

INSTITUCION UNIVERSITARIA COLEGIOS DE COLOMBIA

UNICOC

COLEGIO ODONTOLOGICO

POSGRADO EN GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD



ANÁLISIS BIBLIOGRÁFICO DE LAS POLÍTICAS DE SALUD ORAL EN COLOMBIA

PRESENTADO POR:

DANIELA NEIZA

INSTITUCION UNIVERSITARIA COLEGIOS DE COLOMBIA
COLEGIO ODONTOLOGICO
POSGRADO EN GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD
BOGOTA, FEBRERO, 2022

ANÁLISIS BIBLIOGRÁFICO DE LAS POLÍTICAS DE SALUD ORAL EN COLOMBIA

AUTORES:

DANIELA NEZA

ASESOR CIENTIFICO:

Luz Amparo Ruiz García

ASESOR ESTADISTICO:

INSTITUCION UNIVERSITARIA COLEGIOS DE COLOMBIA

COLEGIO ODONTOLOGICO

POSGRADO EN GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD

BOGOTA, FEBRERO, 2022

El trabajo de grado “ANÁLISIS BIBLIOGRÁFICO DE LAS POLÍTICAS DE SALUD ORAL EN COLOMBIA” elaborado por Daniela Neiza como requisito para optar por el título de Especialista en Gerencia de Servicios de Salud.

Firma. Asesor Científico

Firma. Asesor Estadístico

Firma. Asesora metodológica
Investigaciones

Firma. Directora Centro de

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN	9
PALABRAS CLAVE	9
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	10
ESTADO DEL ARTE	12
JUSTIFICACION	16
OBJETIVOS	18
Objetivo General	18
Objetivos Específicos	18
METODOLOGIA	19
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	21
RESULTADOS	23
Participación Ciudadana en la Salud	27
Evolución de las políticas en los sistemas de salud	32
La Salud Bucal en Colombia	40
Papel de las políticas odontológicas frente a su administración	45
PRESUPUESTO	46
CONCLUSIONES	47
BIBLIOGRAFIA	50

RESUMEN

La práctica odontológica ha desarrollado un proceso de reflexión política relacionado con otras disciplinas, una de las sugerencias es considerar la salud bucal a nivel colectivo. Colombia pasó el análisis de algunos indicadores sociales y de salud. Además, también constituyen Principios de salud bucodental colectiva: la salud bucodental es un derecho básico que la comunidad asume generando así el control de la salud y sus determinantes, así como la participación de los actores Servicios sociales, económicos, académicos y sanitarios.

Comprender su contenido, especialmente relacionado con la calidad de la atención odontológica y la seguridad del paciente. El propósito de esta revisión es verificar si las políticas anteriores consideraban estos elementos como componentes básicos del derecho a la salud. La calidad y seguridad de los pacientes constituyen una preocupación por la bioética y los derechos humanos, porque la garantía de una práctica clínica segura logra el mayor respeto a la dignidad de los pacientes.

La política analizada establece prioridades para avanzar en la protección del derecho a la salud bucal; sin embargo, su propio marco normativo y estrategia no incluye a los pacientes como eje básico de estas actividades, debido a que las acciones propuestas no involucran el derecho de los pacientes a una atención segura. Frente a los desafíos de calidad y seguridad, las regulaciones que ha implementado el país no lo han establecido claramente.

PALABRAS CLAVE

Derecho a la Salud, Seguridad del Paciente, Políticas Públicas, Salud oral, Calidad, Atención.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

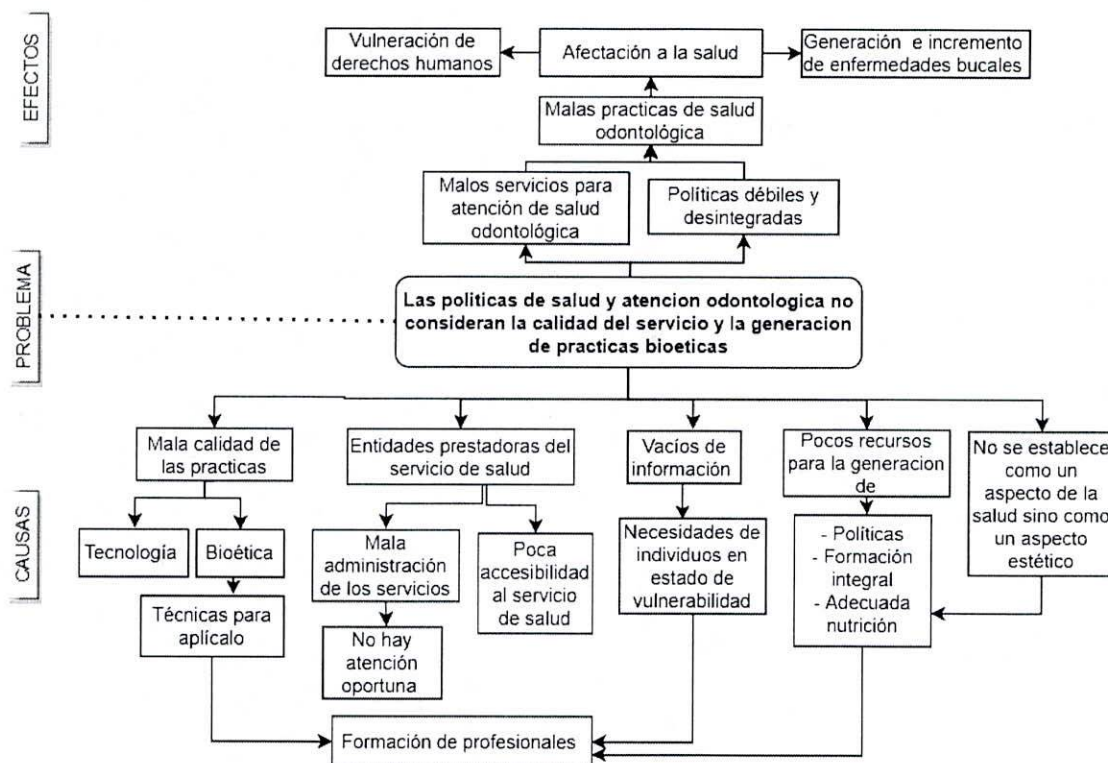
A lo largo de los años y a nivel mundial la atención a la salud oral ha presentado una serie de desafíos relacionados con la calidad de las prácticas en ámbitos tecnológicos y bioéticos, la accesibilidad a los servicios, la calidad de educación odontológica, la administración de los servicios y sus entidades prestadoras, la atención oportuna e incluso la calidad de información y de prácticas que respondan adecuadamente a las necesidades especiales de cada individuo sobre todo para aquellas personas que se encuentran en estado de vulnerabilidad (**Gispert & Becquer, 2015; Miguel et al., 2014**).

Las políticas de la salud oral en la actualidad son débiles y desintegradas debido a la existencia de los desafíos anteriormente mencionados y a la visión hacia la salud bucal, anclada más hacia un aspecto estético y generando así en las entidades prestadoras del servicio de salud e inclusive ante los pacientes poca importancia y atención oportuna, adicional a esto las prácticas odontológicas poco estructuradas de acuerdo a las necesidades individuales y no colectivas de los pacientes, las estrategias de implementación para subsanar las problemáticas ya generadas y sus costos elevados de implementación, aumentan la problemática actual existente para la salud bucal. Dentro de estos aspectos muchas de estas implicaciones que se desarrollan entorno a la salud odontológica se relacionan con aspectos sociales, económicos e inclusive culturales de la población, donde se establecen los países poco desarrollados como grupos sociales con más afectación para la salud bucal, esto debido a la poca independencia económica, falencias

educativas e inadecuada nutrición de la población (Contreras, 2016; Sanabria-Catellanos et al., 2015).

Otro de los aspectos relevantes dentro de esta problemática hace parte de la pésima administración de las políticas y modelos entorno a la salud bucal ya existentes, en la actualidad aunque las políticas odontológicas no tienen un campo de acción muy estructurado, muchas de estas políticas han sido derogadas en búsqueda de responder con las necesidades reales de la población a pesar de ello, las entidades prestadoras del servicio de salud no generan practicas optimas dentro de estos procesos, muchas veces por la falta de recursos técnicos, económicos e inclusive por la falta de información hacia la prestación de servicios específicos (Fuente-Hernandez, 2010; Tami-Maury et al., 2009).

Figura 1. Árbol del problema



Fuente. Autor

ESTADO DEL ARTE

El autor **Contreras, (2016)** en su investigación “la promoción de la salud general y la salud oral: una estrategia conjunta...” aborda la problemática hacia la generación de enfermedades orales crónicas no transmisibles, en la población latinoamericana, donde analiza que a pesar de que las condiciones de vida individual e inclusive grupal, refiriéndose a los diferentes países latinoamericanos con condiciones territoriales, económicas y culturales distintas; entre las enfermedades que prevalecen y sobresalen en la población son las caries dental y la periodontitis, adicionalmente identifica que para esta problemática generalmente se desarrollan estrategias que demandan alta inversión y recursos físicos y humanos lo cual dificulta el tratamiento de las enfermedades crónicas. A partir de lo anterior el investigador establece la importancia de generar planes de prevención por medio de promoción a la salud y control en clínicas, escuelas, trabajos e inclusive desde el hogar y para ello también la importancia de integrar las políticas de promoción en salud oral y la integración de profesionales de la salud.

De igual forma **Gispert & Becquer, (2015)** llevaron a cabo una investigación en la que abordan la problemática de la salud bucal debido a que no es vista como una línea de la salud que se encuentre estrechamente relacionada con la generación de enfermedades sino como un aspecto estético-cosmético ocasionando que muchas políticas no denoten la importancia que les corresponde, sino se establecen como políticas débiles y desintegradas, otro de los aspectos que lo genera es que las investigaciones que abarcan estudios de caso de las condiciones orales de diferentes individuos o poblaciones no son tomadas en cuenta para la generación de las políticas por lo cual no poseen un plan de acción, metas, planificación, control, entre otros. Dando lugar a

el aumento y agravamiento de las enfermedades. Los autores establecen la necesidad de un acceso a la salud que promueva y prevenga el cuidado dental y establezcan estrategias que aborden políticas públicas intersectoriales evaluando la implicación a su aplicación no solo actualmente sino a través de los años.

A pesar de ello los autores **Tami-Maury et al., (2009)** generaron un estudio en el que como eje principal analizan las opiniones de los encargados nacionales de la salud bucal en 38 países de las Américas, de las políticas y estrategias establecidas en la atención de salud bucal para pacientes con VIH/Sida. En la investigación identifican que existen 4 aspectos que son abordados entre los que se encuentran las prácticas de control de infecciones, la prevalencia de lesiones bucales asociadas con el VIH/Sida, la discriminación de pacientes cero positivo en consultas odontológicas y la cobertura que puedan tener de salud odontológica. Aunque ya abordan estas temáticas denotan la necesidad de incrementar información que sea proveída no solo por investigadores sino también por pacientes y profesionales de diferentes campos y así establecer un grupo interdisciplinar, el cual identifique las necesidades más urgentes en cuestiones de políticas, prácticas, aprendizaje, espacios y financiamiento para la ejecución de nuevas políticas, estudios y proyectos. Mejorando así la calidad de salud bucal de esta población vulnerable.

Por otro lado **Sanabria-Catellanos et al., (2015)** desarrollaron la investigación denominada “Relación entre determinantes socioeconómicos, cobertura en salud y caries dental en veinte países” donde establecen diferentes puntos críticos dentro del aspecto económico que influyen en la atención que se le da a la salud oral de los pacientes entre las que se encuentra el índice de pobreza, la esperanza de vida al nacer, el gasto de salud, la alfabetización en adultos, la tasa de mortalidad materna, entre otros. A partir de lo anterior identifican que la caries dental ha

presentado una disminución significativa en países desarrollados a diferencia de lo que ocurre en países menos desarrollados o en proceso de desarrollo, aunque se establece en diferentes investigaciones que los aspectos socioeconómicos son los que afectan en su mayoría la salud de las personas en esta investigación no se encuentra una relación directa, sin embargo la independencia económica en diferentes países les permite autonomía en la formulación de políticas de salud dental, la formación integral de profesionales de la salud y una adecuada nutrición, trayendo consigo mejores condiciones de salud a diferencia de lo que ocurre en países menos desarrollados, se producen falencias desde las políticas, controles, estilos de vida, entre otros.

A pesar de lo anterior y de los notables esfuerzos que tienen en cuanto al desarrollo de buenas políticas de salud bucal el investigador **Fuente-Hernandez, (2010)** identifica que algunas enfermedades como las caries y las periodontopatías son frecuentes en adultos mayores e impactan en el bienestar físico, psicológico y social de este grupo poblacional, además de las implicaciones directas de estas enfermedades como molestias al comer, dolor, interrupción de la alimentación. Estos impactos negativos hacia esa población mayor, se ve mas reflejada en mujeres y establecen que a pesar de que presentan estas molestias es una población que no suele recurrir a centros médicos por este tipo de molestias, adicionalmente el autor establece que los profesionales médicos son los encargados de generar espacios que promuevan el envejecimiento digno y saludable por medio de la generación de controles médicos por medio de diferentes exámenes fundamentales para todo adulto mayor sin importar su condición física o económica.

Frente a la posición del estado actual de las bases teóricas e investigativas, las practicas impartidas para los profesionales de la salud odontológica y la bioética dentro de sus prácticas, los autores (**Miguel et al., 2014**) hablan de la posición de los estudiantes de odontología frente a

aspectos bioéticos es contradictoria debido a que aunque presentan aptitudes que demuestran una posición favorable hacia esta disciplina y un fortalecimiento en aspectos como identificación de conceptos bioéticos, no existen las herramientas técnicas y comunicacionales suficientes que generen un consentimiento informado por parte de los pacientes. Esto se presenta generalmente porque no existe una postura ética específica que se aplique en todos los centros de salud o se imparta en todas las instituciones formadoras de profesionales de la salud, trayendo consigo ambigüedad informativa. Adicionalmente, aunque existe una identificación de aspectos necesarios para generar prácticas vinculadas con la bioética, los estudiantes no poseen ni se les imparten herramientas técnicas para poder llevar a cabo este tipo de prácticas.

JUSTIFICACION

La presente investigación se desarrolla por la necesidad de reconocer la participación existente en cuanto a las políticas de la salud dental que competen para Colombia, esto debido a que se evidencia una gran brecha informativa y administrativa que no logra dar lugar a la generación de prácticas y servicios a la salud odontológica. En la actualidad a la salud dental no se le ha brindado la importancia que tiene, muchos países no cuentan con entidades de salud dental que provean los servicios necesarios para suplir las necesidades de la población, en incluso en muchos casos no hacen parte de los regímenes de salud como es en el caso de Europa, para Colombia no pasa algo muy distinto pues a pesar de que la salud dental si hace parte de los regímenes de salud convencional en muchos casos para que este tipo de servicios sean proveídos requieren de pagos adicionales demostrando una evidente tardía y dificultad en la prestación de estos servicios, adicionalmente para Colombia y muchos otros países de Latinoamérica los servicios de salud en general no se posicionan como los mas buenos, existen ya muchas fallas en los servicios de salud y la dificultad de acceso a ellos. Adicionalmente las poblaciones que más necesidades a la atención de la salud dental requieren son muchas veces las que menos posibilidades de acceso a estos servicios tienen e incluso los que más vulneración hacia los mismos presentan, esto debido a sus diferentes condiciones pueden ser físicas, de salud, económicas, culturales, entre otras.

Por lo anterior la investigación busca proveer información hacia la posición actual que tienen las políticas para la salud bucal en el país, sus retos y dificultades mas importantes, que papel tuvo la población dentro de estos servicios de salud y un análisis del papel de las

administraciones prestadoras de este servicio frente a la carencia de políticas sólidas y bien estructuradas. De esta forma se pretende brindar al lector y otros investigadores un punto de partida hacia las temáticas más relevantes a abordar al momento de establecer planes o estrategias encaminadas a la creación de modelos a la salud que subsanen las problemáticas actuales y ya existentes a lo largo de los últimos años.

OBJETIVOS

Objetivo General

Identificar y analizar mediante una revisión bibliográfica las políticas de salud bucal adoptadas y administradas para Colombia.

Objetivos Específicos

- Determinar la evolución que se han generado en los últimos 20 años para Colombia en las políticas de salud bucal y su participación dentro de los sistemas de salud.
- Identificar el papel de las políticas colombianas entorno a la salud bucal hacia la calidad y seguridad de los pacientes prevaleciendo los derechos humanos fundamentales y la bioética dentro de las instituciones prestadoras de servicio.
- Especificar la participación ciudadana dentro de las políticas de la salud bucal a nivel internacional y Nacional.

METODOLOGIA

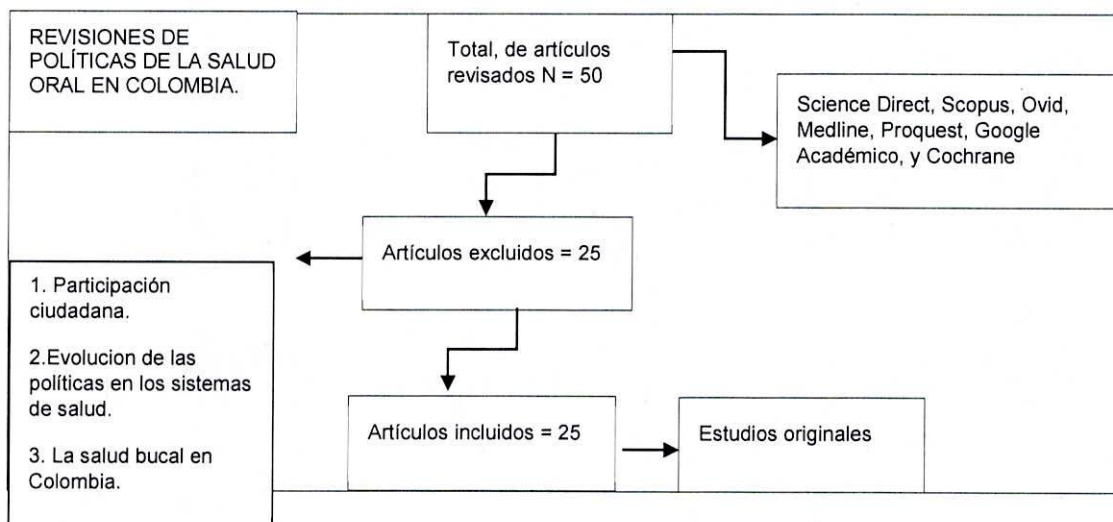
Esta revisión de tema es producto del análisis y evaluación de fuentes primarias y secundarias que comprenden en artículos de investigación, normas, documentos oficiales, entre otros, los cuales fueron tomados como antecedentes para el desarrollo de la investigación.

Se realizó una revisión bibliográfica de 50 artículos publicados en las bases de datos Science Direct, Scopus, Ovid, Medline, Proquest, Google Académico, y Cochrane, en una ventana de tiempo de 15 A 25 (Días); en la selección se tuvieron en cuenta documentos originales en inglés y español cuya temática y ecuaciones de búsqueda abordarán Políticas de Salud Oral en Colombia, Políticas de Salud oral en Bogotá; Salud Oral, Salud Bucal, Concepto de salud oral, Calidad en Salud Oral, Calidad Salud Bucal, Salud Bucal Colectiva, Políticas Odontológicas en Colombia y por medio de las palabras clave utilizadas: Salud Bucal, Salud Oral, Calidad, Políticas. Dentro de dicha búsqueda también se usó la metodología snowball o bola de nieve, por medio de la cual se analizaron las investigaciones encontradas citadas, dentro de investigaciones que surgían por medio de la búsqueda con palabras clave y ecuaciones de búsqueda.

Posteriormente se realizó una selección de las investigaciones e información que tuviera más relevancia para la investigación, dentro de la cual se fundamentó en productos de investigación publicados entre los años 2000 a 2021, dentro de los cuales se seleccionaron 25 documentos de interés en la temática; los cuales se evidencian en la (Fig. 1. Artículos seleccionados para la revisión), la tabulación y filtro para la aprobación de cada artículo fue realizado teniendo en cuenta los siguientes aspectos: título, autores, año, revista y metodología. Referenciados en

Normas APA. Adicionalmente se utilizó el software de apoyo para la gestión documental: Mendeley Desktop actuando como soporte del trabajo de investigación.

Figura 2. Artículos seleccionados para la revisión



Fuente. Autor

RESULTADOS

En la siguiente tabla se encuentran plasmados los resultados de la investigación, de acuerdo a cada uno de los objetivos delimitados posteriormente, algunos de estos objetivos se encuentran estrechamente relacionados e inclusive un objetivo puede generar el desarrollo consecutivo del otro como es el caso de los objetivos específicos 2 y 3, a diferencia de lo que ocurre con el objetivo general y el objetivo específico 1 que se desarrollan de forma independiente. Se determino que en su mayoría los indicadores son de formulación debido a que hace parte del desarrollo de la revisión y búsqueda de información, sin embargo para el objetivo general se genera indicador de formulación y resultados debido a que se genera una posición frente a la administración de las políticas de la salud oral, al igual para el caso del objetivo específico 2 se generan indicadores de impacto y resultados debido a que se tienen en cuenta el papel de las políticas a la salud oral con respecto al servicio brindado a los pacientes y si estos presentan impactos negativos o positivos y la bioética bajo la cual son realizados los diferentes procedimientos.

En cuanto a los impactos esperados se delimito la información por medio de 3 aspectos entre los que se encuentra la apropiación social, el fortalecimiento de la comunidad científica y la generación de nuevo conocimiento, dichos aspectos se desarrollan no solo en un objetivo de forma independiente sino también de forma simultánea y los beneficios reconocidos para la investigación fueron detallados de forma general para la investigación.

Tabla 2. Resultados esperados

Objetivo	Indicador	Resultado o	Impacto	Beneficio
General		producto esperado	esperado	
Identificar y analizar mediante una revisión bibliográfica las políticas de salud bucal adoptadas y administradas para Colombia.	Indicador de formulación y resultados cualitativo.	Interpretación sistemática y organizada de la información, permitiendo analizar de forma sencilla las características más relevantes de estas políticas en Colombia y el papel que desempeñan los entes públicos y privados a los cuales les compete la salud bucal.	-Apropiación social del conocimiento. - Fortalecimiento de la comunidad científica.	-Contribuir al mejoramiento de las políticas de salud bucal en el país. -Generar conocimiento que demuestre las condiciones en las que se encuentran las políticas de la salud bucal. -Fortalecer el área
Objetivos Específicos	Indicador	Resultado o producto esperado / Beneficiario		administrativa de la salud bucal por medio del

1. Determinar la evolución que se ha generado en los últimos 20 años para Colombia en las políticas de salud bucal y su participación dentro de los sistemas de salud.	Indicador de formulación, cualitativo y cuantitativo.	Generará conocimiento específico y relevante en la investigación, brindando un punto de partida y un estado actual de las políticas para la salud bucal en el país, permitiendo entender y demostrar porque a lo largo del tiempo se han generado derogaciones a las mismas que respondan a las necesidades de la población y requerimientos gubernamentales.	- Fortalecimiento de la comunidad científica.	reconocimiento de las políticas en el país. -Generar concientización hacia la necesidad del desarrollo de prácticas médicas en la salud bucal en las que prevalezca la bioética profesional.
---	---	---	---	---

2. Identificar

el papel de las políticas colombianas entorno a la salud bucal hacia la calidad y seguridad de los pacientes prevaleciendo los derechos humanos fundamentales y la bioética dentro de las instituciones prestadoras de servicio.	Indicador de impactos y resultados cualitativos.	Dara lugar a una interpretación del papel de las políticas de la salud bucal con respecto a la ética médica y administrativa que se practica en la actualidad y a lo largo de los años. Demostrando por medio de antecedentes el papel que ha tenido	-Generación de nuevo conocimiento. - Fortalecimiento de la comunidad científica. -Apropiación social del conocimiento.
3. Especificar la participación ciudadana dentro de las	Indicador de formulación, cualitativos.	la población y los diferentes estados de vulnerabilidad a los cuales han sido sometidos.	- Fortalecimiento de la comunidad científica.

políticas de la
salud bucal a
nivel
internacional
y Nacional.

Fuente. Autor

Participación Ciudadana en la Salud

Colombia establece en la constitución política de 1991, que todo ciudadano tiene derecho a participar en la formación, ejercicio y Control del poder político en la vida de los ciudadanos y las comunidades nacionales. La salud es una de las áreas de participación más relevantes, el trasfondo de la acción política global es necesario al mismo tiempo que se vuelve cada vez más complejo. Durante mucho 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 estén 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 dar respuestas a las necesidades de la población (**Alcaldía Mayor de Bogotá, 2021**).

Históricamente, en el sector salud, la participación se ha entendido de acuerdo a opiniones personales, solicitando información sobre estos, o sus enlaces a las tareas de organizar y gestionar esos servicios. Es imprescindible en el caso de la salud bucal ya que incorpora una visión más amplia y política, el significado de participación es asegurar activamente en la toma de decisiones, incluido el diseño, la planificación, la implementación y la supervisión de políticas. Además, la orientación de la acción colectivas y políticas y así poder garantizar derechos a la salud bucal en el país (**Alcaldía Mayor de Bogotá, 2021**).

La salud bucodental como enfoque de derechos humanos para la búsqueda de servicios de salud es de alta calidad y ayuda a mantener la salud y el bienestar de la población en general, permitiendo a las personas un adecuado y completo desarrollo biológico, psicológico, social y económico. Es por ello que la OMS-Organización Mundial de la salud recomienda actividades preventivas, como el tratamiento integral y la promoción a la salud respecto a las enfermedades bucodentales (**Natacha, 2013**).

Existen poblaciones críticas en cuanto la atención de salud bucal se refiere y esto debido a que hay un poco seguimiento y acompañamiento de pacientes entre los que se encuentran mujeres en condición de postparto y sus hijos durante los primeros años de vida, estos dos momentos en la vida de una mujer y un niño son de gran importancia debido a que hacen parte de los procesos vitales de todo ser humano. Sin embargo, no existen políticas o guías encaminadas a la atención o priorización a la salud bucal de estas poblaciones. Se encuentran identificadas una serie de dimensiones como la económica-social, política, género, dinámicas

socioculturales y estado de salud bucal que también se encuentran estrechamente involucradas al mal seguimiento, control y atención para dichas poblaciones, atentando así con los derechos humanos universales y el derecho a la salud (**Franco et al., 2021**). Adicionalmente en niños entre los 2 a 5 años se reflejan las necesidades que competen al acceso de atención odontológica, debido a una falencia en acciones de prevención y mitigación de enfermedades bucales, sumado con la falta de motivación de los hábitos de higiene bucal y su importancia en patologías bucales, su relación con el crecimiento de cada niño y por tanto la salud en general de cada niño, prevaleciendo así condiciones negativas dentro de la salud de esta población (**Gonzalez et al., 2014**).

Otra población vulnerable en atención a salud bucal son las personas privadas de su libertad, si bien una persona es responsable por sus acciones o conductas de vida, la sociedad es responsable de sus condiciones de vida, esto como uno de los derechos fundamentales de todo ser humano, pese a ello para el caso de Colombia estas personas tienen suspendido el ejercicio de algunos derechos en virtud de su sentencia, generando en esta población problemas graves de salud entre ellos la salud oral, otro de los aspectos que conlleva esta problemática es la poca participación de los reclusos ante las políticas públicas que engloban sus condición y atención a salud debido a que se les desfavorece su expresión y democracia política (**Rocha & Patiño, 2010**).

Así mismo la población inmigrante, como es el caso de muchos ciudadanos venezolanos que viven en el país (Colombia). Su situación es compleja debido a que se identifica una crisis

estructural en Venezuela por lo cual un existente estado de vulnerabilidad de dicha población en diferentes aspectos entre ellos la salud oral, no solo desarrollados por influencia de la crisis en su país sino también por las precarias condiciones bajo las que viven en el país colombiano, con pocas posibilidades laborales y acceso a la salud pública o privada. Es por ello que esta población presenta una serie de enfermedades crónicas como la hipertensión y la diabetes, las cuales se encuentran relacionadas con la pésima o inexistente atención odontológica. Estas condiciones de este sector poblacional, proporcionan al estado Colombiano una necesidad hacia la configuración y construcción de políticas encaminadas a la salud de la población inmigrante, garantizando así uno de los derechos humanos fundamentales (**Murillo, 2020**).

Para el caso de la población adulta mayor que es atendida por la red hospitalaria, los investigadores establecieron una serie de categorías de identificación para el estado actual hacia la atención de salud oral a esta población, entre las que se encuentra la disponibilidad, accesibilidad y contacto con el servicio, donde establecen un vacío dentro de las políticas que cobijen a el adulto mayor, brindándoles prioridad y llevando un seguimiento cuando se encuentran en estado de discapacidad, o cuentan con otras limitantes como aspectos culturales y de género. Así mismo la necesidad de establecer programas que cumplan las políticas existentes que permita valer el derecho a la salud de la población aún más en estado de vulnerabilidad, la ubicación adecuada a centros de salud que faciliten el acceso a la población, una muy buena capacidad de los profesionales y la articulación odontológica con otros sectores de la salud (**Agudelo et al., 2014**).

Existen otras poblaciones que pueden considerarse vulnerables entre las que se encuentran las comunidades indígenas las cuales a pesar de mantener sus prácticas tradicionales relacionadas con leyendas ancestrales relacionadas con la salud y el cuidado bucal, en la actualidad presentan una incorporación dentro de sus prácticas tradicionales medicinales a prácticas modernas y odontológicas impartidas por profesionales, sin embargo estas prácticas modernas solo son incorporadas por la comunidad cuando sus estrategias tradicionales no son efectivas, lo que genera un vacío dentro del control de salud bucal de la población y así mismo la avanzada condición de enfermedad oral que presentan las personas. Aunque es imprescindible la medicina moderna es necesaria la conservación de sus tradiciones, en búsqueda de la no vulneración de su identidad, sin embargo, la medicina tradicional y moderna pueden ser desarrolladas de forma paralela permitiendo prolongar la salud de las personas e impartir en estas comunidades concepciones de ciencia y facilitar el reconocimiento de las diferencias culturales **(Ochoa et al., 2011)**.

Las prácticas convencionales de terapia bucal en habitantes de zonas rurales se encuentran ligadas a costumbres familiares o conocimientos por intercambio social por medio de plantas medicinales, donde establecen la necesidad odontológica solo en presencia de dolor u otras patologías, sin embargo, a diferencia de lo que ocurre con las comunidades indígenas, estas poblaciones rurales no tienen preferencia al momento de la generación de terapias medicinales, es decir pueden ser tradicionales o modernas. A pesar de ello la gestión de los centros de salud representan las principales limitantes, dentro del acceso oportuno de sus servicios y su eficacia posterior **(Alzate et al., 2015)**.

Finalmente, existe otra población en estado crítico de vulneración, ya que requiere muchos más cuidados que los convencionales para una persona; esto corresponde a los pacientes con VIH/Sida debido a que se deben tener aún más cuidados en cada uno de los tratamientos odontológicos donde se evite al máximo las infecciones, debido a que en ellos prevalecen las lesiones bucales, esto asociada a su condición y también la no vulneración de su derecho a recibir un servicio de salud digno. El estado actual de las políticas asociadas a la salud oral para esta población es preocupante ya que no hay políticas, ni estrategias, ni programas que aborden el problema de salud bucal y la infección por este virus, por lo cual es necesaria la gestión sanitaria dental adecuada por medio de profesionales capacitados especialmente para este tipo de población y afecciones (**Tami, Agüero, & Estupiñan, 2009**).

Evolución de las políticas en los sistemas de salud

El logro por la participación general en salud no es desconocido. Las políticas promotoras de la colaboración social han sido introducidas en diferentes etapas del desarrollo de los sistemas de salud. Ya en la época pasada las primeras iniciativas de salud pública contaban con la intervención de la comunidad para su implementación. No obstante, la alineación y el progreso de estas políticas están íntimamente ligados al contexto político y social en que se desarrollan. Esta reseña, sin pretender ser exhaustiva, intenta dar algunas pinceladas que permitan conocer la modificación de los procesos participativos en la trama de los sistemas de salud (**Vázquez et al., 2000**).

La salud involucra diferentes campos de estudio, uno de ellos corresponde a la salud bucal y la relación con la morbilidad que las enfermedades bucales pueden generar al ser humano, es por ello que es y fue fundamental la generación de tratamientos que permitan la prolongación de la salud dental y así mismo la vida de los seres humanos, para ello se identificó la necesidad de una atención sanitaria. De allí la implementación a estos tratamientos y controles que a lo largo de los años ha evolucionado exitosamente donde han tenido en cuenta aspectos metodológicos científicos y clínicos, lo ideal es que se descarten determinantes sociales de la salud y más bien se promueva la bioética en este sector de la salud **(Martínez et al., 2014)**.

El primer acercamiento a la salud fue en el siglo XVIII por el señor Bernardino Ramazzini que empieza a observar la generación de distintas enfermedades y su relación con la forma de vida de las personas, a través de los años diferentes científicos tuvieron acercamientos al concepto de salud y al control y estudio de las diferentes enfermedades, sin embargo, aun en la actualidad para investigadores, científicos y personal involucrado en la medicina existen diferentes interrogantes como la vinculación de las enfermedades bucales con otras sistémicas, como concebir la salud bucal sin la salud general, como los aspectos sociales pueden influir en la situación y condición bucal de una persona o población **(Martínez et al., 2014)**.

A pesar de que la bioética médica propone en gran parte un enfoque hacia el tipo de procesos médicos, científicos y tecnológicos que se tienen con respecto al ser humano, también compete una serie de aspectos como el respeto, la dignidad y la no vulnerabilidad de las personas. Sin embargo, existen diferentes estados de bienestar que se encuentran delimitados de acuerdo a las

poblaciones a las que son impartidas las atenciones médicas y de salud oral por ejemplo, en el Reino Unido e Irlanda los beneficios sociales son proveídos por el estado pero son limitados, para Austria, Bélgica, Francia, Alemania, Luxemburgo, Países Bajos y Suiza el estado presta sus servicios para la población de acuerdo a los ingresos económicos de las personas, en Dinamarca, Finlandia y Suecia el estado provee beneficios universales, en Grecia, Italia, Portugal y España hay un servicio fragmentado donde se denota un alto grado de corrupción que genera que los servicios de salud sean irregulares. La salud oral en Europa se posiciona como una rama de la medicina que presenta inequidad debido a que en muchos países la odontología no esta integrada a los sistemas de salud, por lo cual en su mayoría representa un beneficio que las personas con mayor capacidad de pago, adicionalmente se ha identificado que las personas que menos acceso a salud oral tienen presentan otro tipo de patologías como el estrés crónico y la baja autoestima **(M. Morales & Maldonado, 2018)**

A finales del siglo veinte en Colombia, empiezan a ocurrir una serie de transformaciones odontológicas, en el sistema educativo, de mercado y de salud. Esto debido a la reforma social y sanitaria del país que involucran la forma en la que el campo de acción profesional y clínico de la salud bucal empieza a impartirse **(Otalvaro & Zuluaga, 2014)**. En las décadas de los cincuenta y sesenta, los servicios de salud crecieron con un vertiginoso desarrollo de personal e infraestructura. Esta expansión de los servicios de salud se produjo paralelamente a un progreso de construcción e industrialización. En Latinoamérica, como en el resto de los países llamados “en vías de desarrollo”, se intentó propagar los modelos del mundo occidental. En ese instante se realizaron las primeras experiencias de implicar a la población en los programas de salud. En general, se trataba de experiencias circunscritas a determinadas áreas geográficas o programas,

no obstante, algunos países, como Cuba y Panamá, incorporaron mecanismos de colaboración en todo el sistema de salud. Panamá introdujo estas políticas en su programa estatal con el objetivo de cambiar su modelo de salud -centrado en los hospitales y la atención curativa- en un modelo basado en la prevención y participación comunitaria, que permitiese extender la cobertura del sistema de salud. **(Vazquez et al., 2000).**

En 1993 con la incorporación de la atención a la salud con la Ley 100, la práctica odontológica en el país tuvo un enfoque hacia la prevención de enfermedades orales por lo cual se empezó a gestionar una atención resolutoria, que tuviera en cuenta aspectos como la operación dental, la endodoncia, la cirugía oral y maxilofacial. También dejó de ser un servicio liberal y empezó a incorporarse dentro de instituciones de salud, siendo esta la principal tendencia de desarrollo de el campo odontológico para Colombia. Fue un cambio importante en la salud de la población debido a que antes de ello se establecía la pérdida de los dientes o enfermedad dental como consecuencia de la edad y no se tenían en cuenta otros factores que involucran a todas las partes de la población desde jóvenes hasta personas de la tercera edad. Adicionalmente la incorporación del campo de acción odontológico en la salud tradicional trajo consigo para las instituciones prestigio debido a que se relacionaba con la calidad de los trabajadores y la calidad de vida de los profesionales y pacientes **(Otalvaro & Zuluaga, 2014).**

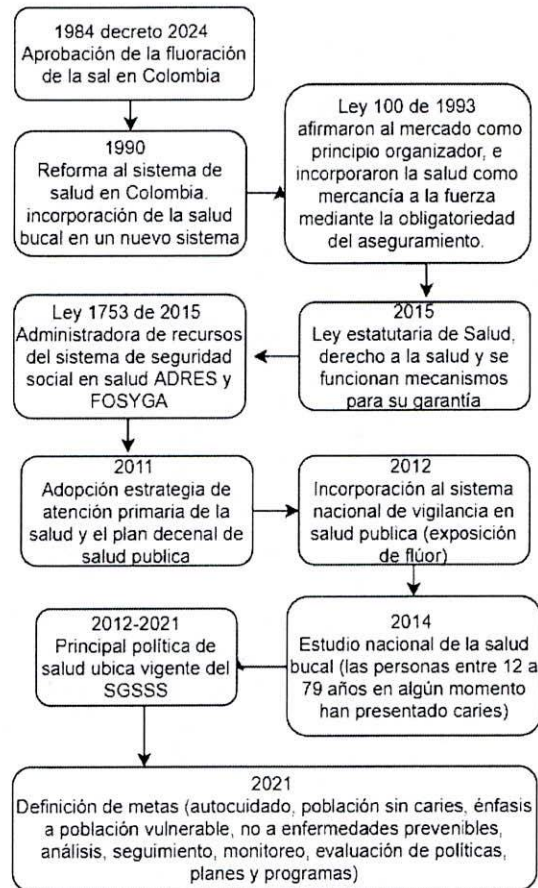
Actualmente las políticas o normatividad “Decreto 1141 del 1 de abril del 2009-por el cual se reglamenta la afiliación de la población reclusa al Sistema General de Seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones” que cobijan el derecho a la salud oral de las personas reclusas

de su libertar son deficientes debido a que no existe una atención social y hay una deficiencia de infraestructura tanto humana como física como se estableció en “Corte constitucional de Colombia en sentencia T-153 de 1998” por lo cual se denota la necesidad de permitir a esta población carcelaria una participación activa frente a estas políticas, de esta forma se contribuye tanto a la población como al sector publico a generar un equilibrio dentro de la gestión de recursos y la mitigación de problemáticas de salud publica bucal dentro de las cárceles **(Rocha & Patiño, 2010)**.

La salud y en específico la salud bucal requiere de incluir un conjunto integral de procedimientos y tecnología; sin embargo, la cobertura asistencial es baja y la inversión insuficiente para asegurar la universalidad. Por ello existen una serie de políticas que buscan regir la formación y el ejercicio laboral que, aunque en la actualidad se encuentran poco articuladas entre si son una línea base importante, aun así, se reconoce la institución odontológica como algo reciente por lo cual se explica el incipiente desarrollo de políticas públicas. En el siguiente diagrama (Fig. 2. Tendencia políticas públicas de salud bucal en Colombia) se encuentran representadas algunas de las políticas y acontecimientos que han sido relevantes dentro de lo que la salud bucal se relaciona en el país **(Otalvaro et al., 2019)**.

Figura 2.

Tendencias políticas públicas de salud bucal en Colombia



Fuente. Autor & (Otalvaro et al., 2019)

Entre uno de los aspectos principales dentro de las políticas públicas relacionadas con la salud oral de la población y también entre una de las metas propuestas por la (OMS) Organización Mundial de la Salud, se encuentran los alcances y las limitaciones del flúor, debido a que es una sustancia que a lo largo de los años en Colombia y otros países a implicado una serie de programas y planes. A pesar de ello el flúor se establece como la mejor herramienta preventiva que permite el no surgimiento de las caries dentales por lo cual vale la pena que sea estudiado rigurosamente con la finalidad de promover su uso de forma positiva generando pocos

o nulos impactos negativos sobre el medio ambiente y sobre los pacientes (**E. Martinez et al., 2008**).

Una de las políticas que cobija indirectamente las asociaciones odontológicas tanto dentro de las organizaciones de salud como los centros de educación es el decreto ley 1438 del 2011 que busca reorientar la atención de salud, hacia la atención primaria sin dejar de lado a los trabajadores de la salud debido a que ellos son los principales promotores de los pacientes sanos, siendo así estos profesionales como un foco fundamental en la salud, de allí para el cumplimiento de este decreto ley es necesaria la participación activa del gremio odontológico y su apoyo dentro de planes de desarrollo de salud para los municipios de Colombia (**Contreras, 2013**).

A lo largo de los años las políticas en torno a la salud oral de las personas se han desarrollado en pro de satisfacer las necesidades y requerimientos enfocados a un buen régimen de salud, sin embargo los antecedentes políticos de la salud no han sido repensados al momento de generarse reformas al sistema de seguridad social en el país, es por ello que es necesario observar el perfil de salud y enfermedad teniendo en cuenta aspectos como los cambios a través del tiempo políticos, económicos y demográficos. De esta forma se generará una gestión adecuada de la población y por consiguiente del componente bucal dentro del régimen de salud (**Franco et al., 2004**).

La Salud Bucal en Colombia

En cuanto a los métodos de salud bucal, hay nuevas tendencias y puntos antiguos. Entre los sujetos de investigación preferidos, la enfermedad sigue siendo una de las más comunes, especialmente la caries dental. Otras patologías que han llamado la atención debido a los desarrollos epidemiológicos a nivel nacional incluyen: fluorosis, enfermedad periodontal, cáncer oral, maloclusión y deformidades craneofaciales. También se aventura a estudiar la salud bucodental, sus puntos de vista y problemas cuestionan los métodos y políticas de prevención y las prioridades de gestión, incluida la investigación sobre los determinantes sociales de la salud bucodental, la equidad, los métodos de derechos, el análisis crítico de las políticas de salud bucodental, los servicios de salud bucodental y la salud primaria (**Alcaldía Mayor de Bogotá, 2021**).

Las enfermedades orales en el país, como lo son las caries en personas menores de 20 años se posicionan en muchos casos como un problema de salud pública, debido a que esta enfermedad es una de las causas principales de la morbilidad en niños menores de 7 años en el país, estas problemáticas de salud dentro de una infancia temprana representan para la población presencia de diferentes enfermedades a lo largo de su vida. A pesar de que la preocupación por la situación de salud oral en el país es obvia, existe una limitante que es el poco acceso a zonas rurales, regiones apartadas y grupos socioeconómicos desfavorecidos, por lo cual han sido necesarios la incorporación de programas que permitan que las limitantes se conviertan en herramientas de diseño hacia estrategias positivas como la fluorización del agua, de la sal y programas escolares (**Escobar et al., 2003**).

A lo largo de los años y como se ha determinado en otros países se evidencia que en Colombia muchas enfermedades de la población se encuentran ligadas a aspectos bucales, por lo cual se establece la necesidad de observar a la salud bucal desde una dimensión colectiva donde se tengan en cuenta aspectos como el control de salud, sus determinantes, las personas involucradas en ámbitos sociales, económicos, académicos y los mismos servicios de salud. Una de las dimensiones más importantes es el aspecto social-económico, donde tienen en cuenta los investigadores el coeficiente de GINI que mide la inequidad en la distribución en el ingreso económico de la población, en la cual entre más cerca de 100 mayor inequidad existe, donde identificaron que Colombia es uno de los países con más inequidad existente con un índice de 58,6. Aunque las cifras son preocupantes el estado Colombiano ha apuntado a la protección de la salud de diferentes Colombianos sobre todo niños en edades tempranas generando metas en conjunto con la OMS como que el 50% de los niños estén libres de caries, dicha meta fue cumplida por algunas ciudades del país como Cali, Medellín y San Andrés (Agudelo & Martínez, 2009).

La salud bucal u oral no solo involucra dimensiones sociales, también compete un escenario biomédico y al concepto de “salud bucal colectiva” que ha sido estudiado y desarrollado en los últimos años en países como Brasil y que ahora se encuentra en construcción para Colombia, conlleva un proceso investigativo, interdisciplinario y de movilización social, su énfasis actual se encuentra centrado en las enfermedades y patologías relacionadas con la salud oral, sin embargo también abarca aspectos como las políticas de énfasis general, preventivas, de derecho, de equidad y atención primaria a la salud. Aun así este campo de acción es limitado y requiere de

estudios que observen las condiciones actuales de los países en este caso Colombia y así generar una transformación en el campo odontológico que se encuentre estrechamente vinculado con las demás ciencias profesionales de la salud y de la vida (**C. Morales & Maldonado, 2020**).

Colombia y su sistema de seguridad en salud en búsqueda de garantizar a su población una adecuada atención a la salud bucal, generó una serie de condiciones dentro de las que se deben encontrar los diferentes centros de salud que competen entre los recursos físicos en sus instalaciones y un acompañamiento de profesionales que generen diferentes documentos y controles que cualquier institución debe tener como organigrama, manual de funciones, protocolos de manejo de implementos, desinfección, separación de residuos, entre otros. Dichas condiciones adecuadas en las que se deben encontrar las (IPS) se han relacionado a lo largo de los años con la eficiencia en el uso de los recursos y entre los centros de salud son un indicativo de la calidad de las instituciones al punto de permitirles sobresalir entre las demás e incluso mantenerse en el mercado. Las instituciones que en la actualidad regulan dichas condiciones son la Superintendencia Nacional y las Secretarías de Salud (**Dixon et al., 2003**).

La situación hacia la implementación de las condiciones adecuadas de infraestructura y recursos humanos para los centros de salud odontológicos en el 2002 para la capital del país, Bogotá es buena debido a que los sistemas existentes reconocían las normas y decretos que los regulan, adicionalmente se reconoció que las instituciones ya cuentan con una conciencia hacia la necesidad de una regulación de calidad de las IPS tanto a nivel estructural como en el servicio que prestan, debido a que estas dos últimas dependen una de la otra. A pesar de lo anterior una

de las deficiencias reconocidas en este año fue la poca experiencia hacia este tipo de sistemas, como también en su organización y trayectoria respecto a otras IPS (**Dixon et al., 2003**).

En la actualidad Colombia se encuentra en procesos de incorporación de diferentes medidas que permitan generar una mitigación a la problemática social que trae la inequidad en el país y por lo tanto en la salud pública y oral, estos procesos se encuentran regidos bajo otros modelos teóricos que se han implementado en otros países de esta forma se generaran propuestas e indicadores del estado actual de la salud oral y la forma adecuada bajo la cual deben regirse, donde es imprescindible asumir una responsabilidad técnica, biológica y social que se encuentra en un proceso de construcción para Colombia (**Agudelo & Martinez, 2009**).

Uno de los puntos importantes a destacar son las condiciones bajo las cuales los profesionales odontológicos son formados, debido a que en la actualidad representa un estado preocupante no por la calidad dentro de la enseñanza, sino por como se ha precarizado el trabajo odontológico y los recursos humanos para el mismo, esta falta de empleabilidad trae consigo disminución de los profesionales de la salud enfocados a aspectos bucales, desengrosando así falencias dentro del sistema de salud y vacíos institucionales y de atención a salud de las poblaciones, es por ello que actualmente se propone una planeación de los recursos humanos en salud, como se a estipulado por la OMS-Organización mundial de las naciones unidas y la OPS-Organización panamericana de la salud (**C. Martinez, 2019**).

Debido a la desigualdad de diferentes grupos de población, la morbilidad y la mortalidad han aumentado, lo que se refleja en la salud bucal. Con el fin de reducir estas inequidades sociales, se han implementado diferentes políticas públicas y estrategias sociales para solucionar este problema. Para Colombia algunas de estas políticas tienen una cobertura limitada y prestan poca atención a los determinantes sociales. Sin embargo, se ha determinado que todos los países cuentan con al menos una política pública dirigida a eliminar la brecha que genera la desigualdad en salud. Para el caso de países en vía de desarrollo como México, Colombia, Argentina, Chile y Brasil ya existe una serie de políticas dirigidas a la erradicación de las patologías bucodentales, disminuyendo la Desigualdad ya existente en el régimen de salud. Por ello se identifica la necesidad de generar una mayor cobertura y acceso a los servicios de salud oral que se encuentren ligadas a el cumplimiento de políticas que promuevan la equidad poblacional y del derecho a la atención en salud **(Leon et al., 2018)**.

Otro de los aspectos que involucra el acceso a una salud bucal en el país, se relaciona con el nivel socioeconómico de cada individuo, este campo de la salud impacta de forma directa con aspectos económicos, sociales, educativos, culturales e incluso dentro de cada contexto familiar y como se visualiza a nivel familiar la relación salud con enfermedad. Las familias o grupos sociales que poseen mayor capacidad adquisitiva presentan más acceso a tratamientos y controles que prevengan y controlen las enfermedades bucales a diferencia de otros grupos sociales sin tanto poder adquisitivo donde se presentan limitantes e incluso creencias y rituales en torno a alternativas de menor costo y mayor acceso en el país **(Peñuela, 2020)**.

Papel de las políticas odontológicas frente a su administración

Las políticas de salud odontológica a pesar de que a lo largo de los años han presentado una serie de cambios encaminados a su mejora, no responden a las necesidades actuales para esta línea específica de la salud, por lo cual se establecen como ambiguas y con la necesidad de ser reformuladas o cambiadas en su totalidad. Ya que dichas políticas son débiles y poco estructuradas para los sistemas administrativos se presentan dificultades debido a que no tienen una guía, ni un control por medio del cual puedan seguir lineamientos encaminados a un buen servicio administrativo de la salud odontológica. Las necesidades de este sector de la salud son variadas sin embargo subsanar estas necesidades o problemáticas ya existentes no puede ser remediadas inmediatamente, ni por una tarea específica, requieren de la planeación y ejecución de un modelo de atención de primer nivel que tenga en cuenta las necesidades y requerimientos principales y generales para este sector de la salud.

Para la ejecución de cualquier modelo que responda con esa problemática del sector odontológico en la salud, la gerencia de servicios de salud brinda herramientas fundamentales para la gestión de las falencias administrativas y políticas existentes entre las que se encuentra la planificación estratégica de funciones dentro de los diferentes niveles, por medio del reconocimiento de necesidades fundamentales y como último aspecto la influencia dentro de la toma de decisiones. Para el caso del sector de la salud oral los ejes principales a abordar son a nivel de investigación, educación, tecnología, recursos financieros y humanos, planes y estrategias viables que no demanden costos adicionales.

PRESUPUESTO

Tabla 3. Presupuesto de la investigación

Presupuesto global				VALOR
Ítem	Unidad	Cantidad (21 semanas)	Valor unitario	(peso CO)
Personal	Horas	42	N.A.	\$7.000.00
científico de la institución				0
Estudiante	Horas	N.A.	N.A.	N.A.
Investigador				
Software de apoyo	1	N.A.	N.A.	N.A.
bibliográfico (Mendeley)				
Material	C/U	10	\$45.000	\$450.000
bibliográfico (Artículos y libros)				
Internet	Mes	5.25	\$70.000	\$367.500
TOTAL	-	-	-	\$7'953.46

2

Fuente. Autor

*N.A. No aplica

CONCLUSIONES

- En los últimos 20 años las políticas odontológicas que se han adoptado para Colombia, a pesar de que responden a necesidades específicas no logran impactar de la forma deseada al punto de considerarse políticas bien definidas, fuertes y que impactan dentro de los sistemas administrativos de salud actuales y por lo tanto al servicio de salud que se le presta a la población. Sin embargo, diferentes líneas de investigación no solo en Colombia sino en países latinoamericanos con condiciones similares a Colombia, han empezado a abordar las diferentes problemáticas que involucran a la salud oral, las cuales son un aspecto fundamental al momento de generar políticas que cobijen las prácticas de la salud.

Entre las problemáticas principales a abordar se encuentra: la mala calidad dentro de las practicas odontológicas actuales por factores tecnológicos y técnicas que permitan aplicar aspectos bioéticos, dado que las entidades prestadoras del servicio de salud con mala administración y poca accesibilidad al servicio no realizan inversiones para estás, Generando vacíos de información para las necesidades de personas en estado de clientes o personas que necesitan estos servicios.

- Las prácticas de salud y su administración siempre se han encontrado fuertemente ancladas con el tipo de servicios que se les presta a sus pacientes en términos bioéticos, principalmente por que hacen parte de los derechos fundamentales dictados por la OMS y la constitución política de Colombia. Y a pesar de que existen políticas que cobijan a la

salud e integridad de los pacientes, no existen políticas en Colombia encaminadas a la generación de prácticas de salud odontológica, adecuadas y en las cuales los profesionales de salud puedan aplicar aspectos bioéticos, prevaleciendo los derechos de los pacientes. Esta falencia dentro de las políticas de salud odontológica se desarrolla principalmente por los vacíos de información existente en la educación y las pocas o nulas herramientas que se les brindan a los profesionales de la salud.

- Desfavorablemente la población no ha tenido una participación muy activa dentro de las políticas de la salud oral, esto debido principalmente a la poca inclusión que se hace a los diferentes pacientes, en muchos casos no se tienen en cuenta sus condiciones específicas no solo en el ámbito de salud sino también dentro de otros factores como el aspecto económico, social e inclusive cultural. Estos factores son fundamentales debido a que cada individuo y su estilo de vida requiere de cuidados específicos, gran parte de la población se encuentra en estado de vulnerabilidad y precisamente es la que necesita con mayor urgencia ser incluida dentro de las políticas de la salud odontológica, debido a que hay una notable falta de información hacia el tipo de atención que se les debe brindar.
- La importancia de la gerencia La salud oral es uno de los indicadores claves en los procesos de toma de decisiones de las políticas de atención de salud. Los cuidados de salud bucal son un servicio de atención primaria, y sus indicadores se relacionan con la salud de una población en general. En este sentido, la salud oral es un buen indicador de la salud general. En el campo de la salud bucal, el área de mayor desarrollo es la investigación clínica, y no la investigación epidemiológica. Esto implica que la

aplicación de los conocimientos científicos en la práctica clínica es de vital importancia. Por otro lado, la implementación de un sistema de vigilancia epidemiológica en Colombia es una labor demasiado grande para una sola institución, por lo que la coordinación interinstitucional en este ámbito es vital. La inclusión de la salud bucal en las bases de datos de los servicios de salud es fundamental para su evaluación. La información debe de recogerse con un nivel de detalle razonable, y debe ser aplicada en la práctica clínica y en la planificación de los servicios. La gerencia de los servicios de salud debe de tener en cuenta estos aspectos en sus fases de planificación, de implementación y de evaluación de los programas de salud. La evaluación de los programas de salud es una parte fundamental de la política sanitaria, y la evaluación de los programas de salud bucal es una parte fundamental del desarrollo del modelo sanitario. Se requiere de esfuerzos coordinados en la administración de los servicios de salud, esfuerzos que pasan por la formulación de una política de gerencia de los servicios de salud bucal, y una gestión de la salud bucal en salud.

La gerencia de los servicios de salud bucal es un tema que no se ha tratado en el país con la importancia que tiene. La gerencia de los servicios de salud es una función que se encuentra en todos los países desarrollados y desarrollándose. En Europa, muchos países tienen ministros de salud o ministras de salud, funcionarios de alto nivel en cada país que se dedican a la planificación, al control y al desarrollo sanitario. La gerencia de los servicios de salud es una función que se encuentra en todos los países desarrollados y desarrollándose. En Europa, muchos países tienen ministros de salud o ministras de salud, funcionarios de alto nivel en cada país que se dedican a la planificación, al control

y al desarrollo sanitario. En Colombia no tenemos este nivel de gerencia, y es una función que es necesario gestionar. Los funcionarios de los niveles de salud tienen que trabajar en estrecha coordinación, y tienen que contar con la participación de la comunidad, de los profesionales y los pacientes en el desarrollo de sus políticas.

BIBLIOGRAFIA

- Agudelo, A., Alzate, S., Lopez, F., Lopez, C., Espinosa, E., Posada, A., & Meneses, E. (2014). Barreras y facilitadores de acceso a los servicios de salud bucal para la población adulta mayor atendida en la red pública hospitalaria de Medellín, Colombia. *Rev. Gerenc. Polit. Salud.*
- Agudelo, A., & Martínez, E. (2009). La salud bucal colectiva y el contexto Colombiano: un análisis crítico. *Redayc.Org.*
- Alcaldía Mayor de Bogotá. (2021). Política de Salud Oral de Bogotá, D.C. *Política de Salud Oral de Bogotá, D.C.*
- Alzate, Y., Rincon, A., Vargas, M., Vasques, L., & Agudelo, A. (2015). Prácticas sociales en la terapia bucal no convencional en los habitantes de una zona rural de Medellín (Colombia). *Artículos de Investigación Científica y Tecnológica.*
- Contreras, A. (2013). La promoción de la salud bucal como una estrategia para el desarrollo de la salud pública: una oportunidad para la profesión y para el país. *Biomedica.*
- Dixon, C., Ortiz, A., Vialarraga, A., Barragan, A., Ardon, N., & Gamboa, L. (2003). Monitoreo de la calidad de los servicios de salud oral prestados por tres IPS privadas de Bogotá durante 2002. *Univ Odontol.*

- Escobar, G., Ortiz, A., & Mejia, L. (2003). Caries dental en menores de veinte años en Colombia: un problema de salud publica. *Revista Facultad Nacional de Salud Publica*.
- Franco, A., Ochoa, E., & Martinez, E. (2004). Reflexiones para la construccion de politica publica con impacto en el componente bucal de la salud. *Revista Facultad de Odontologia Universidad de Antioquia*.
- Gonzalez, C., Cano, M., & Vivares, A. (2014). Percepciones en salud bucal de los niños y niñas. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales*.
- Leon, J., Cardona, J., Correa, L., Tibana, A., & Agudelo, S. (2018). Analisis de las politicas publicas y estrategias en salud bucal en latinoamerica: Resultados preliminares. *Convencion Internacional de Salud*.
- Martinez, C. (2019). Reflexiones sobre la situacion actual de la formacion de profesionales de odontologia en Colombia. *Revista Nacional de Odontologia*.
- Martinez, E., Agudelo, A., Viñas, Y., Duque, L., & Tobon, M. (2008). Alcances y limitaciones del fluor dento de la politica publica en salud bucal en Colombia. *Revista Gerencia y Salud*.
- Martinez, J., Gispert, E., Castell-Florit, P., Alfonso, C., & Diago, H. (2014). Consideraciones sobre el concepto de salud y su enfoque en relacion a la salud bucal. *Revmatanzas.sid*.
- Morales, C., & Maldonado, L. (2020). Salud Bucal colectiva en Colombia: un campo en construccion. *Revista Facultad Nacional Salud Publica*.
- Morales, M., & Maldonado, L. (2018). Investigacion en salud colectiva entre ciencias socailes y ciencias de la salud. *Salud Publica y Nutricion Humana*.
- Murillo, A. (2020). Percepcion del estado de salud bucal y general en la poblacion inmigrante

- venzolana en medellin (colombia) y sus factores condicionales. *Universidad de Antioquia*.
- Natacha, G. (2013). La salud bucal como derecho humano. *Universidad de Carabobo*, 36(1316–5852).
- Ochoa, M., Patiño, K., Perez, A., Lambraño, F., & Sierra, E. (2011). Tradiciones culturales y practicas de cuidado bucal en los indigenas zenúes, en sucre, Colombia. *Revista Nacional de Odontologia*.
- Otalvaro, G., & Zuluaga, S. (2014). Transformaciones de la practica odontologica en el contexto de la reforma estructural del estado a finales del siglo XX: Confluencias hacia la proletarizacion de la odontologia en Colombia. *Revista Facultad de Odontologia Universidad de Antioquia*.
- Otalvaro, G., Zuluaga, S., Jaramillo, G., Ternera, J., & Sandoval, S. (2019). Politicas de salud bucal en Colombia. Tendencias y puntos criticos para la garantia del derecho a la salud. *Universidad Odontologica*.
- Peñuela, R. (2020). La salud es un privilegio de clase social. *Universidad Del Bosque*.
- Rocha, A., & Patiño, A. (2010). Salud bucal de las personas privadas de su libertad: un planteamiento justo. *Revista Facultad Nacional de Salud Publica*.
- Tami, I., Agüero, M., & Estupiñan, S. (2009). Estudio piloto sobre políticas de salud bucal y VIH. *SCIELO Salud Publica*.
- Vazquez, M. L., Siqueira, E., & Kruze, I. (2000). Los procesos de reforma y la participación social en salud. *Gaceta Sanitaria*.