro familiar y social, el bienestar y el cuidado personal, tales como: comedores comunitarios, salas de lectura y ludotecas, espacio deportivos, unidades de vida articulada, gimnasios, centros estéticos y peluquerías.

2.3.2 Promoción de la salud bucal en los espacios laborales en articulación con ARL y EPS / Desarrollo de reconocimiento a las mejores prácticas empresariales.

2.3.3 Fortalecimiento del componente de salud bucal en los programas y estrategias de salud pública de la ciudad (Escuelas y Colegios Saludables, AIEPI, jóvenes) a través de la implementación de: monitores escolares de salud bucal, rutina de cepillado, concursos de mejores prácticas higiénicas y nutricionales.

2.3.4 Fortalecimiento o desarrollo del componente de salud bucal en programas de ciudad (Buen Comienzo, Medellín Solidaria, Discapacidad).

2.4 Alianza academia servicio para la potenciación de los modelos de atención de la ciudad

Diseño e implementación de una estrategia de trabajo articulado, en territorios específicos y lineamientos comunes, entre instituciones formadoras de talento humano odontológico, EPS e IPS y organizaciones sociales, que potencien modelos de atención basados en los principios de la APS, que articulen la promoción de la salud, las estrategias preventivas y de atención integral. Posibilitadores de procesos formativos en escenarios reales.

2.4.1 Reorientación de las prácticas académicas a partir del desarrollo de experiencias demostrativas de abordaje territorial con las diferentes instituciones de formación, en apoyo a la implementación del modelo de atención, con articulación de EPS-IPS y organizaciones sociales.

2.4.2 Desarrollo de prácticas académicas en nuevos espacios de desarrollo profesional y laboral como administrativos y de gestión.

2.4.3 Desarrollo de experiencias pedagógicas innovadoras en espacios de ciencia y tecnología de la ciudad -tipo sala interactiva de salud bucal-, que resignifiquen estereotipos e imaginarios de la salud bucal.

2.5 Fortalecimiento de la calidad de la atención odontológica

Mejorar la calidad de los servicios odontológicos, a partir del fortalecimiento del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud y de prácticas orientadas a la humanización de la atención para garantizar el derecho a la salud y mejores condiciones laborales.

2.5.1 Fortalecimiento de los procesos de auditoría sobre la calidad de los registros, los procesos de análisis y la gestión de la información institucional y territorial en relación con el derecho a la salud (HC, RIPS e indicadores de calidad).

2.5.2 Implementación de unidades de análisis institucional y territorial sobre calidad de la atención y el derecho a la salud (fallos de la atención y evaluación de normas de calidad).

2.5.3 Articulación en red de las instituciones de la atención odontológica para compartir desarrollos de calidad.

2.5.4 Adopción e implementación de guías de atención clínica unificadas.

Eje 3: Desarrollo y fortalecimiento de las capacidades de las instituciones formadoras del recurso humano y de los actores sociales y comunitarios

Objetivos

1. Mejorar las capacidades de las instituciones académicas, sociales y comunitarias, así como del recurso humano a través de pactos académicos que avancen hacia una práctica odontológica con pertinencia social y garante del derecho a la salud en su componente bucal.
2. Fortalecer los currículos de las instituciones formadoras del recurso humano de la práctica odontológica mediante la incorporación de lineamientos y la articulación a los desarrollos de la PPSB en la ciudad.
3. Propiciar y fortalecer espacios académicos de formación continuada dirigidos a complementar los diferentes perfiles profesionales y técnicos de la práctica odontológica de la ciudad, orientados a la apropiación de atributos del derecho a la salud como calidad, oportunidad, respeto por la diferencia y humanización.
4. Formar actores sociales y comunitarios en salud bucal para la incidencia de la situación de salud de la ciudad.
5. Contribuir a la articulación de los diferentes sectores (académico, de servicios, de programas sociales, de salud y comunitarios) para garantizar el derecho a la salud de la población, el mejoramiento de los procesos de formación y de las condiciones laborales del recurso humano profesional y técnico de la PO.

Estrategias y acciones

3.1 Agenda académica interinstitucional para fortalecer el recurso humano

Proceso de formación concertado de manera interinstitucional para fortalecer los perfiles profesionales y técnicos de la práctica odontológica de la ciudad en temas estratégicos identificados en la PPSB.

3.1.1 Gestión interinstitucional de espacios académicos, como seminarios, foros, congresos, simposios, diplomados, entre otros, y desarrollo de los temas propuestos por la PPSB en cooperación y financiación de instituciones formadoras, prestadores de servicios y casas comerciales.

3.1.2 Cátedra “La boca convoca a la ciudad” entendida como ciclo de capacitaciones en temas clínicos, administrativos, políticos, laborales y de la situación gremial, dirigida a los actores de la práctica odontológica que presten los servicios. Con carácter itinerante (movilidad por las diferentes instituciones prestadoras de servicios) y permanente (continuidad en el tiempo).

3.2 Formación de actores sociales y comunitarios en salud bucal “Tu boca convoca”

Cursos de formación sobre promoción de la salud y prevención de la enfermedad con énfasis en salud bucal para actores claves (docentes, cuidadores, líderes comunitarios, entre otros) para sensibilizar y educar en salud bucal, además de conformar la red de agentes comunitarios en salud.

3.2.1 Espacios itinerantes de formación en salud bucal por lugares públicos de la ciudad (parques, bibliotecas, entre otros).

3.2.2 Cursos de formación para agentes comunitarios en salud con énfasis en salud bucal dirigido a docentes de escuelas y colegios, cuidadores, líderes comunitarios, voluntarios de ONG.

3.3 Pacto académico interinstitucional por una práctica odontológica con pertinencia social y garante del derecho a la salud

Compromiso entre las instituciones formadoras de recurso humano, profesional y técnico, para avanzar hacia la garantía del derecho a la salud en su componente bucal y en el reconocimiento de la práctica odontológica como práctica social.

3.3.1 Generación de pactos académicos interinstitucionales que involucren una agenda temática anidada en los currículos de los programas académicos ofertados en la ciudad para la formación de recurso humano para la práctica odontológica pertinente a la PPSB.

3.3.2 Reconfiguración de la clínica y de las prácticas descentralizadas o comunitarias como espacios activos para la prevención de la enfermedad, la promoción de la

salud y la salud pública.

3.3.3 Conformación de mesa académica por cada institución formadora para evaluar los perfiles del recurso humano profesional, especialista y técnico, de acuerdo con las necesidades de la población y acorde con los elementos de la PPSB.

Eje 4. Fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica y de los sistemas de información

Objetivos

1. Monitorear el comportamiento epidemiológico de eventos trazadores de la salud bucal y del cumplimiento de las metas de ciudad.
2. Incorporar criterios de equidad (territorial, poblacional, diferencial) en los procesos de gestión de la información, de análisis y de toma de decisiones.
3. Cualificar las capacidades del talento humano odontológico para la gestión de la información y el análisis que promuevan procesos de mejoramiento en las acciones cotidianas.
4. Incorporar actores comunitarios en la identificación de eventos prioritarios que activen la respuesta social e institucional para mejorar la salud bucal de grupos poblacionales específicos.
5. Realizar reportes y procesos de análisis de situación de salud bucal de modo regular que vinculen actores claves de la gestión de la salud bucal y la atención odontológica.

Estrategias y acciones

4.1 Definición e implementación de estrategias para la vigilancia epidemiológica de la salud bucal en la ciudad

Adaptar los recursos y las habilidades del municipio de Medellín frente a la recolección, el registro, el análisis y la difusión de la información de eventos relacionados con la salud bucal, en aras de proporcionar información de calidad para cualificar la toma de decisiones y la evaluación de los resultados de las acciones dirigidas a mejorar la situación de salud bucal de la población.

4.1.1 Construcción de la estrategia de vigilancia epidemiológica de la salud bucal mediante la combinación de modalidades por centinelas, vigilancia activa con énfasis en CIT (caries infancia temprana) y fluorosis, y un componente de vigilancia comunitaria de la salud bucal en la primera infancia.

4.1.2 Desarrollo de estudios de monitoreo periódicos, con criterios territorial-poblacional.

4.1.3 Desarrollo de la vigilancia comunitaria de la salud bucal con énfasis en CIT, fluorosis y necesidades de atención en condición urgente.

4.2 Generación y difusión regular de procesos de análisis de situación de salud bucal con criterios territorial, poblacional y diferencial

Desarrollo e institucionalización de procesos de análisis de situación de salud institucional y territorial que incorporen criterios de equidad.

El criterio territorial hace referencia a la realización de los análisis con distinción por zonas y de la ruralidad de la ciudad. El criterio poblacional hace referencia al análisis por ciclos de vida, distinguiendo la primera infancia, la adolescencia y juventud, la adultez y la tercera edad. El criterio diferencial hace referencia al análisis por condición de género y diversidad sexual, condición de discapacidad, situación de desplazamiento y etnicidad.

4.2.1 Estandarización de indicadores para la vigilancia epidemiológica de la salud bucal institucional y de ciudad.

4.2.2 Ajuste de manual para el análisis de situación de salud institucional y territorial.

4.2.3 Elaboración periódica de informes de análisis epidemiológico, e implementación de espacios regulares de análisis a nivel institucional y de ciudad que involucren actores clave y tomadores de decisiones.

4.3 Fortalecimiento del sistema de información en el marco de los sistemas nacionales de información

Fortalecimiento de las capacidades y de los procesos institucionales para la producción de información de calidad que oriente la acción y permita los ejercicios de rendición de cuentas a la ciudadanía.

4.3.1 Capacitación a actores clave de la prestación de servicios de salud en el registro de información y su relevancia para la salud pública.

4.3.2 Reporte de metas institucionales de forma periódica y difusión entre actores clave y tomadores de decisiones.

4.3.3 Fortalecimiento del proceso de validación RIPS mediante la generación de reportes de calidad de la información proporcionada por las instituciones y la construcción de planes de mejoramiento.

Eje 5. Gestión del conocimiento y la investigación

Objetivos

1. Fortalecer los procesos de gestión de conocimiento de las instituciones prestadoras de servicios, las entidades territoriales y la comunidad, a través del reconocimiento

de las experiencias en salud bucal de tipo comunitario, interinstitucional e intersectorial.

2. Fortalecer los procesos investigativos en salud bucal en temas prioritarios para la ciudad, mediante la promoción de incentivos y alianzas estratégicas.

Estrategias y acciones

5.1 Gestión del conocimiento para el fortalecimiento institucional y el desarrollo comunitario

Fortalecimiento de los procesos de gestión del conocimiento de las instituciones prestadoras de servicios, de la entidad territorial y de la comunidad.

5.1.1 Fortalecimiento y desarrollo de recurso físico, tecnológico y humano para la sistematización de experiencias de origen intersectorial, interdisciplinario y comunitario en salud bucal y calidad de vida.

5.1.2 Documentar y sistematizar experiencias de trabajo intersectorial e interdisciplinario en salud bucal.

5.1.3 Desarrollo de encuentros de difusión y socialización de experiencias en salud bucal y calidad de vida en la ciudad.

5.2 Alianzas estratégicas para el desarrollo de la investigación en salud bucal

Desarrollo y fortalecimiento de los procesos de investigación liderados en la ciudad.

5.2.1. Formulación de una agenda de investigación de ciudad y de sus líneas prioritarias.

5.2.2. Identificación, fortalecimiento y articulación con los grupos, las redes y los observatorios de investigación de la ciudad.

5.2.3. Gestión de convenios de cooperación para la financiación y el desarrollo de proyectos y encuentros de investigación de ciudad.

5.2.4. Desarrollo de investigaciones en territorios y poblaciones específicas de la ciudad que permita el avance del conocimiento local.

5.2.5. Publicación, socialización e intercambio de los resultados obtenidos en los procesos investigativos para el fortalecimiento de las políticas públicas y la salud bucal.

5.2.6. Realización de estudios prospectivos para respaldar el conocimiento de la salud bucal como un fenómeno social e integral relacionado con aspectos económicos, educativos y equitativos.

9. Cómo empezar la implementación de la PPSB

Con los diferentes actores que participaron el proceso de la formulación de la Política Pública, se alcanzaron productos concertados como:

- La definición de unos lineamientos de política, que incluyen unos ejes estratégicos, objetivos, estrategias, acciones y metas para orientar la acción en los próximos diez años.
- Un análisis actualizado de la situación de la salud bucal y de la práctica odontológica de la ciudad.
- La cualificación de un conjunto de actores institucionales y sociales en torno a la gestión de políticas públicas en salud.
- El establecimiento de una red de vínculos nacionales e internacionales con los cuales generar intercambios de experiencias y aprendizajes.
- El diseño y posicionamiento de una marca de ciudad para identificar la PPSB “la boca convoca”
- La construcción de pactos específicos entre los actores para dinamizar las estrategias de la PPSB.

LOS CRITERIOS PARA REDIMENSIONAR LA ACCIÓN

Fueron emergiendo como parte del proceso de construcción de la PPSB hasta alcanzar un acuerdo explícito entre los actores. Ellos fueron una respuesta a la problematización de la situación de la práctica odontológica y de la salud bucal en la ciudad, de donde pudieron identificarse sus principales procesos críticos. Vale la pena destacar tres criterios que lograron alcanzar mayor significado para los actores y que revelan la apuesta para renovar el quehacer por la salud bucal en la ciudad. Son ellos la transversalización de la salud bucal en los programas sociales y las estrategias de salud pública de la ciudad, la condición participativa de las estrategias y el desarrollo del monitoreo para orientar las decisiones de la gestión de la PPSB.

LOS LINEAMIENTOS DE LA PPSB DE MEDELLÍN

Las acciones de la PPSB se organizan en torno a 5 ejes de acción y 18 estrategias, alrededor de las cuales se precisó un conjunto de acciones y se definieron 36 metas y 54 indicadores. Esta es una ambiciosa plataforma multidimensional, considerada necesaria por los actores, que requiere la vinculación del conjunto de actores de la ciudad para lograr transformaciones sustentables de la salud bucal de los grupos humanos de la ciudad en un horizonte de diez años.

Una forma sintética de representar la estructura de la PPSB es reconocer una columna vertebral y un sistema de complementos.

LA COLUMNA VERTEBRAL DE LA PPSB

Está representada por las acciones del eje 2 “Reorientación del modelo de atención con enfoque familiar, comunitario y territorial”, que se despliega a partir de cinco estrategias complementarias, para ampliar el acceso y la cobertura, integrar las acciones individuales y colectivas en entornos de vida cotidiana, innovar en el desarrollo de la promoción de la salud, articular la academia en el desarrollo de modelos de atención y garantizar las condiciones de calidad de la atención.

EL SISTEMA DE COMPLEMENTOS DE LA PPSB

Estaría representado por las estrategias y acciones de los cuatro ejes restantes, que harían posible y sustentable la transformación del modelo de atención¹⁸, orientadas a la gestión de la PPSB y posicionamiento de la salud bucal en la ciudad, la construcción de capacidades en los actores e instituciones, el fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica y de los sistemas de información, y la gestión del conocimiento y la investigación.

En torno a los diferentes ejes y estrategias, los actores definieron sus roles y fueron construyendo pactos para renovar la forma de hacer las cosas. Podrían destacarse como ejemplo de ello los acuerdos para dinamizar un modelo de atención para la primera infancia en el cual se vinculan: dos dependencias del Gobierno municipal (secretarías de educación y salud) que lideran un programa social de la ciudad (Buen Comienzo), dos EPS (Sura y Coomeva), la ESE Metrosalud, la Estrategia Escuelas y Colegios Saludables y la Fundación Universitaria Autónoma de las Américas. Proceso en el cual se definieron los criterios técnicos y metodológicos para implementar un modelo de atención en el cual los actores despliegan su quehacer bajo los principios de la APS y de un modo articulado.

Como un resultado emergente en el proceso de construcción de la PPSB, fue ganando terreno la idea de iniciar la implementación de la política dándole mayor énfasis al trabajo en la primera infancia, que sin descuidar los otros grupos poblacionales y el desarrollo de las estrategias en su conjunto, pudiera producir un mensaje político contundente en torno al compromiso de todos los actores de la ciudad para lograr que se garanticen las condiciones para hacer de la primera infancia una experiencia de vida libre de la caries dental. Una meta sin duda ambiciosa, que convoca al conjunto de actores de la ciudad y frente a la cual esta tiene la capacidad técnica y política para asumir este compromiso.

A partir de los compromisos ratificados por los actores y del diálogo conducente a pensar lo que sería el inicio de la implementación de la PPSB, se logró identificar cinco pasos para comenzar el desarrollo de la Política Pública.

¹⁸ El modelo de atención hacer referencia al modo intencionado de organización y articulación de los procesos y respuestas que realizan el conjunto de organizaciones y actores sociales con el propósito de incidir en una situación determinada, en este caso, la salud bucal de los ciudadanos de Medellín.

Paso 1. Divulgación sistemática de la PPSB

Orientada a divulgar la PPSB en tres grupos clave y a ratificar y viabilizar los compromisos institucionales. Los grupos clave serían: el talento humano en salud de las instituciones del sistema de seguridad social (EPS/IPS), las comunidades académicas de las instituciones formadoras de talento humano y las organizaciones sociales y comunitarias de la ciudad.

Paso 2. Iniciar la implementación de estrategias claves

Para iniciar con ocho estrategias clave, que tienen actores comprometidos con su desarrollo y acuerdos técnicos y metodológicos básicos para su implementación.

- a. Implementación del modelo de atención en salud bucal para la primera infancia, a iniciarse en la comuna 7 y en el corregimiento de Santa Helena.
- b. Desarrollo de una estrategia para la ampliación del acceso y la cobertura en zonas con déficit de oferta, para iniciarse en las zonas 1 y 2 de la ciudad (Nororiental y Noroccidental).
- c. Implementación de la estrategia de vigilancia epidemiológica de la salud bucal, que combine modalidades centinela, de búsqueda activa y vigilancia comunitaria.
- d. Desarrollo de la estrategia de comunicaciones y apropiación social de la PPSB.
- e. Implementación del Comité Municipal de Salud Bucal
- f. Desarrollo de estrategias innovadoras de promoción de la salud. Se podría iniciar con tres propuestas construidas por los grupos del Diplomado en Políticas Públicas: la promoción de la salud bucal y la prevención del trauma dental en escuelas deportivas de la ciudad, el desarrollo de una estrategia itinerante para la promoción de la salud bucal en parques biblioteca de la ciudad y la dinamización de una red de agentes comunitarios por la salud bucal, y el desarrollo de una estrategia de vigilancia comunitaria de salud bucal en la primera infancia.
- g. La implementación de un plan de trabajo conjunto, entre Ministerio de Salud, Secretaría de Salud Municipal y Departamental para el fortalecimiento de la rectoría.
- h. El desarrollo de alianzas público–privadas entre la Secretaría de Salud y empresas del sector productivo y comercial, para la dinamización de estrategias claves de la PPSB.

Paso 3. Convocar e iniciar el Comité Municipal de Salud Bucal

Donde confluyan las instituciones y las organizaciones vinculadas a la gestión de la PPSB, promoviendo la participación activa de organizaciones sociales y comunitarias. El Comité sesionará con una periodicidad definida, podrá complementar su funcionamiento a través de mesas de trabajo para hacer operativa su gestión. En sus primeros momentos se definirá su reglamento y su plan de trabajo anual. El Comité definirá las directrices técnicas y metodológicas para la implementación de las estrategias y realizará el monitoreo de sus avances.

Paso 4. Iniciar la gestión del acto administrativo de la PPSB

Definiendo una ruta y una estrategia para gestionar el acto administrativo que respalda la PPSB de la ciudad.

Paso 5. Adecuación de la contratación de los lineamientos de la PPSB y armonización de los planes operativos anuales de las instituciones

Una tarea administrativa que convoca al conjunto de instituciones para adecuar instrumentos de la planeación institucional a los lineamientos de la PPSB que permitan su desarrollo y faciliten su apropiación institucional.

9.1 Coda

Si los actores de la práctica odontológica de la ciudad revisamos lo que queremos dejar atrás, veremos un pasado signado por la indiferencia y el individualismo. Una ciudad para la vida, esa que queremos y por la que estamos dispuestos a trabajar unidos, nos demanda un esfuerzo por transformar las lógicas que subyacen en la acción del día a día y que constituyen obstáculos para un quehacer articulado y comprometido con lograr condiciones de salud que hagan posible una vida digna para toda la ciudadanía.

La ciudad del presente, esa llamada a ser protagonista de la innovación social, tiene las condiciones de conocimiento, tecnología, experiencia y voluntad para comprometerse con un salto cualitativo y cuantitativo en el logro de la salud bucal en los diferentes grupos humanos que conforman esta diversa y heterogénea ciudad.

En sintonía con los planteamientos de la estrategia *Medellín Ciudad Saludable*, que recoge los debates del 7° Foro urbano mundial ONU-hábitat- celebrado en la ciudad en 2014, esta política pública nos convoca a construir esa ciudad que queremos “un territorio para la vida y la equidad, que complementa esta mirada multidimensional con una gestión territorial activa y siempre dispuesta a la discusión, el diálogo cohesionado y la deliberación pública” (3).

El compromiso con una nueva forma de hacer las cosas nos demanda la construcción de nuevos liderazgos, un liderazgo colectivo, provocador y convocante. De todos

y de cada uno depende concretar este nuevo ideal de la salud bucal de la ciudad. Es la invitación.

10. Bibliografía

1. Alcaldía de Medellín. “Plan de Desarrollo 2012-2015.” Un Hogar para la Vida. 2012.
2. Alcaldía de Medellín. Plan territorial de salud Medellín 2012-2015. Medellín. Revista salud pública de Medellín, secretaria de salud 2012: Vol.5;(1)
3. Secretaría de Salud Medellín. Documento de implementación de la estrategia “Medellín ciudad saludable”. Medellín, septiembre de 2014.
4. Secretaría Distrital de Salud, Política de salud oral de Bogotá D.C, con participación social para el decenio 2011-2021. Bogotá D.C, 2011.
5. Alcaldía de Manizales. Política Pública de Salud Oral Manizales 207-2017. Manizales- Colombia, 2006.
6. Programa Global de Salud Oral. [Internet]. [Consultado en enero de 2013]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/en/index.html>.
7. Carta de Brasilia sobre Salud Bucal en las Américas [Internet]. II Encuentro Internacional de Coordinadores Nacionales de Salud Bucal, Brasilia; 2009. [Consultado en: enero 2013]. Disponible en: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/carta_brasilia_salud_bucal_americas.pdf.
8. Congreso de la república. Constitución Política de Colombia 1991. [internet]. 1991. [Consultado en enero 2013] Disponible en: <http://www.banrep.gov.co/regimen/resoluciones/cp91.pdf>.
9. Congreso de la república. Ley 10 de 1962. [Internet]. 1962. [Consultado en: enero 2013]. Disponible en: http://www.mineduccion.gov.co/1621/articles-103685_archivo_pdf.pdf.
10. Congreso de la República. Ley 35 de 1989 [Internet]. 1989. [Consultado en: enero 2013]. Disponible en: http://medicinaprepagada.comeva.com.co/archivos/odon/codigo_etica.pdf.
11. Congreso de la República. Ley 9 de 1979. [Internet]. 1979. [Consultado en: enero 2013]. Disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=1177>.

12. Arroyave Zuluaga ID. La organización de la Salud en Colombia. [Internet]. Medellín: Hospital universitario San Vicente de Paul, 2009; 10- 585p. [Consultado en: enero 2013]. Disponible en: www.periodicoelpulso.com Consultado
13. Congreso de la República. Ley 100 de 1993. [Internet]. 1993. [Consultado en: enero 2013]. Disponible en: <http://www.colombia.com/actualidad/images/2008/leyes/ley100.pdf>
14. Congreso de la República. Ley 715 de 2001. [Internet]. 2001. [Consultado en: enero 2013]. Disponible en: http://www.unal.edu.co/secretaría/normas/ex/L0715_01.pdf
15. Ministerio de Salud. Ley 1122 de 2007. [Internet]. 2007. [Consultado en: enero 2013]. Disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/>
16. Congreso de la República. Ley 1164 de 2007. [Internet]. 2007. [Consultado en: enero 2013]. Disponible en: <http://www.medicina.unal.edu.co/ConveniosDocs/6.%20Ley%201164%20de%202007..pdf>
17. República de Colombia. Ley 1438 de 2011. [Internet]. 2011. [Consultado en: enero 2013]. Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/Normatividad/LEY%201438%20DE%202011.pdf>
18. Corte Constitucional. Sentencia T-760 de 2008. [Internet]. 2008. [Consultado en: enero 2013]. Disponible en: <http://www.elabedul.net/Documentos/Leyes/2008/T-760-08.pdf>
19. Corte Constitucional. Sentencia T-170 de 2010. [Internet]. 2010. [Consultado en: enero 2013]. Disponible en: <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2010/t-170-10.htm>
20. Corte Constitucional. Sentencia T-548 de 2011. [Internet]. 2011. [Consultado en: enero 2013]. Disponible en: <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2011/T-548-11.htm>
21. Corte Constitucional. Sentencia T-676 de 2011. [Internet]. 2011. [Consultado en: enero 2013]. Disponible en: <http://salud.ucaldas.edu.co/sitios/toxicologia/files/2012/02/Farmacodependencia.pdf>
22. Presidente de la República. Decreto 2024 de 1984. [Internet]. 1984. [Consultado en: enero 2013]. Disponible en: <http://www.dmsjuridica.com/CODIGOS/LEGISLACION/decretos/1984/D2024de1984.htm>
23. Ministerio de Salud. Decreto 547 de 1996. [Internet]. 1996. [Consultado en: enero 2013]. Disponible en: <http://www.udea.edu.co/portal/page/portal/bibliotecaSedesDependencias/unidadesAcademicas/FacultadNacionalSaludPublica/serviciosProductos/laboratorioSaludPublica/MarcoLegal/An%C3%A1lisisFisico-Qu%C3%ADmico/Decreto%20547%20de%201996.pdf>
24. Ministerio de Salud. Decreto 2676 de 2000. [Internet]. 2000. [Consultado en: enero 2013]. Disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=11531>
25. Ministerio de Salud. Decreto 3616 de 2005. [Internet]. 2005. [Consultado en: enero 2013]. Disponible en: <http://www.cancer.gov.co/documentos/Normatividad/Decretos/Decreto%203616-2005.pdf>
26. Ministerio de Salud. Decreto 1011 de 2006. [Internet]. 2006. [Consultado en: enero 2013]. Disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=19975>
27. Ministerio de Salud. Decreto 3518 de 2006. [Internet]. 2006. [Consultado en: enero 2013]. Disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=21859>
28. Alcaldía Municipal de Popayán, Resoluciones, Circulares y Actos Administrativos. [Internet]. [Consultado en: Agosto 2014]. Disponible en: <http://popayan.gov.co/ciudadanos/la-alcaldia/normatividad/resoluciones-circulares-y-actos-administrativos>
29. Ministerio de Salud. Resolución 1995 de 1999. [Internet]. 1999. [Consultado en: enero 2013]. Disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=16737>
30. Ministerio de Salud. Resolución 412 de 2000. [Internet]. 2000. [Consultado en: enero 2013]. Disponible en: www.pos.gov.co/.../resolucion_412_2000
31. Ministerio de Salud. Resolución 3374 de 2000. [Internet]. 2000. [Consultado en: agosto 2014]. Disponible en: <http://es.slideshare.net/cristianpeñana/resolucin-3374-de-2000>
32. Resolución 4505 de 2012. [Internet]. 2012. [Consultado en: octubre 2014]. Disponible en: http://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%204505%20de%202012.pdf
33. Ministerio de Salud. Resolución 1164 de 2002. [Internet]. 2002. [Consultado en: enero 2013]. Disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=36291>
34. Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Acuerdo 260 de 2004. [Internet]. 2004. [Consultado en: febrero 2014]. Disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=32036>

35. Ministerio de Salud. Resolución 1715 de 2005. . [Internet]. 2005. [Consultado en: enero 2013]. Disponible en: http://www.javeriana.edu.co/archivo/07_eventos/docs/resolucionhc02.pdf .
36. Ministerio de Salud. Resolución 1448 de 2006. . [Internet]. 2006. [Consultado en: febrero 2014]. Disponible en: <http://www.telemedicina.unal.edu.co/IPSDoc/Res1448.pdf>.
37. Ministerio de Salud. Resolución 3577 de 2006. [Internet]. 2006. [Consultado en: enero 2013]. Disponible en: http://www.avancejuridico.com/actualidad/documento_soficiales/2006/46411/r_mps_3577_2006.html.
38. Ministerio de Salud. Resolución 2564 de 2008. . [Internet]. 2008. [Consultado en: enero 2013]. Disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=31573> .
39. Ministerio de la Protección social. Resolución 366 de 2010. . [Internet]. 2010. [Consultado en: febrero 2014]. Disponible en: http://www.avancejuridico.com/actualidad/documentosoficiales/2010/47610/r_mps_0366_2010.html.
40. Ministerio de la Protección social. Resolución 1441 de 2013. . [Internet]. 2013. [Consultado en: febrero 2014]. Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/Normatividad/Resoluci%C3%B3n%201441%20de%202013.PDF>
41. Ministerio de Salud. Resolución 2003 de 2014. . [Internet]. 2014. [Consultado en: octubre 2014]. Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Resoluci%C3%B3n%202003%20de%202014.pdf>.
42. Ministerio de la Protección social. Resolución 4505 de 2013. . [Internet]. 2010. [Consultado en: febrero 2014]. Disponible en: <http://www.cruzblanca.com.co/Descargas/malla-validadora/resolucion-4505-2012.pdf>.
43. Ministerio de Salud. Resolución 5521 de 2013. . [Internet]. 2013. [Consultado en: febrero 2014]. Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Resoluci%C3%B3n%205521%20de%202013.pdf>.
44. Ministerio de salud y protección social. Resolución 1531 de 2014. . [Internet]. 2014. [Consultado en: agosto 2014]. Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Resoluci%C3%B3n%201531%20de%202014.pdf>
45. Ministerio de la Protección social. Resolución 1841 de 2013. . [Internet]. 2010. [Consultado en: febrero 2014]. Disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=53328>.
46. Roth AN. Políticas públicas. Formulación, implementación y evaluación. Primera edición. Séptima reimpresión. Bogotá, Colombia: Ediciones Aurora; 2012.
47. Franco S. La salud y la paz: dos derechos por conquistar en Colombia. ASDOPUN. Bogotá. 2013.
48. Organización de Naciones Unidas. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales [Internet]. 1966. [Consultado en: enero 2013]. Disponible en: <http://www2.ohchr.org/spanish/law/cescr.htm>. 46
49. Ministerio de Salud y Protección Social (2014). Ley Estatutaria de salud
50. Organización de Naciones Unidas. Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Observación General 14. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud [Internet]. 2000. [Consultado en: enero 2013]. Disponible en: http://conf-dts1.unog.ch/1%20SPA/Tradutek/Derechos_hum_Base/CESCR/00_1_obs_grales_Cte%20Dchos%20Ec%20Soc%20Cult.html#GEN14.
51. Comisión sobre Determinantes Sociales. Organización Mundial de la Salud WH. Subsana las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Ediciones Journal S.A. Buenos Aires: WorldHealthOrganization; 2009 [citado 10 de julio de 2013].
52. Breilh J. Las tres 'S' de la determinación de la vida 10 tesis hacia una visión crítica de la determinación social de la vida y la salud. En: Determinação Social Saúde e reforma sanitária. Rio de Janeiro: Centro de Estudos Brasileiros em Saúde - CEBES; 2010 [citado 10 de julio de 2013]. p. 87-125.
53. Otálvaro GJ. La perspectiva de la determinación social de la salud: implicaciones para la gestión de políticas en salud. Doctorado en Salud Colectiva, Universidad Andina Simón Bolívar - Quito; 2010.
54. Solar, Orielle, Irwin, Alec. A conceptual framework for action on social determinants of health [Internet]. Ginebra: WHO; 2007. [Consultado en: enero 2014]. Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_framework_action_05_07.pdf.
55. Organización Mundial de la Salud. Declaración de Adelaida sobre la Salud en Todas las Políticas [Internet]. Adelaida: Organización Mundial de la Salud; 2010 p. 4. [Consultado en: febrero 2014]. Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/spanish/adelaida_statement_for_web.pdf.
56. Borrell C, Artazcoz L. Las políticas para disminuir las

- desigualdades en salud. Gac. Sanit. 2008; 22(5):465-73.
57. Organización Panamericana de la Salud. La renovación de la atención primaria de salud en las Américas: Documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) [Internet]. Washington, D.C.: OPS, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud; 2007. [Consultado en: enero 2013]. Disponible en: http://www1.paho.org/spanish/AD/THS/OS/APS_spa.pdf
58. Mesa Antioquia por el derecho a la salud, propuesta para reglamentación de la ley 1438 de 2011.
59. Payares C, Arango A. Consideraciones sociohistóricas de la odontología en Colombia y Antioquia: Siglo XX. Medellín: Promotora de Ediciones y Comunicación; 1991.
60. Payares C. ¿Es la práctica odontológica un trabajo social descontextualizado? Rev. Cubana Estomatol. 1997; 34(2):96-102.
61. Suescún Y y Torres L. La oralidad presente en todas las épocas y en todas partes. Cuadernos de Lingüística Hispánica. 2008, No. 12: 31-38. Internet, [consultado 20 de septiembre de 2011]. Disponible en: http://dialnet.unirioja.es/servlet/listaarticulos?tipo_bu_s_q_u_e_d_a=ANUALIDAD&revista_busqueda=13950&clave_busqueda=2008
- 62. Álvarez, A. Oralidad y cotidianidad. ISSN: 1139-8736.** [Consultado en: marzo 2013]. Disponible en: <http://es.wiktionary.org/wiki/boca>
63. Botazzo C. El nacimiento de la odontología: una arqueología del arte dental. Lugar Editorial, 2010 Buenos Aires Argentina. ISBN: 978-950-892-352-3. Pág: 12-15
64. Cortes N. La succión: una actividad erótica. Revista fac de Odontología, U de A. 2000; 11(2): 1-4
65. Beltrán, M. De lo oral a lo bucal en la odontología. Revista colombiana de investigación en odontología, ACFO, 2011;(5):56-66.
66. Douglas, F. Kovaleski, S. Torres de Freitas, F. Botazzo, C. Disciplinarização da boca, a autonomia do indivíduo na sociedade do trabalho.
67. Otálvaro Castro GJ, Zuluaga Salazar SM, Rico Muñoz C, Gómez Otálvaro HA, Garzón Vega LE. Construcción participativa de la Política Pública de Salud Bucal de Medellín 2013-2022. El punto de partida. En prensa.
68. Franco Cortés AM, Ramírez Puerta BS, Díaz Mosquera P, Ochoa Acosta EM. VII monitoreo: caries dental y acceso a los servicios odontológicos en escolares de Medellín, 2009. Rev. Salud Pública Medellín. 2010; 4(2):71-86.
69. Franco Cortés AM, Guzmán Zuluaga IC, Gómez Restrepo AM, Ardila Medina CM. Reemergencia de la caries dental en adolescentes. Av. Odontostomatol 2010; 26(3): 172-178.
70. Saldarriaga A, Arango CM, Coss M, Arenas A, Mejía C, Mejía E, Murillas L. Prevalencia de caries dental en preescolares con dentición decidua área Metropolitana del Valle de Aburrá. Revista CES Odontología 2009; Vol. 22(2):27-34.
71. Franco AM, Ochoa EM, Ramírez BS, Segura AM, Tamayo A, García C. Situación de salud bucal de los escolares de Medellín. VI Monitoreo. 2006. Rev Salud Pública de Medellín 2007;2(1):57-69.
72. Consejo Nacional de Política Económica y Social, Departamento Nacional de Planeación. Plan de acción para la focalización de los subsidios para servicios públicos domiciliarios. Bogotá, Colombia 2005. [Citado 4 de septiembre de 2013]; Recuperado a partir de: http://www.dane.gov.co/files/dig/CONPES_3386_oct2005_Focaliz_subsidios_servicios_publicos.pdf
73. Pérez EC, Pérez YEP, Bencosme JR de la C, Hernández DSL, Vargas ERP. Prevalencia de los coeficientes de caries (CPOD/CEO) y el índice epidemiológico (IHOS), en pacientes de 6 a 17 años en la Escuela Genaro Pérez, Santiago, República Dominicana, período agosto 2011-enero 2012. Pontificia Universidad Católica Madre y Maestra, PUCMM; 2012.
74. Ramírez Puerta BS, Escobar Paucar GM, Franco Cortés AM, Martínez Pabón MC, Gómez Urrea L. Caries de la infancia temprana en niños de uno a cinco años. Medellín, Colombia, 2008. RevFacOdontUnivAnt 2011; 22(2): 164-172. 68
75. Ramírez BS, Franco AM, Gómez AM, Corrales DI. Fluorosis dental en escolares de instituciones educativas privadas. Medellín, Colombia, 2007. RevFacOdontUnivAntioq 2010; 21(2): 170-176 69
76. Ramírez Puerta BS, Franco Cortés AM, Ochoa Acosta EM. Fluorosis dental en escolares de 6 a 13 años de instituciones educativas públicas de Medellín, Colombia. 2006. Rev Salud Pública UnivNac 2009; 11(4): 631-640.
77. Ramírez Puerta BS. Experiencia de caries en población de 25, 35, 45, 55 y 65 años de Medellín (Colombia), 2011. Revista CES odontología 2013 Vol. 26 (2): 36-48.
78. Duque A, Franco AM, Navarro JC, Arias E, Espinal MJ, García C, et al. Estado periodontal de una muestra de adultos mayores de la ciudad de Medellín, año 2002.

- CES Odontol. 2003;16(2):27-35.
79. Saldarriaga O, Sánchez M, Avendaño L. Conocimientos y prácticas en salud bucal de las gestantes vinculadas al programa de control prenatal. Medellín 2003. CES Odontol. 2004;17(2):9-23.
 80. Franco A, Ochoa E. Caries dental e inequidades sociales: resultados de un estudio exploratorio en escolares de la comuna tres de Medellín. Informe de investigación. Facultad Nacional de Salud Pública, Secretaría de Salud de Medellín, Formulación de la Política Pública de Salud Bucal de Medellín – 1ª etapa. Medellín, 2014
 81. Alcaldía de Medellín. Presupuestos participativos 2005 - 2011. Documento impreso.
 82. Hernández M. Reforma Sanitaria, equidad y derecho a la salud en Colombia. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 18(4):991-1001, jul-ago, 2002
 83. Pérez Cáceres MM, Velásquez Arango AM. Modelos de contratación en el Sistema de Salud en el marco de las relaciones entre prestadores y aseguradores. Facultad de Medicina, Universidad CES. Medellín, Colombia.2008
 84. Comisión de regulación en Salud. Acuerdo 19 de 2010. Por el cual se fija el valor de la Unidad de Pago por Capitación del Plan Obligatorio de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado para el año 2011. [Citado 4 de septiembre de 2013]; Recuperado a partir de: http://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/UPC_S.asp
 85. Jaramillo Delgado G, Velásquez Escobar JP, Marín Uribe A. Los equipamientos en las unidades prestadoras de servicios de salud bucal y su influencia en la reconfiguración de la práctica odontológica. En: XII Congreso Latinoamericano de Medicina Social y Salud Colectiva; Montevideo 2012 Nov 3-8. Montevideo: Asociación Latinoamericana de Medicina Social; 2012.
 86. Alcaldía de Medellín, Secretaría de Salud Medellín, indicadores básicos 2011- situación de salud Medellín. 2012
 87. Alcaldía de Medellín. Plan territorial de salud Medellín 2004-2007. Medellín
 88. Alcaldía de Medellín. Plan territorial de salud Medellín 2008-2011 Medellín
 89. Jaramillo G, Gómez M. Efectos de la ley 100 sobre el campo de estudio y el que hacer de los profesionales de la salud, la práctica odontológica y su caso. RevFac Odontología UnivAntioq 2006; 18(1):95-102.
 90. Yepes F, Ramírez M, Sánchez LH, Ramírez ML, Jaramillo I. Luces y sombras de la reforma de la salud en Colombia: Ley 100 de 1993. Bogotá: Assalud-Universidad del Rosario, Mayo Ediciones; 2010. 180 p
 91. Ministerio de Salud. Resolución número 4288 de 1996. Por la cual se define el Plan de atención Básica (PAB) del Sistema General de Seguridad Social (SGSSS) y se dictan otras disposiciones. [citado 4 de septiembre de 2013]; Recuperado a partir de: <http://www.medellin.gov.co/ManualContratacion/Normatividad/Resolucion%204288%20de%201996.pdf>
 92. Ochoa EM, Castro M. Estrategia escuela saludable Medellín 2006. Rev Salud Pública de Medellín 2007;2(1):83-93.
 93. Pantoja Patiño JH, Bucheli CL. Plan nacional de salud pública: retos y logros. Rev CES Salud Pública 2011; Vol. 2 (2) Julio – Diciembre.
 94. Ramírez BS, Escobar G, Castro JF, Franco AM. Necesidades de tratamiento en dentición primaria, en niños de uno a cinco años con caries dental no tratada, en una comunidad de bajos ingresos. Moravia, Medellín, 2006. RevFacOdontolUnivAntioq 2009;20(2): 129-137.
 95. Ramírez Puerta BS, Franco Cortés AM, Ochoa Acosta EM. Hábitos de consumo y uso de la crema dental en niños y niñas asistentes a los hogares comunitarios (HC) del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y los Centros Infantiles (CI) del Programa Buen Comienzo del municipio de Medellín, 2011. En prensa Rev de Salud Pública.
 96. Franco Cortés AM, Ramírez Puerta BS, Escobar Paucar G, Isaac Millán M, Londoño Marín PA. Barreras de acceso a los servicios odontológicos de niños y niñas menores de 6 años. Medellín. Revista CES Odontología 2010; 23(2):41-48.
 97. Franco AM, Saldarriaga A, Álvarez E, Roldán S, Jaramillo J, Kurzer E. Perfil de salud bucal de los escolares de 7 a 16 años. Medellín, 1998. Revista Epidemiológica de Antioquia 1999; 24:217-232.
 98. Franco Cortés AM, Ramírez Puerta BS, Ochoa Acosta EM. Caries dental en escolares de Medellín: ¿el cumplimiento de metas o la equidad en salud bucal?. En prensa
 99. Ramírez BS, Franco AM, Ibargüen AE. Experiencia de caries en dentición permanente en los escolares de las instituciones educativas privadas de Medellín. Colombia. RevNac de Odontol 2010; 6 (10):9-17
 100. Bratthall D. Introducing the Significant Caries Index together with a proposal for a new oral health goal for 12-year-olds. IntDent J 2000; 50: 378-384

101. Gómez AM, Ardila CM, Franco AM, Duque L, Osorno C, Moros A, Guzmán IC. Prevalencia de la Pérdida de Inserción Clínica en Adolescentes de Colegios Públicos de Medellín-Colombia. *RevClin Periodoncia ImplantolRehabil Oral* 2008; 1 (1); 23-26
102. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Documento Técnico versión 3: Aspectos metodológicos para la construcción de Línea de base para el seguimiento a las metas del objetivo 3 del Plan Nacional de Salud Pública. Bogotá, 2010.
103. Ochoa Acosta EM. Franco Cortés AM. Ramírez Puerta BS. Significados, experiencias y prácticas acerca de la salud enfermedad bucal. *Revista Salud Pública de Medellín* 2008; 3(2): 67-77
104. Ministerio de Salud (2007). Decreto 3039 de 2007. <http://guajiros.udea.edu.co/fnsp/cvsp/politicaspUBLICAS/decreto%203039.pdf> . Consultado en: Enero de 2013
105. Franco AM, Martínez CM, González MC. Situación actual de los programas preventivos de salud bucal en el contexto del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Medellín. Comunicación integral. 2003; 78.
106. Franco AM, Ochoa E, Martínez E. Reflexiones para la construcción de la política pública con impacto en el componente bucal de la salud. *RevFacOdontolUniv de Antioquia*; 15 (2): 2004.
107. Nelson Cortés Castaño; El cuerpo social o el síntoma contemporáneo; *RevFacOdontUnivAnt*; 2001; 12(2):29-32
108. Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. Bogotá, 2013. http://salud.univalle.edu.co/pdf/procesos_de_interes/departamental/2._plan_decenal_salud_publica_2012_2021.pdf consultada: 14 Marzo 2014.
109. Ministerio de la Protección Social. Resolución 425 de 2008. <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=28912#0> Consultada: 14 de Marzo de 2
110. Labato Huerta S. Inequidad y desigualdad sanitaria en el marco de los determinantes sociales de la salud. *Investigación y Ciencia de la Universidad Autónoma de Aguascalientes*. Enero-abril 2010, 48:52-55.
111. Eslava-Schmalbach J, Buitrago G. La medición de desigualdades e inequidades en salud. *Rev Colombiana de Psiquiatría [en línea]* 2010, 39 (Sin mes) : [Fecha de consulta: 28 de octubre de 2013] Disponible en: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80619231010>> ISSN 0034-7450
112. Breilh, Jaime. La inequidad y la perspectiva de los sin poder: construcción de lo social y del género. 1999. En: Viveros, Mara. *Cuerpo, diferencias y desigualdades*. Bogotá: Centro de Estudios Sociales, 1999.
113. Roth, André, Molina, Gloria. Rectoría y gobernanza en salud pública en el contexto del sistema de salud colombiano, 2012-2013. *Rev. salud pública* 15 (1), 2013: 44-55.
114. Quintero, Cielo y otros. Barreras de acceso a la atención odontológica durante la primera infancia. Medellín, 2007. *Rev Fac de Odontología Universidad de Antioquia* 25 (2), 2014.
115. Mejía, Aurelio. Sánchez, Andrés. Tamayo, Juan. Equidad en el acceso a servicios de salud en Antioquia, Colombia. *Rev. salud pública*, Bogotá, 9(1), 2007: 26-38.
116. Restrepo, Jairo y otros. Acceso a servicios de salud: panorama colombiano, medición y perspectiva de actores en Medellín. *Observatorio de la Seguridad Social*. Medellín, junio de 2014, n° 28.
117. Comisión Confederal contra la Precariedad-CGT. Precariedad laboral: Democracia, relaciones laborales, sindicalismo [en línea] 2004[consultado 19 octubre 2013] Disponible en: http://www.cgt.info/descargas/MR_11_Precariedad_Laboral.pdf
118. Montoya García MVJ. Condiciones laborales de los profesionales en la Ciudad de México en 1997 y 2004. [Tesis de grado presentada como requisito para optar al título de Maestra en Población y Desarrollo] México. Facultad latinoamericana de ciencias sociales; 2009.
119. Nieto E. El mercado laboral de los odontólogos(as) en la ciudad de Medellín. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública* 1999.
120. Suárez MC, Moreno JP. Formas de contratación y situación laboral de los odontólogos del municipio de Medellín. [tesis de especialización]. Colombia: UnivAntioq, FacNac Salud Pública; 2009.
121. Otálvaro GJ, Zuluaga SM. Transformaciones de la práctica odontológica en el contexto de la reforma estructural del Estado de finales del siglo XX: confluencias hacia la proletarización de la odontología en Colombia. *Rev Fac Odontol Univ Antioq* 2014; 25(supl): S27-S38
122. Ministerio de Salud. Oferta y demanda de recursos humanos de la salud en Colombia. Bogotá; Disponible en: [Internet] 2000 [consultado 9 de Diciembre 2012]. Recuperado a partir de: <http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/OFERTA%20Y%20DEMANDA%20DE%20RECURSOS%20HUMANOS%20-2.pdf>.
123. Ramos Rodríguez M. Rodríguez González M.

La dimensión educativa del proceso formativo. EFDeportes [en línea] 2013 Marzo [consultado 8 nov 2013]; 17(178): Disponible en <http://www.efdeportes.com/efd178/la-dimension-educativa-del-proceso-formativo.htm>

124. Losada Guerra JL, Hernández Navarro E. La calidad

del proceso formativo en la universidad médica cubana. Gaceta Médica Espirituana 2006[en línea] 2006 [consultado 8 nov 2013]; 8(3): Disponible en http://bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/vol.8.%283%29_06/p6.html

125. Muller, Pierre. Estudios de caso en políticas Públicas N3. Universidad externado de Colombia. 2002.