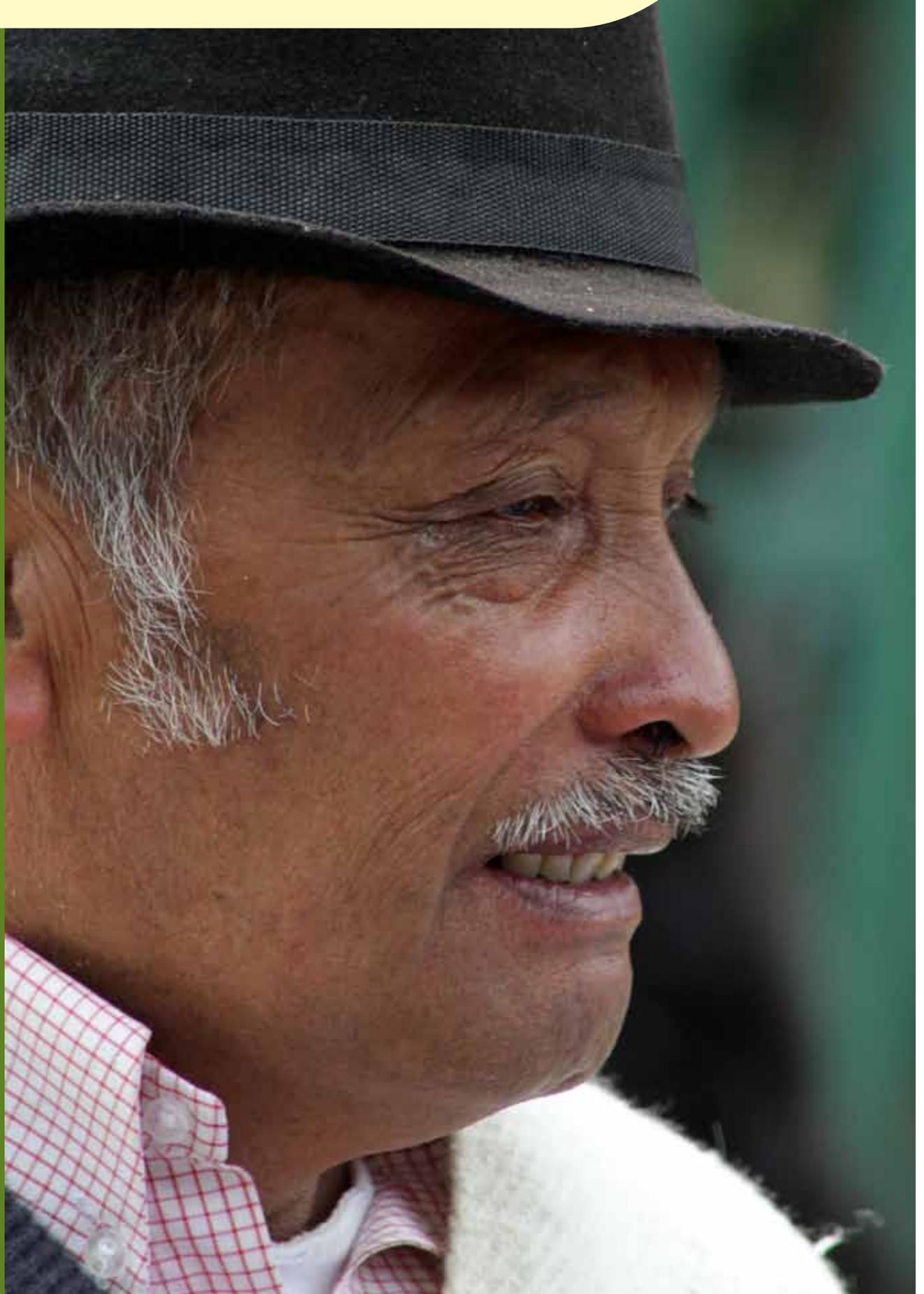


1. Marco de referencia



1.1 Marco político y normativo

1.1.1 Marco político

Las políticas públicas se sustentan en determinadas posturas, lo cual se constituye en factor de viabilidad y factibilidad de la política en cuestión. Un problema público es una construcción que se enmarca en un determinado contexto y requiere, además de contar con un reconocimiento público, obedecer a una problematización¹.

La salud como derecho humano fundamental

La salud constituye un derecho humano contemplado en la carta política de las Naciones Unidas; es un compromiso de las naciones que

¹ Molina G., Cabera G.A. (Comp). Políticas Públicas en Salud: aproximación a un análisis. Grupo de Investigación en Políticas de Salud, Facultad Nacional de Salud Pública Héctor Abad Gómez, Universidad de Antioquia, 2008.



De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), la salud es el estado de completo bienestar físico, mental y social del ser humano y no sólo la ausencia de enfermedad.

se destaca en conferencias mundiales como la Conferencia de Población del Cairo, realizada en 1994; y en declaraciones internacionales como la Declaración por la Salud de los pueblos de Alma Ata, en 1978; es un bien al cual se puede tener o no acceso y es un indicador importante de desarrollo humano y social. Constituye además un constructo complejo y multifactorial donde convergen, entre otras, dimensiones biológicas, culturales, sociales, políticas, económicas y de género.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), la salud es el estado de completo bienestar físico, mental y social del ser humano y no sólo la ausencia de enfermedad. Esta definición, creada por la OMS (1948), y que se encuentra vigente en el contexto internacional, lleva a concebir la salud como un estado de la persona ligado a aspectos subjetivos como la cultura, las creencias y la identidad².

El derecho a la salud está en directa relación con la distribución del ingreso, con la seguridad social y con la protección social, así como con la disposición que se haga en cada país de servicios de salud adecuados y de programas y acciones de salud pública destinados a erradicar o a minimizar problemáticas prevenibles y a fomentar prácticas saludables en la población. En este sentido, requiere de la existencia de normas, instituciones, leyes, políticas y un entorno propicio para su disfrute, lo cual implica que estas disposiciones constituyan parte esencial en los planes y proyectos de desarrollo de todos los estados.

² oms. Documentos básicos. Acceso al 5 de enero de 2010 desde: <http://www.phmovement.org/cms/files/WHO-Constitution-ES.pdf>

Accesibilidad, disponibilidad, aceptabilidad y calidad, son criterios con los cuales se pueden evaluar el respeto al derecho a la salud. Los valores de universalidad y equidad en salud tienen aceptación prácticamente generalizada en el mundo de hoy. Contar con sistemas de salud que atiendan a todos los ciudadanos sin distinción de clase social, raza, credo, género u otras condiciones sociales, es requisito para una vida colectiva digna. Estos valores se encuentran consagrados en la mayoría de los textos constitucionales de los países y han sido ratificados por resoluciones de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS)³.

Inequidades en salud

Cada vez más hallazgos e investigaciones muestran la relación entre las condiciones de vida y el proceso salud-enfermedad. Los determinantes sociales de la salud señalan diferencias sustanciales entre los distintos sectores de la población, definidos por sus características económicas, sociales, geográficas, culturales y de género, entre otras.

Circunstancias como la pobreza, la inseguridad alimentaria, la exclusión y discriminación social, la mala calidad de la vivienda, las condiciones de falta de higiene en los primeros años de vida y la escasa calificación laboral, se consideran como factores determinantes de buena parte de las desigualdades que existen entre países y dentro de ellos en relación al estado de salud, las enfermedades y la mortalidad de sus habitantes. Para mejorar la salud de las poblaciones más vulnerables del mundo y fomentar la equidad sanitaria, se precisan nuevas estrategias de

Contar con sistemas de salud que atiendan a todos los ciudadanos sin distinción de clase social, raza, credo, género u otras condiciones sociales, es requisito para una vida colectiva digna.

³ Suárez, J.M. Universalidad con Equidad en Salud. Desafíos para América Latina en el siglo xxi. Primer Congreso de Medicina y Salud, unam, Ciudad de México, 22 a 24 de abril de 2009. Acceso el 21 de diciembre de 2009 desde: http://www.mex.ops-oms.org/documentos/equidad/universalidadequidadsalud_0409.pdf

Específicamente en salud oral, el más reciente informe de la OMS sobre este tópico, reconoce que “el mayor riesgo para la salud oral está en los determinantes socio-culturales: condiciones de vida en pobreza, bajo nivel educativo, creencias, tradiciones y cultura de salud oral”.

acción que tengan en cuenta los factores sociales que influyen en la salud⁴.

Específicamente en salud oral, el más reciente informe de la OMS sobre este tópico, reconoce que “el mayor riesgo para la salud oral está en los determinantes socio-culturales: condiciones de vida en pobreza, bajo nivel educativo, creencias, tradiciones y cultura de salud oral”.

Por sus características, los servicios de salud oral se constituyen en un buen referente para evaluar el desempeño en equidad de un sistema de salud. Lo anterior se puede afirmar en consideración a que se trata de patologías crónicas que demandan un proceso de adherencia prolongado a los servicios, a pesar que en la mayoría de los casos, estas no representan un riesgo inminente para la vida; se trata de problemas que aunque generalizados presentan una frecuencia y severidad mayor en aquellos grupos humanos que viven en condiciones social y económicamente más adversas.

Adicionalmente, la salud oral no se reconoce significativamente como un bien social deseable, teniendo en cuenta que los individuos adecuan sus expectativas de salud oral a las condiciones sociales, materiales, culturales y morales en que se desarrollan sus proyectos vitales.

Ciudadanía y participación en salud

En la Constitución Política de Colombia de 1991, se establece el derecho de todo ciudadano y ciudadana a participar en la conformación, ejercicio y control del poder político en la vida cívica y comunitaria del país. La salud constituye uno de los ámbitos de participación de mayor relevancia y en el contexto de la globalización las acciones políticas son necesarias a la vez que revisten

⁴ cepis-ops-oms. Proceso global de aprendizaje sobre el enfoque de los determinantes sociales de salud para formulación de políticas públicas: Justicia social y equidad en salud, 2006. Acceso el 6 de enero de 2010 desde: <http://www.cepis.ops-oms.org/bvsdemu/fulltext/cursodssv2.pdf>

cada vez mayores niveles de complejidad⁵.

Durante un largo tiempo la participación en salud fue definida fundamentalmente a partir de su vertiente comunitaria, sin considerar su dimensión política. Para que la participación democrática en los servicios de salud sea realmente efectiva, además de la existencia de espacios y mecanismos,

se necesita que una serie de requisitos de orden político, organizativo y poblacional se encuentren presentes: recursos e información suficiente, existencia de organizaciones, voluntad de la población a participar y, sobre todo, la voluntad de los servicios de compartir las decisiones en salud y la capacidad de responder a las necesidades de la población⁶.

Históricamente en el sector salud la participación se ha entendido como la posibilidad de escuchar las opiniones de los individuos, solicitar información de estos, o su vinculación a las tareas organizativas y administrativas de los servicios. Es fundamental en el caso de la salud oral incorporar una visión más amplia y política de la participación en el sentido de garantizar a la población su vinculación activa en la toma de decisiones incluyéndola en procesos de diseño, planeación, implementación y seguimiento de la política pública. Adicionalmente, la acción colectiva que oriente la política debe



⁵ Cáceres, Manrique F.M. Oportunidades y amenazas para la participación en salud en el escenario de la globalización. *Rev MedUnab.*, vol 12 No. 2, agosto de 2009. Acceso el 5 de enero de 2009 desde: <http://caribdis.unab.edu.co/pls/portal/docs/page/revistamedunab/1222009/medunabagost2009oportundamenaz.pdf>

⁶ Vázquez, M.L. E. Siqueira Kruze I, Da Silva A Leite IC. Los procesos de reforma y la participación social en salud en América Latina. *Gac Sanit* 2002; 16(1):30-38.

Es fundamental en el caso de la salud oral incorporar una visión más amplia y política de la participación en el sentido de garantizar a la población su vinculación activa en la toma de decisiones incluyéndola en procesos de diseño, planeación, implementación y seguimiento de la política pública

ser capaz de garantizar el derecho a la salud oral.

Salud, diversidad y enfoque diferencial

En una sociedad multicultural y diversa como la actual, las políticas públicas no deben ser unidimensionales, sino tener en cuenta que los bienes que distribuyen (salud, educación, seguridad y cultura, etcétera) tienen como receptor a un público cada vez más heterogéneo, afirma Zapata-Barrero (2009)⁷, quien añade que “querer resolver problemas de desigualdad social y económica sin ver que estamos ante un proceso de pauperización lento de determinadas expresiones culturales y religiosas, puede consolidar la diferenciación de la sociedad por razones de nacimiento, rasgos físicos y pertenencia cultural. La innovación administrativa y política hoy tiene un claro vínculo con las nuevas dinámicas de diversidad existentes”.

El enfoque diferencial en salud implica el reconocimiento de los diferentes actores sociales como sujetos de derecho⁸. En Colombia este enfoque se sustenta jurídicamente en la sentencia T-025 de 2004, el decreto 250 de 2005 y el Acuerdo 08 de 2007. De acuer-



⁷ Zapata-Barrero R. Diversidad y Política Pública. Papeles, nº 104 2008/09: 93-104.

⁸ Ministerio de la Protección Social. Proyecto IDPs II. Convenio 114 de 2006 MPS-OPIM. Acceso el 11 de enero de 2010 desde: <http://www.minproteccionsocial.gov.co/VBeContent/library/documents/DocNewsNo16651DocumentNo5265.PDF>

do con la Secretaría Distrital de Planeación⁹, Bogotá ha experimentado “una ebullición de términos del surgimiento de políticas enfocadas al reconocimiento de la diversidad, la pluralidad cultural y la interculturalidad”. Tanto el concepto de población como el alcance de las políticas poblacionales han constituido motivo de debate y de reflexión. El reto en las instituciones distritales es el de materializar el enfoque diferencial, lo que implica al menos dos tipos de acciones, la comprensión de los fenómenos de la diversidad y adecuar la respuesta social a sus particularidades.

Para el campo de la salud oral, el enfoque diferencial se materializa en una orientación de política que incluya acciones afirmativas diseñadas y adecuadas según las particularidades de grupos poblacionales. Los planes locales, las redes de servicios, los procesos de promoción y atención integral deben ser sensibles a estas realidades y responder de manera pertinente a las necesidades diferenciales, parte de esta tarea pasa por reconocer las relaciones entre la construcción de estas identidades y los determinantes socioeconómicos de la salud oral. Esta política debe tomar en consideración particularmente a las personas en situación de discapacidad, población indígena y población en situación de desplazamiento por causa de la violencia política.

Salud y territorialidad

De acuerdo con las afirmaciones de Sánchez y León¹⁰, “en los últimos años, el concepto de *territorio* y el calificativo *territorial* se han transformado en un lugar común”. Es frecuente el uso de conceptos como ordenamiento territorial, división territorial, planeación del territorio, políticas territoriales; sin embargo, este uso cotidiano no se ha acompañado, como en otros casos, de una reflexión

Los planes locales, las redes de servicios, los procesos de promoción y atención integral deben ser sensibles a estas realidades y responder de manera pertinente a las necesidades diferenciales, parte de esta tarea pasa por reconocer las relaciones entre la construcción de estas identidades y los determinantes socioeconómicos de la salud oral.”

⁹ Secretaría Distrital de Planeación. Dirección de Equidad y Políticas poblacionales. Referentes Conceptuales para Debatir el Enfoque Poblacional y el Alcance de la Políticas Poblacionales. Acceso el 6 de enero de 2012 desde: http://www.sdp.gov.co/www/resources/no_98.pdf

¹⁰ Sánchez V, León N. Territorio y salud: Una mirada para Bogotá. Rev. Universidad Nacional, Septiembre de 2008: 203-244. Acceso el 4 de enero de 2010 desde: <http://www.digital.unal.edu.co/dspace/bitstream/10245/1000/9/08CAPI07.pdf>

En la medida en que el campo de la salud oral se ha dominado bajo una visión biologicista de la enfermedad, la cual no toma en cuenta los determinantes sociales, y que su práctica se ha centrado en la acción clínica; la percepción del territorio no ha sido un referente de sentido para la planeación y organización de las tareas propias del campo.

adecuada al hablar de territorio. Añaden los autores que “el concepto de *territorio* está ampliamente ligado con el de *espacio* y por lo tanto la forma en que se comprende el *territorio*, se relaciona con la forma como se concibe el *espacio*”. Hablar del territorio como una construcción social, “no es decir que es una representación mental, el territorio es la materialización del proceso permanente de reproducción social”.

En la medida en que el campo de la salud oral se ha dominado bajo una visión biologicista de la enfermedad, la cual no toma en cuenta los determinantes sociales, y que su práctica se ha centrado en la acción clínica; la percepción del territorio no ha sido un referente de sentido para la planeación y organización de las tareas propias del campo.

Sostenibilidad de los sistemas de salud

La sostenibilidad –o sustentabilidad– es el reto que enfrentan los procesos colectivos humanistas y sensibles frente al entorno, en medio de un contexto enmarcado por el consumismo desmedido y la depredación; e implica anticiparse en la atención de las necesidades del presente a las necesidades futuras. El “desarrollo sustentable” involucra el aumento sostenido del nivel de bienestar individual y colectivo de la sociedad. En este concepto existen dos elementos inseparables: medio ambiente y desarrollo. El medio ambiente, sintetiza la compleja red de relaciones entre sociedad y naturaleza en un momento determinado. El desarrollo, le permite a los individuos y grupos humanos a mejorar su bienestar, a través de la satisfacción de sus necesidades y sus aspiraciones¹¹.

Rectoría como componente de la gobernabilidad

La finalidad de la rectoría pública en salud, dentro del marco del estado social de derecho, es la de garantizar equidad y condiciones de calidad de vida para toda la población. En estos términos

¹¹ Tobsura I. El desarrollo sustentable: una cuestión de equidad social. Universidad de Caldas. Acceso el 8 de enero de 2010 desde: http://lunazul.ucaldas.edu.co/index2.php?option=com_content&task=view&id=247&

la evaluación de la rectoría pública no puede reducirse al cumplimiento de las funciones esenciales de la salud pública.

Los problemas de la rectoría pública en salud oral en Bogotá, no deben leerse solamente en función de las transformaciones generales del Estado y la asignación de sus nuevas funciones, sino que debe entenderse como parte de la precarización del proceso de institucionalización de la salud oral en su conjunto. Esto se refleja por ejemplo, en la limitación de los recursos para responder a las demandas y necesidades existentes.

Reflexiones críticas en torno a las reformas recientes al sector salud en Colombia

El sentido de cualquier reforma en los sectores sociales deberá enfocarse siempre al servicio del bienestar social, de un mejor nivel y situación de salud y de las condiciones de vida de la población. Es necesario hablar de una reforma sanitaria integral y no de una reforma sectorial, lo cual no puede hacerse desarticulado del modelo de desarrollo imperante. “Se trata de formular una política social integral (la interacción de los sectores con la comunidad y el Estado, de lo público y lo privado, de la sociedad política y la sociedad civil, todos al unísono)”, afirma Franco en su análisis a la Reforma en la Salud en Colombia¹².

La salud oral en el marco político internacional y nacional

La promoción y el mejoramiento del estado de salud bucodental en las Américas, contribuyen al logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio y de desarrollo general mundial¹³. La salud bucodental continúa siendo una faceta crucial de las condiciones generales de salud

Los problemas de la rectoría pública en salud oral en Bogotá, no deben leerse solamente en función de las transformaciones generales del Estado y la asignación de sus nuevas funciones, sino que debe entenderse como parte de la precarización del proceso de institucionalización de la salud oral en su conjunto.

¹² Franco, A. Seguridad Social y Salud en Colombia. Estado de la Reforma. Revista de Salud Pública, Volumen 2, marzo de 2000, Número 1: 1-16. Acceso el 9 de enero de 2010 desde: <http://www.medicina.unal.edu.co/ist/revistas/v2n1/Rev211.htm>

¹³ ops/cda/fdi Reunión Regional de Jefes de Salud Oral, 93° Congreso Mundial de la Federación Dental Internacional, Sesión de Salud Pública. Estrategia de Salud Oral y Plan de Acción de la ops 2005-2015. Montreal, Canadá, 2005.



en América Latina y el Caribe, dada la importancia que reviste como parte de la carga mundial de morbilidad bucodental, los costos relacionados con el tratamiento y la posibilidad de aplicar medidas eficaces de prevención.

La atención de salud deficiente y desigual, las tendencias cambiantes de las enfermedades bucodentales, el aumento en los costos y la reducción de la inversión en programas de salud pública bucodental, son signos prominentes de la crisis

sanitaria actual en las Américas. De acuerdo con pruebas científicas fehacientes, la salud bucodental y la salud general están interrelacionadas, en particular a las infecciones bucodentales y los resultados adversos del embarazo. También existen factores de riesgo comunes en las enfermedades bucodentales con las enfermedades crónicas, tales como la diabetes sacarina, las cardiopatías y los accidentes cerebrovasculares¹⁴.

Las barreras que impiden que la atención de salud bucodental equitativa se encuentre al alcance de la población en las Américas son, entre otras:

- La falta de apoyo a las políticas y las leyes.
- El aumento en el costo de la atención dental.
- La falta de conciencia sobre la importancia de la salud bucodental.
- El acceso desigual a los servicios de atención de salud bucodental, especialmente de grupos vulnerables como el de las

¹⁴ ops. 138ª Sesión del Comité Ejecutivo. Propuesta de Plan Regional Decenal sobre Salud Bucal, junio 2006.

mujeres, los niños, los indígenas y las personas con discapacidades físicas y de edad.

- Los factores culturales, de género y otros factores sociales.
- La deficiente calidad de la atención de salud bucodental.

La estrategia de salud oral y el plan de acción de la OPS 2005-2015, parte de la necesidad de enfatizar en el desarrollo de políticas de salud oral con mayor coordinación en las áreas de atención primaria de salud y metas del milenio, así como de la mejor coordinación con socios externos; a esto se suma el ofrecer una mayor atención a los países prioritarios y a los grupos vulnerables.

La estrategia y plan de acción de la OPS asume los retos dinámicos y persistentes en torno a la salud bucal del nuevo milenio. De acuerdo con el desarrollo del orden del día de las Naciones Unidas, la estrategia de la OPS también soporta las tres Metas para el Desarrollo en el Milenio (MDM) relacionadas con la salud, desarrolladas en el año 2000. Facilita la cooperación técnica entre y con líderes públicos y privados, integrando tecnologías adecuadas e incrementando las intervenciones comprobadas.

La principal meta de la estrategia, es reducir la carga de la enfermedad bucodental para el año 2015. Los objetivos propuestos en este plan son reducir el índice de dientes cariados, perdidos y obturados a los 12 años en los países de la Región de América Latina y el Caribe, mejorar la evaluación y tratamiento de otros problemas de salud bucodental en la región, y aumentar el acceso individual a los servicios de salud bucodental¹⁵.

El sistema de medición diseñado por la OPS, mide el progreso de los países a través de un programa de salud bucal continuo; el resultado del CPOD 12, se evidencia dentro de tres categorías: *Emergente* (CPOD-12>5; sin programa nacional de sal y agua fluoruradas); *en Desarrollo* (CPOS-12 entre 3 y 5; sin programa nacional de

La estrategia de salud oral y el plan de acción de la OPS 2005-2015, parte de la necesidad de enfatizar en el desarrollo de políticas de salud oral con mayor coordinación en las áreas de atención primaria de salud y metas del milenio, así como de la mejor coordinación con socios externos; a esto se suma el ofrecer una mayor atención a los países prioritarios y a los grupos vulnerables.

¹⁵ ops/cda/fdi Reunión Regional de Jefes de Salud Oral, 93° Congreso Mundial de la fdi, 2005. Op. cit.

La tipología permite a la OPS trabajar con los gobiernos de las distintas naciones, con el propósito de dirigir a los países con políticas más adecuadas y efectivas y mejorar la calidad de los indicadores (los registros más bajos reflejan mejor calidad en la salud bucal). Los objetivos del plan propuestos son reducir el índice CPOD-12 para todos los países de América Latina y el Caribe, mejorar el índice y tratamiento de los demás problemas de salud bucal de la región, e incrementar el acceso a los servicios de salud bucal para cada individuo.

fluoruración de sal y agua) y *de Consolidación* (CPOD-12<3; con disponibilidad de programas de sal y agua fluoruradas)¹⁶.

Este sistema de clasificación condujo a diversos desarrollos, que incluyó la implementación de un amplio programa de fluorización de agua o sal en la región. Además, la convocatoria adelantada por la OPS para obtener las líneas basales realizadas por los países de la Región de América Latina y el Caribe, han resultado en encuestas de salud bucal de más de 43 países que evalúan el CPOD y la exposición al fluoruro, analizan la relación de costo-beneficio, los sistemas de vigilancia epidemiológica para la fluorización, la transferencia tecnológica, los sistemas de seguimiento y la evaluación para determinar la efectividad de los programas nacionales de fluorización.

La tipología permite a la OPS trabajar con los gobiernos de las distintas naciones, con el propósito de dirigir a los países con políticas más adecuadas y efectivas y mejorar la calidad de los indicadores (los registros más bajos reflejan mejor calidad en la salud bucal). Los objetivos del plan propuestos son reducir el índice CPOD-12 para todos los países de América Latina y el Caribe, mejorar el índice y tratamiento de los demás problemas de salud bucal de la región, e incrementar el acceso a los servicios de salud bucal para cada individuo.

La estrategia se encuentra diseñada para construir a partir de modelos de mejores prácticas, que han sido usados en los programas de fluorización en décadas anteriores. Una intervención similar costo-efectiva que emplea tecnología sencilla, puede ser implementada para incrementar el acceso al cuidado de la salud bucal a un menor costo, siempre y cuando no se afecten los estándares

¹⁶ ops, Secretaría de Salud de México, Asociación Mexicana de Escuelas de Odontología, Asociación Dental Mexicana. Taller de Salud Oral para la Región de las Américas. Un llamado a la Acción para lograr comunidades libres de caries en las poblaciones más vulnerables de la Región, abril 23-25 de 2009. Acceso desde: <http://www.cenave.gob.mx/saludbucal/tallerdocumentoregionalfinal.pdf>

de calidad e idoneidad¹⁷. Los objetivos pueden estar acompañados por un sistema de salud integrado que conjugue a los servicios de salud bucal con la salud general. Finalmente, la estrategia reconoce que una agenda de salud bucal común requiere de asociaciones fortalecidas entre las comunidades dentales públicas y privadas¹⁸.

Carta de Brasilia sobre salud bucal en las Américas

En el año 2009 se llevó a cabo el Encuentro Latinoamericano de Coordinadores Nacionales de Salud Bucal, el cual generó como resultado la denominada carta de Brasilia sobre la salud oral en las Américas. Las conferencias en este encuentro, que contó con una importante participación de Colombia, abordaron temas sobre los sistemas de salud bucal de las Américas, el uso racional del fluoruro, la educación odontológica en América Latina, el desarrollo de la Red Latino-Americana de Salud Bucal, y los desafíos para la construcción de Políticas Nacionales de Salud Bucal.

Entre las principales líneas de acción de la carta se encuentran:

- Buscar la integración de actores de diferente naturaleza para la construcción de una Política Pública en Salud Bucal, en cada uno de los países y con la visión de una política latinoamericana, integrando acciones promocionales, preventivas y asistenciales en todos sus niveles, con énfasis en atención primaria en salud cuyos contenidos se relacionan con la salud bucal.
- Gestión de recursos para garantizar el derecho a la salud bucal con equidad e inclusión social, bajo el rol protagónico del Estado y la participación social.
- Desarrollar mecanismos de cooperación horizontal entre los países y fortalecer las capacidades de gestión social e insti-

¹⁷ Entre las estrategias propuestas por OPS para facilitar el acceso a la atención odontológica se encuentra la Práctica de Restauración Atraumática (PRAT), que por sus características no constituye una respuesta integral a las necesidades de la población.

¹⁸ OPS/CDA/FDI Reunión Regional de Jefes de Salud Oral. *Op. cit.*

Para cimentar la salud bucal colectiva en los pilares del Sistema General de Seguridad Social en Colombia, es importante reconocer los indicadores de salud bucal. Las situaciones de inequidad que plantean un mayor compromiso de los diferentes sectores, justifican aún más el llamado a la conciencia colectiva desde políticas sociales acordes con la realidad.

tucional, posicionando a la salud oral como un bien deseable y socialmente valorado.

- Avanzar en la comprensión de los determinantes sociales de la salud oral y generar estrategias para su intervención.
- Propender por las condiciones dignas del trabajo para el talento humano y avanzar en la pertinencia e integralidad en los procesos de formación.
- Desarrollar estrategias para la apropiación social de la política por las poblaciones, mecanismos de institucionalización, investigación, evaluación, rendición de cuentas y construcción de memoria.

Plan Nacional de salud bucal

Producto de la crisis generada por la posibilidad de que las acciones de salud oral no se incluyeran en los planes de beneficio POS del SGSSS, el Ministerio de la Protección Social asumió el compromiso de formular un plan nacional que se constituya en respuesta a la problemática Nacional de salud oral. El Plan Nacional de Salud Bucal fue adoptado mediante resolución 3577 de 2006, e incluyó líneas estratégicas tales como la garantía del acceso a los servicios, la gestión de la salud bucal en los territorios, la gestión integral del recurso humano y la gestión de la información.



Aunque los avances en términos de fortalecimiento de la rectoría pública necesaria para desarrollar las líneas propuestas por el plan, son débiles, se consideran como aspectos positivos la inclusión de la salud bucal como una de las prioridades nacionales de salud pública y su consecuente inclusión en los planes territoriales de acciones colectivas, la construcción de líneas de base para hacer seguimiento al cumplimiento de las metas del PNSP y el inicio del IV Estudio Nacional de Salud Bucal ENSAB IV.

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

1.1.2 Marco normativo

La Constitución Política de Colombia de 1991, define a Colombia como un Estado Social de Derecho organizado en forma de 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.

Las leyes 10 de 1990, 100 de 1993, 1122 de 2007 y 715 de 2001, desarrollan los fundamentos que rigen el Sistema General de Seguridad Social en Salud y determinan su dirección, organización y funcionamiento, normas administrativas, financieras, de control y las obligaciones que se derivan de su aplicación bajo los

fundamentos de equidad, obligatoriedad, protección integral, libre escogencia, autonomía de las instituciones, descentralización administrativa, participación social, concertación y calidad.



El Decreto 3039 del 10 de agosto de 2007, adopta el Plan Nacional de Salud Pública para el cuatrienio 2007-2010 que será de estricto cumplimiento, en el ámbito de sus competencias y obligaciones por parte de la Nación, las entidades departamentales, distritales y municipales de salud, las entidades promotoras de salud de los regímenes contributivo y subsidiado, las entidades obligadas a compensar, las entidades responsables de los regímenes especiales y de excepción y los prestadores de servicios de salud. Este Decreto estableció la salud oral como la tercera prioridad nacional en salud. Allí se consignan las metas nacionales y las estrategias para mejorar la salud oral en cuanto a promoción de salud, prevención de riesgos, recuperación de la salud y vigilancia en salud.

La Resolución 412 de febrero 25 de 2000, estableció las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida de obligatorio cumplimiento y se adoptaron las normas técnicas y guías de atención, para el desarrollo de las acciones

de protección específica y detección temprana, así como para la atención de las enfermedades de interés en salud pública. En esta norma técnica, se incluyeron para la atención preventiva en salud bucal las siguientes actividades: control y remoción de placa bacteriana, aplicación de flúor, aplicación de sellantes de fosetas y fisuras y el detartraje supragingival.

El programa de adición de flúor a la sal para consumo humano fue aprobado mediante Decreto 2024 de 1984 y reglamentado por la Resolución 15200 del mismo año. En el artículo 4 del capítulo II define que la sal para consumo humano debe contener yodo como yoduro en proporción de 50 a 100 partes por millón y flúor en proporción de 180 a 220 partes por millón junto, en cuanto a los requisitos y condiciones sanitarias de proceso, reempaque o reenvase y comercialización de la sal para consumo humano se deben acoger a las normas en el Decreto 2333 de 1982 y los que los modifiquen.

La Sentencia T.760 de 2008 de la Honorable Corte Constitucional, que ordena revisar y unificar los planes obligatorios de los regímenes contributivo y subsidiado.

El Acuerdo 08 del 29 de diciembre de 2009 de la Comisión de Regulación en Salud (CRES), mediante la cual se aclaran y actualizan integralmente los planes obligatorios de salud de los regímenes contributivo y subsidiado.

Este Acuerdo excluye del plan obligatorio de salud los tratamientos de periodoncia, ortodoncia, implantología, prótesis y blanqueamiento dental.

Unifica los planes obligatorios de los regímenes subsidiado y contributivo para los menores de 18 años. El Gobierno Nacional con el fin de establecer la viabilidad de unificar los dos planes obligatorios y conocer el costo que esto implica para el sistema, ha iniciado un plan piloto en la ciudad de Barranquilla que se puede extender a otras ciudades para todos los grupos de edad.

En cuanto a las normas propias de la odontología, la Ley 10 de 1962 se ocupa de los requisitos para ejercer la profesión de odontólogo en el territorio nacional y sus decretos reglamentarios de Ley 35 de 1989 sobre ética en odontología. Esta ley conocida como el código del odontólogo colombiano, declara los principios de la ética en odontología, establece las faltas a la ética en cuanto a la relación del odontólogo con sus pacientes, con sus colegas,

La comparación entre las pirámides poblacionales de los años 2000 y 2010 de la ciudad, muestra evidencias de transición demográfica, pues aunque predomina la población joven adulta, existe una tendencia al aumento progresivo de la proporción de adultos mayores, lo cual obliga al fortalecimiento de servicios y programas dirigidos a este grupo poblacional.

con el personal auxiliar, con las instituciones y con la sociedad y el Estado. Crea los tribunales de ética y describe el proceso ético-disciplinario. Su decreto reglamentario es el 491 de 1990.

El Decreto 3616 de octubre 10 de 2005. Por medio del cual se establecen las denominaciones de los auxiliares en las áreas de la salud, se adoptan sus perfiles ocupacionales y de formación, los requisitos básicos de calidad de sus programas y se dictan otras disposiciones. En este decreto se unifica al auxiliar de consultorio dental y al auxiliar de higiene oral en un solo perfil denominado Auxiliar de Salud Oral, el cual con un año de capacitación cumple con las funciones administrativas y clínicas que tenían los dos auxiliares anteriores. En cuanto a la delegación de funciones que se puede hacer a este personal, se encuentran las actividades de promoción y prevención contempladas en la resolución 412 del 2000, siempre bajo la supervisión y responsabilidad del odontólogo. Tal como se recomienda en las guías de manejo clínico, esta delegación debe partir del diagnóstico que realiza el profesional y no previa al diagnóstico como se acostumbra en algunas instituciones.

La Ley 1164 del 3 de octubre de 2007. Por la cual se dictan disposiciones en materia del Talento Humano en Salud, cuyo objeto es establecer las disposiciones relacionadas con los procesos de planeación, formación, vigilancia y control del ejercicio, desempeño y ética del talento humano del área de la salud mediante la articulación de los diferentes actores que intervienen en estos procesos.

La Resolución 1101 de noviembre de 2009. Por la cual se establece la Alianza por la Salud Pública entre el grupo de trabajo por la Salud Pública del Distrito Capital y la Secretaría Distrital de Salud. Entre sus objetivos se encuentra el de construir conjuntamente, Secretaría Distrital de Salud, universidades, organizaciones académicas, Organización Panamericana de la Salud, instituciones prestadoras de salud y otros actores sociales del Distrito Capital,

propuestas para el fortalecimiento en la formación y capacitación del talento humano en salud pública, que articule las políticas, planes, programas y estrategias de salud pública y educación superior, con acciones a corto, mediano y largo plazo.

El Decreto 1011 de 2006 y su Resolución 1043 de 2006. Por el cual se establecen las condiciones que deben cumplir los prestadores para habilitar los servicios.

El Decreto 3518 de 2006. Por el cual crea y reglamenta el sistema de vigilancia en salud pública. Este decreto determina los conceptos y aspectos operativos básicos del sistema nacional y sirve de referente para los subsistemas de vigilancia como el de salud oral SISVESO.

La Resolución 073 de 2008. Por la cual se adopta la Política de Prevención, Control y Vigilancia Epidemiológica de Infecciones Intrahospitalarias-IIH para Bogotá y el Distrito Capital; y sirve de referente para la vigilancia de infecciones asociadas al cuidado de la salud, incluyendo el servicio de odontología.

La Resolución 4816 del 2008. Por la cual se reglamenta el Programa de Tecnovigilancia que permite identificar los eventos e incidentes adversos no descritos en la utilización de dispositivos médicos; y que incluye los de uso odontológico en el territorio nacional, además de cuantificar el riesgo, proponer y realizar medidas de salud pública.

La Ley 38 de enero de 1993. Ley del Congreso de Colombia, la cual unifica el sistema de dactiloscopia y se adopta la Carta Dental para fines de identificación. Dispone que a partir del primero de enero de 1993, todos los consultorios odontológicos, tanto públicos como privados se encuentren obligados a levantar una carta dental y mantener su respectivo archivo.

La Resolución 1995 de julio de 1999. Mediante la cual el Ministro de Salud establece normas para el manejo de la historia clínica.

Según el Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE, 2005) la población de la ciudad pasó de 5.699.655 personas en 1995 a 6.840.116 en el 2005 y se proyectaron 7.363.782 personas para el año 2010 y 7.878.783 para 2015. Para 2005, la localidad de mayor volumen poblacional fue Kennedy con 951.073 personas y la de menor fue Sumapaz con 5.792.

El Decreto 190 de 1995. Del Ministerio de Salud el cual se refiere a los convenios docente-asistenciales que podrán establecerse, con la participación de las entidades educativas universitarias autorizadas por la ley 30 de 1992, por las entidades educativas de carácter formal o no formal contempladas en la ley 115 de 1994 y las instituciones prestadoras de servicios de salud legalmente reconocidas.

Ley 1438 de 2011. Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Esta ley tiene como objeto el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud, a través de un modelo de prestación del servicio público en salud que en el marco de la estrategia en Atención Primaria en Salud, permite la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad para el mejoramiento del sistema y la creación de un ambiente sano y saludable, la cual brinda servicios de mayor calidad, incluyentes y equitativos.

Resolución 073 de 2008. Por la cual se adopta la Política de Prevención, Control y Vigilancia Epidemiológica de Infecciones Intrahospitalarias-IIIH para Bogotá (incluye la vigilancia de las infecciones asociadas al cuidado de la Salud).

1.1.3. Marco situacional

Demografía

Según el Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE, 2005) la población de la ciudad pasó de 5.699.655 personas en 1995 a 6.840.116 en el 2005 y se proyectaron 7.363.782 personas para el año 2010 y 7.878.783 para 2015. Para 2005, la localidad de mayor volumen poblacional fue Kennedy con 951.073 personas y la de menor fue Sumapaz con 5.792 (tabla 1).

Tabla 1 Proyecciones de población de Bogotá 2005-2015

Proyecciones de población de Bogotá 2005-2015			
Año	Población		
	Total	Hombres	Mujeres
2005	6.840.116	3.285.708	3.554.408
2010	7.363.782	3.548.713	3.815.069
2015	8.7837.87	3.810.013	4.068.770

Fuente: DANE Censo 2005. Proyecciones de población demográfica. Bogotá 2005-2020.

En los años 90 la ciudad empezó a estabilizar su transición demográfica, creciendo lentamente y consolidando su clase media (PNUD, 2008). El crecimiento demográfico ha ido disminuyendo paulatinamente tal como lo muestra la tabla 2.

Tabla 2. Crecimientos poblacionales de Bogotá, 2005-2020.

Tasas medias anuales de crecimiento (%)		
Periodo	Exponencial	Geométrico
2005-2010	1,48	1,49
2010-2015	1,35	1,36
2015-2020	1,24	1,24

Fuente: DANE Censo 2005. Proyecciones de población demográfica. Bogotá 2005-2020.

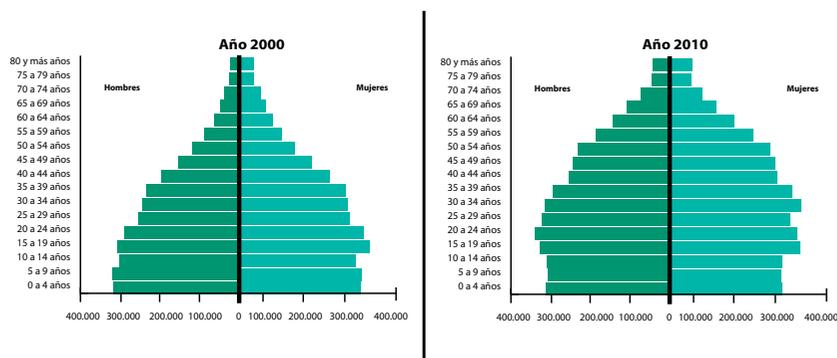
Para el año 2007 en Bogotá la edad mediana, es decir la edad que divide la población en una mitad más vieja y otra más joven fue de 28 años. Se encontraron localidades más jóvenes con una mediana de 23 años como Usme y Ciudad Bolívar, seguidas por Sumapaz de 24 años, Bosa con 25 años y San Cristóbal con 26 años; mientras que en localidades como Teusaquillo, Barrios Unidos, Chapinero y La Candelaria, las edades medianas se encontraban entre los 32 y 34 años.

La comparación entre las pirámides poblacionales de los años 2000 y 2010 de la ciudad, muestra evidencias de transición demográfica, pues aunque predomina la población joven adulta, existe una tendencia al aumento progresivo de la proporción de adultos mayores, lo cual obliga al fortalecimiento de servicios y programas dirigidos a este grupo poblacional.

La comparación entre las pirámides poblacionales de los años 2000 y 2010 de la ciudad, muestra evidencias de transición demográfica, pues aunque predomina la población joven adulta, existe una tendencia al aumento progresivo de la proporción de adultos mayores, lo cual obliga al fortalecimiento de servicios y programas dirigidos a este grupo poblacional.

Por otro lado, se presentaron importantes fenómenos de migración entre la ciudad y otras regiones del país y en el seno de la misma Bogotá. Uno de los principales fenómenos de migración en Colombia es el desplazamiento forzado por el conflicto armado. Bogotá continúa siendo el principal municipio receptor (9% del total de desplazados del país) con más de 380.000 personas estimadas

Gráfica 1. Pirámides poblacionales de Bogotá años 2000 y 2010 según sexo.



Fuente: sds. Dirección de Planeación y Sistemas, 2010.

Las diferencias en las pirámides poblacionales según localidad son importantes. La Encuesta de Calidad de Vida para Bogotá 2007 clasificó las localidades en tres perfiles generales de composición por edad y sexo de la siguiente manera:

- 1. Localidades con población expansiva o crecimiento rápido:** son aquellas en las cuales el mayor número de personas se encuentran en las edades menores. Dentro de ellas están: Usme, Bosa, Fontibón, Suba y Ciudad Bolívar. En estas localidades tanto los problemas de salud oral como las estrategias de intervención deben tener especial atención en los niños y niñas.
- 2. Población constrictiva o de crecimiento lento:** las localidades donde se presenta un menor número de personas en las edades menores, son: Usaquén, Kennedy, Engativá, Barrios Unidos y Antonio Nariño.
- 3. Población estacionaria o de crecimiento nulo o negativo:** caracterizado por igual número de personas aproximadamente en todos los grupos de edades, con una reducción gradual en las edades más avanzadas. Las localidades que presentan este tipo de crecimiento son: Chapinero, Santa Fe, San Cristóbal, Tunjuelito, Teusaquillo,

Los Mártires, Puente Aranda, La Candelaria y Rafael Uribe Uribe. Algunas localidades que se clasifican en este grupo presentan abultamiento en los grupos de edad de 20 a 24 y 25 a 29 años, lo cual se sustenta por la concentración de estudiantes de educación superior inmigrantes debido a la presencia de centros universitarios. En este caso la respuesta a problemas y necesidades de salud oral debe tener en cuenta especialmente a los adultos jóvenes y adulto mayor.

Por otro lado, se presentaron importantes fenómenos de migración entre la ciudad y otras regiones del país y en el seno de la misma Bogotá. Uno de los principales fenómenos de migración en Colombia es el desplazamiento forzado por el conflicto armado. Bogotá continúa siendo el principal municipio receptor (9% del total de desplazados del país) con más de 380.000 personas estimadas por CODHES, un 1,4% más de las incluidas en el registro oficial SIPOD de 223.087. Entre los años 2005 y 2008 se desplazaron 1.108.66 personas de las cuales 155.587 arribaron hacia Bogotá, y se ha alertado sobre un incremento de más del 40% entre el primer semestre de 2008 y el mismo período de 2007. Según cifras de CODHES¹⁹, el número de personas que ingresaron a Bogotá producto del conflicto armado desde el 2002 hasta el 2007, tuvo un descenso importante en el 2003 y después un ascenso paulatino hasta superar las 40 mil personas en el año 2007.

Determinantes sociales de la salud oral en Bogotá

Bogotá se ha transformado en los últimos 15 años de manera evidente. Según el informe del PNUD (2008²⁰), esta transformación tuvo su germen en la Constitución del 91 pues mejoró la capacidad del Distrito para incidir en el desarrollo humano. Entre los principales logros de la ciudad se encuentran los que tienen que ver con:

¹⁹ Los datos fueron descargados en enero 12 de 2010 en www.codhes.org

²⁰ pnud, Bogotá una apuesta por Colombia. Informe de Desarrollo Humano para Bogotá. Bogotá, 2008.

Entre los años 2005 y 2008 se desplazaron 1.108.66 personas de las cuales 155.587 arribaron hacia Bogotá, y se ha alertado sobre un incremento de más del 40% entre el primer semestre de 2008 y el mismo período de 2007.

- a. El espacio público, (oferta y uso de alamedas, bibliotecas y parques).
- b. La movilidad de los ciudadanos.
- c. La cobertura de los servicios públicos domiciliarios (provisión de servicios a casi el 100% de los hogares ubicados en asentamientos legales).

Además de lo anterior, la ampliación de la cobertura de salud superior al promedio nacional y la universalización de la educación básica son avance resultado de las acciones de los gobiernos distritales. Así mismo, sus habitantes durante estos lustros, han cambiado sus imaginarios sobre la ciudad.

Equidad y pobreza

Diferentes investigaciones sobre inequidades en salud oral, muestran una fuerte relación entre el nivel de pobreza, las condiciones de vida y la probabilidad de presentar ciertos cuadros clínicos y consecuencias graves en salud oral. Más precisamente, cuando un grupo poblacional está ubicado en posiciones más bajas en la clase social, su probabilidad de tener una salud oral óptima, se reduce. Es por ello, un asunto prioritario para la Política de Salud Oral del Distrito, considerar la situación en equidad y pobreza de la ciudad.

Varios indicadores muestran una mejoría en el bienestar de los habitantes de la ciudad en los últimos 10 años (PNUD, 2008²¹). En la ciudad el Índice de Desarrollo Humano (IDH) ha mejorado pasando de 0,8302 en el año 2003 a un 0,8797 en 2007. De igual forma ha mejorado el Índice de Desarrollo Humano relativo al género entre el 2003 y el 2007 de un 0,8267 a un 0,8700. La probabilidad al nacer de no vivir hasta los 60 años mejoró en esos dos años de 5,8 a un 5,6, mientras que el porcentaje de personas por bajo la línea

²¹ pnud, Bogotá una apuesta por Colombia. Informe de Desarrollo Humano para Bogotá. Bogotá, 2008.

de pobreza disminuyó de un 38,9% a un 23,8%. La esperanza de vida al nacer se ha proyectado en 77,08 en el quinquenio del 2005-2010 a 78,87 en el del 2015-2020 (DANE, 2005).

Tabla 3. Esperanza de vida al nacer en años.

Esperanza de vida al nacer (años)			
Periodo	Hombres	Mujeres	Total
2005-2010	74,57	79,82	77,08
2010-2015	75,94	80,19	78,01
2015-2020	76,83	81,2	78,87

Fuente: DANE Censo 2005.

De acuerdo con la Encuesta de Calidad de Vida del 2007, el 0,7% de los hogares bogotanos habitan viviendas cuyas condiciones son inadecuadas, el 0,2% no cuentan con servicios públicos adecuados y el 2,6% viven en condiciones de hacinamiento crítico. Adicionalmente, se presenta un 0,5% de inasistencia escolar y en 1,6% de los hogares existen condiciones de alta dependencia económica. En la ciudad, un 24% de los hogares manifiestan no tener los ingresos suficientes para cubrir sus gastos mínimos, un 56,5% expresa que sus ingresos son apenas suficientes para cubrir sus gastos, y un 19,6% dice contar con suficientes recursos como para satisfacer más que sus necesidades mínimas. Comparando los datos de la ECV 2003 con la del año 2007, estos indicadores han mejorado en el total de la ciudad y en la mayoría de las localidades.

Educación

De acuerdo con la ECV 2007, la tasa de asistencia escolar para la población de 5 años y más en la ciudad es de 32,3%, representando 2'081.722 estudiantes. En los rangos de edad de 5 a 11 años y 12 a 15 años, correspondientes principalmente a los niveles preescolar, primaria y secundaria, las tasas de asistencia son superiores al 95,0%, en cambio, la asistencia a la educación superior solamente llega al 36,8%. Teusaquillo es la localidad que presenta las mayores proporciones de población estudiantil para los diferentes rangos de edad, seguida por Chapinero y Usaquén, al contrario, Ciudad Bolívar y Usme, son las localidades con menores tasas de asistencia para la mayoría de los rangos de edad. La percepción de

Diferentes investigaciones sobre inequidades en salud oral, muestran una fuerte relación entre el nivel de pobreza, las condiciones de vida y la probabilidad de presentar ciertos cuadros clínicos y consecuencias graves en salud oral. Más precisamente, cuando un grupo poblacional está ubicado en posiciones más bajas en la clase social, su probabilidad de tener una salud oral óptima, se reduce. Es por ello, un asunto prioritario para la Política de Salud Oral del Distrito, considerar la situación en equidad y pobreza de la ciudad.

los jefes de hogar sobre la educación pública es que ha mejorado en un 36,6%, y está igual o ha empeorado en un 24% y 19,8%, respectivamente.

Salud

De acuerdo con ECVB 2007, la cobertura de afiliación al SGSSS en la ciudad fue de 86,6%, el 12,7% de la población no estaba afiliada a ningún régimen y el 2,5% no tenía información disponible al respecto. De las personas afiliadas, 73,2% pertenecían al régimen contributivo y 24,8% al subsidiado. La evolución de la afiliación entre 2003 y 2007, muestra un descenso para el régimen contributivo de 81,4% en 2003, a 73,2% en 2007 y un aumento en el régimen subsidiado de 18,6% a 24,8%. En Teusaquillo, Chapinero y Usaquén la proporción de personas afiliadas al régimen contributivo superó el 88%, en tanto, Usme, Ciudad Bolívar y Sumapaz tuvieron menos de un 49%.

El porcentaje de personas no afiliadas es menor a 8% en las localidades de Teusaquillo, Chapinero y Usaquén, mientras que en Los Mártires y Rafael Uribe Uribe, se encuentra por encima del 19%.



Vivienda

Según la ECVB 2007, en la ciudad el promedio de hogares por vivienda fue de 1,04 y de personas por hogar de 3,55, en tanto, el déficit cuantitativo de viviendas asciendió a 82,56 (4,2%), y el tamaño promedio de un hogar fue de 3,55 personas.

La percepción sobre los programas de alimentación y nutrición con respecto al año 2003 ha mejorado, lo mismo ha sucedido con la percepción de los programas de atención a la infancia y sobre el avance en igualdad de oportunidades para mujeres y grupos étnicos. Respecto a las condiciones de alimentación del hogar y la participación en las decisiones, se mantiene igual para la mayor proporción de los habitantes de la ciudad con relación al año 2003. Sin embargo, la percepción del respeto actual de los derechos humanos ha empeorado en un 31% mientras que se percibe un mejoramiento solamente en un 20% (ECVB, 2007).

Análisis de la situación de salud oral

Este análisis documenta tres dimensiones básicas: representaciones sociales, problemas de salud oral y consecuencias de los problemas de salud oral. Las principales fuentes de información utilizadas son los estudios nacionales de salud bucal y los datos del subsistema de vigilancia epidemiológica de la salud oral (SISVESO) de la Secretaría Distrital de Salud.

Representaciones sociales, conocimientos, actitudes y prácticas en salud oral

En el Tercer Estudio Nacional de Salud Bucal (ENSAB III)²² realizado en 1998, en el capítulo sobre representaciones sociales en salud bucal, en la población colombiana de 12 a 69 años al indagar “qué es tener una boca sana” las respuestas incluyeron: no tener caries

²² Los resultados del ensab III del año 1998, se presentaron en dos grandes temas, las representaciones, conocimientos, actitudes y prácticas en salud oral y la morbilidad bucal. Esta última se analizó de acuerdo con las patologías más prevalentes como la caries dental, enfermedad periodontal, fluorosis dental y las anomalías craneomaxilofaciales.

Esta información evidencia serias inequidades en el acceso a los servicios de salud oral en la población infantil, sobre la cual existe un interés superior de la sociedad. Adicionalmente, esto plantea grandes retos para la política pública direccionada a encontrar mecanismos y estrategias que permitan avanzar al ejercicio del derecho a la salud oral.

dental (64,9%); tener los dientes blancos y parejos (41,6%); tener los dientes completos (26,8%); no tener mal aliento (24,5%); no tener placa bacteriana o cálculos (11%) y no tener dolor (10,9) ni sangrado en las encías (3,4%).

La tendencia a una representación estética de la boca sana, en términos de tener dientes blancos y/o parejos, es mayor en mujeres que en hombres y se evidencia en los jóvenes de 12 y 24 años, al igual que se presenta entre la población de la zona urbana y en aquellas personas con mayor nivel educativo. En Bogotá, sobre este mismo aspecto, el 59% vincula la boca sana a no tener caries dental y el 46%, lo relaciona con tener los dientes blancos y parejos.

Por otro lado, el 88% de la población del país atribuye que la caries se debe a un mal cepillado o no cepillado; y el 21,7% considera que es producida por el consumo de dulces. En el país un gran porcentaje (83,5%) de la población cree firmemente que los alimentos muy pegajosos son los causantes del daño de los dientes. En Bogotá el porcentaje fue el valor más bajo en todo el país (77%).

Respecto a las prácticas en Salud Bucal, en cuanto a la pregunta de “quién le enseñó a cuidarse la boca”, el 71% de los encuestados expresaron que los padres, el 23% los maestros, el 16% los odontólogos, el 2,3% a través de la radio y televisión, y un 19% tiene la percepción que nunca nadie le enseñó a cuidarse la boca. En Bogotá el 77% aduce que los padres les enseñaron a lavarse los dientes, el 18% los maestros, el 21% los odontólogos y el 2,8% a través de medios de comunicación.

En una evaluación realizada en Bogotá en el 2004²³ a 5.315 niños y niñas de grados 0 y 1, con una gran proporción de niños y niñas

²³ Investigación efectuada en el marco del Plan de Atención Básica en Salud Oral en el año 2004 por parte de las ese de Bogotá. Dirección de Salud Pública. Secretaría Distrital de Salud, 2004.

de 5 (41,0%) y 6 años (41,3%), de 60 instituciones públicas incluidas en el desarrollo de la estrategia Escuela Saludable, se encontró que 77,31% se cepillaban la noche anterior, la gran mayoría con cepillo propio (92,5%) mientras un 6,1% lo comparten, y sólo el 13,3% utilizan seda dental o un equivalente en la higiene oral.

En el año 2006²⁴ se hizo un seguimiento a esta población para identificar los cambios alcanzados con el desarrollo de acciones colectivas al interior de los colegios. La muestra incluyó 5.327 escolares de los grados 1, 2 y 3; utilizando la misma metodología de valoración que en 2004, se encontró que el 52,1% de la muestra es la misma que participó desde 2004. Se observó una variación creciente en la inasistencia con el cepillado de cuidadores o adultos. Los niños identificados en un rango entre 6 y 10 años de edad, representaron el 80% de la población valorada y se consideraron como personas que deben ser supervisada en el control de cepillado y uso de seda dental por cuidadores o adultos (padres y madres de familia), al no monitorearse el cepillado y uso de seda dental por parte de los adultos y cuidadores a los niños y niñas de estas edades, se considera que son una población altamente susceptible a riesgos y enfermedades de la boca.

En la información del SISVESO del año 2009²⁵ se encontró que el 77,5% de la población valorada no usa la seda dental, el 55,8% usa el cepillo y la crema dental dos veces al día y el 91,7% no usa el enjuague bucal.

Los niños identificados en un rango entre 6 y 10 años de edad, representaron el 80% de la población valorada y se consideraron como personas que deben ser supervisada en el control de cepillado y uso de seda dental por cuidadores o adultos (padres y madres de familia), al no monitorearse el cepillado y uso de seda dental por parte de los adultos y cuidadores a los niños y niñas de estas edades, se considera que son una población altamente susceptible a riesgos y enfermedades de la boca.

²⁴ Investigación realizada en el marco del Plan de Atención Básica en Salud Oral en el año 2004 por parte de las ese de Bogotá. Dirección de Salud Pública. Secretaría Distrital de Salud, 2004.

²⁵ Secretaría Distrital de Salud. Ciclo Vital (Infancia: hasta los 9 años; juventud de 10 a 26 años; adultez de 27 a 59 años; persona mayor: mayores de 60 años). Resultados por Ciclo Vital de la información generada en el sisveso, 2009. El 99,3% de la población examinada se encuentra en los estratos socioeconómicos 1, 2 y 3. El 38% de la población perteneciente al ciclo de Infancia, se encuentra ubicado en el estrato 1, Juventud en su mayoría está ubicada en el estrato 2 (35,2%), en Adultez el 41% se ubica en el estrato 3, al igual que la Persona mayor con el 52%.

Tabla 4. Identificación de hábitos de higiene oral según frecuencia de uso por etapas del ciclo vital.

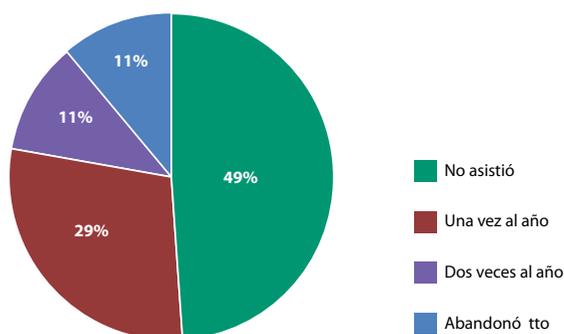
Frecuencia	Uso de seda dental							
	Infancia	%	Juventud	%	Adulthood	%	Persona Mayor	%
1 Vez	24	3,4	169	10,0	195	15,3	14	11,7
2 Veces	10	1,4	86	5,1	93	7,3	9	7,5
3 o más Veces	5	0,7	33	2,0	35	2,7	44	3,3
No usa	649	93,2	1386	82,2	938	73,7	93	77,5
Sin dato	8	1,1	12	0,7	12	0,9		
Total	696	100	1686	100,0	1273	100	120	100
Frecuencia	Uso de cepillo dental							
	Infancia	%	Juventud	%	Adulthood	%	Persona Mayor	%
1 Vez	138	19,8	211	12,5	131	10,3	27	22,5
2 Veces	384	55,2	936	55,5	735	57,7	67	55,8
3 o más Veces	165	23,7	528	31,3	398	31,3	24	20,0
No usa	6	0,9	8	0,5	3	0,2	2	1,7
Sin dato	3	0,4	3	0,2	6	0,5		
Total	696	100,0	1686	100,0	1273	100,0	120	100,0
Frecuencia	Uso de la crema dental							
	Infancia	%	Juventud	%	Adulthood	%	Persona Mayor	%
1 Vez	133	19,1	220	13,0	126	9,9	26	21,7
2 Veces	379	54,5	933	55,3	739	58,1	67	55,8
3 o más Veces	160	23,0	522	31,0	392	30,8	24	20,0
No usa	20	2,9	16	0,9	9	0,7	3	2,5
Sin dato	4	0,6	6	0,4	7	0,5		
Total	696	100,0	1686	100,0	1273	100,0	120	100,0
Frecuencia	Uso del enjuague bucal							
	Infancia	%	Juventud	%	Adulthood	%	Persona Mayor	%
1 Vez	16	2,3	93	5,5	90	7,1	6	5,0
2 Veces	7	1,0	65	3,9	65	5,1	3	2,5
3 o más Veces	7	1,0	25	1,5	26	2,0		
No usa	94,4	1486	88,1	1074	84,4	110	91,7	
Sin dato	9	1,3	17	1,4	18	1,4	1	0,8
Total	696	100,0	1686	100,0	1273	100,0	120	100,0

Fuente: Secretaría Distrital de Salud. Dirección de Salud Pública. Área de Vigilancia en Salud Pública. Base de datos Estrategia de Vigilancia Centinela. sisveso, 2009.

Con relación a las representaciones de padres y cuidadores de niños el ENSAB III, se identificó que el 29% considera que los dientes temporales no son importantes para cuidarlos debido a que “se van a caer” y que erupcionan dientes nuevos. El 56% no tienen una idea precisa de cuándo erupciona el primer molar permanente, confundiéndolo por el hecho que este molar no se exfolia o se cae, lo cual es el signo que esperan los pacientes en general. El 88% de los encuestados, refirió que los niños son los más propensos a la caries que los adultos. El 99,4% opinó que los padres son los responsables de enseñarle al niño a cuidar su boca y que son ellos los que deben supervisar el cepillado de los dientes en niños pequeños.

En el estudio piloto del SISVESO en 2007²⁶ se encontró que en Bogotá cerca de la mitad de niños y niñas con edades hasta los 9 años nunca habían visitado al(a) odontólogo(a). Además, evidenció que cerca de la tercera parte acudió al odontólogo una vez en el último año. Estos resultados se presentan en el siguiente gráfico:

Gráfica 2. Frecuencia de visita al servicio de odontología menores de 9 años en Bogotá, 2007.



Fuente: Secretaría Distrital de Salud. Dirección de Salud Pública. Área de Vigilancia en Salud Pública. Base de datos Estudio Piloto Estrategia de Vigilancia Centinela. sisveso, 2007.

Esta información evidencia serias inequidades en el acceso a los servicios de salud oral en la población infantil, sobre la cual

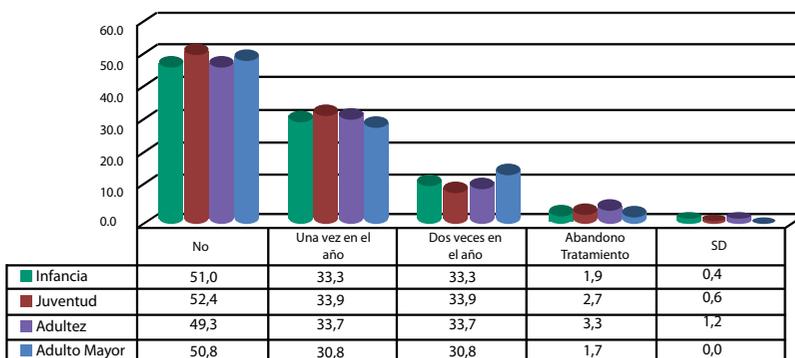
²⁶ Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. Estudio piloto sobre condiciones de salud oral en Bogotá, Subsistema de Vigilancia Epidemiológica en Salud Oral. sisveso, 2007.

En la información recolectada por la estrategia centinela del subsistema de vigilancia epidemiológica de la salud oral SISVESO del año 2009, se evidencia que la mayoría de personas en cualquier etapa del ciclo vital no ha visitado los servicios odontológicos en el último año. Además, nos muestra que los adultos tienen mayor deserción de los tratamientos.

existe un interés superior de la sociedad. Adicionalmente, esto plantea grandes retos para la política pública direccionada a encontrar mecanismos y estrategias que permitan avanzar al ejercicio del derecho a la salud oral.

En la información recolectada por la estrategia centinela del subsistema de vigilancia epidemiológica de la salud oral SISVESO del año 2009, se evidencia que la mayoría de personas en cualquier etapa del ciclo vital no ha visitado los servicios odontológicos en el último año. Además, nos muestra que los adultos tienen mayor deserción de los tratamientos.

Gráfica 3. Frecuencia de visita al servicio de odontología por etapa de ciclo vital en Bogotá, 2009.

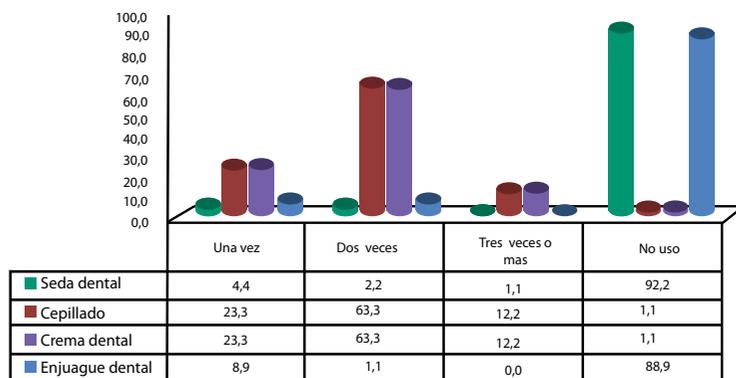


Fuente: Secretaría Distrital de Salud. Dirección de Salud Pública. Área de Vigilancia en Salud Pública. Base de datos Estrategia de Vigilancia Centinela. SISVESO, 2009.

El mismo estudio piloto evidenció que los elementos de higiene oral menos utilizados, son la seda dental y los enjuagues bucales. Estos hallazgos son similares a los de otros estudios que afirman que el cepillo y la crema resultan de más fácil acceso para la población.

Gráfica 4. Frecuencia de uso de elementos de higiene oral, 2007.

Frecuencia de uso de elementos de higiene oral



Fuente: Estudio piloto SISVESO 2007 -SDS- Area de Vigilancia en Salud Public

Esta información resulta especialmente relevante para la definición de enfoques que oriente el trabajo comunitario en salud oral y para avanzar en el desarrollo de un modelo de servicios que garantice respuestas integrales y oportunas a los complejos problemas de salud oral de la ciudad.

Problemas de salud oral

Las afecciones buco dentales como la caries, las periodontopatías, la pérdida de dientes, las lesiones de las mucosas bucales, los cánceres bucofaríngeos, las manifestaciones del VIH-SIDA en la cavidad bucal, la estomatitis ulcerativa necrotizante o los traumatismos buco dentales, se consideran como serios problemas de salud pública para la OMS²⁷.

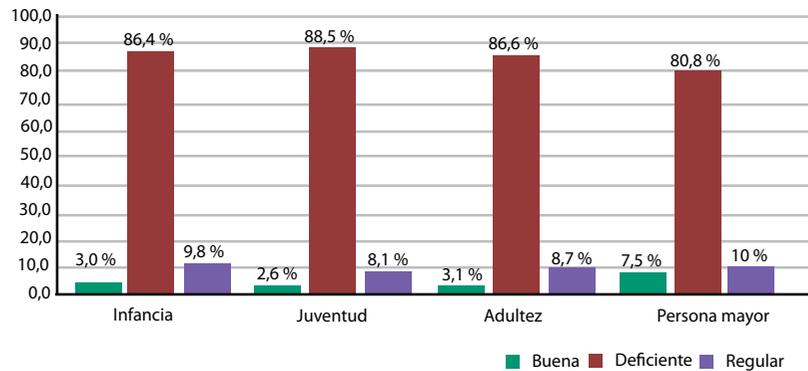
Higiene oral

De acuerdo con el SISVESO, 2009, en todas las etapas del ciclo vital, se presentó un alto porcentaje de presencia de placa, según el ín-

²⁷ WHO (2008) World Health Organization Global Policy for Improvement of Oral Health-World Health Assembly. International Dental Journal, 58, 115-121.

dice de Silness & Loe modificado (valora la presencia de placa bacteriana y está basado en el grosor de la misma)²⁸.

Gráfica 5. Índice de placa bacteriana (Silness & Loe modificado) por etapa del ciclo vital, SISVESO, 2009.



Fuente: Secretaría Distrital de Salud. Dirección de Salud Pública. Área de Vigilancia en Salud Pública. Base de datos Estrategia de Vigilancia Centinela. SISVESO, 2009.

Por otra parte, esta misma fuente de información evidenció que las mujeres gestantes, concentradas en el ciclo de vida Juventud (274) y Adultez (74), presentaron un alto porcentaje de placa



²⁸ La descripción detallada de este índice se encuentra disponible en: Guía de práctica clínica de caries dental, 2007. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, Asociación Colombiana de Facultades de Odontología.

bacteriana al momento del examen clínico, siendo deficiente en un 90,5% en la Adulthood y un 87,5% en la Juventud.

Caries

El análisis de la trayectoria de la prevalencia de caries dental y del índice COP-D (suma de dientes permanentes cariados, obturados y perdidos)²⁹ a los 12 años, a nivel nacional y de la ciudad, a partir de los tres estudios nacionales, muestran un mayor deterioro de la situación para Bogotá comparada con el promedio nacional y aunque ha habido un mejoramiento en la ciudad, este no sigue la misma magnitud que en el país.

Tabla 5. Prevalencia de caries dental e índice COP-D en Bogotá y Colombia en los tres estudios nacionales de salud oral.

PREVALENCIA DE CARIES			COP-D		
Período	General Colombia	Bogotá	General Colombia	Bogotá	12 años
1996 - 1970	95.50%	53.20%	15.4	14.3	7.1
1977 - 1980	96.70%	98.80%	12.7	14.3	4.8
1998	65.30%	68.10%	10.3	10.8	2.3

En un estudio realizado en el año 2001³⁰, sobre el comportamiento de la salud oral en Colombia y Bogotá, en el capítulo del comportamiento de la morbilidad oral en Bogotá en la consulta externa, se encontró que la caries dental es la primera causa de consulta con una tendencia al aumento en el período analizado.

En el análisis de estudio piloto del SISVESO, 2007, el índice COP-D para todas las edades fue de 8,3. El siguiente gráfico muestra el COP por edades.

²⁹ La descripción detallada de este índice se encuentra disponible en: Guía de práctica clínica de caries dental, 2007. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, Asociación Colombiana de Facultades de Odontología.

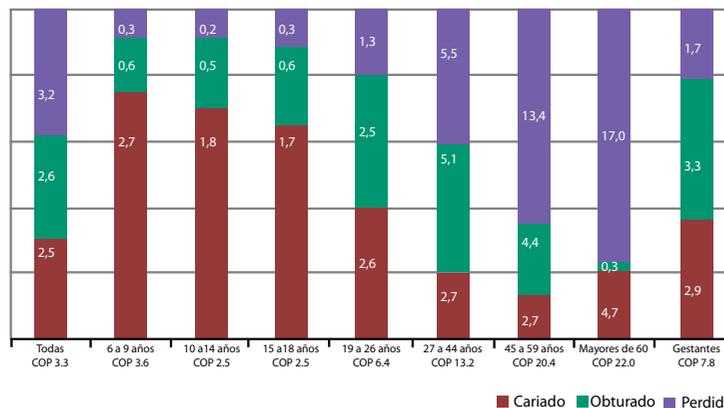
³⁰ Malambo, R.N. Boletín Epidemiológico Distrital, Secretaría Distrital de Salud, volumen 6, número 6, 2001.

El análisis de la trayectoria de la prevalencia de caries dental y del índice COP-D (suma de dientes permanentes cariados, obturados y perdidos) a los 12 años, a nivel nacional y de la ciudad, a partir de los tres estudios nacionales, muestran un mayor deterioro de la situación para Bogotá comparada con el promedio nacional y aunque ha habido un mejoramiento en la ciudad, este no sigue la misma magnitud que en el país.

Estos datos ponen en evidencia que entre los niños que tienen historia de caries, más de 2/3 partes tienen lesiones cavitacionales no tratadas, lo cual representa necesidades de atención acumuladas y riesgo para nuevas lesiones en la dentición permanente.



Gráfica 6. Índice COP-D según grupos de edad y mujeres gestantes, SISVESO, 2007.



Fuente: Secretaría Distrital de Salud. Dirección de Salud Pública. Área de Vigilancia en Salud Pública. Base de datos Estudio Piloto Estrategia de Vigilancia Centinela. SISVESO, 2007.

Los resultados obtenidos para caries en dentición primaria fueron:

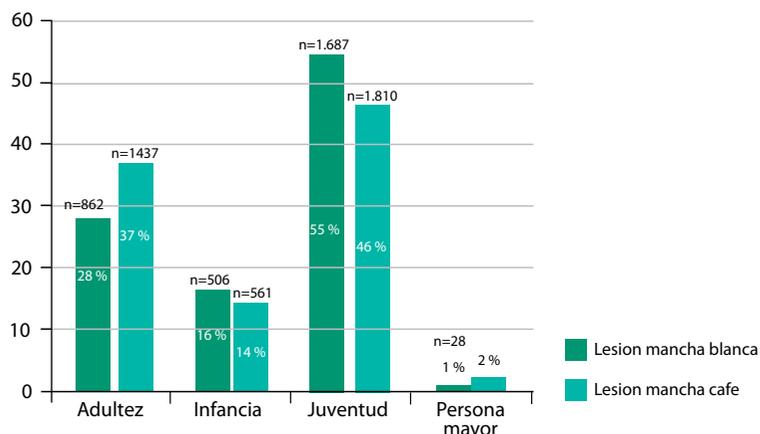
- La historia de caries es mayor en los niños fue 56% y en las niñas de 51%.
- Los niños de 5 años tenían una historia de caries del 60% y una prevalencia de 55%.
- En los niños de 7 años, la historia de caries fue del 73% y la prevalencia del 64%.
- En los niños de 12 años, la historia de caries fue del 13% y la prevalencia del 5,5%. Este descenso marcado se debe al efecto de la exfoliación dentaria.

Estos datos ponen en evidencia que entre los niños que tienen historia de caries, más de 2/3 partes tienen lesiones cavitacionales no tratadas, lo cual representa necesidades de atención acumuladas y riesgo para nuevas lesiones en la dentición permanente.

En la investigación del año 2004 de la Secretaría Distrital de Salud³¹, en relación con caries dental, en dentición temporal el 74,8% de los niños presentaban historia de caries con una prevalencia del 68,3%, el CED-D fue de 3,8. En el estudio SISVESO del año 2009, más de la mitad de los(as) niños(as) (52,9%) presentó caries cavitacional.

En el estudio piloto del SISVESO del año 2007, el CEO-D para niños entre 1 a 5 años fue de 2,5 y para niños entre los 6 y 9 años fue de 3,6. De acuerdo con los datos del SISVESO 2009, en el ciclo de vida infancia las lesiones de caries tipo mancha blanca se encontraron en un 16%, mancha café en un 14%, en la juventud 55%, lesión mancha blanca y café en un 46% (ver gráfica 9).

Gráfica 7. Lesión de mancha blanca y café en Bogotá por ciclo vital, 2009.



Fuente: Secretaría Distrital de Salud. Dirección de Salud Pública. Área de Vigilancia en Salud Pública. Base de datos Estrategia de Vigilancia Centinela. SISVESO, 2009.

³¹ Investigación realizada en el marco del Plan de Atención Básica en Salud Oral en el año 2004 por parte de las ese de Bogotá. Dirección de Salud Pública. Secretaría Distrital de Salud, 2004.

En el ENSAB III sobre la dentición permanente se destaca que los adolescentes entre 15 a 19 años, la historia de caries fue del 89%, es decir que de cada 10 adolescentes, 9 ya tiene historia de caries y a los 40 años, el 99% de las personas han sido afectadas.

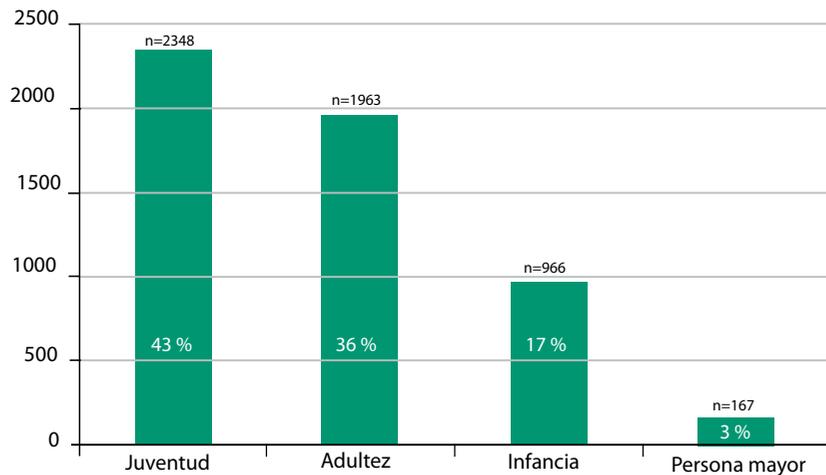
En el ENSAB III sobre la dentición permanente se destaca que los adolescentes entre 15 a 19 años, la historia de caries fue del 89%, es decir que de cada 10 adolescentes, 9 ya tiene historia de caries y a los 40 años, el 99% de las personas han sido afectadas.

Tabla 6. Historia y prevalencia de caries. Dentición permanente. Colombia, 1998.

Edad	Historia de caries	Prevalencia de caries
15 -19 años	89%	70%
30-34 años	97%	76%
40-44 años	99%	74%
60-64 años	96%	50%
65 y más	95%	49%

Fuente: ENSAB III, 1998

Gráfica 8. Caries cavitacional en Bogotá por ciclo vital, 2009.



Fuente: Secretaría Distrital de Salud. Dirección de Salud Pública. Área de Vigilancia en Salud Pública. Base de datos Estrategia de Vigilancia Centinela. SISVESO, 2009.

En el SISVESO 2009, se identificó en la población vigilada que todos los ciclos vitales presentan caries cavitacional y se destacó que el acumulado entre los infantes y jóvenes presentaron el 50% de caries cavitacional no tratada.



En el SISVESO 2009, se identificó en la población vigilada que todos los ciclos vitales presentan caries cavitacional y se destacó que el acumulado entre los infantes y jóvenes presentaron el 50% de caries cavitacional no tratada.

Enfermedad periodontal

En el ENSAB III para el país, el 50,2% presentó pérdida de inserción periodontal, siendo mayor en hombres (52,6%) que en mujeres (47,6%). La proporción de personas con pérdida de inserción aumenta con la edad, afectando al 32,8% de las personas de 15 a 19 años y al 87% de las personas de 55 años y más. En Bogotá, la enfermedad periodontal está localizada con un 46,8% y que la severidad de la pérdida en el componente leve es del 52%.

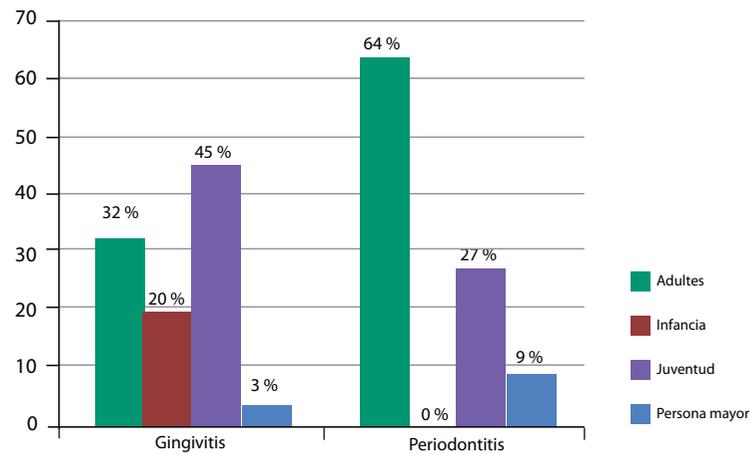
Tabla 7. Prevalencia de enfermedad periodontal en el III Estudio Nacional de Salud Bucal.

Indicadores epidemiológicos de salud oral			
Prevalencia enfermedad periodontal			
Periodo	Índice de extensión y severidad -ESI-	General Colombia	Bogotá
1998	Extensión de la pérdida de inserción periodontal localizada	42%	46.8%
	Extensión de la pérdida de inserción periodontal generalizada	8.1%	12%
	Severidad de la pérdida de inserción periodontal leve	41.1%	52.3%
	Severidad de la pérdida de inserción periodontal moderada	7.7%	4.9%
	Severidad de la pérdida de inserción periodontal severa	1.2%	1.7%

Tercer Estudio Nacional de Salud Bucal - ENSAB III-199

El SISVESO 2009 muestra que el 45% (314) de la población infantil estudiada, presentó gingivitis por placa bacteriana en el momento del examen. También se observó, cómo en esta etapa del ciclo vital se comienza a evidenciar periodontitis en sus formas tempranas, con un total de 9 casos.

Gráfica 9. Prevalencia de enfermedades periodontales por etapas del ciclo vital. SISVESO, Bogotá, 2009.



Fuente: Secretaría Distrital de Salud. Dirección de Salud Pública. Área de Vigilancia en Salud Pública. Base de datos Estrategia de Vigilancia Centinela. SISVESO, 2009.

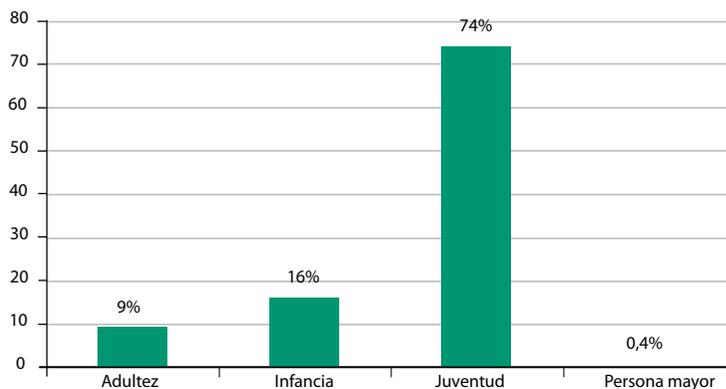


Fluorosis dental

Según el ENSAB III Bogotá, presentó una prevalencia total de 22,9% de fluorosis, en las edades de 6, 7 y 12 años. Por grados de severidad, la prevalencia de fluorosis leve fue de 18,4% y la fluorosis moderada a severa de 4,5%. En las edades comprendidas entre 15 y 19 años, la fluorosis leve se presentó en 3% de la población y la moderada a severa en 0,5%. En el informe SISVESO de 2009 se evidenció una mayor prevalencia de fluorosis en la juventud y la infancia con un 13,4% y 25,4% respectivamente.

En el informe SISVESO de 2009 se evidenció una mayor prevalencia de fluorosis en la juventud y la infancia con un 13,4% y 25,4% respectivamente.

Gráfica 10. Prevalencia de fluorosis en población centinela, SISVESO, Bogotá, 2009.



Fuente: Secretaría Distrital de Salud. Dirección de Salud Pública. Área de Vigilancia en Salud Pública. Base de datos Estrategia de Vigilancia Centinela. sisveso, 2009.

Labio fisurado y paladar hendido

El labio fisurado con o sin paladar hendido, es una de las anomalías orofaciales más comunes en los recién nacidos y que afectan a uno de cada 500 o 1.000 nacidos vivos en el mundo³². En el tercer Estudio Nacional de Salud Bucal, ENSAB III³³, se reporta una prevalencia promedio tanto de labio como de paladar fisurado de 0,2%, siendo mayor entre los hombres (0,6%) que en las mujeres (0,2%); y sin que se presente diferencia significativa entre la zona urbana y rural. De forma particular, llamó la atención el hecho que cerca de

³² Cooper, M. et ál., Cleft Palate-Craniofacial Journal, May 2000, Vol 37, N° 3.

³³ Ministerio de Salud, Tercer Estudio Nacional de Salud Bucal ensab III, 1998.

Una manera para analizar las consecuencias de los problemas de salud, es a través de indicadores como el AVISAS (Años de Vida Ajustados por Discapacidad

la mitad de la población con labio-paladar no presentase corrección de la fisura, principalmente entre los afiliados a los regímenes contributivo y subsidiado.

Esta deficiencia en los tratamientos se puede deber a los altos costos generados por los requerimientos quirúrgicos, ortopédicos, ortodónticos, de terapias de lenguaje y físicas, así como de soporte psicológico individual y familiar necesarios para una completa y aceptable rehabilitación de estos casos, requeridos durante períodos prolongados de la vida, lo cual exige la conformación de equipos interdisciplinarios para el abordaje de los tratamientos y de las estrategias de prevención³⁴.

Tabla 8. Pacientes atendidos en Bogotá D.C. por los grupos de trabajo en labio fisurado y paladar hendido en los años 2007 y 2008.

Institución	Nº Pacientes
Hospital Simón Bolívar ESE	79
Facultad de Odontología U. Javeriana	12
Fundación Operación Sonrisa	347
Total Pacientes	438

Fuente: Dirección de Desarrollo de Servicios. Conjunto integral de atención para labio y paladar hendido.

Consecuencias de los problemas de salud oral

Una manera para analizar las consecuencias de los problemas de salud, es a través de indicadores como el AVISAS (Años de Vida Ajustados por Discapacidad³⁵). En el estudio realizado por el CENDEX en 2008, se muestra que a nivel nacional la caries dental ocupa el

³⁴ Secretaría de Salud de Cundinamarca, Estudio de Factores de Riesgo para Labio y Paladar Fisurado en el Departamento de Cundinamarca, 2002.

³⁵ Los avisas estiman la carga de la enfermedad, de acuerdo con las distintas causas o problemas de salud consideradas, en años vividos con discapacidad más los perdidos por muerte prematura. Un avisa correspondería a un año de vida sana perdido y la medición de la carga de enfermedad por este indicador significaría la brecha existente entre la situación actual de salud de una población y la ideal en la que cada miembro de esa población podría alcanzar la vejez libre

tercer lugar de carga de enfermedad para mujeres aportando 22 AVISAS de un total de 247 por cada 1.000 personas, al igual que un tercer lugar para los hombres con 30 AVISAS de un total de 313.

Servicios de salud oral en Bogotá

Financiamiento

La contratación en salud oral³⁶

Los servicios de salud oral, dentro del mercado de salud, se pueden prestar a la seguridad social en modalidades de pago como:

- Pago por actividad.
- Pago por capitación.
- Pago por actividad final.

Pago por actividad: es el pago por servicio o atención recibida, este tiende a generar un aumento de las acciones a realizar en cada tratamiento, la vigilancia recae en el financiador e incentiva la sobre utilización del servicio.

Pago por capitación: se paga por la atención de individuos o grupos de individuos de acuerdo a las necesidades de atención, requiere conocer y balancear los promedios de atención y la demanda esperada de servicios, el más claro ejemplo de este tipo de pago fueron los conjuntos a paquetes de mil del Instituto del Seguro Social. Sin embargo, el desarrollo del sistema de seguridad social en salud, ha desarrollado estimaciones actuariales para el servicio de salud oral y el valor podría alcanzar el entre el 8% y 9,65% de la UPCS y en el régimen contributivo podría alcanzar valores del 3% al 4% de la UPCC.

de enfermedad y discapacidad. cendex (2008) Carga de Enfermedad Colombia 2005: Resultados Alcanzados. Documento Técnico ASS/1502-08 Bogotá.

³⁶ Secretaría Distrital de Salud. Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud. Análisis del financiamiento del pago fijo global prospectivo en salud oral. El caso de operatoria dental, 2006.

En el estudio realizado por el CENDEX en 2008, se muestra que a nivel nacional la caries dental ocupa el tercer lugar de carga de enfermedad para mujeres aportando 22 AVISAS de un total de 247 por cada 1.000 personas, al igual que un tercer lugar para los hombres con 30 AVISAS de un total de 313.

El mayor número de servicios de salud oral habilitados, se concentran en la zona norte con el 60% del total de la oferta, seguido de la zona sur occidente con el 20%, la zona centro oriente con el 15% y la zona sur con el 5%. La localidad que concentra el mayor número de servicios es la de Chapinero. La localidad de Sumapaz solo cuenta con servicios prestados por la Red Pública

Paciente atendido en actividad final³⁷: es una estrategia que busca estimular la eficiencia en el proceso de atención de los usuarios, de tal forma que se paga por paciente atendido en actividades finales y no por servicios intermedios, que generan incentivos que inducen la oferta, sin que necesariamente se obtengan mejores resultados en términos de calidad, pero que sí estimulan los costos.

Para el caso de odontología, la variable crítica de este tipo de pago es la continuidad del tratamiento, en especial en áreas como operatoria, endodoncia y periodoncia, variable compleja que depende de la voluntad y compromiso del paciente para cumplir las citas y terminar el tratamiento, de lo contrario las actividades intermedias no se cancelarán al prestador.

Es de destacar la simplificación de manera considerable en el proceso de facturación de servicios que realizan las instituciones de la red pública para el FFDS, lo que permite una reducción de los costos administrativos que se podrán destinar al mejoramiento de los procesos de atención.

La contratación por capitación en el régimen subsidiado en salud de Bogotá en 2009

La contratación fluctuó entre un 6,80% de la UPCS y el valor máximo contratado con una IPS privada alcanzó el 8,0% de la UPCS. Las EPSS destinan en las actividades de promoción y prevención, un valor cercano al 1,20% y 1,65% de la UPCS para las actividades preventivas en salud oral. Estos recursos, si se estiman para una población activa de 1.293.814 afiliados, indican un valor cercano a 4.110 millones de pesos y 5.651 millones de pesos.

Oferta de servicios por tipo de prestador

Este análisis fue realizado por la Secretaría Distrital de Salud, a partir de la información disponible en la Dirección de Desarrollo de

³⁷ <http://www.saludcapital.gov.co/seccsalud/navleft/hospitales/sisreferencia/> Secretaría Distrital de Salud. Consultada el 9 de octubre de 2006.

Servicios. De acuerdo con el registro especial de prestadores habilitados para diciembre del año 2009, Bogotá contaba con un total de 12.733 servicios habilitados de salud oral tanto de prestadores públicos como privados. Del total de los servicios habilitados, el 53% son habilitados por profesionales independientes, el 46% lo habilitan las IPS y el 1% por IPS de objeto social diferente.

Los servicios de odontología general predominan en un 47%, seguidos de los servicios especializados de ortodoncia en un 12%, radiología de baja complejidad en un 9%, endodoncia en un 7%, rehabilitación oral y periodoncia cada uno con un 6%, odontopediatría en un 3%, los servicios de implantología en un 1,5% y los servicios de cirugía oral, maxilo facial y estomatología, cercanos al 1% de la oferta. Los servicios de prevención y de higiene oral se habilitan en un 4,6% del total de los servicios.

Oferta prestadores de servicios de salud habilitados en Bogotá

En el marco del proceso de habilitación de prestadores de servicios de salud oral que adelanta la Secretaría Distrital de Salud, a diciembre de 2009, los prestadores habilitados en la ciudad eran los siguientes:

Por naturaleza jurídica

Prestadores habilitados con ánimo de lucro en un 92%; entidades habilitadas sin ánimo de lucro en un 5% y la participación de las entidades públicas habilitadas, donde se incluyen las Empresas Sociales del Estado (ESE) en un 3%.

Por zonas y localidades

El mayor número de servicios de salud oral habilitados, se concentran en la zona norte con el 60% del total de la oferta, seguido de la zona sur occidente con el 20%, la zona centro oriente con el 15% y la zona sur con el 5%. La localidad que concentra el mayor número de servicios es la de Chapinero. La localidad de Sumapaz solo cuenta con servicios prestados por la Red Pública.

Se evidencia una inequitativa distribución de la oferta para las localidades ubicadas en las zonas del sur y centro de la ciudad, donde se concentra una mayor parte de la población y donde también se conoce un mayor número de necesidades en salud de esta población.

Se trabaja en los colegios, jardines infantiles, familias vulnerables, comedores comunitarios, FAMIS, HOBIS, unidades de trabajo informal, instituciones de protección para niños, niñas y adolescentes y en los puntos de atención con servicios de salud oral de las ESE´s, implementando estrategias promocionales que favorezcan la salud oral desde los espacios de vida cotidiana de las personas a través de la construcción de prácticas protectoras a la salud.

Se evidencia una inequitativa distribución de la oferta para las localidades ubicadas en las zonas del sur y centro de la ciudad, donde se concentra una mayor parte de la población y donde también se conoce un mayor número de necesidades en salud de esta población.

Acciones colectivas

Las acciones colectivas se operan a través de los equipos de salud oral (odontólogos y auxiliares de salud oral) de los 14 hospitales de la Red Pública con servicios de primer nivel (Usaquén, Chapinero, Centro Oriente, San Cristóbal, Usme, Tunjuelito, Fontibón, SUR, Rafael Uribe Uribe, Engativá, Suba, Vista Hermosa, Nazareth y Pablo VI).

Se trabaja en los colegios, jardines infantiles, familias vulnerables, comedores comunitarios, FAMIS, HOBIS, unidades de trabajo informal, instituciones de protección para niños, niñas y adolescentes y en los puntos de atención con servicios de salud oral de las ESE´s, implementando estrategias promocionales que favorezcan la salud oral desde los espacios de vida cotidiana de las personas a través de la construcción de prácticas protectoras a la salud.

La información en salud oral en Bogotá

Durante el proceso realizado en 2010, la Secretaría Distrital de Salud adelantó un ejercicio de análisis de información de RIPS 2008³⁸, con el objeto de conocer aspectos epidemiológicos orales de la población en Bogotá. En este ejercicio se evidenciaron serios problemas de registro y análisis de la información proveniente de los servicios.

Respecto a la historia clínica y en avance de la Política de Salud Oral, se encuentra en proceso de actualización bajo un trabajo desarrollado entre la Asociación Colombiana de Facultades y la Secretaría Distrital de Salud. Con relación al registro y análisis de la información, los principales problemas evidenciados fueron la

³⁸ Documento de trabajo del grupo de salud oral en Bogotá. Secretaría Distrital de Salud, 2010.

ausencia de un sistema de información unificado que incluya insumos físicos, el talento humano, financieros y de costos; la totalidad de los programas desarrollados en las instituciones; trámites administrativos, remisiones, asignaciones, el control de las citas y los tiempos dedicados al paciente. Se identificaron aspectos por fortalecer en la articulación interinstitucional o de trabajo en red y mecanismos de referencia y contra referencia.

1.1.4. Marco conceptual

El texto que se presenta a continuación presenta un conjunto de reflexiones cuyo propósito es el de orientar a manera de marco lógico, sobre el conjunto de consideraciones que se ponen en juego en el ajuste de la Política Pública en Salud Oral de Bogotá; se trata en muchos casos de referentes de sentido y de exploraciones teóricas que se proponen, no solo aclarar la perspectiva desde donde se piensa el ajuste de política y la consiguiente presentación de las estrategias; sino también, para establecer la coherencia interna que debe existir entre ellas. De igual manera, trata de asuntos de política en salud en un sentido amplio, porque por principio es necesario, sin perder la especificidad de la salud oral, mantener una línea de diálogo que va de lo profesional a lo multiprofesional y de este a lo transdisciplinar, pasando por lo interdisciplinario.

El enfoque de derechos para una Política Pública en Salud Oral

La Política de Salud Oral de Bogotá asume de forma consistente como opción, el enfoque de derechos y parte de comprender y enfrentar las difíciles condiciones existentes para resolver los problemas de exclusión, inequidad y profundización de la pobreza extrema. Este es quizá el principal argumento por el cual la Política Pública en Salud Oral toma esta alternativa. En este contexto, las inequidades sociales se traducen necesariamente en desigualdades en salud³⁹, más cuando el SGSSS y los diseños institucionales

³⁹ Entendida como la ausencia de diferencias sistemáticas, injustas y potencialmente evitables en aspectos de salud entre poblaciones o grupos

Es posible agrupar en dos corrientes las diferentes concepciones y prácticas relacionadas con la promoción de la salud. De un lado, se encuentran aquellas orientadas a la transformación de los comportamientos de los individuos que centran su atención en los estilos de vida y localizan generalmente sus acciones en las familias y como máximo en los grupos comunitarios en los que estas se encuentran.

Los enfoques diferenciales con población escolar y mujeres embarazadas deben ser una apuesta prioritaria en el caso de la salud oral. Sin embargo, dadas las características de los problemas de salud colectiva, el concepto ampliado y positivo de salud, así como el carácter multicéntrico de los determinantes de la salud y la enfermedad oral, el trabajo promocional no puede entenderse como una acción aislada de los profesionales de la odontología.

que de él derivan, no superan y por el contrario profundizan la fragmentación entre los servicios curativos y los de promoción y prevención, introduce barreras administrativas, económicas y culturales, entre otros; en el acceso a los servicios de salud, subordina los propósitos de equidad a los de eficiencia económica y disponibilidad de recursos; y en su diseño general, dado su carácter contractual ligado al empleo, resulta pro cíclico, es decir, que en las épocas de crisis y desempleo, limita su cobertura y capacidad resolutive.

Sobre el concepto de salud oral

Consideraciones acerca de la promoción de la salud y el enfoque promocional de calidad de vida y salud

Es posible agrupar en dos corrientes las diferentes concepciones y prácticas relacionadas con la promoción de la salud. De un lado, se encuentran aquellas orientadas a la transformación de los comportamientos de los individuos que centran su atención en los estilos de vida y localizan generalmente sus acciones en las familias y como máximo en los grupos comunitarios en los que estas se encuentran. Por lo general, esta manera de entender la promoción se asocia con medidas preventivas sobre los ambientes físicos y sobre los estilos de vida⁴⁰ de medidas de salud pública, intersectorialidad y en la potenciación del agenciamiento social y comunitario, en la perspectiva de construir condiciones favorables para la salud.

Una estrategia de promoción de la salud con enfoque de calidad de vida debe hacerse cargo, en principio, de la construcción de políticas públicas que impliquen mejorar las condiciones para la calidad de vida y la salud; de la creación de una nueva institucionalidad social que ha de materializarse en procesos de gestión territorial en reconocimiento de la diferencia, de lo identitario y

poblacionales definidos social, económica, demográfica o geográficamente.

⁴⁰ Ver: Marchiori Buss, Paulo. Health promotion and quality of life. En Ciencia y Salud Colectiva. Associação Brasileira de Pós/graduacao em Saúde Coletiva. Número 1, 2000.

de las diversas formas de exclusión, lo que exige adicionalmente de procesos tras/sectoriales e intersectoriales fraguados desde una lectura tanto de “necesidades” como de “demandas” que reconozcan la perspectiva del agente social; potenciar el poder técnico y político de las comunidades para que fije prioridades, tome decisiones y de manera particular, se plantee la exigibilidad y la restitución de sus derechos en expresión de las distintas ciudadanías debe ser un propósito de la promoción de la salud.

Los enfoques diferenciales con población escolar y mujeres embarazadas deben ser una apuesta prioritaria en el caso de la salud oral. Sin embargo, dadas las características de los problemas de salud colectiva, el concepto ampliado y positivo de salud, así como el carácter multicéntrico de los determinantes de la salud y la enfermedad oral, el trabajo promocional no puede entenderse como una acción aislada de los profesionales de la odontología. Más bien que estos deben formar parte de equipos multiprofesionales, donde se puedan abordar de manera ordenada y sistemática a partir de planes de acción, aquellos aspectos de la determinación social, que expresada en distintos niveles, singular, particular y general, afectan los procesos de producción y reproducción de la salud y la salud oral.

Desde esta perspectiva es fundamental no confundir la promoción de la salud y la salud oral con la sola tarea educativa, que si bien es importante, centra toda su atención en los individuos mediante estrategias motivacionales que generalmente no trascienden en cambios sobre los determinantes que en el espacio vital regulan la aparición o no de pautas positivas del autocuidado en salud oral. La estrategia de Promoción en Salud Oral debe partir de una concepción estratégica del escenario de vida cotidiana que se esté abordando. Estos escenarios de vida cotidiana deben ser reconocidos, en referencia a los problemas de salud tratados, en cuanto a los mecanismos de producción y reproducción de las prácticas de autocuidado, sus condicionantes simbólicos y culturales etc., con el propósito de establecer una estrategia general

Desde esta perspectiva es fundamental no confundir la promoción de la salud y la salud oral con la sola tarea educativa, que si bien es importante, centra toda su atención en los individuos mediante estrategias motivacionales que generalmente no trascienden en cambios sobre los determinantes que en el espacio vital regulan la aparición o no de pautas positivas del autocuidado en salud oral. La estrategia de Promoción en Salud Oral debe partir de una concepción estratégica del escenario de vida cotidiana que se esté abordando.

Potenciar capacidades específicas con grupos, actuar sobre las dotaciones iniciales, formar para ejercer el derecho efectivo a la salud (ciudadanías en salud), y sobre los demás derechos económicos y sociales, fortalecer el capital social comunitario; aportar a la construcción de una institucionalidad en salud con perspectiva social, son líneas de acción que deben formar parte de las estrategias y acciones de un enfoque promocional en calidad de vida, en una perspectiva renovada de la atención primaria en salud.

que articule las prácticas educativas, de sensibilización, la comunicación y divulgación, de gestión social y política (de políticas particulares y generales) asociada al escenario de vida cotidiana, y las prácticas curativas, entre otros aspectos.

La promoción de la salud y la calidad de vida: un cruce de coordenadas

En buena medida la defensa de la salud pasa por la superación de inequidades en el orden político, cultural, económico, geográfico, social etc., que tienen implicaciones negativas en la capacidad de agenciamiento individual y comunitario y en la restricción de las posibilidades de ser y hacer de las personas y por lo tanto en su calidad de vida. La promoción de la salud pasa por asegurar las condiciones (faceta del bienestar) y las mediaciones (faceta de agenciamiento) que permitan a todas las personas realizar sus proyectos vitales. No es posible pensar la educación en salud, la prevención de la enfermedad, la reorientación y calificación de los bienes públicos (acceso a servicios sanitarios), ni la construcción de ambientes favorables para la salud, si no existe capacidad de agencia, es decir, sin capacidad de transformadora de parte de los agentes sociales, evaluable acorde a sus propios valores y objetivos.

La Atención Primaria en Salud y su vínculo con la salud oral

La Atención Primaria en Salud como propósito de la estrategia de participación y agenciamiento social, orientada a promover la equidad en las condiciones y oportunidades para el ejercicio del derecho a la salud, constituyen el norte del presente ajuste de política.

Tal como fue propuesto en Alma Ata (1978), el concepto de APS tiene fuertes implicaciones sociopolíticas relacionadas con la necesidad explícita de generar una estrategia de salud integral, centrada en los territorios, que no sólo abasteciera de servicios de salud, sino que afrontara las causas fundamentales, sociales, económicas y políticas de la falta de salud.

Potenciar capacidades específicas con grupos, actuar sobre las dotaciones iniciales, formar para ejercer el derecho efectivo a la salud

(ciudadanías en salud), y sobre los demás derechos económicos y sociales, fortalecer el capital social comunitario; aportar a la construcción de una institucionalidad en salud con perspectiva social, son líneas de acción que deben formar parte de las estrategias y acciones de un enfoque promocional en calidad de vida, en una perspectiva renovada de la atención primaria en salud.

Las experiencias documentadas de A.P.S en salud oral no son muchas, pero existe en el campo una amplia experiencia en salud comunitaria desarrollada por profesionales de la salud oral.

Sobre la participación y la organización social y comunitaria en el marco de los ajustes de política

La participación como mecanismo para producir y mantener bienes colectivos de clara incidencia en la calidad de vida de todos los ciudadanos, con alto impacto sobre las poblaciones más excluidas, articula las discusiones sobre justicia local en términos de la distribución de los beneficios, sobre la acción colectiva, la reivindicación del derecho, pero también sobre el reconocimiento y la visibilidad de las distintas identidades.

Esta última, se reconoce, en principio, como el soporte fundamental para la participación, porque recoge la perspectiva del agente en términos de los “haceres”, “los seres” y los “sentires” múltiples, que dan lugar a la constitución de las diversas ciudadanías. En este sentido, se plantea que la organización social, como parte de las herramientas constitutivas del proceso, pasa por el reconocimiento de necesidades asociadas al orden simbólico, a las identidades etc., y no solamente por la identificación de problemas, necesidades y causalidades adscritas al territorio.

De otro lado, la organización social aparece como un mecanismo indispensable para la sostenibilidad de los procesos y para enfrentar la acción de las redes clientelares locales, y fundamentar valores de lo público en el ámbito social.

Fortalecer acciones encaminadas a los intereses solidarios que promuevan la obtención, pero también la calificación de bienes públicos, exige una dinámica institucional y social orientada a acentuar y hacer visibles los intereses de corresponsabilidad, cooperación y pertinencia, mediante la concertación de normas e incentivos positivos de carácter cultural, para la acción conjunta.

la importancia de la participación de diferentes sectores, instituciones y grupos comunitarios para lograr avances en términos de salud oral y por lo tanto desarrollar acciones de articulación permanente con el establecimiento de compromisos en el marco de la Política de Salud Oral en Bogotá.

Sobre la acción colectiva

El problema de la acción colectiva, encaminada a la obtención de bienes públicos, como es el caso de la salud oral, con una mayor calidad, oportunidad y pertinencia, plantea el problema de las voluntades individuales y los intereses diversos, presentes en la ejecución de las políticas, en sus escenarios y en los espacios de operación más locales.

Fortalecer acciones encaminadas a los intereses solidarios que promuevan la obtención, pero también la calificación de bienes públicos, exige una dinámica institucional y social orientada a acentuar y hacer visibles los intereses de corresponsabilidad, cooperación y pertinencia, mediante la concertación de normas e incentivos positivos de carácter cultural, para la acción conjunta.

Sobre la construcción de mecanismos de control y monitoreo social:

Si bien se reconoce que el ejercicio y expansión de las distintas ciudadanías no se reduce a su papel de veeduría social, centrada está en el control y seguimiento a la gestión pública, es necesario tener en cuenta que todo ejercicio de esta naturaleza, ligada a la construcción de acuerdos bajo orientaciones públicas, pasa por procesos de reapropiación significativa de las problemáticas y necesidades, pero también de las capacidades sociales, individuales y colectivas, los reconocimientos y la construcción de identidades, con que se cuenta para la transformación y cualificación de los bienes públicos.

Este esfuerzo, desde luego, permite redimensionar y cualificar las relaciones de los ciudadanos con su comunidad y con el Estado, en una perspectiva de monitoreo y control social, que para el caso es resultado y proceso, respecto de la constitución de ciudadanía.

La gestión social integral del territorio

La gestión social del territorio, supone, la construcción de territorialidad sobre el espacio



físico, es decir, el desarrollo de un conjunto de prácticas con sus expresiones materiales y simbólicas que permiten procesos de apropiación y reconocimiento sobre los procesos (individuales y colectivos) e identidades construidas por las comunidades a través de la socialización de dicho espacio, cuyo resultado se traduce en el fortalecimiento de la capacidad de organización, participación, concertación y regulación al interior de las mismas comunidades, y de interlocución y regulación hacia las instituciones y las políticas.

Equidad: entendida como la ausencia de diferencias sistemáticas, injustas y potencialmente evitables en aspectos de salud entre poblaciones o grupos poblacionales definidos social, económica, demográfica o geográficamente; en los servicios de salud esto implica aplicar el principio a cada cual según su necesidad y de cada quien según su capacidad.

Integralidad: la importancia de la participación de diferentes sectores, instituciones y grupos comunitarios para lograr avances en términos de salud oral y por lo tanto desarrollar acciones de articulación permanente con el establecimiento de compromisos en el marco de la Política de Salud Oral en Bogotá. Adicionalmente la integralidad implica asumir el trabajo en salud oral articulado a salud general, mediante acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, atención y rehabilitación, y la integración territorial de estas acciones en salud.

Integralidad: la importancia de la participación de diferentes sectores, instituciones y grupos comunitarios para lograr avances en términos de salud oral y por lo tanto desarrollar acciones de articulación permanente con el establecimiento de compromisos en el marco de la Política de Salud Oral en Bogotá.



La esfera pública y la rectoría en salud:

la esfera pública de la Política de Salud Oral involucra agentes de diversa naturaleza y origen en condiciones de equidad social y democracia política en la discusión y en el diseño de acciones orientadas al mejoramiento de la salud oral, entendida como un problema de toda la sociedad. Exige en consecuencia la participación de todas sus expresiones organizadas públicas y privadas y del papel rector del Estado, como garante mayor en la realización de derechos.