



POLÍTICA PÚBLICA DE SALUD BUCAL DE MEDELLÍN 2013-2022

EJE 5 GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO E INVESTIGACIÓN

DOCUMENTO COMPILATORIO RESULTADO DE LA INVESTIGACIÓN EN SALUD
BUCAL EN MEDELLÍN
2020 -2023

Alcaldía de Medellín, Secretaría de Salud

Jennifer Andree Uribe Montoya

Secretaria de Salud de Medellín

Rosa Milena Lopera Carvajal

Subsecretaria de Salud Pública

Ruth Helena Mena Pino

Subsecretaria de Gestión de Servicios

Narda Constanza Moreno Benítez

Subsecretaria Administrativa y financiera

Mónica Sánchez Mayorga

Dirección Técnica de Planeación en Salud

Universidad de Antioquia, Facultad de Odontología

Ángela María Franco Cortés

Decana Facultad Odontología

Emilia María Ochoa Acosta

Coordinación Extensión

Universidad CES, Facultad de Odontología

Julián Emilio Vélez Ríos

Decano Facultad Odontología

Sandra Elizabeth González Ariza

Centro de investigaciones

Universidad Cooperativa de Colombia

Paola María Botero Mariaca

Decana Facultad Odontología

Emilia María Ochoa Acosta

Centro de investigaciones

Universidad Autónoma Latinoamericana

Edwin J. Meneses Gómez

Decano Facultad Odontología

Diana Carolina Zapata Villa

Coordinadora de Extensión y Proyección Social

Observatorio Nacional de Salud Bucal

Ángela María Franco Cortés

Coordinadora

Valentina de la Roche Colorado

Gestora de contenidos Web ONSB

Documento elaborado por:

Secretaría de Salud

Verónica Lopera Velásquez

Mary Salazar Barrientos

Miguel Ángel Rentería Henao

Juan Fernando Aristizábal Gómez

Mayra Alejandra López Hernández

Mónica Marcela Gallego Molina

Universidad de Antioquia

Sol Natalia Gómez Velásquez

Emilia María Ochoa Acosta

Universidad CES

Juliana Sánchez Garzón

Alexandra Saldarriaga Cadavid

Universidad Cooperativa de Colombia

Clara Liliana Gallego Gómez

Eliana Lucena Pineda Vélez

Emilia María Ochoa Acosta

Universidad Autónoma latinoamericana

Marcela Jiménez Arango

Observatorio Nacional de Salud Bucal

Valentina de La Roche Colorado

CONTENIDO

Introducción	5
Resultados	6
Bloque temático: Academia y educación de los profesionales en Salud Bucal	10
Bloque temático: Análisis situacionales y de riesgos en salud bucal	34
Bloque temático Atención en Salud Bucal	53
Bloque temático Determinantes sociales de la Salud Bucal	79
Políticas Públicas en Salud Bucal	110
Bloque temático Prácticas de la comunidad en el cuidado de Salud Bucal	115

INTRODUCCIÓN

El desarrollo de la investigación para las políticas públicas es un proceso dinámico, que no ocurre siempre de igual manera y cuyos puntos de convergencia se relacionan con cinco dimensiones: El tema o asunto central al que se refiere, las características personales de los investigadores y los políticos, la manera como ambos desarrollan su papel, las presiones del contexto sociopolítico sobre investigadores y políticos y el impacto potencial de los hallazgos (1). En este sentido, en el acuerdo municipal 25 del año 2015, se adoptó la Política Pública de Salud Bucal (PPSB) para el Municipio de Medellín 2013-2022, iniciando desde allí su proceso de implementación.

Esta política cuenta con 5 ejes de trabajo, siendo el eje 5 el de Gestión del conocimiento e investigación, el cual tiene como objetivos fortalecer los procesos de gestión de conocimiento de las instituciones prestadoras de servicios, las entidades territoriales y la comunidad, a través del reconocimiento de las experiencias en salud bucal de tipo comunitario, interinstitucional e intersectorial; y por otro lado fortalecer los procesos investigativos en salud bucal en temas prioritarios para la ciudad, mediante la promoción de incentivos y alianzas estratégicas.

Después de desarrollar la identificación de temáticas de investigación en Salud Bucal considerando las tensiones y necesidades en salud de la población de Medellín, se realizó una búsqueda al interior de cada uno de los actores vinculados al eje cinco de Gestión del conocimiento, en el marco de la Política Pública de Salud Bucal de cuales avances en materia de generación de conocimiento se tiene relacionado con las áreas temáticas identificadas. Dicho resultado se plasma en este documento

1 Gómez Rubén Dario, • Orozco Deisy Alejandra, y Rodríguez • Fabio León y • Velásquez William. Políticas públicas y salud: relación entre investigación y decisión. Rev. Fac. Nac. Salud Pública vol.24 no.2 Medellín July/Dec. 2006

en forma de resúmenes de cada una de estas investigaciones desarrolladas en la ciudad, como parte de un ejercicio de difusión y transferencia de conocimiento como herramienta inicial para lograr cumplir con algunas estrategias y acciones de la política pública en la publicación, socialización e intercambio de los resultados obtenidos en los procesos investigativos, la formulación de una agenda de investigación de ciudad y una posterior gestión de convenios de estrategias cooperación para el desarrollo de proyectos y encuentros de investigación.

METODOLOGÍA

La metodología utilizada se basó en lo propuesto por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) para la priorización de investigación para las políticas públicas (2), donde se plantean cuatro momentos para la priorización. El primero es la definición de problemáticas en salud pública que respondan al contexto del territorio y los actores y participantes para el desarrollo de la investigación relacionadas con dichas prioridades; el segundo paso es la definición de las temáticas de investigación relacionadas con las problemáticas, considerando la experticia de los actores participantes; seguidamente utilizando un instrumento se valorará cada temática de investigación según los criterios que sean definidos por la institución; finalmente estos resultados se deben validar en diferentes espacios académicos y de toma de decisiones.

Dentro de los resultados más relevantes, se identificaron seis bloques temáticos:

1. Academia y educación de los profesionales en salud bucal

2 Verget, et al. A checklist for health research priority setting: nine common themes of good practice. Health Research Policy and Systems 2010, 8:36 <http://www.health-policy-systems.com/content/8/1/36>

2. Análisis situacionales y de riesgos
3. Atención en salud bucal
4. Determinantes sociales de la Salud Bucal
5. Políticas públicas en salud bucal
6. Prácticas de la comunidad en el cuidado de salud bucal

Se encontró que las temáticas relacionadas con determinantes sociales de salud de la salud bucal fueron las de mayor relevancia. Sin embargo, dentro de los diez primeros temas de investigación, cuatro están relacionadas con Atención en Salud Bucal, dos en el bloque de academia y educación de los profesionales en salud bucal y dos en determinantes sociales de la Salud Bucal.

Para la identificación de las investigaciones realizadas en la ciudad que dieran cuenta de cada uno de los bloques temáticos, se entregó un formulario a cada centro de investigación de las universidades participantes que cuentan con programas en Salud Bucal, para identificar algunos aspectos importantes de dichas investigaciones caracterizando así el ejercicio investigativo relacionado en la ciudad.

A partir de este trabajo, se inicia la recolección de los diferentes resúmenes que aquí se compilan agrupados según los bloques temáticos, incluyendo en algunos de ellos los enlaces de las revistas indexadas donde están publicados y se puede acceder al documento completo.

RESULTADOS

Se identificaron 36 trabajos de investigación aportados por las cuatro instituciones académicas de la ciudad que cuentan con programa de Odontología, encontrando un mayor número de investigaciones en el bloque temático de "Determinantes sociales de la Salud Bucal", 27.7%, seguido de investigaciones relacionadas con la práctica académica y educativa de los profesionales en salud bucal 22,2%. Los bloques temáticos relacionados con

las prácticas comunitarias en el cuidado de la salud bucal y el análisis situacional de riesgos en salud bucal, las investigaciones reportadas representaron un 16,6% en cada uno, el 13,9% fue para las investigaciones en atención en salud bucal y el 2.7% para las relacionadas con las políticas públicas en salud bucal.

Esta distribución muestra la tendencia en el ejercicio investigativo de la ciudad relacionado con las prioridades en investigación en Salud Bucal en el marco de la Política Pública de Salud Bucal, lo que puede orientar en adelante donde es necesario hacer un mayor énfasis en los procesos investigativos, especialmente en lo relacionado con las políticas y programas en salud bucal, que puede permitir desarrollar elementos para la evaluación y seguimiento de los programas y proyectos implementados en la ciudad para mejorar la situación concerniente a la salud bucal.

Otro elemento importante encontrado es que una sola institución académica reportó investigaciones relacionadas con los determinantes sociales de la salud bucal, lo que es importante para que en los otros centros educativos de la ciudad se fortalezca en los estudiantes e investigadores la importancia de los determinantes sociales y ambientales en los resultados en salud de una población.

Por otro lado, es necesario seguir fortaleciendo las prácticas investigativas relacionadas con las prioridades en salud bucal, así como fortalecer el ejercicio de publicación y transferencia del conocimiento para que dichos resultados sean herramientas basadas en evidencia para la formulación de Políticas en Salud.

En la siguiente tabla se muestra el consolidado de las investigaciones según el bloque temático y la institución académica. En los siguientes capítulos se describe el resumen de las mismas, su sitio de publicación de la investigación completa y las referencias bibliográficas para ampliar el conocimiento sobre el tema.

NOMBRE INVESTIGACIÓN	INSTITUCIÓN ACADÉMICA	TRABAJO PUBLICADO/SITIO PUBLICACIÓN	ÁREA TEMÁTICA DE LA AGENDA DE INVESTIGACIÓN
Experiencia educativa para el fortalecimiento de la salud bucal en la primera infancia desde el entorno familiar. Medellín – Colombia.	CES		Academia y educación de los profesionales en salud bucal
Seguimiento de los egresados de la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia desde 1941 hasta el 2011. Parte III: Vínculo facultad-egresado e impacto social del programa	U de A	https://bibliotecadigital.udea.edu.co/bitstream/10495/5598/1/Yepes-Fanny_2014_SeguimientoEgresados19412011Partell.pdf	Academia y educación de los profesionales en salud bucal
Seguimiento de los egresados de la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia desde 1941 hasta el 2011. Parte II: caracterización laboral de los egresados	U de A	https://bibliotecadigital.udea.edu.co/bitstream/10495/5591/1/Beltran-Magda_2014_SeguimientoEgresados19412011Partell.pdf	Academia y educación de los profesionales en salud bucal
Seguimiento de los egresados de la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia desde 1941 hasta el 2011. Parte I: caracterización sociodemográfica	U de A	https://bibliotecadigital.udea.edu.co/bitstream/10495/5599/1/LlanoElizbeth_2014_SeguimientoEgresados19412011Partel.pdf	Academia y educación de los profesionales en salud bucal
Satisfacción e insatisfacción laboral: una oportunidad para pensar la profesión odontológica	U de A	https://bibliotecadigital.udea.edu.co/bitstream/10495/5594/1/DiazSilvia_2014_SatisfaccionInsatisfaccionLaboral.pdf	Academia y educación de los profesionales en salud bucal
Calidad de vida laboral de los odontólogos en Antioquia 2011-2012	U de A	http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642018000600684	Academia y educación de los profesionales en salud bucal
Evaluación de las competencias de los egresados de odontología de la Universidad Cooperativa de Colombia sede Medellín desde la perspectiva de los empleadores	UCC		Academia y educación de los profesionales en salud bucal
Frecuencia, factores asociados y características de emprendimiento de graduados de la facultad de odontología de la Universidad Cooperativa de Colombia- sede Medellín	UCC		Academia y educación de los profesionales en salud bucal
Estudiantes y profesores: interacción en escenarios de aprendizaje en la Facultad de Odontología, Universidad Cooperativa de Colombia, Medellín	UCC	http://dx.doi.org/10.16925/od.v12i24.1665	Academia y educación de los profesionales en salud bucal
Empleabilidad de los graduados de programas de pregrado en odontología de la ciudad de Medellín- Colombia, 2017-2018	UCC	https://doi.org/10.16925/2357-4607.2019.02.13	Academia y educación de los profesionales en salud bucal
Aumento en la supervivencia libre de caries dental del primer molar permanente. Resultados de 7 años de un programa de salud bucal.	CES	https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/ipd.12619	Análisis situacionales y de riesgos
Fluorosis dental según cohorte de nacimiento y marcadores de flúor en una región endémica de Colombia	CES	https://doi.org/10.1155/2021/6662940	Análisis situacionales y de riesgos
Experiencia de caries en dentición primaria en niños de 5 años Medellín-Colombia	U de A	https://revistas.udea.edu.co/index.php/fnsp/article/view/21267/20148	Análisis situacionales y de riesgos
La invisibilidad de estudios en salud oral en mujeres en situación de prostitución: Una revisión sistemática exploratoria	U de A	https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-381X2016000200016	Análisis situacionales y de riesgos

NOMBRE INVESTIGACIÓN	INSTITUCIÓN ACADÉMICA	TRABAJO PUBLICADO/SITIO PUBLICACIÓN	ÁREA TEMÁTICA DE LA AGENDA DE INVESTIGACIÓN
Condiciones de salud oral y estado protésico de la población adulta mayor atendida en la red hospitalaria pública de Medellín (Colombia)	U de A	https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-381X2016000100024	Análisis situacionales y de riesgos
Experiencias relacionadas con la pérdida dental durante la niñez y la juventud.	UCC	Rev Estomatol. 2019;27(1):18-30 DOI: 10.25100/re.v27i1.8733	Análisis situacionales y de riesgos
Factores determinantes para la atención clínica odontológica de pacientes con discapacidad	Fundación Universitaria Autónoma de las Américas	Revista Acta Odontológica Colombiana https://doi.org/10.15446/aoc.v10n2.83726	Atención en salud bucal
Humanización de los servicios odontológicos, prácticas seguras y atributos de calidad desde la perspectiva del profesional, el estudiante y el paciente, Medellín 2020.	Fundación Universitaria Autónoma de las Américas		Atención en salud bucal
Caries dental, higiene bucal, necesidades de tratamiento en niños de 3 a 5 años de una Institución Educativa de Medellín y sus factores relacionados	U de A	https://revistas.ucc.edu.co/index.php/od/article/view/933/1118	Atención en salud bucal
Uso de Servicios de Salud Oral en la Población Adulta Mayor en Colombia: Paradojas y Controversias	U de A	https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-381X2015000100001&lng=en&nrm=iso&tlng=en	Atención en salud bucal
Caracterización de las acciones inseguras en odontología (AIO) en una institución de docencia-servicio, Medellín (Colombia), 2015-2017	U de A	http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-246X2018000200080	Atención en salud bucal
Factores asociados a la pérdida de dientes en pacientes con tratamiento endodóntico realizado por estudiantes de pregrado, Medellín (Colombia)	U de A	https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/revUnivOdontologica/article/view/16046	Determinantes sociales de la Salud Bucal
El ambiente escolar y la educación para la salud bucal en instituciones educativas oficiales pertenecientes a la estrategia "Escuelas Saludables", Secretaría de Salud de Medellín	U de A	https://revistas.ucc.edu.co/index.php/od/article/view/847/808	Determinantes sociales de la Salud Bucal
Barreras de acceso a la atención odontológica durante la primera infancia. Medellín, 2007	U de A	http://www.scielo.org.co/pdf/rfoua/v25n2/v25n2a07.pdf	Determinantes sociales de la Salud Bucal
Procesos determinantes del acceso a odontología en niños y niñas durante primera infancia	U de A	http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1692-715X2019000100193	Determinantes sociales de la Salud Bucal
Calidad de vida y salud bucal: Perspectiva de adultos mayores atendidos en la red hospitalaria pública	U de A	http://www.scielo.org.co/pdf/rgps/v14n29/v14n29a06.pdf	Determinantes sociales de la Salud Bucal
Salud bucal y género en relación a la población adulta mayor atendida en la red hospitalaria pública de Medellín: Los puntos de vista del personal de salud	U de A	http://www.scielo.org.co/pdf/reus/v18n1/v18n1a07.pdf	Determinantes sociales de la Salud Bucal

NOMBRE INVESTIGACIÓN	INSTITUCIÓN ACADÉMICA	TRABAJO PUBLICADO/SITIO PUBLICACIÓN	ÁREA TEMÁTICA DE LA AGENDA DE INVESTIGACIÓN
Consumo de cigarrillo en la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia y factores relacionados. Medellín, 2012	U de A	https://revistas.udea.edu.co/index.php/odont/article/view/20975	Determinantes sociales de la Salud Bucal
Calidad de vida relacionada con la salud bucal en mujeres en situación de prostitución en Medellín (Colombia) y sus factores relacionados	U de A	http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-971X2017000200003	Determinantes sociales de la Salud Bucal
Condición periodontal y su relación con variables sociodemográficas y clínicas en pacientes adultos de una institución docencia-servicio	U de A	http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1870-199X2017000300165&lng=es&nrm=iso	Determinantes sociales de la Salud Bucal
Sentido de la responsabilidad con la salud: perspectiva de los sujetos que reivindican este derecho	U de A	http://www.scielo.org.co/pdf/rllcs/v13n2/v13n2a20.pdf	Determinantes sociales de la Salud Bucal
Tendencias de evaluación en promoción de la salud. actualización del debate en la década 2005-2015	U de A	http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v24n1/0121-7577-hpsal-24-01-00123.pdf	Políticas públicas en Salud Bucal
Impacto de una estrategia educativa en salud bucal en un hogar infantil de la ciudad de Medellín –Colombia	UCC	https://revistas.ces.edu.co/index.php/odontologia/article/view/5476	Políticas públicas en Salud Bucal
Conocimientos en salud bucal de los cuidadores de adultos mayores institucionalizados, Medellín 2019	Fundación Universitaria Autónoma de las Américas	Congreso Internacional de Investigación e Innovación. Realizado en Cortázar, Guanajuato, México junio 2020. Pág. 3802 – 3813 – Memoria Congreso ISSN 2448-6035 – Año 3 – Número 1 – Junio 2020 Parte III	Prácticas de la comunidad en el cuidado de salud bucal
Experiencias de cuidadores de niños y niñas con Síndrome de Down en la atención odontológica: “Corporación Somos dos más uno súmate” en Medellín, 2020.	Fundación Universitaria Autónoma de las Américas		Prácticas de la comunidad en el cuidado de salud bucal
Estrategias educativas en salud bucal para gestantes implementadas por las entidades administradoras de planes de beneficios en Medellín, 2020.	Fundación Universitaria Autónoma de las Américas		Prácticas de la comunidad en el cuidado de salud bucal
Las nuevas TIC y los métodos educativos tradicionales (MET) en la educación para la salud bucal en estudiantes de Básica Primaria	U de A	https://revistas.ucc.edu.co/index.php/od/article/view/842/782	Prácticas de la comunidad en el cuidado de salud bucal
Prácticas sociales en la terapia bucal no convencional en los habitantes de una zona rural de Medellín (Colombia)	U de A	http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-971X2015000100002	Prácticas de la comunidad en el cuidado de salud bucal
Tradiciones culturales y prácticas de cuidado bucal en los indígenas zenúes, en Sucre, Colombia	UCC	https://doi.org/10.16925/od.v11i20.765	Prácticas de la comunidad en el cuidado de salud bucal

Bloque temático: Academia y educación de los profesionales en salud bucal

Título: *Experiencia educativa para el fortalecimiento de la salud bucal en la primera infancia desde el entorno familiar. Medellín – Colombia*

Autor: María Cristina Giraldo Zuluaga

Palabras claves: Educación en salud; Salud Oral; Lactantes; Cuidadores; Cuidado del niño; Simulación.

Introducción

El conocimiento es fundamental para el bienestar del ser humano, ya que al comprender las medidas eficaces que previenen la enfermedad puede disminuir el desarrollo de las afecciones bucales, las cuales continúan siendo un problema con consecuencias graves en el bienestar físico y emocional, aunque durante décadas se ha trabajado en su prevención y control.

Cuando se trata de niños y niñas en primera infancia, el bienestar depende de forma significativa de los adultos que los rodean. Se ha demostrado que las características del entorno familiar generan una valiosa influencia en el bienestar bucal de los niños y hay correlaciones entre la experiencia de caries de los padres, la pérdida de dientes, la higiene bucal y la experiencia de caries de sus hijos.

El Estado Colombiano también se compromete con el fomento y el desarrollo de acciones que permitan que el niño o niña viva y disfrute del nivel más alto posible de salud según lo establecido en la Ley 1804 del 2 de agosto de 2016.

El Plan Nacional de Salud bucal en Colombia, manifiesta que los problemas de salud bucal

continúan siendo una de las primeras causas de consulta en los diferentes grupos de edad y como parte de las estrategias propuestas, a la luz del Plan Nacional decenal de Salud Pública 2012 – 2021, se define dentro de sus dimensiones prioritarias de Vida Saludable y condiciones no transmisibles, la importancia de buscar bienestar en las diferentes etapas de la vida dentro de los espacios cotidianos, promoviendo prácticas de autocuidado.

En Colombia, el último Estudio Nacional de Salud Bucal (2014), mostró que el 29.31% de los niños y niñas de un año habían experimentado caries. Para los tres años, la experiencia de caries dental se incrementó hasta llegar a 83,03% y para los de 5 años alcanzó un 88,83%. Estos resultados reflejan la necesidad de reorientar las acciones de participación comunitaria hacia el cuidado de la población preescolar e involucrar las personas que están a cargo de ellos, así como también los profesionales del área de la salud que tienen la posibilidad de brindar orientación y acompañamiento en los primeros años.

En Medellín, con relación a los índices de caries dental en niños y niñas de la ciudad, los indicadores epidemiológicos están por debajo del promedio nacional e internacional. Ramírez y colaboradores, encontraron que los niños menores de 6 años, presentaron altos porcentajes de caries dental y se mostró mayor tendencia a la enfermedad en los grupos de estratos 1 y 2. También, evaluaron los conocimientos de las madres en periodo de gestación, quienes afirmaron llevar a su hijo por primera vez al odontólogo entre 1 y 2 años y reportaron desconocimiento acerca de cuál es la manera correcta de realizar la higiene bucal en

el bebé y cómo mantener a lo largo del tiempo la salud bucal del recién nacido y del niño y la niña para evitar futuros problemas en la cavidad oral. La Alcaldía de Medellín, desarrolló la Política de Salud Bucal de Medellín 2013 – 2022, que plantea la reorientación del modelo de atención con enfoque familiar y comunitario para los grupos vulnerables como gestantes y primera infancia mediante programas de promoción de la salud bucal innovadores y dentro del Plan de Desarrollo Municipal 2016 – 2019, se definieron proyectos orientados al fomento del autocuidado desde el entorno familiar.

Para alcanzar la salud bucal infantil, el conocimiento profesional debe ser entrelazado con el conocimiento y prácticas saludables de los padres y cuidadores, no es suficiente con las indicaciones dadas por parte del profesional del área de la salud y el entorno del niño debe ser parte activa de esta labor. Adicionalmente, se requiere personal aliado con este propósito, pues las madres y los lactantes son evaluados y reciben indicaciones antes y con más frecuencia por parte de los médicos, enfermeras y madres comunitarias, que por el personal odontológico. Por esta razón, todos los actores involucrados en el bienestar infantil deben conocer la etiología, los factores de riesgo asociados a las enfermedades bucales y como prevenirlos para “anticiparse al riesgo”.

La educación es esencial para lograr la participación efectiva y la toma de decisiones con base en las necesidades y hacer sostenible el esfuerzo. El enfoque actual, integra diferentes elementos que no se limitan a la transmisión de los conceptos, sino que invitan a la comunidad a realizar un diálogo de saberes que genera espacios de reflexión sobre lo que hacen en su diario vivir, para que a través de la reflexión se conviertan en experiencias y sean analizadas e integradas para aplicarlas a diferentes situaciones.

Objetivos

Implementar una metodología participativa con el personal de salud, madres comunitarias, mujeres gestantes, lactantes y padres de familia para generar acciones a partir de elementos técnicos y pedagógicos en el fomento de las prácticas de salud bucal en la primera infancia en el ámbito familiar.

Utilizar herramientas de simulación para la educación del cuidado bucal de los recién nacidos.

Vincular al odontólogo en la educación para la salud bucal a los actores involucrados en el cuidado de la primera infancia.

Metodología

El proyecto de intervención se llevó a cabo siguiendo los lineamientos definidos por la Secretaría de Salud de Medellín en el pliego de condiciones de la licitación, que planteaba 3 componentes los cuales incluían la población objeto, a saber: El personal de salud de las Instituciones Prestadoras del Servicio de Salud (IPS) con sala de parto habilitadas en el Municipio de Medellín, las madres de recién nacidos, los estudiantes de último año de las Facultades de Medicina y Enfermería de Medellín y madres comunitarias.

El primer componente fue implementado por las odontólogas del proyecto y consistió en la realización de talleres teórico-prácticos, sobre el Cuidado bucal del recién nacido, para el personal de IPS con sala de parto habilitada (Médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería, etc.) y para estudiantes de último año de facultades de Medicina y Enfermería de la ciudad.

Los talleres participativos se realizaron en cada institución para favorecer la asistencia de los colaboradores. Con la actividad se propició el espacio para el reconocimiento de experiencias

y a partir de la socialización se tomaron puntos comunes sobre el proceso educativo. También, se trabajaron temas del diario vivir para analizar mediante el diálogo de saberes el proceso salud-enfermedad - cuidado bucal, y evidenciar otros aspectos que complementaban las experiencias.

Se presentó a los asistentes el kit educativo institucional para el cuidado bucal del bebé, el cual fue desarrollado dentro del proyecto como uno de los productos entregables, con el fin de capacitar al personal y posteriormente ser utilizado por ellos como estrategia para la enseñanza a las madres en el cuidado bucal de los recién nacidos. Este constaba de un bolso que contenía: un muñeco bebé como modelo de simulación de bajo costo con rodetes en silicona visibles y accesibles para realizar la demostración de la técnica higiene bucal y propiciar la práctica antes de abordar la boca del bebé; un cepillo unidedal de silicona en su estuche, un paño de tela, un adhesivo con pautas de higiene y una cartilla con los temas aprobados por el referente de la Secretaría de Salud de Medellín.

Al final del taller se hacía reflexión, discusión y evaluación de los puntos tratados en el mismo. A cada asistente se le entregaba el formato de evaluación, se registraba la asistencia y a la institución se le entregaba el kit para su custodia y uso.

En el segundo componente las odontólogas del proyecto realizaron acompañamientos educativos teórico-prácticos a las madres y sus recién nacidos en las IPS donde habían dado a luz y que contaban con el personal capacitado. Cada odontóloga del proyecto realizaba el acercamiento a la madre y su bebé recién nacido mediante el diálogo de saberes con los temas previamente aprobados por el referente de la Secretaría de salud. Con la ayuda del kit educativo institucional para el cuidado bucal del bebé y el multiplicador de la institución, se realizaba el acompañamiento a la

madre en la técnica de higiene bucal del bebé, con un kit de higiene bucal que está compuesto por un cepillo unidedal en estuche, adhesivo con recomendaciones, una cartilla y una encuesta en la que registraba su percepción de la actividad. Con el fin de brindar cobertura a los bebés que habían egresado de la IPS, se abordaron los grupos del programa de crecimiento y desarrollo de bebés de 0 – 3 meses, mediante el diálogo de saberes entre los asistentes para enriquecer el proceso y los conocimientos para la implementación del cuidado en la vida cotidiana, seguido de la práctica con el muñeco bebé y la entrega del kit para el menor.

Adicionalmente, con base al histórico de nacimientos en las IPS con sala de parto habilitada de la ciudad, el proyecto definía que los multiplicadores de las instituciones debían asumir las actividades de educación para la madre con su recién nacido y continuar con la entrega del kit de higiene bucal.

En el tercer componente, las dos auxiliares de higiene oral del proyecto realizaron educación a las madres comunitarias con dotación de cepilleros para el hogar y la entrega de la cartilla educativa como material de apoyo, con el fin de que ellas promovieran los aprendizajes y el desarrollo de habilidades en los cuidadores y adultos significativos de los niños y niñas a cargo brindando un mejor acompañamiento de prácticas de cuidado de los menores.

Mientras se realizaba la visita a la madre comunitaria, se entregaba a los niños una hoja alusiva al cuidado bucal para colorear, de esta forma la auxiliar de higiene oral podía reunirse con la madre comunitaria y con la ayuda de la cartilla, se tenía una conversación informal para tocar los temas de importancia y facilitar que ella manifestara sus estrategias de cuidado con los niños y niñas, la manera como implementaba las acciones de fomento de salud bucal en el hogar

y de salud general, así como también sus dudas y observaciones al respecto. La cartilla no solo ofrecía información educativa, también contenía espacios de reflexión individual y actividades didácticas para realizar (sopas de letras, adivinanzas, laberintos, etc.) que favorecían la concentración de la madre y evaluaban su proceso de aprendizaje respecto a los temas específicos.

A cada madre comunitaria se le hizo entrega del cepillero con su respectiva dotación, el cual se dejó instalado en un espacio accesible para la higiene bucal de los niños y se brindaron las indicaciones de mantenimiento. Finalmente, se evaluó la actividad a través de una rúbrica y se agradeció a la madre por su participación.

Resultados

Con base en los datos registrados y reportados en el Sistema Nacional de Planificación (SISPLAN), se hizo el análisis en Excel arrojando los siguientes resultados: En el primer componente, se realizaron los 20 talleres definidos para el proyecto en los que se entregó el kit educativo institucional para el cuidado bucal del bebé. La Secretaría de Salud de Medellín, había establecido que se capacitarían 12 IPS con sala de parto habilitada y 8 facultades, sin embargo, 2 IPS no mostraron interés en la participación y se capacitaron 2 facultades más, que cumplían con lo establecido en el contrato.

En total se capacitaron 578, estudiantes de último año de medicina y enfermería (246 y 332 respectivamente), la cual fue una población muy receptiva a la actividad puesto que evidenciaron la importancia del rol que tienen como educadores en salud bucal al ser los primeros en tener el contacto con el recién nacido. Los estudiantes estuvieron receptivos en el taller y aclararon sus inquietudes con la metodología empleada. El 72,1% diligenciaron la rúbrica de evaluación de la actividad. "Importantísimo el manejo integral de un paciente. Gracias" Jimmy Alejandro Seguro,

Fundación Universitaria San Martín.

Los docentes expresaron su interés en la actividad y sugirieron que se continuara con las capacitaciones incluyendo estudiantes de otros semestres por la importancia de preparar al personal médico y de enfermería en el tema, ya que podría vincularse al componente de puericultura empleando el kit en las prácticas con sus estudiantes.

En cuanto a los talleres que se llevaron a cabo con las IPS con sala de parto habilitada de la ciudad, se evidenció resistencia al contacto inicial para las actividades del proyecto. Posteriormente, se logró una positiva articulación del personal institucional para vincular a sus actividades diarias la enseñanza del cuidado bucal en el recién nacido, hasta el punto de incorporar la higiene bucal al momento del baño diario como práctica positiva de cuidado. Se capacitaron 167 multiplicadores de variadas profesiones del equipo multidisciplinario en salud a cargo del recién nacido en las IPS, lo cual superó ampliamente la meta propuesta en el proyecto que era 60 multiplicadores. Influyó mucho el compromiso de la institución en la capacitación del personal.

En el segundo componente las dos odontólogas realizaron 1.200 acompañamientos y respectiva entrega de kits para el bebé a las madres que estaban en las 10 IPS con sala de parto habilitada. Este proceso se evaluó mediante un formato diligenciado por el 97,5% de las madres que consideraron esta actividad muy importante. La paciente María Rocío Montoya atendida en la ESE Manrique, expresó de manera verbal: "Me hubiera gustado recibir este programa antes porque mi hijo mayor tuvo muchos problemas de salud bucal porque desconocía esta información y así hubiéramos evitado urgencias, dolor y falta de apetito, por las caries que tuvo. Estoy muy contenta con las pautas que nos dieron con este proyecto".

Se entregaron en total 15.600 kits de cuidado bucal para el bebé, 1.200 por acompañamiento directo de las odontólogas del proyecto, 500 kits por la Secretaría de Salud y 13.900 kits por los multiplicadores de las 10 IPS capacitadas que se distribuyeron con base en la tasa de nacimientos mensuales reportados.

En el tercer componente las auxiliares de salud oral llegaron a 150 hogares comunitarios ubicados en diferentes sitios de la ciudad con entrega de cepilleros dotados y cartillas educativas. Las madres comunitarias fueron receptivas a la actividad educativa y en la evaluación consideraron que el mensaje fue claro e implementaron las acciones con los niños a cargo y sus familias. “Me encantó la capacitación, muy didáctica, muy importante el uso de la seda dental y el cepillado adecuado tanto para los niños como para los adultos”. Claudia González, Hogar el Amparo.

Conclusiones

El personal médico y de enfermería de las diferentes IPS se articuló de manera positiva en su función como multiplicadores en el proceso de acompañamiento a las madres, al incluir en los hábitos de higiene del bebé y puericultura, el protocolo para cuidado bucal que se trabajó durante el proyecto.

El kit bebé se convirtió en una herramienta exitosa para la educación de las madres en la higiene bucal del recién nacido y en este espacio de acercamiento profesional – madre, se promovió la primera visita al odontólogo. Algunas IPS que contaban con la capacidad instalada de odontología, apropiaron los conceptos tratados para realizar recomendaciones durante la primera visita al odontólogo. A su vez, en algunas IPS el tema de cuidado bucal se incluyó en el programa de control prenatal, donde consideraron que las madres eran más receptivas a la información de cuidado del recién nacido.

Este proyecto fue una apuesta innovadora para la promoción de la salud bucodental en la primera infancia, involucrando al odontólogo en espacios claves para el fomento del cuidado bucal para la capacitación de varios actores internos y externos, a las familias de cada niño y niña, combinando acciones amorosas que apuntan al mejoramiento de su calidad de vida.

Referencias bibliográficas

Birungi N, Fadnes LT, Nankabirwa V, Tumwine JK, Åström AN. Caretaker's caries experience and its association with early childhood caries and children's oral health-related quality of life: A prospective two-generation study. *Acta Odontol Scand.* 2016 Nov;74(8):605-612. doi: 10.1080/00016357.2016.1225981. Epub 2016 Aug 30

Macek MD, Atchison KA, Chen H, Wells W, Haynes D, Parker RM, et al. Oral health conceptual knowledge and its relationships with oral health outcomes: Findings from a Multi-site Health Literacy Study. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2017 Aug;45(4):323-329. doi: 10.1111/cdoe.12294. Study. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2017 Aug;45(4):323-329. doi: 10.1111/cdoe.12294. Epub 2017 Mar 7.

Guideline on Perinatal and Infant Oral Health Care. *Pediatr Dent.* 2016;38(5):54-8.

Douglass JM, Clark MB. Integrating Oral Health Into Overall Health Care to Prevent Early Childhood Caries: Need, Evidence, and Solutions. *Pediatr Dent.* 2015;37(3):266-74.

República de Colombia. Estrategia de Atención Integral a la Primera Infancia, Fundamentos Políticos, Técnicos y de Gestión. Citado 16 Julio 2020. Disponible en: <http://www.deceroasiempre.gov.co/QuienesSomos/Documents/Fundamentos-politicos-tecnicos-gestion-de-cero-a-siempre.pdf>, 2013.

Congreso de Colombia. Ley No 1804 (2 de agosto), 2016. Citado 16 Julio 2020. Disponible en: <http://es.presidencia.gov.co/normativa/normativa/LEY%201804%20DEL%2002%20DE%20AGOSTO%20DE%202016.pdf>

Hooley M, Skouteris H, Boganin C, et al. Parental influence and the development of dental caries in children aged 0–6 years: a systematic review of the literature. *J Dent.* 2012; 40:873–885.

Weintraub J, Prakash P, Shain S, et al. Mothers' caries increases odds of children's caries. *J Dent Res*. 2010;89:954-958.

Generation study. *Acta Odontol Scand*. 2016 Nov;74(8):605-612.

Ministerio de la Protección Social. Resolución 3577 de 2006. Plan Nacional de Salud Bucal – PNSB. Citado 12 Agosto 2020. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCI%C3%93N%203577%20DE%202006.pdf. (septiembre 28), 2006.

Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública, 2012 -2021: La salud en Colombia la construyes tú. Citado 12 Agosto 2020. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Plan%20Decenal%20-%20Documento%20en%20consulta%20para%20aprobaci%C3%B3n.pdf>. Bogotá, marzo 15 de 2013

Colombia. Ministerio de Salud. IV Estudio Nacional de Salud Bucal, Situación en salud bucal. Citado 12 Agosto 2020. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENSAB-IV-Situacion-Bucal-Actual.pdf>-, 2014.

Alcaldía de Medellín. Proyecto de Acuerdo. Plan de Desarrollo Medellín Cuenta Con Vos. 2016 – 2019. Citado 20 Septiembre 2020. Disponible en: https://www.medellin.gov.co/irj/go/km/docs/pccdesign/SubportalDelCiudadano_2/PlandeDesarrollo_0_17/Publicaciones/Shared%20Content/Documentos/2016/Proyecto%20de%20Acuerdo%20Plan%20de%20Desarrollo.pdf . 30 abril, 2016

Secretaría de Salud de Medellín - Universidad de Antioquia, Lineamientos de Política Pública de Salud Bucal de Medellín 2013-2022. Citado 20 septiembre 2020. Disponible en: <http://www.udea.edu.co/wps/wcm/connect/udea/6f16d8c0-aa89-49f5-8d35-948c1d041c8c/Lineamientos.pdf?MOD=AJPERES> .Medellín, 2015.

Meurman PK, Pienihäkkinen K. Factors associated with caries increment: a longitudinal study from 18 months to 5 years of age. *Caries Res*. 2010;44(6):519-24.

Álvarez M. La promoción y prevención: pilares para salud y la calidad de vida. Centro Provincial de Promoción y Educación

para la Salud. Holguín. Cuba. *CCM* vol.17 no.1 Holguín ene.-mar. 2013

Mercon J y cols. ¿Diálogo de saberes? La investigación acción participativa va más allá de lo que sabemos. *Decisio*. Págs. 29 – 33. Mayo – agosto, 2014.

Romero M. El aprendizaje experiencial y las nuevas demandas formativas.

Revista de Antropología Experimental no 10, 2010. especial educación 8: 89-102. Universidad de Jaén (España) ISSN: 1578-4282 ISSN (CD-ROM): 1695-9884 Deposito legal: J-154-2003.

Ministerio de Salud Colombia. Resolución N°. 8430 de 1993. Citado 20 Septiembre 2020. Disponible en:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF> Consultado: 3 diciembre 2017.

Ministerio de Salud y Protección Social – Colombia. Salud bucal: para sonreír toda la vida. Citado 18 Noviembre 2020. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/HS/Paginas/salud-bucal.aspx>

The New York City Department of Health and Mental Hygiene. Early Childhood Oral Health. Citado 18 Noviembre 2020. Disponible en: <https://www1.nyc.gov/assets/doh/downloads/pdf/hca/hca-fluoride-varnish.pdf>

Corchuelo Ojeda J, Mambuscay JC. Conocimientos de estudiantes de medicina, enfermería y odontología acerca de la salud bucodental en gestantes. *Salud Uninorte*. Barranquilla (Col.) 2018; 34 (3): 652-663. Citado 18 Noviembre 2020. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/sun/v34n3/2011-7531-sun-34-03-652.pdf>

Bandeira Mvr, Belarmino Ac, Anjos Sjsb, Silva Mrf, Ferreira Junior Ar. Colaboración interprofesional para el seguimiento odontológico prenatal en atención primaria de la salud. *Salud Colect* 15 24 Ene 20202019 <https://doi.org/10.18294/sc.2019.2224> Citado 18 noviembre 2020. Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/scol/2019.v15/e2224/>

Organización Panamericana de la Salud- OPS. Proyecto SOFAR “Salud oral factores de riesgo”. Citado 18 Noviembre 2020. Disponible en: <https://www.paho.org/sofar/index.html>

Bentivegna N, Amaro E, Lazo V, Marchioni A, Borrillo G, Di Carlo N, Valle C. Poster: Formando Agentes Multiplicadores de Salud Trabajando en Terreno. Institución: FOLP. UNLP. Segundas Jornadas de Actualización en Prácticas Odontológicas Integradas S.E.P.O.I. 2017. Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de la Plata. Citado 15 noviembre 2020. Disponible en: <http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/65490/P%C3%B3ster.pdf-PDFA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Dávila-Cervantes A. Simulación en Educación Médica. *Inv Ed Med* 2014;3(10):100-105. Citado 15 noviembre 2020. Disponible en: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/02AEDEB4DB5455D188DAE6AD31624A4>

Título: Seguimiento de los egresados de la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia desde 1941 hasta el 2011. Parte I: caracterización sociodemográfica.

Autores: Fanny Lucía Yepes Delgado, Elizabeth Llano Sánchez, Magda Beltrán Salazar, Luz Elena Suárez Berrío, Marisol Miranda Galvis, Andrés Saldarriaga Inv.

Palabras clave: Graduado, acreditación, condiciones sociodemográficas, servicio social, perfil laboral, educación continua en odontología.

Publicado en:

https://bibliotecadigital.udea.edu.co/bitstream/10495/5599/1/LlanoElizabeth_2014_SeguimientoEgresados19412011Partel.pdf

Introducción

El seguimiento constante a egresados es deber de la universidad porque ellos son el ente visible del proceso brindado por la institución a la sociedad. Información derivada del seguimiento a los egresados del pregrado de la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia desde 1941 hasta 2011. Los resultados se dividieron en tres publicaciones (características sociodemográficas, laborales y vínculo facultad-

egresado e impacto social). Esta primera publicación tiene como propósito conocer el número de egresados y sus características sociodemográficas.

Objetivos

Conocer el número de egresados y sus características sociodemográficas.

Metodología

Estudio descriptivo, retrospectivo, corte transversal con encuesta estructurada, triangulada, validada y prueba piloto, respetando principios éticos y garantizando confidencialidad en la información

Resultados

Los egresados en el período de estudio fueron 3.553. La muestra incluyó 791 egresados, de los cuales 209 eran fallecidos, y por tanto solo 582 respondieron finalmente la encuesta. El número de egresados ha aumentado por décadas, Antes había una relación de 10 hombres por cada mujer (y ahora ha pasado a) 2 mujeres por cada hombre La edad promedio de los egresados es 39,5 años. La mayoría nacieron, residen y laboran en Antioquia (Colombia); el 90,9% realizó año rural. El 42,1% hicieron estudios de educación formal o no formal adicionales, así: 35,9% especialización, 4,5% maestría, 1,4% doctorado y 0,3% posdoctorado. El 96,4% se desempeñan en la práctica odontológica

Conclusiones

Los odontólogos egresados del pregrado de la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia han aumentado en número por décadas y con una proporción mayor de mujeres. La mayoría nacieron, trabajan y residen en Antioquia; presentan interés para continuar capacitándose y se dedican a la práctica odontológica, coincidiendo con el rol profesionalizante para el cual fueron formados.

Referencias bibliográficas

Wikipedia. Egresado. Internet. Consultado 2012 May 7. Disponible en: <http://es.wikipedia.org/wiki/Egresado>

Diccionario de la lengua española. Egresado. Internet. Madrid: Real Academia Española. Consultado 2012 May 7. Disponible en: http://buscon.rae.es/draeI/SrvltConsulta?TIPO_BUS=3&LEMA=egresado

Ramírez R, Tovar MC. Egresados de las especializaciones en Enfermería. Evaluación en una década. *Colomb Med* 2005; 36(2) Supl 1: 75-82.

Colombia. Ministerio de Educación Nacional. Ley 1188 de 2008 por la cual se regula el registro calificado de los programas de educación superior. *Diario Oficial*, 46.971 (Abr. 25 2008).

Colombia. Ministerio de Educación Nacional. Decreto 1295 de 2010 por el cual se reglamenta el registro calificado de que trata la Ley 1188 de 2008 y la oferta y desarrollo de programas académicos de educación superior. *Diario Oficial* 47.687 (Abr. 20 2010).

Red GRADUA2. Asociación Columbus. Manual de instrumentos y recomendaciones sobre el seguimiento de egresados. Monterrey, México. Internet. Consultado 2012 Sep 19. Disponible en: http://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-136795_pdf.pdf

Payares GC, Arango AA, Molina SH. El odontólogo egresado de la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia. Caracterización de su papel dentro de la práctica odontológica en Antioquia. *Medellín: ASEFODUA*; 1996. p. 1-74.

Pineda AL, Beltrán M, Ibarra Ó. Caracterización de los estudiantes de las especializaciones clínicas de la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia, semestre 2004-1. *Rev Fac Odontol Univ Antioq* 2007; 19(1): 75-89.

Colombia. Ministerio de Educación. Consejo Nacional de Acreditación. CNA. Lineamientos para la acreditación de programas. 2006. Factor 7. Características asociadas a los Egresados y articulación con el medio Internet. Consultado 2012 Sep 19. Disponible en: http://cms-static.colombiaaprende.edu.co/cache/binaries/articles-186359_lineamientos_2.pdf?binary_rand=6205

Colombia. Ministerio de Educación Nacional. Consejo Nacional de Acreditación (CNA). Acreditación de programas y acreditación de instituciones. Internet. 2006 Consultado 2004 Abr 24. Disponible en: <http://www.cna.gov.co/1741/article-186359.html>

Pares. Consejo Nacional de Acreditación (CNA). Informe de la Evaluación externa realizada por los pares académicos a la Facultad de Odontología de la U. de A. dirigido al Consejo Nacional de Acreditación, N.º 0607 del 27 de Mayo de 2002. *Medellín: Universidad de Antioquia*; 2002.

Comité Acreditación. Facultad de Odontología. Informe de autoevaluación con miras a la reacreditación de la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia, dirigido al Consejo Nacional de Acreditación. *Medellín: Universidad de Antioquia*; 2006.

Hoyos J. El papel de los egresados en una universidad. *Universitas Humanística*. 1995; 24(41): 32.

Colombia. Ministerio de Educación Nacional. Ley 30 de diciembre 28 de 1992 por la cual se organiza el servicio público de la Educación Superior. *Diario oficial*, 40.700 (Dic. 28 1992).

Colombia. Ministerio de Educación Nacional. Decreto 2566 de septiembre 10 de 2003 por el cual se establecen las condiciones mínimas de calidad y demás requisitos para el ofrecimiento y desarrollo de programas académicos de educación superior y se dictan otras disposiciones. *Diario oficial*, 45.308 (Sep. 10 2003).

Universidad de Antioquia. Acuerdo superior 1 de 1994 por el cual se expide el Estatuto General de la Universidad de Antioquia Estatuto General. Título sexto, capítulo I Artículo 97. *Medellín: Universidad de Antioquia. Consejo Superior*; 1994.

Universidad de Antioquia. Vicerrectoría de Extensión. Programa de Egresados. Internet. *Medellín: Universidad de Antioquia* Consultado 2012 Sep 19. Disponible en: <http://www.udea.edu.co/portal/page/portal/portal/a.InformacionInstitucional/h.UnidadesAdministrativas/f.VicerrectoriaExtension/a.Presentacion>

Vélez JE, Oquendo C, Puello PA. Perfil del egresado de pregrado de la Facultad de Odontología del CES 2000-2004. *Rev CES Odont* 2008; 21(1): 27-32.

Beltrán SM. Crónicas Universitarias. 200 años de la Universidad de Antioquia. Medellín: Universidad de Antioquia; 2003. p. 177-185.

Pérez Y, Soto L, Celis M. Perfil del odontólogo egresado de la Universidad del Valle. Rev Estomat 1999; 8(1): 16-26.

Marulanda JC, Ortiz E. Caracterización de egresados de la Universidad CES en las cohortes de 2003, 2005, 2007 y momento "0". Revista CES Psicología 2010; 3(1): 50-63.

Contreras A. Editorial: El ejercicio de la Odontología en Colombia: un futuro incierto. Rev Estomat 2011; 19(1): 5-6.

Salazar BD, Ternera PJ, Tovar VS., Atuesta MF, Barragán AM. Caracterización de la odontología en Colombia. Bogotá: Mesa Sectorial salud, Centro de Formación Talento Humano en Salud; 2008. p. 75-133.

Colombia. Ministerio de Educación. Graduados Colombia. Observatorio Laboral para la Educación. Internet. Bogotá: El Ministerio; 2010 Consultado 2012 Sep 10. Disponible en: <http://www.graduadoscolombia.edu.co/html/1732/article-230251.html>

Colombia. Ministerio de Educación Nacional. Decreto 3130 del 20 de diciembre 1956. Diario Oficial No. 29272 del 2 de febrero de 1957.

Colombia. Ministerio de Salud. Resolución 3386 de 2000 por la cual se adiciona el artículo primero de la Resolución N.º 8416 de 1983. Bogotá: El Ministerio; 2000.

Colombia. Ministerio de Salud. Universidad de Antioquia. Facultad Nacional de Salud Pública. Recursos humanos en salud en Colombia 1961-2005: necesidades de la población, modelo dinámico de oferta y demanda, planeación y proyecciones, incentivos y sistema de información., Bogotá: El Ministerio; 2003.

Colombia. Ministerio de Salud. Servicio social obligatorio y becas crédito. Internet. Consultado 2013 Oct 19. Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/SERVICIO%20SOCIAL%20OBLIGATORIO%20Y%20BECAS%20CR%C3%89DITO.pdf>

Colombia. Congreso de la República. Ley 1164 de 2007 Por la cual se dictan disposiciones en materia del Talento Humano en Salud. Diario Oficial, 46.771 (Oct. 4 2007).

Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Reporte

de profesionales inscritos al sorteo de plazas de servicio social obligatorio del 25 de enero de 2013. Internet. Consultado 2013 Oct 19. Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Inscritos%20SSO%202013-01-15.pdf>

Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 274 de 2011 por la cual se define el procedimiento para la asignación de las plazas del Servicio Social Obligatorio de medicina, odontología, enfermería y bacteriología, en la modalidad de prestación de servicios de salud, por parte de las Direcciones Departamentales de Salud. Diario oficial, 48.281 (Dic.12 2011).

Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 4503 de 2012 por la cual se modifica el artículo 6º de la Resolución número 274 de 2011 modificado por el artículo 2º de la Resolución número 566 de 2012. Diario Oficial, 48.657 (Dic. 28 2012).

Colombia. Ministerio de Educación Nacional. Sistema Nacional de Información para la Educación Superior. SNIE. Internet. Bogotá: El Ministerio. Consultado 2013 Oct 19. Disponible en: <http://www.mineducacion.gov.co/snies>

Castro P, Villegas Y. Estudio de seguimiento e impacto en el medio social y académico de los egresados del programa de odontología de la Corporación Universitaria Rafael Núñez. 2010. Bogotá: Corporación Universitaria Rafael Núñez; 2011.

Título: Seguimiento de los egresados de la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia desde 1941 hasta el 2011. Parte II: caracterización laboral de los egresados

Autores: Fanny Lucía Yepes Delgado, Elizabeth Llano Sánchez, Magda Beltrán Salazar, Luz Elena Suárez Berrío, Marisol Miranda Galvis, Andrés Saldarriaga Saldarriaga-

Palabras clave: Educación en odontología, desempeño laboral, egresados, práctica odontológica.

Publicado en:

https://bibliotecadigital.udea.edu.co/bitstream/10495/5591/1/BeltranMagda_2014_SeguimientoEgresados19412011Partell.pdf

Introducción

El seguimiento a los egresados debe ser parte de toda misión institucional y es deber de la universidad observar el desempeño laboral de sus egresados. El propósito de esta segunda parte de la investigación fue determinar su caracterización laboral, áreas disciplinares que desempeñan, tiempo que dedican, ingresos, contratación, vinculación, seguridad social.

Objetivos

Determinar su caracterización laboral, áreas disciplinares que desempeñan, tiempo que dedican, ingresos, contratación, vinculación, seguridad social.

Metodología

Estudio descriptivo, retrospectivo, de corte transversal, con encuesta estructurada, triangulada, validada y con prueba piloto. Se respetaron principios éticos y se garantizó confidencialidad en la información

Resultados

La mayoría de egresados que se dedican a la práctica odontológica hacen principalmente actividades clínicas, algunos conjuntamente con otras actividades como administración, docencia e investigación. La mayoría de odontólogos clínicos trabajan en consultorios propios o arrendados, el

35,9% dedican más de 40 horas semanales a su trabajo; el salario está entre \$1.500.000-2.999.999 (43,1%), trabajan como independientes, seguida de vinculado y prestación por porcentaje; los vinculados e independientes se sienten más satisfechos. El 79,7% cotiza para el Sistema de Seguridad Social en Salud, más del 50% tiene régimen de pensiones, pocos tienen fondo de cesantías, prepagada o riesgos profesionales. El 9,4% están pensionados.

Conclusiones

Los egresados se dedican a la práctica odontológica, con mayor desempeño clínico y se encuentran en el Sistema de Seguridad Social, pero pocos tienen riesgos profesionales; están más satisfechos con la contratación a término indefinido o sin contrato y la vinculación o el ser independientes. El salario depende del nivel educativo que se tenga, del tiempo de dedicación laboral y del tiempo de egresado. Independientemente del salario, la mayoría se sienten satisfechos.

Referencias bibliográficas

Centro Interuniversitario de Desarrollo-CINDA. Fondo de desarrollo institucional Ministerio de Educación-Chile. Las nuevas demandas del desempeño profesional y sus implicancias para la docencia universitaria. Santiago de Chile: Cinda; Colección Gestión Universitaria; 2000.

Colombia. Ministerio de Educación Nacional, Seguimiento a egresados, información para la pertinencia Internet. fecha de acceso 2013 Oct 19. Disponible en: <http://www.mineducacion.gov.co/cvn/1665/w3-article-136997.html>

Colombia. Ministerio de Educación Nacional. Consejo Nacional de Acreditación (CNA). Informe de la Evaluación externa realizada por los pares académicos a la Facultad de Odontología de la U. de A. dirigido al Consejo Nacional de Acreditación, N° 0607 del 27 de Mayo de 2002. Medellín: CNA; 2002.

Universidad de Antioquia (UdeA), Facultad de Odontología (FdeO). Informe de autoevaluación con miras a la reacreditación de la FdeO de la UdeA, dirigido al Consejo Nacional de Acreditación. Medellín: Universidad de Antioquia, Facultad de Odontología; 2006.

Ramírez R, Tovar MC. Egresados de las especializaciones en Enfermería. Evaluación en una década. Revista Colom Med 2005; 36(2) Supl 1: 75-82.

Neyra AE, Martínez JE, Madrid CP, Osorio GA, Gallego GC, Ochoa AE. Posicionamiento profesional y laboral de los egresados de la Universidad Cooperativa de Colombia, Facultad de Odontología. Revista Nacional de Odontología 2010; 6(10): 65-70.

Del Valle R. Situación actual del seguimiento de egresados e inserción laboral en un grupo de universidades chilenas. En: González LE. (Ed). Seguimiento de egresados e inserción laboral: Experiencias universitarias. Santiago de Chile: CINDA; 2012. p. 57-112.

Red GRADUA2. Asociación Columbus. Manual de instrumentos y recomendaciones sobre el seguimiento de egresados. Internet. Consultado 2012 Sep 19. Disponible en: http://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-136795_pdf.pdf

Payares GC, Arango AA, Molina SH. El odontólogo egresado de la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia. Caracterización de su papel dentro de la práctica odontológica en Antioquia. Medellín: ASEFODUA; 1996.

Nieto LE, Montoya G, Cardona E, Bermúdez LF. Perfil sociodemográfico y laboral de los odontólogos en la ciudad de Medellín Colombia. Rev Fac Nac Salud Pública 2000; 18(2): 41-53.

Casnati GA. La profesión y el trabajo en odontología: desafíos de innovación vinculados al territorio. Brasil, 2011 Internet. Consultado 2013 Oct 19. Disponible en: http://www.academia.edu/3454117/LA_PROFESION_Y_EL_TRABAJO_EN_ODONTOLOGIA_DESAFIOS_DE_INNOVACION_VINCULADOS_AL_TERRITORIO

Sáenz I. Odontología la última profesión liberal. Tesis doctoral en Ciencias Sociales. Argentina: Universidad del Rosario; Facultad de Ciencias Odontológicas; 2009.

Jaramillo DG, Velásquez EJ, Marín DA. La odontología: profesión liberal que se debate entre la distinción y la extinción. En: XXIV Encuentro Nacional de Investigación Odontológica ACFO; Pasto 2013. Sep. Pasto: ACFO; 2013.

Sierra LJ, Díaz MS, López CV. Satisfacción laboral y ejercicio de la odontología: Una oportunidad para pensar la profesión. En: XXIV Encuentro Nacional de Investigación Odontológica ACFO; Pasto 2013. Sep. Pasto: ACFO; 2013. p. 302.

Campos MF. Observatorio Laboral para la Educación:

seguimiento a los graduados de la Educación Superior en los últimos 10 años. Internet. Consultado 2013 Oct 19. Disponible en: http://www.graduadoscolombia.edu.co/html/1732/articles-277950_presentacion_ministra.pdf

Ortiz ML, Cubides H, Restrepo MD. Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud. Caracterización laboral del talento humano en salud de Colombia: Aproximaciones desde el Ingreso Base de Cotización al Sistema General de Seguridad Social en Salud. Documento de trabajo. Año 2012. Internet. fecha de acceso 2013 Oct 19. Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/Observatorio%20Talento%20Humano%20en%20Salud/Caracterizaci%C3%B3nLaboralTHS.pdf>

Tenera J. Sobre-oferta de odontólogos en Colombia. El Pulso. 2009 año 10 N.º 129. Jun; Sec Generales.

Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Acuerdo 029 de 2011 del 28 de diciembre, por el cual se sustituye el Acuerdo 028 de 2011 que define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud". Comisión de Regulación en Salud. Diario Oficial, 40298 (Dic. 30 2011).

Tenera J. Planificación de talento humano en salud oral en Colombia. 2011. Acta Odontológica Colombiana 2011; 1(1): 77-92.

Contreras A. Editorial: El ejercicio de la Odontología en Colombia: un futuro incierto. Rev Estomat 2011; 19(1): 5-6.

OMS. Estadísticas Sanitarias mundiales. Francia: OMS; 2011.

Salazar BD, Tenera PJ, Tovar VS, Atuesta MF, Barragán AM. Caracterización de la odontología en Colombia. Bogotá: Mesa Sectorial Salud, Centro de Formación Talento Humano en Salud; 2008.

Cristo P, Caballero R, Atanache R, Bautista W, Mahecha A, Ortiz C et al. Impacto Económico y Laboral del Sistema General de Seguridad Social en Salud en el Ejercicio Profesional de los Odontólogos egresados del Colegio Odontológico Colombiano 1979-1991. Revista CES Odontol 2005; 18(2): 29-36.

Título: Seguimiento de los egresados de la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia desde 1941 hasta el 2011. Parte III: Vínculo facultad-egresado e impacto social del programa.

Autores: Fanny Lucía Yepes Delgado, Elizabeth Llano Sánchez, Magda Beltrán Salazar, Luz Elena Suárez Berrío, Marisol Miranda Galvis, Andrés Saldarriaga Saldarriaga.

Palabras clave: Calidad de la educación, vínculos egresados – facultad-egresado, impacto social del programa.

Publicado en:

https://bibliotecadigital.udea.edu.co/bitstream/10495/5598/1/YepesFanny_2014_SeguimientoEgresados19412011ParteIII.pdf

Introducción

El vínculo de las instituciones de educación superior con los egresados es fundamental en la retroalimentación curricular, para garantizar la pertinencia y calidad de la educación impartida. El propósito de esta tercera parte de la investigación fue conocer el vínculo que tiene el egresado con su Facultad, y determinar el impacto del programa de Odontología de la Universidad de Antioquia a través de éstos.

Objetivos

Conocer el vínculo que tiene el egresado con su Facultad, y determinar el impacto del programa de Odontología de la Universidad de Antioquia a través de éstos.

Metodología

Estudio descriptivo, retrospectivo, de corte transversal, con encuesta estructurada, triangulada, validada y prueba piloto. Se respetaron principios éticos y se garantizó confidencialidad en la información.

Resultados

El 91% de los egresados se sienten entre muy satisfechos y satisfechos con la formación recibida. Consideran que fue efectiva para su desempeño laboral.

Con respecto a la relación académica con la Facultad, el egresado la considera poco cercana en un 40,4%. Los egresados de la Facultad han recibido distinciones y reconocimientos otorgados por la comunidad académica nacional e internacional, han creado empresas y pertenecen a asociaciones científico-académico, corporativo-cooperativo y cultural-recreativo.

Conclusiones

Los egresados reconocen haber recibido una formación integral y de muy buena calidad académica, en general, sienten gratitud por su Facultad, pero la perciben poco cercana.

Referencias bibliográficas

Colombia. Ministerio de Educación Nacional. Ley 30 de diciembre 28 de 1992 por la cual se organiza el servicio público de la Educación Superior. Diario oficial, 40.700 (Dic. 28 1992).

Colombia. Ministerio de Educación Nacional. Decreto 1295 de 2010 por el cual se reglamenta el registro calificado de que trata la Ley 1188 de 2008 y la oferta y desarrollo de programas académicos de educación superior. Diario Oficial 47.687 (Abr. 20 2010).

Colombia. Ministerio de Educación. Consejo Nacional de Acreditación —CNA. Lineamientos para la acreditación de programas de pregrado. Bogotá: CNA; 2012.

UNESCO. Conferencia mundial sobre la educación superior: la educación superior en el siglo XXI. Visión y acción. París 1998 Oct 5-9. París: UNESCO; 1998.

López VA, Duarte DJ, Flórez RJ, Taborda C. El vínculo universidad-egresado: una acción socialmente responsable. Espacio Iberoamericano del conocimiento. En: Congreso Iberoamericano de Educación. Metas 2021; Buenos Aires 2010 Sep 13-15. Buenos Aires: OEI; 2010.

Observatorio de la Universidad Colombiana. Egresados: los hijos desconocidos por la Universidad. Internet.

Consultado 2012 Jul 2. Disponible en: http://www.universidad.edu.co/index.php?option=com_content&view=article&id=430:egresados-los-hijos-desconocidos-por-la-universidad&catid=2:informe-especial&Itemid=199

Vallaes F. ¿Qué es la Responsabilidad Social Universitaria? Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú; 2004.

González OE, Armas PL, Cantelar MB, Cantelar FN. Bases para abordar la valoración del impacto social de un programa cubano de maestría en epidemiología. Rev Cubana Hig Epidemiol Internet. 2006; 44(1) Consultado 2013 Sep 30. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032006000100007&lng=es.

Colombia. Ministerio de Educación Nacional. Proyecto de fortalecimiento a la educación técnica y tecnológica. Documento guía para la evaluación de impacto. Alianzas T&T. Internet. Consultado 2013 Jul 2. Disponible en: http://www.colombiaaprende.edu.co/html/.../articles-226783_archivo_pdf1.pdf.

Elejalde A, Valcárcel N. Técnicas de evaluación en la educación superior. La Paz: Universidad Mayor de San Andrés. Facultad de Derecho y Ciencias Políticas; 2002.

Hurtado OC. Impacto social de los programas de pregrado. Medellín: Universidad Eafit. Oficina de Planeación Integral; 2007.

Brito AM, Sánchez Y, Cuadro L, Castro P. Estudio de seguimiento e impacto en el medio social y académico de los egresados del programa de Odontología de la Corporación Universitaria Rafael Núñez. Internet. Consultado 2013 Sep 29. Disponible en: <http://hdl.handle.net/123456789/584>

Red GRADUA2. Asociación Columbus. Manual de instrumentos y recomendaciones sobre el seguimiento de egresados. Internet. Consultado 2012 Sep 19. Disponible en: http://www.mineduacion.gov.co/1621/articles-136795_pdf.pdf

Para C E, Londoño GE. Resultados de investigación Impacto del egresado del programa de Ingeniería Informática y su desempeño con respecto a la industria del software. Revista Virtual Universidad Católica del Norte. en línea. 2007; 22 Consultado 2013 Sep 29. 22 Disponible en: <http://revistavirtual.ucn.edu.co/index.php/RevistaUCN/article/view/160/307>

Parent JM. La universidad hoy y mañana. Internet. Consultado 2013 Ago 18. Disponible en: <http://www.uaemex.mx/plin/colmena/Colmena37/UAEM175/Parent.html>

Pérez Y, Soto L, Celis M. Perfil del odontólogo egresado de la Universidad del Valle. Rev Estomatol 1999; 8(1): 16-26.

Colombia. Ministerio de Educación Nacional. Consejo Nacional de Acreditación (CNA). Acreditación de programas y acreditación de instituciones. Internet. consultado Abr 24 de 2012.; URL. Disponible en: http://www.cna.gov.co/cont/acr_alt_cal/index.htm

Gudiño X. Hay que fortalecer el vínculo entre egresados y sus universidades. El Telégrafo Internet. 2012 Oct 24; Sec Sociedad Consultado 2013 Ago 3. Disponible en: <http://www.telegrafo.com.ec/sociedad/item/hay-que-fortalecer-el-vinculo-entre-egresados-y-sus-universidades.html>

Universidad de Antioquia. Proyecto Educativo del Programa de Odontología de la Universidad de Antioquia. Metodologías de la enseñanza, aprender a aprender, Medellín, 2004 Internet. Consultado agosto 18 de 2013.; Disponible en: <http://www.telegrafo.com.ec/sociedad/item/hay-que-fortalecer-el-vinculo-entre-egresados-y-sus-universidades.html>

Paguro R. Universidades y egresados necesitan fortalecer vínculos. República Dominicana, 2012 mayo 8. Internet. Consultado 2013 Ago 7. URL. Disponible en: <http://noticias.universia.com.do/en-portada/noticia/2012/05/08/927851/universidades-egresados-necesitan-fortalecer-vinculos.html>

Diccionario Real Academia Española. Definición de distinción. Internet. Consultado 2012 Oct 12. Disponible en: <http://lema.rae.es/drae/?val=distinci%C3%B3n>

Universidad de Antioquia. Convocatoria postulación egresado sobresaliente Distinción "José Félix de Restrepo" 2012 Internet. Consultado 2012 Ago 18.; URL. Disponible en: <http://www.udea.edu.co/portal/page/portal/bActualidad/facultadCienciasExactasNaturales/noticias/Convocatoria%20postulaci%C3%B3n%20egresado%20sobresaliente%20Distinci%C3%B3n%20%E2%80%9CJos%C3%A9%20F%C3%A9lix%20de%20Restrepo%E2%80%9D%202012>

Universidad de Antioquia, Facultad de Odontología, Comité de Autoevaluación. Informe de autoevaluación con miras a la reacreditación de la Facultad de Odontología

de la Universidad de Antioquia. Medellín: Universidad de Antioquia, Facultad de Odontología; 2013.

Universidad de Antioquia, Facultad de Odontología. Caracterización sociodemográfica del estudiante. Informe de la Coordinación de Bienestar de la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia. Medellín: Universidad de Antioquia. Facultad de Odontología; 2012.

Ceballos V. Creación de empresa, una tendencia que aumenta en Colombia. El emprendimiento contribuye al crecimiento económico, además de generar nuevas plazas de ocupación y productos o servicios para el consumo diario. El Tiempo. 2013 Mar 7; Sec Clasificados Internet. Consultado 2013 Ago 19.; URL. Disponible en: http://www.elemprego.com/colombia/consejos_profesionales/creacion-de-empresa-una-tendencia-que-aumenta-en-colombia-/12616261

Cuartas H. Asociaciones de egresados, eslabón laboral. Conozca los servicios y ventajas de pertenecer a las comunidades que agrupan a los graduados universitarios Internet. Consultado 2013 Ago 18.; Disponible en: <http://www.noticias.elemprego.com/colombia/investigacion...egresados.../6586879>

Comité Interinstitucional Odontológico de Antioquia, Asociación de Egresados de la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia, ASEFODUA. Grupo de estudio: aspectos teórico conceptuales de la práctica odontológica. Medellín: Universidad de Antioquia. Facultad de Odontología; 2000.

Título: Satisfacción e insatisfacción laboral: una oportunidad para pensar la profesión odontológica

Autores: Silvia Paulina Díaz Mosquera, Rosa Virginia López Camacho, Jorge Luis Sierra Lopera.

Palabras clave: Satisfacción laboral, odontología, autonomía profesional, relación odontólogo-paciente.

Publicado en:

https://bibliotecadigital.udea.edu.co/bitstream/10495/5594/1/DiazSilvia_2014_SatisfaccionInsatisfaccionLaboral.pdf

Introducción

En este artículo se analiza la satisfacción de insatisfacción laboral de odontólogos que trabajan en el departamento de Antioquia (Colombia), en el marco de las reformas normativas en salud posteriores a la Ley 100 de 1993.

Objetivos

Analizar la satisfacción de insatisfacción laboral de odontólogos que trabajan en el departamento de Antioquia (Colombia), en el marco de las reformas normativas en salud posteriores a la Ley 100 de 1993.

Metodología

La satisfacción e insatisfacción como aspectos subjetivos del trabajo, condujeron a la utilización del enfoque cualitativo a través de entrevistas semiestructuradas hechas a 13 odontólogas y 5 odontólogos, previa suscripción del consentimiento informado.

Resultados

La satisfacción y la insatisfacción de los odontólogos coexisten en su práctica cotidiana, asociadas a las dinámicas de autonomía profesional y de transformaciones en la atención e interacción con los pacientes. Lo anterior en relación con el contexto normativo, laboral y social en que ejercen la profesión.

Conclusiones

Tanto la satisfacción como la insatisfacción expresada por los odontólogos, constituyen oportunidades para el fortalecimiento y la movilización de la profesión, en la búsqueda de una armonización entre las posibilidades de acceso, calidad y oportunidad en la atención para los pacientes y las condiciones de autonomía profesional para los odontólogos.

Referencias bibliográficas

1. Colombia. Congreso de la República. Ley 100 de 1993 por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones. Artículo 156. Bogotá: El Congreso; 1993.
2. Organización Panamericana de la Salud, Ministerio de la Protección Social de Colombia. Relaciones laborales en el sector salud. El Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia: el caso de la ciudad de Cali. Valle del Cauca: OPS; 2006.
3. Colombia. Ministerio de la Protección Social, PARS, Pontificia Universidad Javeriana, Cendex, Fedesarrollo, Family Health Foundation. Los recursos humanos de salud en Colombia: balance, competencias y prospectiva. 2.a ed. Bogotá: Impresol; 2007.
4. Asociación de Egresados de la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia. El odontólogo egresado de la Facultad de Odontología Universidad de Antioquia. Caracterización de su papel dentro de la práctica odontológica en Antioquia. Medellín: Asefodua; 1996.
5. Vélez JE, Oquendo C, Puello PA. Perfil del egresado de pregrado de la Facultad de Odontología del CES 2000-2004. CES Odontol 2008; 21(1): 27-32.
6. Pérez Y, Soto L, Celis M. Perfil del odontólogo egresado de la Universidad del Valle. Rev Estomat 1998; 8(1): 16-26.
7. Nieto E. El mercado laboral de los odontólogos en la ciudad de Medellín. Medellín: Universidad de Antioquia, Facultad Nacional de Salud Pública; 1999.
8. Jaramillo G, Gómez G. Efectos de la Ley 100 sobre el campo de estudio y el quehacer de los profesionales de la salud: la práctica odontológica y su caso. Rev Fac Odontol Univ Antioq 2006; 18(1): 95-102.
9. Segurado A, Agulló TE. Calidad de vida laboral: hacia un enfoque integrador desde la psicología social. Rev Psicothema 2002; 14 (4): 828-836.
10. Blanch J, Espuny T, Gala C, Martín A. Teoría de las relaciones laborales. Fundamentos. Barcelona: Universitat Oberta de Catalunya; 2003.
11. Luzzi L, Spencer AJ. Job satisfaction of the oral health labour force in Australia. Aust Dent J 2011; 56(1): 23-32.
12. Varela-Centelles P, Ferreiro A, Fontao Luis, Martínez A. Satisfacción laboral de los odontólogos y estomatólogos del Servicio Gallego de Salud. Rev Esp Salud Pública Internet. 2004; 78(3): 309-402 consultado 2012 Mar 14. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-272004000300009&lng=es
13. Rojas G, Misrachi C, Abarca G. Situación de estrés, salud mental y satisfacción laboral en dentistas colegiados de Santiago de Chile, en el año 2003. Rev Dent Chile 2006; 97(1): 14-17.
14. Newton JT, Gibbons DE. Levels of career satisfaction amongst dental healthcare professionals: comparison of dental therapists, dental hygienists and dental practitioners. Community Dent Health 2001; 18(3): 172-176.
15. Fernández Ríos M. Diccionarios de recursos humanos. Organización y dirección. Madrid: Ed. Díaz de Santos; 1999.
16. Wright B, Davis B. Job satisfaction in the public sector. The role of the work environment. Am Rev Public Adm 2003; 33: 70-90.
17. Morillo I. Nivel de satisfacción del personal académico del Instituto pedagógico de Miranda José Manuel Siso Martínez en relación con el estilo de liderazgo del jefe del departamento. Sapiens 2006; 7(1): 43-57.
18. Galeano ME. Diseño de proyectos en la investigación cualitativa. Medellín: Fondo Editorial Universidad Eafit; 2004.
19. Minayo M. La artesanía de la investigación cualitativa. Buenos Aires: Lugar; 2009
20. Sandoval C. Investigación cualitativa. Bogotá: Instituto Colombiano para el fomento de la educación superior Icfes; 1996.

Título: Calidad de vida laboral de los odontólogos en Antioquia 2011-2012

Autores: Rosa V. López, Jorge Luis Sierra, Silvia P. Díaz, Héctor B. Agudelo.

Palabras clave: Odontología; calidad de vida; satisfacción en el trabajo.

Publicado en:

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642018000600684

Introducción

El mundo laboral ha sido afectado por la globalización y un sinnúmero de transformaciones de tipo organizacional, de innovación tecnológica, de políticas económicas, sociales y culturales, que han modificado múltiples realidades de la vida, entre ellas, los empleos y la Calidad de Vida Laboral (CVL). En este contexto, según Zerda-Sarmiento se manifiestan nuevas exigencias al trabajador en cuanto a su desempeño, nuevas formas de las relaciones laborales, la incertidumbre frente a la posibilidad de conseguir empleo, su naturaleza y esquema, el cubrimiento de su seguridad social y, con todo ello, la posibilidad de desarrollo en tanto ser humano.

Desde la década de los años 60's en la CVL se ha incorporado el entorno de trabajo (dimensión objetiva) y los aspectos psicosociales del trabajador que incluye categorías como la satisfacción de necesidades, la satisfacción laboral, las relaciones interpersonales, las actitudes y los valores hacia el trabajo como: motivación, compromiso, orgullo, identificación, entre otros (dimensión subjetiva). El abordaje integrador de estas dos dimensiones es trabajado desde la psicología social.

La perspectiva psicológica integradora de la CVL retoma las características personales subjetivas y los recursos cognitivos con los que cuenta el trabajador y que a la vez condicionan las actitudes, motivaciones, modos de percibir, valorar, interpretar y participar en las distintas facetas del trabajo. Esta perspectiva concilia tanto

los aspectos laborales objetivables y conectados con el contexto, como los personales.

En este estudio de la CVL de los odontólogos en Antioquia se enmarca y aborda algunos aspectos de la perspectiva integradora, se entiende la CVL como el grado de satisfacción y bienestar físico, psicológico y social experimentado por las personas en sus lugares de trabajo e incluye el análisis del entorno laboral y la experiencia y el sentido del trabajo.

El entorno laboral se analiza teniendo en cuenta las características socio demográficas, las condiciones de trabajo y la evolución laboral. De acuerdo con Blanch, las condiciones de trabajo son el conjunto de circunstancias y características ecológicas, sociales, económicas, jurídicas, tecnológicas, entre otras, en el marco de las cuales se desarrolla la actividad laboral y las relaciones laborales. Otros autores, también circunscriben en las condiciones de trabajo aspectos relativos a los ambientes físico, social, características de las tareas, salud y seguridad, salario, prestaciones sociales y de salud, y al tipo y calidad del contrato laboral.

Sobre la evolución laboral, Blanch refiere la valoración de tendencias del propio desarrollo personal/laboral y el bienestar como el grado de satisfacción por la actual experiencia de trabajo y por las connotaciones del futuro laboral percibido e incluye dos categorías principales: bienestar psicosocial y efectos colaterales del trabajo. En lo referente a los valores personales se incorpora la vida personal, la vida social, el trabajo, la política, la pareja, la religión, la familia, el consumo y el ocio para comparar la distancia entre el trabajo y el dinero.

En Colombia se han realizado algunos estudios sobre las condiciones de trabajo de los odontólogos, los resultados evidencian una transición en el ejercicio profesional de la odontología en un contexto laboral y en una lógica de mercado que ha impuesto cambios en la relación odontólogo-paciente por la de empresa-

consumidor, generando subcontratación, subempleo, la temporalidad en el trabajo, la pérdida salarial, la excesiva carga laboral, la desprotección total o parcial en materia de seguridad social, entre otras problemáticas.

La experiencia y sentido del trabajo incluye el análisis de los valores personales, la distancia sueños/realidad y la satisfacción con el ejercicio de la profesión, factores que originan satisfacción laboral como la respuesta afectiva al propio trabajo y satisfacción profesional como sentimiento de bienestar resultado del equilibrio entre las demandas o cargas de trabajo y los recursos (psicológicos, organizacionales y relacionales) para realizarlo.

Un estudio sobre la satisfacción laboral de los odontólogos en Antioquia, encontró que la posibilidad de servir a los pacientes de manera satisfactoria está en relación directa con la autonomía de decidir sobre los aspectos clínicos y administrativos de su práctica. Los odontólogos que trabajan como independientes experimentan una mejor experiencia laboral, mientras que los dependientes encuentran insatisfacción por la intermediación de las Empresas Promotoras de Salud (EPS) e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS).

Demuestra Villalobos, cómo el desarrollo profesional de los odontólogos que trabajan en diferentes entidades de salud en el país, está sujeto a políticas institucionales que generan conflictos éticos y profesionales entre el deber del odontólogo de beneficiar a sus pacientes y el cumplimiento de las políticas internas de la institución en las que prima el ánimo de lucro. Además, señala este autor que el aparato administrativo con intereses o fines económicos no permite la concreción del principio de autonomía profesional contemplado en la legislación colombiana.

Los hallazgos objetivos y subjetivos de la CVL de los odontólogos en Antioquia ratifican la incidencia que ha tenido las reformas en materia de salud y educación en el ejercicio de la profesión, muestran unas problemáticas que se agudizan con el paso de los años y que han llevado al profesional a un acondicionamiento laboral que lo aleja cada vez más del ejercicio de la profesión que había soñado.

Objetivos

Analizar la Calidad de Vida Laboral (CVL) de los odontólogos en Antioquia, Colombia, a partir de componentes objetivos y subjetivos.

Metodología

Estudio descriptivo probabilístico con 323 odontólogos. Los datos fueron procesados en SPSS 17.0 y Epidat 3.1.

Resultados

Se encontraron tendencias significativas ($p < 0,05$) en la disminución de los profesionales de sexo masculino, con casa propia y posgrado. Son cada vez menos los profesionales con ingresos mensuales superiores a cinco Salarios Mínimos Legales Vigentes (5 SMLV), que cuentan con medidas privadas de salud y que gozan de más de 15 días de vacaciones; aumentaron los odontólogos que asumían totalmente los costos de seguridad social, los que se desplazaban a otros municipios a ejercer su profesión ($p < 0,05$). Las condiciones de trabajo y la distancia de los sueños-realidad presentan diferencias significativas en los períodos estudiados.

Conclusiones

La CVL de los odontólogos en Antioquia se ha venido deteriorando en un entorno laboral complejo y en crisis; paralelo a esta situación, el profesional no busca asociarse para enfrentar y transformar esta realidad.

Referencias bibliográficas

1. Zerda-Sarmiento A. Crisis y transformaciones del trabajo en el nuevo modelo de acumulación. Rev. Salud Pública (Bogotá) 2012;14 (sup 1):68-83.
2. González R, Hidalgo G, Salazar J. Calidad de vida en el trabajo: término de moda con problemas de conceptualización. U Veracruzana. 2007; 17(001):115-23
3. Casas J, Repullo J, Lorenzo S, Cañas J. Dimensiones y mediciones y medición de la calidad de vida laboral en profesionales sanitarios. Admón Sanitaria. 2002;6(23):143-60.
4. Camacaro P. Abordaje conceptual de calidad en el trabajo. En Contribuciones a las Ciencias Sociales Internet. 2010. Disponible en: www.eumed.net/rev/cccss/07/prc.htm.
5. Almudena S, Agulló E. Calidad de vida laboral: hacia un enfoque integrador desde la Psicología Social. Psicothema. 2002;14(4):828-36.
6. Segurado A, Agulló E. Calidad de vida laboral: hacia un enfoque integrador desde la Psicología Social. Psicothema. 2002;14(4):828-36.
7. Ardila R. Calidad de vida: Una definición integradora. Rev Latinoam Psicol. 2003;35(2):161-4.
8. Blanch J. Teoría de las Relaciones Laborales. España: Editorial UOC; 2002.
9. Blanch J. Psicología Social del trabajo. In: Aguilar M, Reid A, editors. Tratado de Psicología Social. México-Barcelona: Anthropos-UAM; 2007. p. 210-38.
10. Peiró J, Prieto Fe. Tratado de Psicología del trabajo. Madrid: Síntesis; 1996.
11. Guerrero M, Tobón F. Condiciones de trabajo en docentes de odontología de la Universidad Nacional de Colombia. Rev Salud Pública. (Bogotá). 2000;2(3):272-82.
12. Blanch J, Sahagún M, Cantera L, Cervantes G. Estructura factorial del cuestionario de condiciones de trabajo. Rev Psicología del trabajo y de las organizaciones. 2010;26(3):175-89.
13. Blanch J. Estudio de la calidad de vida laboral en el subempleo. Trabajo presentado en el IX Congreso Nacional de Psicología Social. Área temática: Psicología del trabajo. A Coruña; 2005 Nov.
14. Blanch J, Sahagún M, Cantera L, Cervantes G. Cuestionario de Bienestar Laboral General: Estructura y Propiedades Psicométricas. Psicología del trabajo y de las organizaciones. 2010;26(2):157-70.
15. Asociación de Egresados de la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia - ASEFODUA. El odontólogo egresado de la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia. Caracterización de su papel dentro de la práctica odontológica en Antioquia. 1996.
16. Nieto E, Montoya G, Cardona E, Bermúdez L. El mercado laboral de los odontólogos en la ciudad de Medellín. Medellín: Universidad de Antioquia, Facultad Nacional de Salud Pública; 1999. p. 62.
17. Beltrán M, Yepes F, Llano E, Suárez L, Miranda M, Saldarriaga A. Seguimiento de los egresados de la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia desde 1941 hasta el 2011. Parte II: Caracterización laboral. Rev Fac Odontol Univ Antioq. 2014;25 (supl primer semestre).
18. Jaramillo G, Velásquez J, Marín A. La odontología: profesión liberal que se debate entre la distinción y la extinción. Rev Fac Odontol Univ Antioq. 2014;25 (supl primer semestre).
19. Saéñz F. La última profesión liberal. 2009;1(13):437-544.
20. García D. Satisfacción Laboral. Una aproximación teórica. En: Contribuciones a las Ciencias Sociales Internet. 2010. Disponible en: www.eumed.net/rev/cccss/09/dgv.htm.
21. Díaz S, López R, Sierra J. Satisfacción e insatisfacción laboral: una oportunidad para pensar la profesión odontológica. Rev Fac Odontol Univ Antioq. 2014;25 (supl):39-50.
22. Villalobos M. Limitaciones de la Autonomía de los Odontólogos en el Sistema de Salud Colombiana Actual. Bogotá, D.C: Pontificia Universidad Javeriana; 2011.
23. Restrepo F, López A, Gutiérrez L. La calidad de vida laboral del personal de la salud del Urabá antioqueño. XVII Congreso Internacional de Contaduría, Administración e Informática: Universidad Nacional Autónoma de México-UNAM; 2012 Oct 3.

24. Ochoa P, Blanch JD. Significado del trabajo en la profesión médica: un estudio Iberoamericano. España: Universidad Autónoma de Barcelona; 2012.

25. República de Colombia. Resolución 8430 del 4 de octubre de 1993, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud.

26. Solanas A, Salfranca L, Fauquet J, Núñez M. Estadística descriptiva en Ciencias del Comportamiento. Madrid: Thompson; 2005.

Título: Evaluación de las competencias de los egresados de odontología de la Universidad Cooperativa de Colombia sede Medellín desde la perspectiva de los empleadores.

Autores: Laura Camila Ramírez Correa, Beatriz Alexandra Guarín López, Ángela Patricia Ruiz Calle, Yurley Escobar Faique, Juan Sebastián Zapata Ruiz, Clara Liliana Gallego Gómez.

Palabras claves: Empleadores, competencias, odontología.

Introducción

Las posibilidades de empleo hoy en día se basan en la capacitación profesional y en las posibilidades de adaptación a un entorno laboral cambiante, contexto especialmente importante en Colombia que tiene una de las tasas de desempleo más altas del mundo. En el campo de la odontología se presenta una sobreoferta laboral con respecto a la demanda reflejándose en un desempleo creciente y que tienden a aumentar en algunos años

Objetivos

Evaluar las competencias y habilidades laborales de los egresados y los requerimientos actuales para un mejor ingreso al mundo laboral

Metodología

Se realizó un estudio descriptivo con empleadores de clínicas odontológicas públicas y privadas que tuvieran egresados de la facultad.

Resultados

Los empleadores consideran que los odontólogos egresados de la Facultad reúnen las competencias requeridas para el trabajo en sus clínicas. En relación a los aspectos de mayor fortaleza referidos se tienen la aplicación de estándares éticos y legales en la atención dental, habilidades en procedimientos restauradores, habilidades para el manejo de tratamiento en cirugía oral simple y compleja, el diagnóstico, identificación y manejo de enfermedades pulpares y peri radiculares. Es necesario profundizar en aspectos administrativos, trabajo comunitario y estética dental. Dentro de las problemáticas actuales de la profesión se encuentra la sobreoferta odontológica y la desvalorización del trabajo.

Conclusiones

Las principales fortalezas de los egresados son en las competencias en el diagnóstico, planificación del plan de tratamiento, manejo de urgencias, tratamiento y prevención, gestión personal y desarrollo profesional. Los empleadores recomiendan profundizar en el desarrollo de las competencias de administración, trabajo comunitario y estética. Los principales problemas que resaltan en la odontología actualmente son la sobre oferta odontológica y en mayor grado de desvalorización del trabajo

Referencias bibliográficas

1. Formichella M, London S. Empleabilidad, educación y equidad social. 2013;1(2012):3-16.
2. Bonilla R, Ramirez C, Ariza N, Baquero M. Panorama laboral colombiano: alto desempleo, ingresos Introducción El trabajo es uno de los principales mecanismos de inserción social. Es la principal

fuerza de ingreso de los hogares; ofrece posibilidades de e. 2002;1–20.

3. Herazo Acuña B, Orlando Cuéllar Carlos Gaidos J, Castellanos Robayo J, Ternera Pulido J, Londoño Ulloa Adriana Padilla Castañeda Gina Castro P, Pardo Patricia Barrero Sandra Tovar Valencia M, et al. Perfil y competencias profesionales del odontólogo en Colombia. Min Salud. 2013;1–46.

4. Ternera Pulido, H. Un complejo escenario laboral para la odontología en Colombia. 2016. Disponible en: <http://www.udea.edu.co/wps/wcm/connect/udea/b2b827a6-4f0d-4c30-8076-733e9c3f8072/Un+comp+ej+escenario+laboral+para+la+odontologia+en+Colombia+-+Jairo+Hern%C3%A1n+Ternera+Pulido+.pdf?MOD=AJPERES&CVID=mBllloAT>

5. Hernández LC, Verástegui JL, Pedraza Melo NA. La gestión de la triple hélice : fortaleciendo las relaciones entre la universidad, empresa, gobierno. Multiciencias. 2014;14(4):438–46

6. Gleitman H. Estudio de impacto social y laboral de los egresados del programa de ingeniería industrial de la universidad libre seccional Bogotá 2008-2010. Estud IMPACTO Soc Y Labor LOS Egr DEL PROGRAMA Ing Ind LA Univ Libr Secc BOGOTÁ. 2012; 66:37–9.

7. Valle U, Castro EY, Valle U, Valle U, Daza JA, Niño JA: Impacto Laboral de los Egresados del Programa de Psicología de la Universidad de la Costa – CUC –Revista de Psicología GEPU

8. Pontillo AF, Fuentes M de LVTL: Percepción de las competencias adquiridas por los egresados de la escuela de medicina para el ejercicio como médico rural. Universidad de carabobo, núcleo valencia. Perception. 2014; 12:37–46.

9. Fajardo-Rojas GA, Mafla AC. Impacto de la educación en eco-nomía solidaria sobre acciones solidarias de egresados de la Facultad de Odontología de la Universidad Cooperativa de Colombia, sede Pasto. Revista Nacional de Odontología. 2012; 8(15): 63-78.

Título: Frecuencia, factores asociados y características de emprendimiento de graduados de la facultad de odontología de la Universidad Cooperativa de Colombia-sede Medellín.

Autores: Sandra Milena Cardona Morales, Paulina Vélez Arredondo, Yisel Vanesa Montes Franco, Jeiddy Carolina Martínez Tabares, Melisa Uribe Restrepo y Clara Liliana Gallego Gómez.

Palabras claves: Emprendimiento, egresados, odontología, universidad.

Introducción

El emprendimiento en Colombia es fundamental para los egresados universitarios, como un deseo de superación económica en la perspectiva de obtener ingresos por encima del salario propuesto por los empleadores, y la posibilidad de la movilización de la capacidad creativa ligada al alto nivel de desempleo.

Objetivos

Determinar la frecuencia, caracterización y los factores asociados del emprendimiento en los graduados de la facultad de odontología de la Universidad Cooperativa de Colombia sede Medellín.

Metodología

Se realizó un estudio descriptivo transversal, con 110 egresados de la facultad de odontología aplicando una encuesta estructurada en formato digital.

Resultados

El 47.54% de los egresados han tenido proyectos productivos. La mayor parte de los emprendimientos son en el área clínica odontológica en un 70% y para el 30% son en el área comercial, en el sector gastronómico y en empresas de consultoría. El deseo de independencia y obtener mayores ingresos son los principales motivos al emprendimiento,

la mayoría de los graduados adquirieron competencias por fuera de la universidad.

Conclusiones

La vocación emprendedora no está completamente instaurada. Es necesario incluir en el p^{er}som formación sobre gestión empresarial para que los graduados puedan tener éxito en la creación de empresas. Se requiere que las entidades financieras, el estado y las universidades faciliten el acceso al crédito y apoyen la financiación de proyectos odontológicos

Referencias bibliográficas

1. Gazabon DAO, Escorcia SMDLH, Pérez DJM. Creatividad, innovación y emprendimiento en la formación de ingenieros en Colombia. Un estudio prospectivo. *Rev Educ en Ing Internet*. 2015;10(19):90–104. Available from: <https://www.educacioneningeneria.org/index.php/edi/article/view/524%0Ahttps://www.educacioneningeneria.org/index.php/edi/article/download/524/239%0Ahttps://www.educacioneningeneria.org/index.php/edi/article/view/524>.
2. Mollica AG, Cain K, Callan RS. Using assessments of dental students' entrepreneurial self-efficacy to aid practice management education. *J Dent Educ*. 2017;81(6):726–31.
3. Anders V. Etimologías de Chile. 2001. Internet. p. 1. Available from: <http://etimologias.dechile.net/?emprendimiento>.
4. Universidad Cooperativa de Colombia Internet. 2018. Available from: <https://www.ucc.edu.co/>.
5. Trujillo MDMB. ¿Qué pasa con el emprendimiento en Colombia? *Univ Mil Nueva Granada*. 2017; 549:40–2.
6. Pulido JHT. Un complejo escenario laboral para la odontología en Colombia. ECOE ediciones. 2016.
7. García González LM. Condicionantes del emprendimiento en Colombia. *El Cuad - Esc Ciencias Estratégicas*. 2008;2(2008):167–85.
8. Briceño I. El sector de la odontología se declara en emergencia a causa de la normatividad - Noticias Principales de Colombia Radio Santa Fe 1070 am Internet. Noticias Principales de Colombia Radio Santa Fe 1070 am. 2019. Available from: <http://www.radiosantafe.com/2019/10/15/el-sector-de-la-odontologia-se-declara-en-emergencia-a-causa-de-la-normatividad/>.
9. Garnica C. El sector odontológico necesita agremiarse Internet. *Portafolio.co*. 2018. Available from: <https://www.portafolio.co/economia/el-sector-odontologico-necesita-agremiarse-515797>.
10. Gennero A, Liseras N, Graña F, Baltar F. (2006). Los graduados universitarios y la generación de emprendimientos innovadores. In Morea, Francisco y Fornoni, Mariel, (Eds.), *La formación de emprendedores como clave para el desarrollo* (pp. 11-49). Mar del Plata: Suárez; UNMDP. ISBN 987-1314-17-5.
11. Cabello C. (2006). Emprendedurismo dentro del ámbito universitario. Resultados obtenidos en una investigación hecha a 50 estudiantes de educación superior emprendedores-empresarios que desarrollan sus ideas dentro del campus universitario. In Morea, Francisco y Fornoni, Mariel, (Eds.), *La formación de emprendedores como clave para el desarrollo* (pp. 179-202). Mar del Plata: Suárez; UNMDP. ISBN 987-1314-17-5.
12. Delicio F. (2006). La vocación emprendedora de los estudiantes universitarios. El caso de la Facultad de Ciencias Económicas y Sociales de la Universidad Nacional de Mar del Plata. In Morea, Francisco y Fornoni, Mariel, (Eds.), *La formación de emprendedores como clave para el desarrollo* (pp. 161-177). Mar del Plata: Suárez; UNMDP. ISBN 987-1314-17-5.
13. Marulanda Valencia, F., & Morales Gualdrón, S. (2016). Entorno y motivaciones para emprender. *Revista Escuela De Administración De Negocios*, (81), 12-28.

Título: Estudiantes y profesores: interacción en escenarios de aprendizaje en la Facultad de Odontología, Universidad Cooperativa de Colombia, Medellín.

Autores: Ochoa-Acosta EM, Castaño-Rendón D, Saraz CA, Lopera-González JF, Roldán JC, Palacio AM.

Publicado en:

Rev Nac Odontol. 2017;13(24):37-46. doi: <http://dx.doi.org/10.16925/od.v12i24.1665>

Introducción

La interacción profesor-estudiante es uno de los aspectos más importantes para un adecuado desarrollo del proceso de aprendizaje.

Objetivos

Interpretar y describir la interacción de los estudiantes y profesores en la facultad de odontología de la Universidad Cooperativa de Colombia, mediante el acercamiento a sus experiencias en distintos ambientes de aprendizaje.

Metodología

Estudio de corte cualitativo con enfoque y método que retoma elementos de la etnografía. Se realizaron 10 entrevistas en profundidad a estudiantes y profesores. Se realizó observación participante y se diligenciaron diarios de campo. Para el análisis se consideraron categorías preestablecidas y emergentes, a partir de las cuales surgieron varias tendencias.

Resultados

Los estudiantes expresan la continuidad de la asunción de un rol de poder por parte de algunos de los profesores del área clínica, que se refleja en la imposición de la autoridad y escaso reconocimiento del estudiante. Los profesores a través de las experiencias cuestionan la forma en la que entienden la disciplina los estudiantes de las nuevas generaciones.

Referencias bibliográficas

Belandria de Morales AR. Descripción del aprendizaje y la enseñanza por los docentes de Odontología. Rev Od Los Andes. 2008;3(2):45-54. Disponible en: <http://www.saber.ula.ve/bitstream/123456789/26685/1/articulo6.pdf>

Sáenz I. La Odontología la última profesión liberal.u.n.r. Journal. 2009;2(01). 28. Disponible en www.e-universitas.edu.ar

Vergara C, Zaror C. Proceso de enseñanza-aprendizaje en la clínica odontológica. Aspectos teóricos. Rev Educ Cienc Salud. 2008;5(1):6-11.

Franco-Cortés AM. La investigación formativa en la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia: vivencias de los estudiantes de pregrado. Rev Nac Odontol. 2015;11(21): 37-47. doi: <http://dx.doi.org/10.16925/od.v11i21.946>

Consejo Superior Universidad Cooperativa de Colombia. Acuerdo 147 por medio del cual se actualiza el Proyecto Institucional pi de la Universidad Cooperativa de Colombia. Marzo 21 del 2013:11.

Habermas, J. Teoría de la acción comunicativa. Volumen 1. En: Racionalidad de la acción y racionalización social. Madrid: Taurus; 1987.

Rodríguez ME. Perspectivas de la educación desde la teoría de la acción comunicativa de Jürgen Habermas, Visión Educativa iunaes 2013;7(16). Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4713685.pdf>

Hoyos-Vásquez G. Vargas Guillén G. La teoría de la acción comunicativa como nuevo paradigma de investigación en ciencias sociales: las ciencias de la discusión. Bogotá: icfes; 1996. 125 p.

Vasilachis I. Estrategias de Investigación cualitativa. España: Gedisa; 2009. 110 p.

Roldán-Vargas O. La institución educativa: escenario de formación política, que se configura desde el ejercicio mismo de la política. Tesis de grado para obtener el título de Doctorado en Ciencias Sociales Niñez y Juventud. cinde Universidad de Manizales. 2006.

Pinilla A. E. Modelos pedagógicos y formación de profesionales en el área de la salud. Acta Médica Colombiana. 2011;36(4):207.

Universidad Cooperativa de Colombia. Proyecto Educativo del Programa de Odontología, Sede Medellín, 2014-2015. Lusted D. Why Pedagogy? Screen. 1986; 27(5):2-14.

Maclaren, P, Giroux, H. La pedagogía radical como política cultural. Más allá del discurso de la crítica y el antiutopismo. En: Pedagogía crítica y cultura depredadora. Políticas de oposición en la era postmoderna. Barcelona: Paidós; 1997.

Confessor Cândido A. e-universitas: u.n.r. Journal. 2015;1(15):2261-2270. Disponible en: www.e-universitas.edu.ar2268

Tello Navarro FH. Las esferas de reconocimiento en la teoría de Axel Honneth. Revista de Sociología. 2011;(26):45-57.

Borrel Bentz RM. La educación médica de posgrado en la Argentina: El desafío de una nueva práctica educativa. Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud-ops; 2005. 301 p.

García, A., Muñoz, V. La función docente del profesor universitario, su formación y desarrollo profesional. Didáctica Universitaria. Madrid: La Muralla; 2001.

Sklia C. El cuidado del otro. Ministerio de Educación Ciencia y Tecnología; 2007. Disponible en <http://repositorio.educacion.gov.ar/dspace/bits-tream/handle/123456789/89916/EL000780.pdf?se-quence=1>

Título: Empleabilidad de los graduados de programas de pregrado en odontología de la ciudad de Medellín- Colombia, 2017-2018.

Autores: Angela Franco Cortes, Julián Serna-Gómez, Emilia Ochoa Acosta.

Publicado en:

Revista Nac. Odontol. (2019); 15(29), 1-19. doi: <https://doi.org/10.16925/2357-4607.2019.02.13>

Introducción

La empleabilidad se relaciona con la inserción laboral de los graduados según múltiples factores, entre ellos, las condiciones del mercado laboral.

Objetivo

Describir aspectos relacionados con la

empleabilidad de los graduados de dos programas de pregrado en Odontología de Medellín, Colombia.

Metodología

Estudio descriptivo en el que participaron 446 odontólogos pertenecientes a dos Universidades de la ciudad, seleccionados mediante muestreo no probabilístico. La información se recogió a través de encuestas y el procesamiento se realizó en el software SPSS versión 22. Se hizo análisis univariado y dos técnicas multivariantes, la técnica del árbol para identificar relaciones estadísticamente significativas entre variables y de correspondencia múltiple, para establecer relaciones entre diversas categorías de variables.

Resultados

El 38% de los participantes afirmó estar ejerciendo como odontólogo en la modalidad de empleado y el 45.1% como profesional independiente. El 16,9% no ejercía su profesión al momento de la encuesta. El promedio salarial fue, en mayor medida, menor a \$1.500.000 mensuales (28.8%). El 32% de los odontólogos tenía contrato por prestación de servicios y eran, en especial, profesionales con fechas de egreso reciente. El campo laboral de gran parte de los graduados fue la práctica clínica.

Conclusión:

Algunos aspectos de la empleabilidad que se exploran en el estudio muestran resultados desfavorables para los graduados, entre ellos, la presencia de formas precarias de contratación, el deterioro en los niveles de ingreso, carencia de afiliación al sistema de seguridad social integral y dificultad para insertarse en el mercado laboral, sobre todo para los graduados más recientes.

Referencias bibliográficas

Lombana JE, Muñoz AE. Competitividad, educación

y empleabilidad: consideraciones para el desarrollo de los países. *Clío América*, 2017; 11(22): 169-176. <https://doi.org/10.21676/23897848.2437>

Cala MF, Gutiérrez CH, Barragán C. y Valero P. Empleabilidad: una aproximación a la conceptualización. *Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología* 2011; 11 (1): 7-18.

Suárez-Lantarón B. Empleabilidad: análisis del concepto. *Revista de investigación en educación* 2016; 14(1):67-84. Disponible en: <http://reined.webs.uvigo.es/index.php/reined/article/view/225>

República de Colombia. Ley 100 de 1993 "Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones".

Ministerio de Salud y Protección Social. Política Nacional de Talento Humano en Salud. Dirección de Desarrollo de Talento Humano en Salud. Bogotá: Colombia; 2018.

República de Colombia. Ley 30 de diciembre 28 de 1992 por el cual se organiza el servicio público de la Educación Superior.

Salazar-Barragán D, Ternera-Pulido JH, Tovar-Valencia S, Atuesta MF, Barragán-Ávila M. Caracterización de la situación actual de la profesión de odontólogo en Colombia. Mesa sectorial salud centro de formación talento humano en salud Bogotá; 2008.

Otálvaro Castro GJ, Zuluaga Salazar SM, Jaramillo Delgado G, Ternera Pulido JH, Sandoval Valencia S. Políticas de salud bucal en Colombia. Tendencias y puntos críticos para la garantía del derecho a la salud. *Univ Odontol.* 2019 ene-jun;38(80).<https://doi.org/10.11144/Javeriana.uo38-80.psb>

Ministerio de Salud y Protección Social, Cendex. Los recursos humanos de la salud en Colombia Balance, Competencias y Prospectiva; 2007.

Álvarez Gavilanes JE, Romero Fernández A. La empleabilidad de graduados universitarios en el contexto latinoamericano. *Realidades de Uniandes*, Ecuador Atenas Universidad de Matanzas 2015; 4 (32): 01-15.

Ministerio de Salud y Protección Social de

Colombia. Observatorio de Talento Humano en Salud. Disponible en: <http://ontalentohumano.minsalud.gov.co/Paginas/Inicio.aspx>

Pontificia Universidad Javeriana. Estudio de seguimiento de egresados de programas académicos de pregrado de la sede central. Editorial Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá; 2012. Disponible en: <https://www.javeriana.edu.co/documents/15838/273636/SPEGRE2012V1.pdf/7ef592cf-da1d-4394-a134-b8a7ce8c3338>

Ministerio de Educación de Colombia. Observatorio Laboral para la Educación Disponible en: <https://www.mineducacion.gov.co/sistemasinfo/Sistemas-de-Informacion-en-Ed-Superior-especializados/212301:Observatorio-Laboral-para-la-Educacion>

De La Hoz FJ, Quejada R, Yáñez M. El desempleo juvenil: problema de efectos perpetuos. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 2012;10 (1): 427-439.

Llano E, Yepes FL, Beltrán M, Suárez LE, Miranda M, Saldarriaga A. Seguimiento de los egresados de la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia desde 1941 hasta el 2011. Parte I: caracterización sociodemográfica. *Rev Fac Odontol Univ Antioq* 2014; 25(Supl): S51-S66.

Flórez-Acosta JH, Atehortúa- Becerra SC, Arenas-Mejía AC. Las condiciones laborales de los profesionales de la salud a partir de la Ley 100 de 1993: evolución y un estudio de caso para Medellín. *Rev. Gerenc. Polit. Salud, Bogotá-Colombia* 2009; 8 (16): 107-131.

Donatres Giraldo JA, Rojas Amador MA, Jiménez Barbosa WG. Calidad de vida de los odontólogos en Colombia. Revisión exploratoria de la literatura. *Universitas Odontológica* 2017, 36(76). Disponible en: <https://www.redalyc.org/comocitar.oa?id=231252657004>

Monsalves, MJ. La odontología que vivimos y no queremos: una crítica al escenario actual. *Rev Chil Salud Pública* 2012; 16 (2): 241-246.

Moreno-Minguez A. La empleabilidad de los jóvenes en España: Explicando el elevado desempleo juvenil durante la recesión económica. *Rev. Int. Investig. Cienc. Soc.* 2015; 11 (1): 3-20. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5156077>

Departamento Nacional de Estadística (DANE). Disponible en: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas.../mercado-laboral-de-la-juventud> Consultado 25/02/2019. Pérez-Flórez Y, Soto-Llanos L, Celis-Sánchez M. Perfil del odontólogo egresado de la Universidad del Valle. Rev. estomatología 1999; 8 (1): 16-26.

Yepes FL, Llano E, Beltrán M, Suárez LE, Miranda M, Saldarriaga A. Seguimiento de los egresados de la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia desde 1941 hasta el 2011. Parte III. Vínculo facultad-egresado e impacto social del programa. Rev Fac Odontol Univ Antioq 2014; 25(Supl): S80-S95.

Cristo P, Caballero R, Atanache R, Bautista W. Impacto económico y laboral del Sistema General de Seguridad Social en Salud en el ejercicio profesional de los Odontólogos egresados del colegio odontológico colombiano 1979-1991. Revista CES Odontología 2005; 18 (2).

Neyra-Agudelo E, Martínez-Gómez JE, Madrid-Cruz P, Osorio-Gallego A, Gallego -Gómez CL, Ochoa-Acosta, EM. Posicionamiento profesional y laboral de los egresados de la Universidad Cooperativa de Colombia, Facultad de Odontología, periodo 2005-II al 2008-II Rev Nal Odo UCC 2010; 6(10): 65-70.

Vélez JE, Oquendo C, Puello PA. Perfil del egresado de pregrado de la Facultad de Odontología del CES 2000-2004. Rev CES Odont 2008; 21(1): 27-32

Bloque temático: Análisis situacionales y de riesgos en Salud Bucal

Título: Aumento en la supervivencia libre de caries dental del primer molar permanente. Resultados de 7 años de un programa de salud bucal.

Autores: Alfonso Escobar, Diego Fernando Rojas-Gualdrón, Cecilia María Martínez y Manuel Restrepo.

Palabras claves: Cuidado dental, caries oclusal, odontología preventiva, erupción dental.

Introducción

La superficie oclusal de primeros molares permanentes es el sitio más frecuentemente afectado por caries dental.

Objetivos

Valorar la tendencia de la supervivencia de primeros molares permanentes libres de caries dental en niños participantes de un programa de salud bucal, entre los años 2009 y 2015.

Metodología

Estudio retrospectivo de cohorte basado en registros clínicos de 426 menores de 12 años beneficiarios de un programa de salud bucal iniciado en 2009. Mediante modelos paramétricos de supervivencia censurados para datos en intervalo se estimaron y analizaron los cambios observados durante el programa en la mediana de supervivencia libre de la primera y de la segunda lesión de caries dental en cualquiera de los primeros molares permanentes.

Resultados

En 2009 las medianas de supervivencia de primeros molares permanentes libres de caries dental, ajustada por edad de erupción, fueron de 8.3 años (95%CI: 7.6-9.0) para la primera lesión y de 9.3 años (95%CI: 8.4-10.3) para la segunda lesión. Al año 2016 se observaron medianas mayores en 4.6 años (aHR: 0.05, 95%CI: 0.02, 0.11) y en 5.3 años (aHR: 0.02, 95%CI: 0.00,

0.13), respectivamente. Estos cambios durante el programa mostraron diferencias según educación de la madre y frecuencia del cepillado para la primera caries dental y según índice de placa visible al ingreso en el programa para la segunda caries dental.

Conclusiones

El programa de salud bucal logró mejorar la supervivencia del primer molar permanente libre de caries dental, debido a las estrategias de atención individual y colectiva, educación, motivación y acompañamiento de los niños y los padres.

Referencias bibliográficas

Kidd E, Fejerskov O. Changing concepts in cariology: forty years on. *Dent Update*. 2013; 40:277-286.

Alves LS, Zenkner JE, Wagner MB, et al. Eruption stage of permanent molars and occlusal caries activity/arrest. *J Dent Res*. 2014;93(7 Suppl):114S-119S.

Zenkner JE, Alves LS, de Oliveira RS, et al. Influence of eruption stage and biofilm accumulation on occlusal caries in permanent molars: a generalized estimating equations logistic approach. *Caries Res*. 2013; 47:177-182.

Carvalho JC, Ekstrand KR, Thylstrup A. Dental plaque and caries on occlusal surfaces of first permanent molars in relation to stage of eruption. *J Dent Res*. 1989; 68:773-779.

Il C, Bouchard P, Cagetti MG, et al. Interaction of lifestyle, behavior or systemic diseases with dental caries and periodontal diseases: consensus report of group 2 of the joint EFP/ORCA workshop on the boundaries between caries and periodontal diseases. *J Clin Periodontol*. 2017;44: S39-S51.

Marthaler TM. Changes in dental caries 1953-2003. *Caries Res*. 2004; 38:173-181.

Carvalho JC, Dige I, Machiulskiene V, et al. Occlusal caries: biological approach for its diagnosis and management. *Caries Res*. 2016; 50:527-542.

Título: Fluorosis dental según cohorte de nacimiento y marcadores de flúor en una región endémica de Colombia.

Autores: Alexandra Saldarriaga, Manuel Restrepo Diego F Rojas-Gualdrón, Thamyris de Souza Carvalho, Marilia Alfonso Rabelo Buzalaf, Lourdes Santos-Pinto, Fabiano Jeremias.

Palabras claves: Fluorosis dental; Incidencia; Fluoruro; Dientes permanentes.

Introducción

Los niños en sociedades contemporáneas están expuestos a múltiples fuentes de Flúor (F) en diferentes períodos de su vida, La frecuencia de FD varía en una misma región en el tiempo, según el comportamiento de sus factores de riesgo o protectores; y estos efectos se pueden reflejar en cambios en las tasas según la cohorte. El estudio de los cambios de frecuencia de la FD puede dar pautas para analizar el equilibrio de los factores etiológicos. El monitoreo de la exposición al F mediante marcadores en zonas endémicas contribuye a identificar comportamientos de la población, posibles fuentes y factores aún no identificados.

Objetivos

Analizar cambios en la incidencia de la FD según cohorte de nacimiento y explorar la exposición actual al F en una serie de casos.

Metodología

Se realizó un estudio analítico de efecto de cohorte en la frecuencia de FD en dos períodos observados 2015 y 2018. Dos examinadores estandarizados registraron la FD utilizando el índice Thylstrup-Fejerskov, en dientes permanentes.

Las frecuencias de período y cohorte de nacimiento se estimaron mediante un modelo lineal generalizado, familia binomial y función de

enlace logarítmico. Las estimaciones de período se presentan como razones de prevalencia (RP) y las estimaciones de cohortes de nacimiento como razones de incidencia acumulada (RR), se consideraron la edad y el año de valoración como covariables. Se presenta los intervalos de 95% de confianza y los valores p. Se analizaron las uñas de los pies como biomarcador de 37 niños voluntarios, de ambos géneros, con 12.29 ± 2.63 años de edad. Se midió la concentración de F en $\mu\text{g F/gr}$ mediante método de difusión utilizando un electrodo de ion-específico; otras muestras analizadas en el entorno fueron alimentos, tierra y carbón.

Resultados

Se encontró en 274 niños, entre 7 y 18 años de edad, un aumento no significativo entre períodos (RP = 1,17; IC del 95%: 0,89 - 1,55) que no se explica por los efectos de la cohorte de nacimiento. El aumento fue mayor en las cohortes más jóvenes, (2003–2011), contrario a las cohortes más antiguas (2000-2002). En las uñas se encontró $2.48 \pm 2.29 \mu\text{g F/gr}$ (0.03 - 8.68 $\mu\text{g F/gr}$). El 37.8% de los niños presentaron concentraciones de F en uñas $\geq 2 \mu\text{g F/gr}$. En la tierra y carbón la concentración fue de $0.12 \pm 0.146 \mu\text{g F/gr}$; en los snacks se encontró $0.5 \pm 0.55 \mu\text{g F/gr}$, y en el condimento fue de $6.70 \mu\text{g F/gr}$. Los snacks salados y el condimento, presentaron la concentración de F más alta; y los medicamentos usados por las madres de los niños en el embarazo presentaron concentraciones de F entre 0.10 y 0.80.

Conclusiones

En esta población con alta frecuencia de FD según cohorte de nacimiento y período evaluado, el estudio de muestras de suelo, carbón y alimentos indica una exposición continua al F.

La exposición al F es moderada y aunque no hay relación de temporalidad con la frecuencia

de FD reportada, casi un tercio de los niños y adolescentes superaron el umbral adoptado de $2 \mu\text{g F / g}$. Es importante monitorear y explorar posibles cambios en la exposición al fluoruro en poblaciones más afectadas.

Referencias bibliográficas

1. Den Besten P, Li W. Chronic fluoride toxicity: dental fluorosis. Monogr Oral Sci. 2011; 22:81-96.
2. Ismail AI, Hasson H. Fluoride Supplements, dental caries and fluorosis: a systematic review. J Am Dent Assoc 2008; 139:1457-1468.
3. Levy SM, Hills SL, Warren JJ., Broffitt BA, Mahbubul Islam AKM, Wefel JS et al. Primary tooth fluorosis and fluoride intake during the first year of life. Commun Dent Oral Epidemiol 2002; 30:286-295.
4. Aoba T, Fejerskov O. Dental Fluorosis: Chemistry and biology. Crit Rev Oral Biol. 2002;13(2):155-170.
5. Bhagavatula P, Levy SM, Broffitt B, Weber-Gasparoni K, Warren JJ. Timing of fluoride intake and dental fluorosis on late-erupting permanent teeth. Community Dent Oral Epidemiol. 2016; 44(1):32-45.
6. Hong L, Levy SM, Broffitt B, Warren JJ, Kanellis MJ, Wefel JS, et al. Timing of fluoride intake in relation to development of fluorosis on maxillary central incisors. Commun Dent Oral Epidemiol 2006; 34:299-309.
7. Whitford GM, Sampaio FC, Arneberg P, Von der Fehr. Fingernail fluoride: a method for monitoring fluoride exposure. Caries Res 1999; 33:462-467.
8. Do LG, Spencer AJ, Ha DH. Association between dental caries and fluorosis among South Australian. Caries Res. 2009; 43:366-373.
9. Zohoori FV, Moynihan PJ, Omid N, Abuhaloob L, Maguire A. Impact of water fluoride concentration on the fluoride content of infant foods and drinks requiring preparation with liquids before feeding. Community Dent Oral Epidemiol. 2012; 40:432-440.
10. Li Y, Wang W, Yang L, Li H. Environmental Epidemic Characteristics of Coal burning endemic fluorosis and the safety threshold of coal fluoride in China. Fluoride. 2003;36(2):106-112.

11. Fan Z, Gao Y, Wang W, Gong Honggiaang, Guo M, Zhao S, Liu X, Yu B, Sun D. Prevalence of Brick Tea-Type Fluorosis in the Tibet Autonomous Region. *J Epidemiol.* 2016;26(2):57-63.
12. Majumdar KK, Sundarraj SN. Health impact of supplying safe drinking water on patients having various clinical manifestations of fluorosis in an endemic village of West Bengal. *J Family Med Prim Care.* 2013;2(1):74-78.
13. Rafique T, Ahmed I, Soomro F, Khan MH, Shirin K. Fluoride levels in urine, blood plasma and serum of people living in an endemic fluorosis area in the Thar Desert, Pakistan. *J Chem Soc Pak.* 2015; 37(6): 1223-1230.
14. Sarvaiya BU, Bhayya D, Arora R, Mehta DN. Prevalence of dental fluorosis in relation with different fluoride levels in drinking water among school going children in Sarada Tehsil of Udaipur district, Rajasthan. *Jour of Indian Society of pedodontics and preventive Dent.* 2012;30(4):317-322.
15. Do LG, Ha DH, Spencer AJ. Natural history and long-term impact of dental fluorosis: a prospective cohort study. *Med J Aust.* 2016;204(1):25.
16. Pretty IA, Boothman N, Morris J, MacKay L, Liu Z, McGrady M, Goodwin M. Prevalence and severity of dental fluorosis in four English cities. *Community Dental Health.* 2016; 33:292-296.
17. Casanova-Rosado, AJ, Medina-Solís CE, Casanova-Rosado JF, Vallejos-Sánchez AA, Rosa-Santillana R, Mendoza-Rodríguez M, Villalobos-Rodelo JJ, Maupomé G. Prevalencia de fluorosis dental en ocho cohortes de mexicanos nacidos durante la instauración del programa Nacional de Fluoruración de la Sal Doméstica. *Gaceta Médica de México.* 2013; 149:27-35.
18. Buzalaf MAR. Fluoride and the oral environment. Basel, Switzerland; New York: Karger; 2011; 22: xii, 178 p. p.
19. Buzalaf MAR. Review of fluoride intake and appropriateness of current guidelines. *Advances in Dent Res.* 2018, 29(2):157-166.
20. Neurath C, Limeback H, Osmunson B, Connett M, Kanter V, Wells CR. Dental fluorosis trends in US Oral Health Surveys: 1986 to 2012. *JDR Clin Trans Res.* 2019;4(4):298-308. DOI: 10.1177/2380084419830957.
21. Restrepo MR, Jeremias F, Santos-Pinto L. Estudio epidemiológico de defectos de esmalte e cárie dentária e o impacto na qualidade de vida em crianças expostas a altos níveis de flúor. <https://repositorio.unesp.br/handle/11449/147065> 2016.
22. World Health organization (WHO). Oral Health Surveys. Basic Methods. France: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data; 2013.
23. Thylstrup A, Fejerskov O, Clinical appearance of dental fluorosis in permanent teeth in relation to histological changes. *Community Dent Oral Epidemiol.* 1978; 6:315-28.
24. Seow WK. Clinical diagnosis of enamel defects: pitfalls and practical guidelines. *Int Dent J.* 1997;47(3):173-182.
25. Buzalaf MAR, Vilhena FV, Iano FG, Grizzo L, Pessan JP, Sampaio FC, Oliveira RC. The effect of different fluoride concentrations and pH of dentifrices on plaque and nail fluoride levels in young children. *Caries Res.* 2009; 43:142-146.
26. Taves DR. Separation of fluoride by rapid diffusion using hexamethyldisiloxane. *Talanta.* 1968;15:969-974.

Título: Experiencia de caries en dentición primaria en niños de 5 años Medellín-Colombia

Autores: Blanca Susana Ramírez Puerta; Ángela María Franco Cortés; Gloria Matilde Escobar Paucar; Emilia Ochoa.

Publicado en: <https://revistas.udea.edu.co/index.php/fnsp/article/view/21267/20148>

Palabras clave: Caries dental, epidemiología, salud bucal, niño, preescolar.

Introducción

Colombia asumió el compromiso de promover el desarrollo de los niños y las niñas, con especial énfasis en la primera infancia, como una manera de garantizar las bases que les permitan el

desarrollo de sus potencialidades y capacidades a lo largo de la vida, contribuir a la reducción de las brechas sociales y a la superación del círculo de la pobreza. Propósito que requiere un trabajo que articule el esfuerzo de diferentes sectores a través de planes, programas proyectos y acciones, planteadas en coherencia con el contexto y las condiciones particulares de este grupo poblacional en cada territorio. La ciudad de Medellín ha mostrado avances importantes en este aspecto a través de programas como Buen Comienzo y la priorización del trabajo en primera infancia, en concordancia con los lineamientos del Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014, la Estrategia de Cero a Siempre y el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021.

Por su parte, la salud bucal durante los primeros años de vida —en su estrecha relación con la salud general— ha sido motivo de preocupación en muchos países, donde la caries dental continúa siendo la enfermedad crónica más común y el principal problema de salud bucal de la infancia, por su contribución a la carga global de morbilidad, su relación con el crecimiento y desarrollo y las implicaciones en la calidad de vida de los niños y las niñas. Se afirma además que la salud bucal de los preescolares evidencia las inequidades en salud en la población, y un reflejo de ello es que estos no se han beneficiado con la reducción general de la enfermedad, y constituyen el grupo con mayores necesidades en salud bucal.

Con el fin de hacer visibles las necesidades en salud bucal, el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 (Resolución 1841 de 2013), incluyó la salud bucal en la dimensión prioritaria “Vida saludable y condiciones no transmisibles” y formuló entre las metas del componente Condiciones crónicas prevalentes, incrementar en el 20% la población del país sin experiencia de caries dental, con énfasis en la primera infancia, niñez y adolescencia. Asimismo, el Plan Municipal

de Salud 2012-2015 “Medellín ciudad saludable”, reconoció en las enfermedades bucales una de las principales causas de morbilidad en la ciudad y planteó entre las soluciones el fortalecimiento del sistema de información y vigilancia de eventos relacionados con la salud bucal, como elementos importantes para la toma de decisiones

Por otro lado, recientemente, la Secretaría de Salud de Medellín propició las condiciones para la formulación de una Política Pública de Salud Bucal (PPSB) para la ciudad en el período 2013-2022, proceso que cuenta con orientación técnica y metodológica a cargo de la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia y en el cual participan diversas instituciones y actores de la ciudad. En el documento sometido a consulta pública y revisión final por los actores, se definieron cinco ejes para la orientación de las acciones en el marco de la implementación de la política pública de salud bucal de la ciudad: a) Gestión y posicionamiento de la política pública de salud bucal de Medellín, b) Reorientación del modelo de atención con enfoque familiar, comunitario y territorial, c) Desarrollo y fortalecimiento de las capacidades del recurso humano, de los actores y de las instituciones de la ciudad, d) Fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica y de los sistemas de información para la salud bucal, e) Gestión del conocimiento e investigación.

Sin duda, el seguimiento de los indicadores de salud bucal permite medir tendencias, reorientar acciones y modelos de atención y evaluar el impacto de los programas y las intervenciones; una responsabilidad que ha sido asumida por la Secretaría de Salud de Medellín y que además contribuye a materializar una de las prioridades del Plan Municipal de Salud 2012-2015: el mejoramiento de la salud infantil y, por lo tanto, el reconocimiento e intervención de las problemáticas de salud más prevalentes que afectan a los niños y las niñas.

Resultados de estudios como la construcción de línea de base de caries y el VII Monitoreo de la situación de salud bucal de la población escolar de la ciudad de Medellín, revelaron logros en la reducción de los indicadores de caries dental en dentición permanente y han servido de referencia para la formulación de los planes locales de salud. Sin embargo, no se ha reportado la condición en la dentición primaria, situación que restringe el establecimiento de metas con base en los logros alcanzados en los niños y niñas de la ciudad, tal como lo propone la Organización Mundial de la Salud (OMS) en las metas globales de salud bucal para el año 2020.

La experiencia de caries dental en la primera infancia en Medellín se ha abordado en grupos poblacionales específicos, situación que limita la formulación de intervenciones y la evaluación del impacto de los programas. Aunque el monitoreo realizado en Medellín en 2009 también evaluó el estado de la dentición en niños y niñas de 5 años —edad de referencia propuesta por la OMS para la evaluación de la dentición primaria— los resultados no fueron publicados, por cuanto el Plan Nacional de Salud Pública vigente hasta 2013 no planteaba metas en salud bucal para la primera infancia.

Con el objetivo de estimar los indicadores de experiencia de caries dental en dentición primaria, en los niños y niñas de 5 años de la ciudad de Medellín, se hizo este trabajo, a partir de la información disponible en la base de datos del VII Monitoreo realizado en instituciones educativas de Medellín en 2009. El cálculo de los indicadores de experiencia de caries dental, con base en índices como el ceod modificado, aportará al conocimiento del problema de caries en dentición primaria en las etapas iniciales del proceso carioso, y será útil en la toma de decisiones de intervenciones no invasivas para el control de estas lesiones, que permitan superar

los enfoques tradicionales de tratamiento. Se espera que los resultados sirvan de referencia para la implementación de las acciones que orienta la política pública de salud bucal de Medellín y como línea base para la evaluación de las mismas y el seguimiento de los indicadores en este grupo prioritario para la ciudad y para el país.

Objetivos

Estimar la experiencia de caries dental en niños de 5 años de edad de Medellín, Colombia.

Metodología

Los datos se obtuvieron en una muestra probabilística de 486 niños, examinados para el diagnóstico de experiencia de caries en dentina y de lesiones limitadas al esmalte dental. Se calcularon los índices de experiencia de caries ceo-d clásico y ceo-d modificado (ceod-m). Se realizaron pruebas Chi-Cuadrado y t student.

Resultados

El 54,7% de los niños de estratos bajos y el 26 % de los estratos medio y altos tenían experiencia de caries en dentina; los porcentajes aumentan a 88,6% y 50,7% respectivamente, cuando se incluyen lesiones limitadas al esmalte dental. Los promedios de los índices ceod clásico (ceod-c) y ceod modificado (ceod-m) fueron $1,9 \pm 2,9$, $4,9 \pm 4,6$ respectivamente. En los niños de estratos bajos el ceod clásico fue $2,2 \pm 3,1$ y en los de estratos altos fue $0,6 \pm 1,2$; mientras que los valores del ceod-m fueron $5,4 \pm 4,7$ y $1,9 \pm 2,8$ respectivamente.

Conclusiones

Los niños de estrato socioeconómico bajo de Medellín, a la edad de cinco años tienen altos niveles de caries dental, resultado que indica la necesidad de implementar programas preventivos y de atención en salud bucal desde edades tempranas.

Referencias bibliográficas

- 1 Escobar G, Ortiz AC, Mejía LM. Caries Dental en los menores de veinte años en Colombia: un problema de Salud Pública. *Rev Fac Nac Salud Pública* 2003; 12 (2): 108-118.
- 2 Sheiham A. Dental caries affects body weight, growth and quality of life in pre-school children. *British Dental Journal* 2006; 201(10): 625-626.
- 3 Feitosa S, Colares V, Pinkham J. The psychosocial effects of severe caries in 4-year-old children in Recife, Pernambuco, Brazil. *Cad Saúde Pública* 2005; 21(5): 1550-1556.
- 4 Crall JJ. Access to oral health care: professional and societal considerations. *J Dent Educ* 2006; 70: 1133-1138
- 5 Mouradian WE, Wehr E, Crall JJ. Disparities in children's oral health and access to dental care. *JAMA* 2000; 284(20): 2625-2631.
- 6 Secretaría de Salud de Medellín - Facultad Nacional de Salud Pública Universidad de Antioquia. Ejes, objetivos, estrategias, metas e indicadores de la Política Pública de Salud Bucal de Medellín. Internet. Acceso 14 de noviembre de 2014. Disponible en <http://politicapublicasaludbucalmed.blogspot.com/2014/03/consulta-final-de-los-ejes-objetivos.html>.
- 7 Ramírez-Puerta BS, González-Patiño E, Morales-Flórez JL. Experiencia de caries dental en población de 25, 35, 45, 55 y 65 años edad, Medellín (Colombia) 2011. *Rev CES Odont* 2013; 26(1): 36-48.
- 8 Franco-Cortés AM, Ramírez-Puerta BS, Díaz-Mosquera P, OchoaAcosta EM. VII Monitoreo: caries dental y acceso a los servicios odontológicos en escolares de Medellín, 2009. *Rev Salud Pública de Medellín* 2010; 4(2): 71-86.
- 9 Hobdell M, Petersen PE, Clarkson J, Johnson N. Global goals for oral health 2020. *Int Dent J* 2003;53(5):285-288.
- 10 Ramírez- Puerta BS, Escobar-Paucar GM, Franco-Cortés AM, MartínezPabónMC, Gómez-Urrea L. Caries de la infancia temprana en niños de uno a cinco años. Medellín, Colombia, 2008. *Rev Fac Odont Univ Ant* 2011; 22(2): 164-172.
- 11 Escobar-Paucar G, Ramírez-Puerta BS, Franco-Cortés A, Tamayo AM, Castro-Aguirre JF. Experiencia de caries dental en niños de 1 a 5 años de bajos ingresos. Medellín. Colombia. *CES odontol* 2009; 22(1): 21-28.
- 12 Saldarriaga A, Arango CM, Coss M, Arenas A, Mejía C, Mejía E, Murillas L. Prevalencia de caries dental en preescolares con dentición decidua área Metropolitana del Valle de Aburrá. *Revista CES Odontología* 2009; 22(2): 27-34.
- 13 Pitts NB. Modern concepts of caries measurements. *J Dent Res* 2004; 83: 43-47.
- 14 International Caries Detection and Assessment System. Coordinating Committee. Rationale and evidence for the International Caries Detection and Assessment System (ICDAS II). In: Stookey G, editor. *Proceedings of the 2005. Annual Indiana Conference, July 6-9, 2005. Indianapolis, Indiana University School of Dentistry; 2006.*
- 15 Petersen PE, Baez R J, World Health Organization. Oral health surveys. Basic methods. 5th Ed, *Présence Graphique, France* 2013; 14. Internet. Acceso 14 de noviembre de 2014. Disponible en http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97035/1/9789241548649_eng.pdf.
- 16 Federation Dentaire Internationale/World Health Organization. Global goals for oral health in the year 2000. *International Dental Journal* 1982; 23: 74-77.
- 17 Bönecker M, Cleaton-Jones P. Trends in dental caries in Latin American and Caribbean 5-6 and 11-13-years old children: a systematic review. *Community Dent Oral Epidemiol* 2003; 31 (2): 152-157.
- 18 Bagramian RA, Garcia-Godoy F, Volpe AR The global increase in dental caries. A pending public health crisis. *Am J Dent* 2009; 22: 3-8.
- 19 Tomar SL, Reeves AF. Changes in the oral health of US children and adolescents and dental public health infrastructure since the release of the healthy people 2010 objectives. *Acad Pediatr* 2009; 9: 388-395.
- 20 American Academy of Pediatric Dentistry (AAPD). Definitions, Oral Health Policies, and Clinical Guidelines. Policy on Early Childhood Caries (ECC): Classifications, consequences and preventive strategie. 2014-15. Internet. Acceso 16 de noviembre de 2014. Disponible en http://www.aapd.org/media/Policies_Guidelines/P_ECCClassifications.pdf.
- 21 De Grauwe A, Aps JK, Martens LC. Early childhood caries

(ECC): what's in a name? Eur J Pediatr Dent 2004; 5: 62-70.

22 Vargas CM, Ronzio CR. Disparities in early childhood caries. BMC Oral Health; 2006; 6 Supl 1: S3.

23 Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/ Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral de Saúde Bucal. Pesquisa Nacional de Saúde bucal 2010. Internet. Brasília DF: Ministério da Saúde, 2011. Acceso 10 de octubre de 2014. Disponible en: http://189.28.128.100/dab/docs/geral/projeto_sb2010_relatorio_final.pdf.

24 Ferreira SH, Béria JU, Kramer PF, Feldens EG, Feldens CA. Dental caries in 0-to 5-year-old Brazilian children: prevalence, severity, and associated factors. Int J Paediatr Dent 2007; 17 (4): 289-296.

25 Antunes JL, Narvai PC, Nugent ZJ. Measuring inequalities in the distribution of dental caries. Community Dent Oral Epidemiol 2004; 32(1): 41-48.

26 Antunes JL, Frazão P, Narvai PC, Bispo CM, Pegoretti T. Spatial analysis to identify differentials in dental needs by area-based measures. Community Dent Oral Epidemiol 2002; 30 (2): 133-142.

27 Franco-Cortés AM, Ramírez-Puerta S, Escobar-Paucar G, Isaac Millán M, Londoño-Marín PA. Barreras de acceso a los servicios odontológicos de niños y niñas menores de 6 años pertenecientes a familias desplazadas. Rev.CES Odont.2010; 23(2): 41-48.

28 Quintero CA, Robledo DP, Vásquez A, Delgado O, Franco ÁM. Barreras de acceso a la atención odontológica durante la primerainfancia. Medellín, 2007. Rev Fac Odontol Univ Antioq 2014; 25(2): 325-341.

29 Watt R. G., Williams D. M., Sheiham A. The role of the dental team in promoting health equity. British Dental Journal 2014; 216: 11-14.

Publicado en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-381X2016000200016

Palabras clave: Salud oral, perfil de salud, prostitución, investigación en odontología.

Introducción

Las enfermedades de la cavidad oral ocupan un lugar importante dentro de la salud pública por su magnitud y severidad y porque existen desigualdades entre grupos poblacionales, que son atribuidas por un lado a los estilos de vida y por otro, a los determinantes sociales (Newton & Bower 2005; Agudelo Suárez & Martínez Herrera, 2009). El análisis de la situación de salud oral por lo tanto implica reconocer y visibilizar a los grupos especialmente vulnerables por su pertenencia a un grupo étnico determinado, por razones de género o por factores que afectan el acceso a servicios de salud oral tanto preventivos como curativos (Agudelo Suárez & Martínez Herrera; Petersen & Kwan, 2011).

Uno de los colectivos especialmente sensibles a expresar una carga de enfermedad por su exposición constante a factores de riesgo por la labor que desempeñan son las mujeres en situación de prostitución o trabajadoras sexuales de calle (Amaya et al., 2005). Éstas se encuentran en una situación de especial vulnerabilidad ya que no cuentan con derechos laborales ni seguridad social y se asocian con otros problemas sociales como la droga, alcohol, violencia, el crimen y responsables del aumento de enfermedades de transmisión sexual (Belza et al., 2004; Ribando, 2010).

El trabajo sexual de calle es un fenómeno que surge como un hecho social multifactorial y como una actividad productiva que pone en evidencia las necesidades de subsistencia de algunas personas, así como aquellas relacionadas con el acceso a bienes y servicios sociales (Belza et

Título: La invisibilidad de estudios en salud oral en mujeres en situación de prostitución: Una revisión sistemática exploratoria.

Autores: Alejandro Vásquez Hernández; Annie M. Vivares Builes; Andrés Alonso Agudelo Suárez.

al., 2004; Ministerio de la Protección Social, 2008). De esta manera algunos de los factores que intervienen y que se han asociado con la determinación de desempeño como trabajadora sexual, incluyen la precariedad económica, la falta de oportunidades y capacidades para generar empleo y condiciones laborales precarias, falta de acceso a la educación, la exclusión social, la violencia intrafamiliar, abuso sexual, maltrato infantil y consumo de sustancias psicoactivas; Incluyendo además el desplazamiento forzado a causa del conflicto militar interno como otro factor relevante en especial en algunos países latinoamericanos (Ministerio de la Protección Social; Ribando).

En Colombia el oficio de trabajo sexual no es un delito (Corte Constitucional, 2010), amparado en los derechos que tiene esta población, que incluye el derecho a la salud, el cual abarca una serie de libertades de controlar su propia salud y cuerpo con inclusión de la libertad sexual; posibilitando la oportunidad de decidir sobre tener o no relaciones sexuales, como, cuando, donde y con quien, elegir el compañero y la finalidad de este ejercicio ya sea recreación, comunicación, procreación, placer, satisfacción o como actividad económica (Corte Constitucional; Rua Serna, 2010). Sin embargo esta actividad laboral no está adecuadamente regulada y no se garantiza la protección y el acceso a la seguridad social y en salud a una población que se encuentra en una situación de especial vulnerabilidad, sobre todo aquellas en condición de calle (Ministerio de la Protección Social).

Estudios cualitativos y cuantitativos describen los comportamientos de alto riesgo que sufre esta población y como son determinados por factores sociales, culturales y económicos, sumado a la presencia de barreras de acceso y utilización de los servicios de promoción de la salud y prevención de la enfermedad (Carter et al., 1997; Amaya et al.; Juliano, 2005; Ministerio

de la Protección Social). Sin embargo a la fecha son escasos los estudios relacionados con salud oral, que además evalúen sus determinantes y patologías asociadas, teniendo en cuenta que muchas veces la boca constituye un instrumento de trabajo actuando como una fuente de entrada y transmisión de enfermedades que contribuyen a problemas de salud pública.

De acuerdo con lo anterior el objetivo de esta revisión es describir los estudios epidemiológicos existentes a nivel mundial relacionados con salud oral en mujeres en situación de prostitución.

Objetivos

Describir los estudios existentes a nivel mundial relacionados con salud oral en mujeres en situación de prostitución

Metodología

Para ello se realizó una revisión exploratoria (Scoping Review) sobre el tema en cuestión en estudios publicados en forma de artículos científicos originales en revistas de revisión por pares, sin restricción en el periodo de búsqueda e indexados en 4 bases de datos internacionales (PubMed, EMBASE, LILACS y SCOPUS). Descripción de las principales características de los estudios.

Resultados

Como resultados principales, luego de hacer el proceso de selección se encontraron 10 estudios con diferentes enfoques metodológicos (cuantitativos, cualitativos o mixtos y estudios de intervención). Seis de los estudios fueron realizados en países asiáticos (Japón y Singapur). Las temáticas abordadas fueron: manifestaciones orales del VIH, uso del condón, prácticas y actitudes frente al sexo oral. Solamente se encontró un estudio específico en salud oral realizado en Senegal el cual analiza la situación periodontal en trabajadoras sexuales con y sin VIH.

Conclusiones

Los estudios en salud oral para la población en situación de prostitución son escasos. Siendo un grupo sensible y vulnerable socialmente, se requiere fomentar la investigación en estas mujeres para identificar las posibles situaciones de desigualdad social que impactan en las condiciones de salud oral en este colectivo.

Referencias bibliográficas

- Agudelo Suárez, A. A. & Martínez Herrera, E. La salud bucal colectiva y el contexto colombiano: un análisis crítico. *Rev. Gerenc. Polit. Salud*, 8(16):91-105, 2009.
- Allen, B.; Cruz-Valdez, A.; Rivera-Rivera, L.; Castro, R.; Arana-García, M. E. & Hernández-Avila, M. Afecto, besos y condones: el ABC de las prácticas sexuales de las trabajadoras sexuales de la Ciudad de México. *Salud Pública Mex.*, 45(Supl. 5):S595-S607, 2003.
- Allen, C. F.; Edwards, M.; Williamson, L. M.; Kitson-Piggott, W.; Wagner, H. U.; Camara, B. & Hospedales, C. J. Sexually transmitted infection service use and risk factors for HIV infection among female sex workers in Georgetown, Guyana. *J. Acquir. Immune Defic. Syndr.*, 43(1):96-101, 2006.
- Amaya, A.; Canaval, G. E. & Viáfara, E. Estigmatización de las trabajadoras sexuales: influencias en la salud. *Colomb. Med.*, 36(3 Supl. 2):65-74, 2005.
- Arksey, H. & O'Malley, L. Scoping studies: towards a methodological framework. *Int. J. Soc. Res. Methodol.*, 8(1):19-32, 2005.
- Armstrong, R.; Hall, B. J.; Doyle, J. & Waters, E. Cochrane Update. 'Scoping the scope' of a cochrane review. *J. Public Health (Oxf.)*, 33(1):147-50, 2011.
- Belza, M. J.; Clavo, P.; Ballesteros, J.; Menéndez, B.; Castilla, J.; Sanz, S.; Jerez, N.; Rodríguez, C.; Sánchez, F. & del Romero, J. Condiciones sociolaborales, conductas de riesgo y prevalencia de infecciones de transmisión sexual en mujeres inmigrantes que ejercen la prostitución en Madrid. *Gac. Sanit.*, 18(3):177-83, 2004.
- Borrell, C. & Malmusi, D. La investigación sobre los determinantes sociales y las desigualdades en salud: evidencias para la salud en todas las políticas. Informe SESPAS 2010. *Gac. Sanit.*, 24(Supl. 1):101-8, 2010.
- Buss, P. M. & Pellegrini Filho, A. Iniquidades em saúde no Brasil, nossa mais grave doença: comentários sobre o documento de referência e os trabalhos da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. *Cad. Saúde Pública*, 22(9):2005-8, 2006.
- Carter, K. H.; Harry, B. P.; Jeune, M. & Nicholson, D. Percepción del riesgo, comportamientos riesgosos y seroprevalencia del VIH en trabajadoras sexuales de Georgetown, Guyana. *Rev. Panam. Salud Publica*, 2(4):238-46, 1997.
- Corte Constitucional. Sentencia T-629/10. Bogotá, Corte Constitucional, República de Colombia, 2010. Disponible en: <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2010/t-629-10.htm>
- Ministerio de la Protección Social. Comportamiento Sexual y Prevalencia de VIH En Mujeres Trabajadoras Sexuales en Cuatro Ciudades de Colombia. Bogotá, Ministerio de la Protección Social, República de Colombia, 2008.
- Comisión sobre Determinantes Sociales. Subsana las desigualdades en una generación: Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2008. Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/final_report/csdh_finalreport_2008_execsumm_es.pdf
- de Sanjosé, S.; Marshall, V.; Solà, J.; Palacio, V.; Almirall, R.; Goedert, J. J.; Bosch, F. X. & Whitby, D. Prevalence of Kaposi's sarcoma-associated herpesvirus infection in sex workers and women from the general population in Spain. *Int. J. Cancer*, 98(1):155-8, 2002.
- Fernández, R. M.; Thielmann, K. & Bormey Quiñones, M. B. Determinantes individuales y sociales de salud en la medicina familiar. *Rev. Cuba. Salud Pública*, 38(3):484-90, 2012.
- International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE). Recommendations for the Conduct, Reporting, Editing, and Publication of Scholarly Work in Medical Journals. International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), 2015. Disponible en: <http://www.icmje.org/>.
- Juliano, D. El trabajo sexual en la mira: polémicas y estereotipos. *Cad. Pagu*, (25):79-106., 2005

Lian, W. M.; Chan, R. & Wee, S. Sex workers' perspectives on condom use for oral sex with clients: a qualitative study. *Health Educ. Behav.*, 27(4):502-16, 2000.

Manchado Garabito, R.; Tamames Gómez, S.; López González, M.; Mohedano Macías, L. & Veiga de Cabo, J. Revisiones sistemáticas exploratorias. *Med. Secur. Trab.*, 55(216):12-9, 2009.

Matsushita, K.; Sasagawa, T.; Miyashita, M.; Ishizaki, A.; Morishita, A.; Hosaka, N.; Saikawa, K.; Hoshina, S.; Bi, X. & Ichimura, H. Oral and cervical human papillomavirus infection among female sex workers in Japan. *Jpn. J. Infect. Dis.*, 64(1):34-9, 2011.

Muntaner, C.; Rocha, K. B.; Borrell, C.; Vallebuona, C.; Ibáñez, C.; Benach, J. & Sollari, O. Clase social y salud en América Latina. *Rev. Panam. Salud Pública*, 31(2):166-75, 2012.

Ndiaye, C. F.; Critchlow, C. W.; Leggott, P. J.; Kiviat, N. B.; Ndoye, I.; Robertson, P. B. & Georgas, K. N. Periodontal status of HIV-1 and HIV-2 seropositive and HIV seronegative female commercial sex workers in Senegal. *J. Periodontol.*, 68(9):827-31, 1997.

Newton, J. T. & Bower, E. J. The social determinants of oral health: new approaches to conceptualizing and researching complex causal networks. *Community Dent. Oral Epidemiol.*, 33(1):25-34, 2005.

Petersen, P. E. & Kwan, S. Equity, social determinants and public health programmes--the case of oral health. *Community Dent. Oral Epidemiol.*, 39(6):481-7, 2011.

Ribando, S. C. Trafficking in Persons in Latin America and the Caribbean. Washington D. C., Congressional Research Service, 2010. Disponible en: http://digitalcommons.ilr.cornell.edu/key_workplace/792

Rúa Serna, J. C. El derecho a prostituirse. La prostitución a la luz del derecho laboral. *Diálogos Derecho Polit.*, 9(3):1-11, 2012.

Sacks, V. Women and AIDS: an analysis of media misrepresentations. *Soc. Sci. Med.*, 42(1):59-73, 1996.

Stewart, K.; Gill, P.; Chadwick, B. & Treasure, E. Qualitative research in dentistry. *Br. Dent. J.*, 204(5):235-9, 2008.

Wong, M. L.; Chan, R. & Koh, D. Long-term effects of condom promotion programmes for vaginal and oral sex on sexually

transmitted infections among sex workers in Singapore. *AIDS*, 18(8):1195-9, 2004.

Wong, M. L.; Chan, R.; Tan, H. H.; Yong, E.; Lee, L.; Cutter, J.; Tay, J. & Koh, D. Sex work and risky sexual behaviors among foreign entertainment workers in urban Singapore: findings from Mystery Client Survey. *J. Urban Health*, 89(6):1031-44, 2012.

Wong, M. L.; Chan, R. K. & Koh, D. Promoting condoms for oral sex: impact on pharyngeal gonorrhoea among female brothel-based sex workers. *Sex. Transm. Dis.*, 29(6):311-8, 2002.

Wong, M. L.; Chan, R. K.; Koh, D. & Wee, S. Factors associated with condom use for oral sex among female brothel-based sex workers in Singapore. *Sex. Transm. Dis.*, 27(1):39-45, 2000.

Título: Condiciones de salud oral y estado protésico de la población adulta mayor atendida en la red hospitalaria pública de Medellín (Colombia).

Autores: Adriana Posada López,
Andrés Alonso Agudelo Suárez,
Edwin J. Meneses Gómez.

Publicado en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-381X2016000100024

Palabras clave: Salud oral, prótesis dental, higiene oral, salud de la persona mayor, atención odontológica.

Introducción

Las enfermedades orales han sido consideradas como problemas de salud pública por su magnitud y severidad (Petersen, 2003; Petersen et al., 2005). Si bien estas patologías no constituyen un riesgo alto de muerte en comparación con otras condiciones, si representan costos económicos, días de incapacidad y menoscabo de la calidad de vida por dolor, pérdida dental, dificultades

psicológicas y costos por tratamientos de rehabilitación parcial o total de las estructuras dentarias (Sheiham, 2005). En la epidemiología de estas condiciones intervienen factores biológicos propios del individuo, como también determinantes relacionados con el contexto social y político y aquellos relacionados con el acceso a los servicios de salud oral para los diferentes grupos sociales (Watt, 2007). Informes y reportes institucionales dan cuenta como la situación de salud oral en indicadores como la caries dental difieren sustancialmente entre los países dependiendo de su nivel de renta y desarrollo social (Petersen; Petersen et al.).

Por otro lado, asumir una perspectiva de ciclo vital en el análisis epidemiológico oral implica reconocer las particularidades de los grupos etáreos con el fin de establecer prioridades y estrategias acordes con la realidad social y las necesidades de los individuos (Organización Mundial de la Salud et al., 2002). Es así que una de las poblaciones que se ha constituido como un segmento significativo en la sociedad tanto en términos demográficos, como por su exposición a situaciones de vulnerabilidad social es la población adulta mayor. Según el reporte del Population Reference Bureau (2014), la población de 65 años y más representa el 7 % de la población mundial. Los datos para Colombia son más o menos similares y se tiene que la esperanza de vida ha aumentado de 61 años en 1970 a 75 años en el 2013 (Population Reference Bureau).

Concretamente en Colombia, la situación de vulnerabilidad de esta población se traduce en el aumento de enfermedades crónicas y degenerativas, problemas de salud mental, sentimiento de soledad (Profamilia, 2010; Cardona Jiménez et al., 2013; Estrada Restrepo et al., 2013). En cuanto a la salud oral, los reportes del último Estudio Nacional de Salud Bucal -ENSAB IV-, realizado entre 2013 y 2014 dan cuenta de que la prevalencia de caries dental

en la población de 65 a 74 años es del 43,4 %. En este mismo grupo el 92 % ha perdido dientes por caries y una buena parte son edentados totales (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013-2014). Esta situación representa numerosos desafíos políticos y sociales para disminuir las desigualdades e inequidades en salud.

En el colectivo de los adultos mayores el estado de las prótesis dentarias, la satisfacción que tienen las personas con estas y la higiene, afectan directamente sus tejidos blandos, dado que son estos los que soportan la presencia de dicho aditamento e indirectamente inciden en la salud del sistema estomatognático y la salud general. Como consecuencia de unas prótesis dentales inadaptadas, el estado nutricional puede verse afectado por una masticación ineficiente, ocasionando problemas de alimentación. La presencia de dolor es otro aspecto relacionado con el desarrollo normal de la función masticatoria, en este caso la articulación temporomandibular podría estar involucrada. Otros aspectos relevantes a tener en cuenta son la dimensión social y psicológica, ya que en una buena parte de estos adultos al no tener una prótesis funcional, ven menoscabadas sus relaciones con los demás; ya que al afectarse la fonación se impide una adecuada comunicación lo cual tiene consecuencias en la autoestima de las personas (Misrachi et al., 2002; Cardentey García et al., 2011).

Colombia ha tenido como políticas relacionadas con salud oral el Plan Nacional de Salud Bucal -PNSB-adoptado por Resolución 3577 de 2006 (Ministerio de la Protección Social, 2006), el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010, mediante el Decreto 3039 de 2007 (Ministerio de la Protección Social 2007), y más actualmente, el Plan Decenal de Salud Pública 2012- 2021, donde la salud oral se incorpora al componente de enfermedades crónicas y aquellas relacionadas con estilos de vida (Ministerio de Salud y Protección Social

2013). A nivel global, la Organización Mundial de la Salud ha establecido unas metas en salud oral para el año 2020, que no son específicas puesto que deben ser adaptadas a los contextos de cada país, de acuerdo a sus necesidades y estrategias locales e involucran aspectos como por ejemplo el número de dientes presentes a edades trazadoras en el curso de vida, y la prevalencia de caries dental y otras condiciones orales en grupos poblacionales específicos por edad (Hobdell et al., 2003).

Los adultos mayores actualmente ocupan un espacio cada vez más importante en la sociedad, pero en términos generales la utilización de los servicios odontológicos en esta población es menor en comparación con los servicios médicos. Esto se debe entre otros factores a la falta de políticas en salud oral y estrategias para esta población, la priorización de otros grupos etáreos para dar atención odontológica integral preventiva y curativa y otras barreras de acceso a los servicios de salud oral (Agudelo-Suárez et al., 2014). Se hace necesario por lo tanto que se sensibilicen las diferentes instancias en la sociedad con el fin de conocer las reales condiciones de salud oral de la población adulta mayor en contextos locales específicos, identificar situaciones de desigualdad e inequidad, y dar respuesta efectiva a las necesidades de la población en forma oportuna y eficiente.

En este contexto el objetivo de este estudio fue analizar las condiciones de salud oral y el estado protésico de la población adulta mayor atendida en la red hospitalaria pública de Medellín (Colombia).

Objetivos

Analizar las condiciones de salud oral y el estado protésico de la población adulta mayor atendida en la red hospitalaria pública de Medellín (Colombia)

Metodología

Se realizó un estudio transversal mediante muestreo bi-etápico en las unidades hospitalarias y centros de salud adscritos a esta red. Participaron 342 adultos de 65 y más años (58,2 % mujeres). Se recogió información a través de encuesta y examen clínico. Variables: Sociodemográficas: edad, sexo, estrato socioeconómico, nivel educativo, zona de residencia, apoyo social (Duke-11). Salud oral: Percepción de salud oral, presencia de problemas orales en el último mes. Indicadores clínicos: Índice COPD, dientes presentes, estado de prótesis dentales, problemas de la mucosa oral. Análisis univariado y bivariado y cálculo de pruebas Chi cuadrado para observar diferencias estadísticamente significativas entre las variables.

Resultados

Se encontró que las personas 75 años, los hombres, la población de estratos socioeconómicos y nivel educativo bajo, ubicado en área urbana y con apoyo social bajo tienden a reportar mala salud oral autopercebida. El promedio de dientes presentes en la población fue de 5,7 ($\pm 7,8$), lo que implica un COPD promedio de 24,2 ($\pm 5,9$), con diferencias de acuerdo a variables sociodemográficas. Más del 55 % de los hombres y las mujeres requieren cambio de prótesis inferior y un 70 % requieren cambio de prótesis superior. Se encontraron problemas de la mucosa oral: candidiasis (12 %), úlceras (7 %), leucoplasia (7 %), liquen plano (1 %).

Conclusiones

En conclusión se evidencian deficientes condiciones de salud oral que pueden ser explicadas por la situación de vulnerabilidad social que enfrenta esta población y barreras de acceso a servicios de salud oral preventivos y curativos.

Referencias bibliográficas

- Agudelo-Suárez, A. A.; Alzate-Urrea, S.; López-Vergel, F.; López-Orozco, C.; Espinosa-Herrera, E.; Posada-López, A. & Meneses-Gómez, E. J. 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*, 13(27):181-99, 2014.
- Astrom, A. N.; Ekback, G.; Ordell, S. & Unell, L. Social inequality in oral health-related quality-of-life, OHRQoL, at early older age: evidence from a prospective cohort study. *Acta Odontol. Scand.*, 69(6):334-42, 2011.
- Cardentey García, J.; Trujillo Otero, P. E.; Silva Contreras, A. M.; Sixto Iglesias, M. & Crespo Palacios, C. L. Estado de salud bucal de la población geriátrica perteneciente a la Clínica Ormani Arenado. *Rev. Cienc. Med.*, 15(2):76-86, 2011.
- Cardona Jiménez, J. L.; Villamil Gallego, M. M.; Henao Villa, E. & Quintero Echeverri, A. El sentimiento de soledad en adultos. *Medicina U. P. B.*, 32(1):9-19, 2013.
- de Castellucci Barbosa, L.; Ferreira, M. R.; de Carvalho Calabrich, C. F.; Viana, A. C.; de Lemos, M. C. & Lauria, R. A. Edentulous patients' knowledge of dental hygiene and care of prostheses. *Gerodontology*, 25(2):99-106, 2008.
- de la Rosa-García, E.; Vera, H. F. L.; Espinoza, A. L. & Mondragón, P. A. Factores de riesgo para candidosis asociada a prótesis bucal. *Rev. Asoc. Dent. Mex.*, 69(6):266-70, 2012.
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones adaptada para Colombia. Bogotá, Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), República de Colombia, 2005.
- Espinoza, I.; Rojas, R.; Aranda, W. & Gamonal, J. Prevalence of oral mucosal lesions in elderly people in Santiago, Chile. *J. Oral Pathol. Med.*, 32(10):571-5, 2003.
- Estrada Restrepo, A.; Cardona Arango, D.; Segura Cardona, A. M.; Ordóñez Molina, J.; Osorio Gómez, J. J. & Chavarriaga Maya, L. M. Síntomas depresivos en adultos mayores institucionalizados y factores asociados. *Univ. Psychol.*, 12(1):81-94, 2013.
- Frohlich, K. L. & Potvin, L. Transcending the known in public health practice: the inequality paradox: the population approach and vulnerable populations. *Am. J. Public Health*, 98(2):216-21, 2008.
- Griffin, S. O.; Jones, J. A.; Brunson, D.; Griffin, P. M. & Bailey, W. D. Burden of oral disease among older adults and implications for public health priorities. *Am. J. Public Health*, 102(3):411-8, 2012.
- Hart, J. T. The inverse care law. *Lancet*, 1(7696):405-12, 1971.
- Hobdell, M.; Petersen, P. E.; Clarkson, J. & Johnson, N. Global goals for oral health 2020. *Int. Dent. J.*, 53(5):285-8, 2003.
- Jang, Y.; Yoon, H.; Park, N. S.; Chiriboga, D. A. & Kim, M. T. Dental care utilization and unmet dental needs in older Korean Americans. *J. Aging Health*, 26(6):1047-59, 2014.
- Jones, C. M. Capitation registration and social deprivation in England. An inverse 'dental' care law? *Br. Dent. J.*, 190(4):203-6, 2001.
- Kaplan, G. & Baron-Epel, O. What lies behind the subjective evaluation of health status? *Soc. Sci. Med.*, 56(8):1669-76, 2003.
- Kiyak, H. A. Age and culture: influences on oral health behaviour. *Int. Dent. J.*, 43(1):9-16, 1993.
- Mendoza-Sassi, R.; Béria, J. U. & Barros, A. J. D. Outpatient health service utilization and associated factors: a population-based study. *Rev. Saude Publica*, 37(3):372-8, 2003.
- Ministerio de la Protección Social. Resolución 3577 de 2006: Por la cual se adopta el Plan Nacional de Salud Bucal. Bogotá, Ministerio de la Protección Social, República de Colombia, 2006. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCI%C3%93N%203577%20DE%202006.pdf
- Ministerio de la Protección Social. Decreto 3039 de 2007: Por el cual se adopta Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010. Bogotá, Ministerio de la Protección Social, República de Colombia, 2007. Disponible en: http://www.ins.gov.co/normatividad/Normatividad/DECRETO%203039_2007%20Plan%20Nacional%20SP%202007-2010.pdf
- Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución n 008430 de 1993 (4 de octubre de 1993). Por la cual se establecen

las Normas Científicas, Técnicas y Administrativas para la Investigación en Salud. Bogotá, Ministerio de Salud y Protección Social, República de Colombia., 1993. Disponible en: https://www.unisabana.edu.co/fileadmin/Documentos/Investigacion/comite_de_etica/Res__8430_1993_-_Salud.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. IV Estudio Nacional de Salud Bucal. ENSAB IV: Para saber cómo estamos y saber qué hacemos. Bogotá, Ministerio de Salud y Protección Social, República de Colombia, 2013-2014. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENSAB-IV-Situacion-Bucal-Actual.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública, PDSP, 2012-2021. Bogotá, Ministerio de Salud y Protección Social, República de Colombia, 2013. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Plan%20Decenal%20-%20Documento%20en%20consulta%20para%20aprobaci%C3%B3n.pdf>

Misrachi L., C.; Sepulveda S., H. & S. Lamadrid A., S. Situación protésica y conductas asociadas en adultos mayores de nivel socioeconómico medio-alto y bajo. *Rev. Dent. Chile*, 93(1):10-6, 2002.

Montero, J.; Yarte, J. M.; Bravo, M. & López-Valverde, A. Oral health-related quality of life of a consecutive sample of Spanish dental patients. *Med. Oral Patol. Oral Cir. Bucal*, 16(6):e810-5, 2011.

Moreno Castillo, J. A.; Montoya Sepúlveda, A. F.; Gómez Gil, D. P.; Arboleda Cadavid, A.; Zea Restrepo, F. J. & Agudelo Suárez, A. A. Situación de salud bucal y estado protésico del paciente edentado bimaxilar que acude a la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia: Un estudio piloto. *Rev. Fac. Odontol. Univ. Antioq.*, 24(1):22-36, 2012.

Mujica, V.; Rivera, H. & Carrero, M. Prevalence of oral soft tissue lesions in an elderly venezuelan population. *Med. Oral Patol. Oral Cir. Bucal*, 13(5):E270-4, 2008.

Organización Mundial de la Salud; Grupo Orgánico de Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental; Departamento de Prevención de las Enfermedades No Transmisibles y Promoción de la Salud Envejecimiento y Ciclo Vital. Envejecimiento y Ciclo Vital. Envejecimiento activo: un marco político. *Rev. Esp. Geriatr. Gerontol.*, 37(S2):74-105, 2002.

Petersen, P. E. The World Oral Health Report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century—the approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Community Dent. Oral Epidemiol.*, 31 Suppl. 1:3-23, 2003.

Petersen, P. E.; Bourgeois, D.; Ogawa, H.; Estupinan-Day, S. & Ndiaye, C. The global burden of oral diseases and risks to oral health. *Bull. World Health Organ.*, 83(9):661-9, 2005.

Population Reference Bureau. World Population Data Sheet 2014. Washington D. C., Population Reference Bureau, 2014. Disponible en: http://www.prb.org/pdf14/2014-world-population-data-sheet_eng.pdf

Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud: ENDS. Bogotá, Profamilia, 2010. Disponible en: <http://profamilia.org.co/wp-content/uploads/2015/05/ends-2010.pdf>

Reisine, S. T. & Bailit, H. L. Clinical oral health status and adult perceptions of oral health. *Soc. Sci. Med. Med. Psychol. Med. Sociol.*, 14^a (6):597-605, 1980.

Ribeiro, D. G.; Pavarina, A. C.; Giampaolo, E. T.; Machado, A. L.; Jorge, J. H. & Garcia, P. P. Effect of oral hygiene education and motivation on removable partial denture wearers: longitudinal study. *Gerodontology*, 26(2):150-6, 2009.

Schutzhold, S.; Holtfreter, B.; Schiffner, U.; Hoffmann, T.; Kocher, T. & Micheelis, W. Clinical factors and self-perceived oral health. *Eur. J. Oral Sci.*, 122(2):134-41, 2014.

Sen, G.; George, A. & Östlin, P. Incorporar la perspectiva de género en la equidad en salud: un análisis de la investigación y las políticas. Publicación Ocasional No. 14. Washington D.C., Organización Panamericana de la Salud, Harvard Center for Population and Development Studies, 2005.

Sheiham, A. Oral health, general health and quality of life. *Bull. World Health Organ.*, 83(9):644, 2005.

Tsakos, G.; Demakakos, P.; Breeze, E. & Watt, R. G. Social gradients in oral health in older adults: findings from the English longitudinal survey of aging. *Am. J. Public Health*, 101(10):1892-9, 2011.

von Kretschmann San Martin, D.; Torres Varela, A.; Sierra Fuentes, M.; del Pozo Bassi, J.; Quiroga Aravena, R. & R. Quiroga del Pozo, R. Rendimiento masticatorio y nivel de satisfacción de pacientes tratados con prótesis totales en la Universidad Mayor. *Rev. Clin. Periodoncia Implantol. Rehabil. Oral*, 8(1):17-23, 2015.

Watt, R. G. From victim blaming to upstream action: tackling the social determinants of oral health inequalities. *Community Dent. Oral Epidemiol.*, 35(1):1-11, 2007.

World Health Organization. *Oral Health Surveys. Basic Methods*. 4th ed. Geneva, World Health Organization, 1997. Disponible en: http://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/OH_st_Esurv

World Medical Association General Assembly. *World Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects*. *J. Int. Bioethique*, 15(1):124-9, 2004.

Título: Experiencias relacionadas con la pérdida dental durante la niñez y la juventud.

Autores: Emilia María Ochoa Acosta.

Publicado en: *Rev Estomatol.* 2019;27(1):18-30
DOI: 10.25100/re.v27i1.8733

Palabras claves: Pérdida de diente, experiencias de vida, salud bucal, subjetividad.

Introducción

La pérdida dental durante el curso de la vida, aún en la niñez y en la juventud, ha sido representativa históricamente, pero al mismo tiempo ha presentado variabilidad en su visibilidad como problemática. En ello han influido distintos factores, como son la valoración diferencial de acuerdo con la cultura y la predominancia de la investigación de enfoque positivo en el campo de la salud bucal, centrada en establecer relaciones de causalidad de la pérdida dental con la caries dental y la enfermedad periodontal, así como en mostrar la existencia de algunas barreras de acceso a los servicios de salud.

En relación con los aspectos culturales, se reporta que la pérdida dental en diversas regiones se ha

legitimado como parte de un proceso natural durante el curso de la vida, es decir, las personas tienen percepción precaria de sus problemas bucales, como si estos fueran inevitables a medida que avanza la edad. También se reconoce que las sociedades han incorporado distintas representaciones y valoraciones de la salud bucal; sin embargo, es insuficiente el análisis de la situación desde perspectivas culturales y sociales.

En buena medida el fenómeno ha sido analizado de manera preferente mediante indicadores epidemiológicos, a través de los cuales se ha logrado establecer que la proporción de niños, jóvenes con pérdida dental, es alta en algunas regiones y refleja inequidad entre grupos sociales, aún donde existen programas avanzados de salud pública en el campo de la salud bucal. Así mismo se ha documentado que existen barreras de acceso a los servicios de salud bucal en muchos países, inclusive en los catalogados como desarrollados. Adicionalmente se señala que las pérdidas dentales son causadas por factores como la precariedad de la salud bucal, dificultades para la utilización de los servicios odontológicos, la modalidad de financiamiento del sistema de salud y la forma de prestación de cuidados odontológicos, entre otros.

Está claro en Colombia que los habitantes de las zonas rurales y centros poblados presentan mayores tasas de edentulismo, lo que además de situaciones de pobreza, refleja barreras de acceso a los servicios tanto preventivos, como educativos y de atención. Estas barreras aumentan progresivamente en distintos países; situación que trae como consecuencia mayor carga de la enfermedad y de necesidades de atención. El cuarto Estudio Nacional de Salud Bucal, presenta el comportamiento de la pérdida dental, reportando que El 70.43% de las personas del país ha perdido uno o más dientes. Esta pérdida presenta un claro comportamiento

asociado con la edad; a los 15 años un 15,28% de los niños ya presenta pérdida de algún diente y a los 18 años está afecta el 19,67% de personas. Con el interés de superar esta situación, las políticas de salud de Colombia han trazado varias metas, entre ellas, incrementar en el 20% la población mayor de 18 años sin pérdida dental por enfermedad bucodental prevenible, pero se han implementado acciones educativas y preventivas tradicionales de alcance limitado por su enfoque y cobertura. En menor medida, tanto las investigaciones como las acciones han estado orientadas al abordaje de otros aspectos que pudieran enriquecer tanto el análisis del fenómeno, como la definición de acciones para su mejoramiento.

Por lo anterior, este estudio se interesó en acercarse a dimensiones subjetivas, teniendo en cuenta que traer las experiencias de las personas a la investigación científica en el campo de la salud es retomar su valor, perdido a partir del desarrollo de la ciencia moderna, que solamente consideró válida su certificación científica mediante el experimento, es decir, excluyó la experiencia tradicional derivada del sentido común y de las vivencias cotidianas, para tratar de ordenarla, cuantificarla, despojarla de incertidumbre. Esto ha llevado a un análisis reduccionista de los problemas, puesto que no se tiene en cuenta que lo que sucede con las experiencias en torno a la salud y al cuerpo constituyen un sustrato simbólico y son un terreno de peso sustantivo para la vida social.

La predominancia de una única forma de acercarse al conocimiento en el campo de la salud, ha sido de importancia por sus logros, pero hoy debido a la continuidad de ciertas situaciones y a la insuficiencia de los elementos brindados por la producción científica de enfoque positivo para superarlas, existe una crisis y la necesidad de ampliación de las perspectivas y de los campos de estudio, con el fin de propiciar un mayor alcance

de las prácticas científicas para acercar la salud al mundo de la vida. La pérdida dental temprana es un fenómeno que requiere ser objeto de estudio como realidad en conexión con aspectos estructurales de una sociedad, pero también debe ser comprendida como historia singular que viven los sujetos en la cotidianidad, en la que las experiencias dan sentido a la percepción de cada persona sobre un fenómeno particular. Es decir, intentar construir marcos comprensivos para las situaciones de salud, que faciliten captar la lógica y la autonomía de las microrealidades.

Objetivos

Comprender las experiencias relacionadas con la pérdida dental para un grupo de niños y jóvenes de la ciudad de Medellín.

Develar los significados y las implicaciones de la problemática para los participantes en el estudio.

Metodología

Estudio cualitativo que retoma elementos del enfoque y método fenomenológico, por el interés de comprender los significados y las experiencias relacionadas con la pérdida dental, vividas por un grupo de veinte niños y jóvenes entre los 13 y los 20 años, inscritos en un contexto social, histórico y cultural en el cual interactúan y construyen relaciones, pero teniendo en cuenta que para la fenomenología cada sujeto tiene una relación particular con el mundo.

Aquí la fenomenología como teoría y como método se aplica al mundo social, con el propósito de facilitar la interpretación y la comprensión. Lo anterior quiere decir que el estudio se inscribe en la fenomenología social propuesta por Alfred Schütz, quien plantea la construcción de una sociología comprensiva, centrada en el mundo intersubjetivo, que no es un mundo privado, sino por el contrario un mundo común para todos los hombres en cuanto todos pueden tener la

experiencia de la intersubjetividad. Ella existe en el presente “vivido” en el cual hablamos y nos escuchamos unos a otros. Desde esta perspectiva la experiencia humana tiene sentido para aquellos que la viven y de esta manera puede ser conscientemente expresada. La fenomenología social se interesa en cómo los miembros de una sociedad constituyen el mundo de la vida diaria, especialmente cómo desarrollan conscientemente significados de las interacciones sociales. Como técnica de recolección de la información, se utilizó la entrevista en profundidad, realizada a cada uno de los participantes, siguiendo el modelo de una conversación y no de un intercambio formal de preguntas y respuestas. Consistió en encuentros entre el investigador y los niños y jóvenes, dirigidos hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto de sus vidas, experiencias o situaciones, tal como las expresan con sus propias palabras (20).

Procesamiento y análisis de la información.

Proceso de condensación de los datos en unidades de significado, para facilitar la descripción, interpretación y comprensión en torno a categorías de análisis. El análisis de los datos fenomenológicos procede a través de la metodología de la reducción, el análisis de declaraciones o afirmaciones específicas de temas, y una búsqueda de todos los significados posibles (18).

Las veinte entrevistas realizadas fueron grabadas y transcritas. Luego se hizo un proceso de entrega de esta transcripción a cada uno de los sujetos participantes, para que hicieran una revisión y aportaran elementos complementarios o resaltarán aspectos que según su opinión requerían una mayor discusión con el investigador. Según la perspectiva fenomenológica, en primera instancia el fenómeno analizado se reduce mediante dos procesos denominados reducción natural y reducción eidética. La reducción natural consiste

en traer a la conciencia de los actores el fenómeno, a través de la narración de las experiencias y los significados más representativos, en este caso, en relación con la pérdida dental temprana. La reducción eidética es un proceso mediante el cual los investigadores reflexionan acerca de las experiencias de los participantes, implica lo que llaman algunos autores la suspensión de las creencias o reducción fenomenológica, denominada también “suspensión temporal del juicio”, con el fin de comprender el fenómeno a través de las voces de los informantes. El reporte fenomenológico termina cuando el lector comprende mejor la estructura esencial invariante o esencia de la experiencia, reconociendo su significado unificador.

Resultados

1. Categoría Preestablecida: Experiencias relacionadas con la pérdida dental temprana.

1.1 Categoría Emergente: Las experiencias dolorosas determinaron la decisión de optar por la extracción dental.

1.2 Categoría Emergente: La experiencia de perder los dientes se relaciona con la aparición de emociones como la vergüenza y la resignación.

2. Categoría Preestablecida: significados y relaciones de la pérdida dental con aspectos sociales y de atención odontológica.

2.1 Categoría Emergente: El miedo al odontólogo y al proceso de atención odontológica son imaginarios colectivos que influyen en la pérdida dental temprana.

2.2 Categoría Emergente:

Implicaciones de la pérdida dental en las relaciones afectivas y en el ámbito laboral.

Conclusiones

El estudio contribuyó a la ampliación de los

marcos comprensivos, develando que la pérdida dental es un padecimiento atravesado por emociones como la vergüenza y el miedo. Transformar estas realidades, requiere además de la implementación de acciones en lo macro social, construir procesos educativos orientados a superar el imaginario que asocia la práctica odontológica con experiencias dolorosas, y generar capacidades que posibiliten el ejercicio de una práctica profesional más humana que instrumental.

Referencias bibliográficas

World Health Organization. Oral Health in ageing societies. Integration of oral health and general health. Internet. Geneva: World Health Organization, 2006 actualizado 3 Jun 2006; citado 5 nov 2018. Disponible en: [https://www.who.int/oral_health/events/Ageing_societies/en/Silva SRC, Castellanos-Fernandes RA. Autopercepção das condições de 27 saúde bucal por idosos. Rev Saude Publica. 2001;35\(4\):349-55.](https://www.who.int/oral_health/events/Ageing_societies/en/Silva SRC, Castellanos-Fernandes RA. Autopercepção das condições de 27 saúde bucal por idosos. Rev Saude Publica. 2001;35(4):349-55.)

González-Martínez F, Puello del Río E, Díaz-Caballero A. Representaciones Sociales sobre la Salud y Enfermedad

Oral en familias de La Boquilla Cartagena-Colombia. Rev Clín Med Fam. 2010;3(1):27-35.

Friedman PK, Lamnster IB. Tooth looss as a predictor of shortened longevity: exploring the hypothesis. Periodontol 2000. 2016;72(1):142-52.

Sussex PV, Thomson WM, Fitzgerald RP. Understanding the 'epidemic' of complete tooth loss among older New Zealanders. Gerodontology. 2010;27(2):85-95.

Henriques-Simoni JC, Soares G, Santillo H, Moura C, Santos-Gusmao E, De Souza Coelho-Soares R. Impacto del edentulism en la calidad de vida de individuos Brasileños. Acta Odontol Venez. Internet. 2013 citado 3 Oct 2018.;51(3). Disponible en:

<https://www.actaodontologica.com/ediciones/2013/3/art-9/#>

Ministerio de Salud y Protección Social. IV Estudio Nacional de Salud Bucal: ENSAB IV: Para saber cómo estamos y saber qué hacemos. Bogotá: MinSalud; 2014.

Petersen PE. The World Oral Health Report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century—the approach of the WHO Global Oral Health Programme. Community Dent Oral Epidemiol. 2003; 31:3-24.

Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. Bogotá: MinSalud; 2013.

Agamben G. Infancia e historia: Destrucción de la experiencia y origen de la historia. Buenos Aires: Adriana Hidalgo Editora; 2001.

Pedraza Gómez Z. La educación del cuerpo y la vida privada. Historia de la vida privada en Colombia. Los signos de la intimidad. El largo siglo XX. Vol 2. Bogotá: Taurus; 2011.

Ashner-Restrepo C. La vida que somos: conversación con Zandra Pedraza. Nómadas. 2017;46(12): 200-211.

Minayo MCDS. Origen de los argumentos científicos que fundamentan la investigación cualitativa. Salud Colect.

2017;13(4):551-575.

Laza Vasquez C, Pulido Acuña GP, Castiblanco Montañez RA. La fenomenología para el estudio de la experiencia de la gestación de alto riesgo. Enferm Glob. Internet. 2012 citado 3 Oct 2018.; 11(28):295-305. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412012000400015&lng=es.

Arcos-Griffiths E, Vollrath-Ramírez A, Muñoz-González LA, SánchezSegura X. Comprensión de la gestión de la política pública de protección integral de la infancia en Chile. Rev Gerenc Polít Salud. 2016; 15(31):52-62.

Contreras-de la Fuente HS, Castillo-Arcos LDC. Fenomenología: una visión investigativa para enfermería. Cul Cuid. 2016; 44:15-24.

Miele- Barrera MD, Tonon G, Alvarado-Salgado SV. Investigación cualitativa: el análisis temático para el tratamiento de la información desde el enfoque de la fenomenología social. Univ Humanist Internet. 2012 citado 11 Oct 2018.; ;74:195-225. Disponible en:<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=79125420009>

Dukes S. Phenomenological methodology in the human sciences. J Relig Health. 1984;23(3):197-203.

Pinto de Jesus MC, Capalbo C, Barbosa

Merighi MA, Moura de Oliveira D, Romijn Tocantins F, Rêgo Deusdará Rodrigues BM, Leão-Ciuffo, L. The social phenomenology of Alfred Schütz and its contribution for the nursing. *Rev Esc Enferm USP*. 2013;47(3):728-33.

Taylor SJ, Bogdan R. Introducción a los métodos cualitativos en investigación. La búsqueda de los significados. Vol 1. Barcelona: Editorial Paidós; 1987.

Sánchez Muñoz R. El problema de la crisis desde la fenomenología de Edmund Husserl. *Escritos*. 2015;23(50):157-177.

Morse JM, Field PA. Nursing research: The application of qualitative approaches. Cheltenham: Chapman & Hall; 1996.

Franco-Cortés ÁM, Roldán-Vargas O. Sentido de la responsabilidad con la salud: perspectiva de sujetos que reivindican este derecho. *Rev Latinoame Cienc Soc Niñez Juv*. 2015;13(2):823-835.

Martínez EM, Quintero-Mejía M. Base emocional de la ciudadanía. Narrativas de emociones morales en estudiantes de noveno grado. *Rev Latinoame Cienc So Niñez Juv*. 2016;14 (1):301-313.

Abreu MHNG, Pordeus IA, Modena CM. Representações sociais de saúde bucal entre mães no meio rural de Itaúna (MG), 2002. *Cienc Saúde Colet*. 2005;10(1):245-259.

Padilla-Loredo S, Cerón-Arguelles J. Determinantes culturales, económicos, históricos, políticos y sociales de la salud bucal. *Medwave*. Internet. 2012 citado 11 Oct 2018.;12(7): e5452. Disponible en:<https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Revisiones/Análisis/5452>

Luna E, Aristizabal C, Arango A.C, Betancur PA, Mejía P.N, Ramírez O.C. Factores sociales, culturales e históricos

que influyeron en la pérdida dental de adultos mayores. *Valle de Aburrá* 2000. *CES Odontol*. 2001;14(1):14-18.

Ferreira AAA, Piuvezam G, Werner CWA, Alves MSCF. A dor e a perda dentária: representações sociais do cuidado à saúde bucal. *Ciêns Saúde Colet*. 2006;11(1): 211-8.

Mendonça TC. Mutilação dentária: concepções de trabalhadores rurais sobre a responsabilidade pela perda dentária. *Cad Saúde Pública*. 2001;17(6):1545-7.

Abadía Barrero CE. Pobreza y desigualdades sociales: Un debate obligatorio en salud oral. *Acta Bioet*. 2006;12(1):9-22.

Ley 1098 en línea. Bogotá: Congreso de la República de Colombia; 2006 citado el 3 de octubre de 2018. Disponible en:https://www.oas.org/dil/esp/Codigo_d29e_la_Infancia_y_la_Adolescencia_Colombia.pdf

Cortés-Castaño N, Jaramillo Delgado GH, Yepes Delgado FL, Beltrán Salazar

M. La formación integral en la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia. 2ª ed. Medellín. Biogénensis Fondo Editorial Universidad de Antioquia; 2012.

Escobar-Paucar G, Sosa-Palacio C, Sánchez-Mejía A. Salud bucal: representaciones sociales en madres gestantes de una población urbana. Medellín: Colombia. *Ciêns Saúde Colet*. 2011;16(11):4533-4540.

Bloque temático Atención en Salud Bucal

Título: Cobertura de los servicios de salud bucal en Medellín, 2015.

Autores: Jairo Humberto Restrepo-Zea², Paula Andrea Castro-García³, Lina Patricia Casas-Bustamante⁴, John Edison Betancur-Romero⁵, Mayra Alejandra López-Hernández⁶, Carolina Moreno-López⁷, Vanessa Rangel-Valencia.

Publicado en: Revista Facultad de Odontología Universidad de Antioquia, Vol 32 N°2, segundo semestre 2020, <https://revistas.udea.edu.co/index.php/odont/article/view/337090/20803987>

Palabras clave: Salud bucal, servicios de salud dental, cobertura de servicios de salud, cobertura de servicios públicos de salud.

Introducción

A pesar de los avances en la cobertura de la seguridad social en salud, la población colombiana enfrenta barreras al acceso. En salud bucal, si bien el plan de beneficios es amplio, la cobertura de los servicios a cargo de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) es baja.

Objetivos

Analizar la cobertura de los servicios odontológicos entre la población afiliada en Medellín en 2015.

Metodología

Estudio mixto con un componente central cuantitativo para estimar la cobertura esperada, según necesidad normativa, necesidad expresada, y la cobertura real a partir de registros de prestación de servicios de los afiliados que, en 2015, accedieron a servicios odontológicos en la red de seis EPS. También se desarrolló un componente cualitativo, a partir de entrevistas a referentes de salud bucal en las EPS.

Resultados

Para atender las necesidades de la población afiliada se requerían en el año 9.6 millones de actividades de protección específica y detección temprana, siguiendo los lineamientos normativos, y 6.8 millones de actividades para atender los diagnósticos de caries y periodontitis. La cobertura real apenas habría sido del 10,6%, y en las EPS del estudio entre 16% y 23%.

Conclusiones

La brecha entre los servicios necesarios y los prestados supera el 70%, lo cual puede deberse especialmente a factores sociales y culturales y a una baja demanda inducida. A la par con mayores recursos, esto debe ser tenido en cuenta para mejorar la cobertura y lograr un mayor impacto en salud bucal.

Referencias bibliográficas

1. Organización Mundial de la Salud. Cobertura universal de salud. OMS/OPS (Internet). 2014; Available in: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9392:universal-health-coverage&Itemid=40690&lang=es
2. Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo. objetivos de desarrollo sostenible. UNDP (Internet). 2015; Available in: <https://www.undp.org/content/undp/es/home/sustainable-development-goals.html>
3. Horton R, Das P. Universal health coverage: not why, what, or when—but how? *Lancet*. 2014; 385(9974): 1156-7. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61742-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61742-6)
4. FDI World Dental Federation. El desafío de las enfermedades bucodentales: una llamada a la acción global. Atlas de la salud bucodental: 2nd ed. Brighton, RU; 2015.
5. Taller de salud oral para las Américas: memorias. México; 23 al 25 de abril 2009. México: Secretaría de Salud; 2009.
6. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Informe al Congreso de la República 2018-2019. Colombia; 2019. Available in: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PES/informe-congreso-minsalud-20018-2019.pdf>
7. Universidad de Antioquia. Centro de Investigaciones y Consultorías (CIC). Grupos de Economía de la Salud (GES). Transición en el sistema de salud colombiano. Observatorio de la Seguridad Social. 2015; 15(30): 1-24.
8. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Informe nacional de la atención en salud 2015. Colombia; 2015. Available in: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/informe-nal-calidad-atencion-salud-2015.pdf>
9. Otálvaro Castro GJ, Zuluaga Salazar SM, Jaramillo Delgado G, Ternera Pulido JH, Sandoval S. Políticas de salud bucal en Colombia en el marco del sistema general de seguridad social en salud: una aproximación panorámica. En: Observatorio Iberoamericano de políticas públicas en salud bucal: construyendo un bloque por más salud bucal. 2nd ed. Sao Paulo; 2018. p. 2-12.

10. Cortés Franco AM, Ramírez Puerta S, Escobar Paucar G, Isaac Millán M, Londoño Marín P. Barreras de acceso a los servicios odontológicos de niños y niñas menores de 6 años pertenecientes a familias desplazadas. *Rev CES Odont.* 2010; 23(2)41-48.
11. Colombia. Ministerio de Salud. La reforma de la seguridad social en salud: antecedentes y resultados. EC editor. Santafé de Bogotá; 1994.
12. Ternera JH. Financiamiento de la salud oral en el marco del sistema general de seguridad social en salud. Secretaría Distrital de Salud. Bogotá 2010.
13. Comité Interinstitucional odontológico de Antioquia. Promover salud bucal como componente de la salud general. Periódico El pulso. Agosto del 2011.
14. Restrepo JH, Castro P, Casas L, Betancur E, Martínez E, López M, Rangel V, Moreno C. Informe de investigación: cobertura y costos de los servicios de salud bucal en el plan de beneficios; Proyecto: análisis de la suficiencia de la UPC para servicios de salud bucal. Medellín; 2018. Available in: https://www.medellin.gov.co/irj/go/km/docs/pccdesign/medellin/Temas/Salud_0/Programas/Shared%20Content/Salud%20Bucal/Informe%20final%20salud%20bucal.pdf
15. Medellín. Secretaría de Salud. La boca Convoca: política pública de salud bucal, 2013-2022: balance del primer semestre de 2018. Medellín; 2018. Available in: https://www.medellin.gov.co/irj/go/km/docs/pccdesign/medellin/Temas/Salud_0/Programas/Shared%20Content/Salud%20Bucal/01%20Bolet%C3%ADn%20PP.pdf
16. Moreno Bedoya JP, González Penagos C, Calle Henao N, Berruecos Orozco C, Cano Gómez M. Experiencia de caries dental en aprendices del programa técnico en salud oral del Sena, Medellín, 2014. *Rev Nac Odontol.* 2015; 11(21): 65-73. DOI: <http://dx.doi.org/10.16925/od.v11i21.944>
17. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. IV Estudio Nacional de Salud Bucal (ENSAB IV): Situación en la Salud Bucal. Colombia; 2014. Available in: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENSAB-IV-Situacion-Bucal-Actual.pdf>
18. Organización Panamericana de la Salud (OPS). 138a Sesión del Comité Ejecutivo: informe final. Washington D.C.; 2006. Available in: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/5676/ce138-fr-s.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
19. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Lineamientos estrategia incremental de cuidado bucal y protección específica en salud bucal para la primera infancia, infancia y adolescencia: estrategia "Soy generación más sonriente". Bogotá; 2016. Available in: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/lineam-soy-genrsn-mas-sonrnt-2017.pdf>
20. Hinton E, Paradise J. Access to dental care in medicaid: spotlight on nonelderly adults. The Kaiser commission on Medicaid an the uninsurance. 17 de Marzo de 2016.
21. Obeidat SR, Alsa'di AG, Taani DS. Factors influencing dental care access in Jordanian adults. *BMC Oral Health.* 2014; 14: 127. DOI: <https://doi.org/10.1186/1472-6831-14-127>
22. Higuera L, Prada SI. Barrier to access or cost share? coinsurance and dental-care utilization in Colombia. *Appl Health Econ Health Policy.* 2016; 14(5): 569-78. DOI: <https://doi.org/10.1007/s40258-016-0251-4>
23. Listl S, Moeller J, Manski R. A multi-country comparison of reasons for dental non-attendance. *Eur J Oral Sci.* 2014; 122(1): 62-9. DOI: <https://dx.doi.org/10.1111%2Feos.12096>
24. Restrepo, JH. Introducción a la Economía de la Salud en Colombia. Medellín: Centro de Investigaciones Económicas, Universidad de Antioquia; 2008.

Título: Factores determinantes para la atención clínica odontológica de pacientes con discapacidad.

Autores: Alejandra Cataño Valderrama, Nathaly Álvarez Arredondo, Daniela Rendón Figueroa, Clara Isabel Larrea Mejía, Angie Paola Arce Osorio, Leidys Helena Rivera Quiroz.

Publicado en: Revista Acta Odontológica Colombiana <https://doi.org/10.15446/aoc.v10n2.83726>

Palabras claves: Personas con discapacidad; paciente con discapacidad; práctica odontológica; atención clínica odontológica; atención para personas con discapacidades; salud de la persona con discapacidad; atención inclusiva; conocimientos, actitudes y práctica en salud; factores determinantes de la atención en salud; infraestructura sanitaria.

Introducción

La discapacidad se define según la Organización Mundial de la Salud (OMS), (1) como un término general que abarca las deficiencias, limitaciones de la actividad y restricciones de la participación que una persona pueda tener. Las personas con discapacidad (PCD) son consideradas una población vulnerable debido a que, además de enfrentar condiciones específicas en su fisiología, enfrentan obstáculos políticos, legislativos, actitudes negativas, creencias y prejuicios, traducidos como discriminación, los cuales afectan su vida, interacción social y, por ende, su salud, aquella que se comprende integralmente como física, social y mental.

En el contexto colombiano, el sistema de salud presenta múltiples barreras de acceso a la población en general. Sin embargo, para la población con discapacidad estas barreras se magnifican desde la atención, financiación, accesibilidad, continuidad y participación, hasta la falta de acceso a datos rigurosos y pruebas objetivas sobre la disponibilidad de programas que permiten garantizar sus derechos.

Según cifras del Banco Mundial para el 2019, en el mundo existen más de 1000 millones de personas con alguna discapacidad; según el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), en Colombia, hay 3'065.361 de PCD (7,1% de la población nacional para noviembre de 2019), aunque solo 1'521.114 personas se encuentran en el Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad (RLCPD); por su parte en Antioquia están registradas 177,992 personas según la Sala Situacional de las Personas con Discapacidad del 2018 aunque se estima que la cifra es mayor debido al subregistro; y para el año 2016 en el Área Metropolitana, 88.561 personas de la población padecía algún tipo de discapacidad, cifra que no ha sido actualizada.

A partir de la revisión de estudios sobre el manejo de la salud bucal de personas con discapacidad se encontró que estos pacientes padecen una inadecuada higiene bucal y enfermedades bucales asociadas a esta (entre las que se encuentran caries, enfermedad periodontal, edentulismo). A esto se suma la limitación en la atención odontológica debido a que la capacitación y la intención de atenderlos por parte de los odontólogos es insuficiente o nula, consecuencia derivada de la insuficiencia de programas que cubran de manera completa la formación del profesional en este ámbito. Asimismo, se identificó que la infraestructura de los sitios de trabajo es inadecuada y que la prestación equitativa y humana de los servicios no está presta para esta población.

En relación con las anteriores observaciones, es preciso aludir a que la odontología, como disciplina de la salud, debe reconocer los retos que implica la atención de esta población. Estos abarcan desde la infraestructura, ya que se requieren condiciones arquitectónicas y equipos especiales; la formación profesional, en tanto es esencial la profundización de conocimientos sólidos para la identificación de patologías y tratamientos oportunos, hasta el desarrollo de estrategias comunicativas para mejorar la atención, la educación en higiene bucal y la

implementación de protocolos de acción y medios de apoyo. La implementación de estas variables permitirá a los profesionales asumir la dificultad que genera la llegada de un paciente con discapacidad en la rutina de un consultorio y brindar una atención especializada.

Adicionalmente, la odontología como ciencia, cuyo objetivo es cuidar la salud bucal de las personas, debe empezar a entender el mecanismo de padecimiento de enfermedades bucales en estos pacientes y preguntarse si tal vez es la profesión quien limita la atención preventiva y por ende la consulta es tardía, ya cuando la patología está instaurada. Así, aunque existen factores que retrasan la consulta oportuna, los odontólogos deben empoderarse y perder el temor e incluir al paciente con discapacidad dentro de sus consultas.

Objetivos

Identificar los factores que la facilitan o condicionan, con el propósito de aportar a la generación de procesos cognitivos y destrezas para la atención, a través de una estrategia educativa que fortalezca la atención clínica integral.

Metodología

El estudio realizado es de corte descriptivo y alcance explicativo, con enfoque cuantitativo de corte transversal. La población estudiada estuvo conformada por prestadores de servicios odontológicos independientes, que laboran bajo la modalidad de consulta externa privada en el Área Metropolitana del Valle de Aburrá.

Muestra

Para establecer la muestra, se realizó un cálculo probabilístico y un muestreo por criterios, con un nivel de confianza del 95% y un margen de error del 8%; para una muestra total de 147 odontólogos. Los criterios de inclusión para la selección de la muestra fueron: odontólogos generales, especialistas e independientes, que laboraran en el Área Metropolitana, departamento

de Antioquia, y estuvieran inscritos en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud -REPS-.

Instrumentos de recolección de información

Se diseñó un instrumento tipo encuesta virtual, que luego fue sometido a validación de contenido por medio del método Delphi y un panel de expertos, conformado por dos psicólogos y dos odontólogos. La prueba piloto fue desarrollada con el 10% de la muestra total que permitió realizar una evaluación de la claridad del constructo. Posteriormente, se aplicó el instrumento a los odontólogos que cumplieron los criterios de inclusión. Se midieron variables de caracterización, conocimientos, habilidades, infraestructura y percepción sobre la atención y práctica clínica con el paciente con discapacidad. Los odontólogos participantes fueron contactados vía correo electrónico, tanto para brindarles información sobre la investigación, como para compartirles la retroalimentación posterior al análisis de los datos. La encuesta se diseñó usando la plataforma Google Formularios, que permitió el almacenamiento de los datos de forma virtual y en orden de respuesta, la monitorización del número de respuestas, la consolidación de una base de datos automática y sobre todo, el análisis de la información.

Análisis de datos

Para el procesamiento de datos se utilizó el paquete estadístico PRISM® (versión 6,07 con licencia de la Fundación Universitaria Autónoma de las Américas). Se realizaron los siguientes análisis: uno descriptivo, por medio de distribución de frecuencias, y un segundo de tipo inferencial, posterior a una prueba de distribución muestral, por medio del coeficiente de correlación Phi(Φ) para tablas de contingencia 2x2 y el coeficiente V de Cramer (C) para tablas de contingencia 3x3. Los análisis se realizaron así debido a la distribución no normal de las variables, el nivel de medición nominal, su naturaleza categórica y la presencia de un análisis multivariado, de tipo regresión logística binaria.

Consideraciones éticas

Se diseñó, para obtener la autorización de los participantes, un consentimiento informado, que permitió verificar la aceptación de la participación en la investigación, además de una política de protección de datos personales. De acuerdo con la Resolución 8430 del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, este estudio se cataloga como uno de riesgo mínimo, característica con la que obtuvo el aval del Comité de Ética Institucional de la Institución Universitaria Visión de las Américas (el 14 de diciembre de 2018). Durante la ejecución de la investigación se tuvieron en cuenta los principios éticos enmarcados en dicha resolución.

Resultados

Caracterización de la población participante

Teniendo en cuenta que la muestra total fue de 147 odontólogos, para la caracterización se tuvieron en cuenta las variables de sexo, grado de formación, lugar de trabajo y años de experiencia clínica. Así, de los participantes el 60,5% (89) fueron mujeres y el 39,5% (58) hombres; el 59,2% (87) afirmó desempeñarse como odontólogos generales y el 40,8% (60) como especialistas. En cuanto al lugar de trabajo, el 63,9% (94) labora en Medellín y el 36,1% (53) restante está distribuido en los diferentes municipios que conforman el Área Metropolitana del Valle de Aburrá. Con respecto a la experiencia clínica, el 28,6% (42) tiene entre 1 y 3 años de experiencia, el 19,7% (29) entre 4 y 7 años, el 18,4% (27) entre 8 y 11 años, el 10,9% (16) de 12 a 15 años y el 22,4% (33) más de 15 años.

Conocimientos y habilidades frente a la atención del paciente con discapacidad

El 52,4% (77) de los participantes afirmó haber recibido educación para el manejo de personas con discapacidad durante su formación

profesional. De estos, el 42,9% (63) la recibió durante el pregrado, el 7,5% (11) en el posgrado y el 3,4% (5) por medio de educación continua. Como resultado, el 95,2% (140) reconoce qué es una discapacidad y el 40,8% (60) considera que tal vez tiene los conocimientos para la atención. Así, solo el 37,4% (55) afirma tener los conocimientos; no obstante, ante una urgencia odontológica, el 83,7% (123) manifiesta que atendería al paciente.

Respecto a las variables de tiempo y momentos en los que debería suceder la consulta, el 49,0% (72) considera que el tiempo de duración de la consulta depende del tratamiento, el 19,0% (28) estima que debe durar 20 minutos, el 15,0% (22) 30 minutos, el 13,6% (20) no sabe cuánto debe durar y el 3,4% (5) dice que debe durar 1 hora. En cuanto al momento de consulta, el 64,6% (95) considera que la atención debe ser en la mañana, el 19,0% (28) no sabe, el 15,0% (22) a cualquier hora, el 0,7% (1) al medio día y el 0,7% (1) en la tarde.

Percepción del odontólogo sobre la atención del paciente con discapacidad

El estudio de la percepción del profesional permitió identificar que el 62,6% (92) estima que las personas con discapacidad tienen oportunidades limitadas para la atención odontológica. Esto debido a que se reconocen las siguientes dificultades en la atención: el 25,9% (38) considera como mayor dificultad el comportamiento del paciente, el 23,1% (34) la infraestructura, el 21,1% (31) la comunicación, el 20,4% (30) la realización de procedimientos (determinada por el uso del sillón odontológico y la comodidad), el 6,1% (9) el lenguaje inclusivo y el 3,5% (5) el conocimiento del profesional. En definitiva, para este apartado, en una escala de 1 a 5, el 4,1% (6) de los encuestados considera que no se siente preparado para atender pacientes con discapacidad, el 15,6% (23) se siente pobremente preparado, el 45,6%

(67) medianamente preparados, el 24,5% (36) preparado y el 10,2% (15) afirma sentirse muy preparado.

Infraestructura para la atención del paciente con discapacidad

El estudio permitió establecer que el 38,8% (57) de los participantes tiene un consultorio o lugar de trabajo ubicado en el primer piso, el 28,6% (42) en el segundo piso, el 8,8% (13) en el tercer piso y el 30,1% (35) en un piso superior al tercero. Así pues, el 60,5% (89) afirma tener la infraestructura adecuada. Puntualmente, el 42,9% (63) manifiesta contar con ascensor, el 42,2% (62) con barra de apoyo al interior del baño, el 32,0% (47) y rampa de acceso, el 30,6% (45) con pisos antideslizantes y el 21,1% (31) con parqueadero apto para personas con condiciones especiales. Con una representatividad menor, el 16,3% (24) afirma que en su lugar de trabajo las puertas abren hacia afuera, el 15,6% (23) manifiesta que las instalaciones cuentan con pendiente en la vía peatonal para el acceso y el 13,6% (20) reconoce tener señalización con texto de alto relieve.

Con relación al símbolo internacional de acceso, el 49,0% (72) manifiesta no tener el símbolo en ningún lugar; el 23,1% (34) afirma hacer uso de este en la unidad sanitaria, el 16,3% (24) dice que lo tiene en la puerta principal de ingreso, el 14,3% (21) en el ascensor, el 12,9% (19) en la sala de espera, el 12,9% (19) en la rampa, el 8,8% (13) en la entrada a la unidad odontológica y el 8,2% (12) en el área de circulación. El uso de la señalización en el consultorio odontológico además de ser una medida inclusiva permite al paciente una orientación espacial que le brinda seguridad, comodidad e independencia; el no tenerla disponible se considera una falta a la normatividad de habilitación para la prestación de servicios de salud.

Práctica clínica de los odontólogos con pacientes con discapacidad

Respecto a variables, relacionadas con el equipo de trabajo, la interacción con el paciente y la capacidad de atención; respuestas y situaciones que rodean la práctica clínica odontológica, se reportan los siguientes hallazgos:

a. El 67,3% (99) reconoce atender pacientes con discapacidad; el 2,0% (3) no sabe si atiende y el 30,6% (45) no atiende. Sin embargo, en caso de no poder atenderlos o no saber cómo hacerlo, el 57,1% (84) sabe dónde remitirlos.

b. Con respecto a la cantidad de PCD atendidas, el 32,0% (47) afirma no atender ningún paciente con discapacidad al mes, el 29,9% (44) un paciente, el 19,7% (29) dos pacientes, el 11,6% (17) tres pacientes, el 2,7% (4) cuatro pacientes y el 4,1% (6) cinco pacientes o más.

c. En el equipo de trabajo que presta la atención, el 75,5% (111) dice que lo complementa el auxiliar, 42,9% (63) los especialistas, el 29,3% (43) los higienistas, el 9,5% (14) el médico y el 5,4% (8) la enfermera.

d. El 34,0% (50) indica que la discapacidad más común que llega a su consulta es la limitación en el desplazamiento, el 27,9% (41) manifiesta que síndrome de Down, el 10,9% (16) afirma que es la discapacidad cognitiva, el 6,1% (9) la discapacidad auditiva, el 1,4% (2) la discapacidad visual y el 2,7% (4) comenta que es el autismo.

e. Para responder a la atención, el 70,7% (104) de los profesionales utiliza estrategias visuales, el 51,7% (76) estrategias manuales, el 21,2% (31) estrategias auditivas y el 19,7% (29) estrategias recreativas.

f. Frente a la interacción durante la atención, el 85,8% (126) reconoce que permite al paciente ingresar con su acompañante. Así, cuando va a dar alguna información o a preguntar, el 74,1% (109) se dirige a la persona y a su acompañante, el 6,1% (9) a su acompañante y el 2,0% (3) solo a las PCD.

g. Respecto a los motivos de consulta más frecuentes, el 53,1% (78) identifica problemas derivados de caries, el 35,4% (52) enfermedad periodontal, el 30,6% (45) dolor; el 28,6% (42) expresa que las consultas son por higiene oral, el 27,9% (41) revisión general, el 17,0% (25) rehabilitación oral, el 11,6% (17) aparatología y el 11,6% (17) por trauma dentoalveolar. El 76,2% (112) de los profesionales no tiene un consentimiento informado específico para la atención a PCD.

h. Sobre las experiencias negativas en atención, el 21,2% (31) indica haberlas tenido. Entre estas destacan: expresiones de violencia física, dificultad en la comunicación con el paciente, comportamiento agresivo, mordeduras, rechazo al tratamiento e irritabilidad de los acompañantes por el no acceso a tratamientos propuestos por ellos o no acordes con el paciente y, por no saber cómo acomodar la unidad odontológica.

i. Acerca de las recomendaciones posteriores a la atención, el 45,6% (67) menciona que recomienda el control odontológico cada 3 meses, el 23,8% (35) cada 6 meses, el 19,0% (28) que no atiende no sabe cada cuánto recomendar control, el 8,8% (13) lo propone cada mes y el 2,7% (4) cada año.

Factores que determinan la atención odontológica del paciente con discapacidad

Por medio de un análisis bivariado se analizó el nivel de covarianza entre atender pacientes con discapacidad y las demás variables del estudio, con el fin de encontrar la fuerza de concordancia y significancia estadística para identificar las variables que estaban relacionadas con mayor fortaleza y someterlas a un análisis multivariado y poder determinar los factores que determinan la atención de pacientes con discapacidad por parte del odontólogo.

Las variables que tuvieron una fuerza de

concordancia superior a la significativa en el análisis de asociación se ingresaron en el modelo de regresión logística.

El modelo es significativo en la medida que explica entre el 0,564 y el 0,786 de la variable dependiente y se clasifican correctamente el 94,6% de los casos; en razón de esto, se aceptó el modelo.

Las variables incluidas en el modelo explican el evento de la atención odontológica al paciente con discapacidad.

De acuerdo con los datos analizados los odontólogos que atienden pacientes con discapacidad son los que mayor cantidad de pacientes han atendido, saben que deben dirigirse al paciente y al acompañante en caso de estar presente y que la frecuencia de citas para control deben ser cada 3 meses. En ese sentido, utilizan estrategias visuales para la atención, brindan atención en caso de presentarse una urgencia odontológica, han tenido menos experiencias negativas y tienen menos años de experiencia en la práctica clínica odontológica. En resumen, de todas las variables seleccionadas aquí, aquella que tiene una mayor fortaleza para explicar el evento de atender pacientes con discapacidad es la relacionada con experiencias negativas durante la atención (mayor exponencial de $b - \text{Exp}(b)$).

Conclusiones

Los factores que determinan la atención del paciente con discapacidad son: tiempo de experiencia en la práctica odontológica, habilidades comunicativas, conocimiento de frecuencia de citas para control, utilización de estrategias visuales, atención de urgencia odontológica y, principalmente, no tener experiencias negativas previas. También es significativo contar con una infraestructura que permita la comodidad del paciente y del clínico,

sentirse preparado y el interés por la atención más allá del factor económico.

Es importante que el odontólogo reflexione sobre las barreras que impone para la atención del paciente con discapacidad y promueva una práctica clínica equitativa e igualitaria.

Referencias bibliográficas

1. Sheiham A. Oral health, general health and quality of life. *Bull World Health Organ.* 2005; 83 (9): 644. <https://doi.org/S0042-96862005000900004>
2. Giraldo-Zuluaga MC, Martínez-Delgado CM, Cardona-Gómez N, Gutiérrez-Pineda JL, Giraldo-Moncada KA, Jiménez-Ruiz PM. Manejo de la salud bucal en discapacitados. Artículo de revisión. *CES Odontología.* 2017; 30(2): 23–36. <http://dx.doi.org/10.21615/cesodon.30.2.3>
3. Toboso M, Arnau M, La discapacidad dentro del enfoque de capacidades y funcionamientos de Amartya Sen. *Revista Iberoamericana de filosofía, Política y Humanidades.* 2008; 10(20): 64–94.
4. Ministerio de Salud y Protección Social Oficina de Promoción Social. Sala situacional de las Personas con Discapacidad (PCD). Biblioteca digital Minsalud Colombia, 2018. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/sala-situacional-discapacidad-junio-2018.pdf>
5. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Estadísticas Antioquia Discapacidad. 2010. Disponible en: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/discapacidad>
6. Jain M, Mathur A, Sawla L, Choudhary G, Kabra K, Duraiswamy P, Kulkarni S. Oral health status of mentally disabled subjects in India. *Journal of Oral Science.* 2009; 51(3): 333–340. <https://doi.org/10.2334/josnusd.51.333>
7. Córdoba Urbano DL, España Coral SS, Tapia GL. Knowledge and attitude of dentist in care of persons with disability. *Univ. Salud.* 2012; 14(1): 78–86.
8. Garrigó M, Sardiñas S, Gispert E, Valdés P, Legón N, Fuentes J, et al. Guías de práctica clínica. *Caries dental.* La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2003.
9. World Health Organization. The global burden of disease: 2004 update. Vol 1. Switzerland, Geneva; 2008.
10. Ordóñez A, Suárez F, Zarate I, Tamayo M, Contreras G, Bernal J, et al. Un modelo de diagnóstico social y manejo interdisciplinario de una población de niños discapacitados institucionalizados. *Rev. Universitas Médica.* 2008. 49(2): 155–171.
11. Campos V, Cartes-Velásquez R. Health care of people with visual or hearing disabilities. *Revista Médica de Chile.* 2019; 147(5): 634–642. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872019000500634>
12. Dao LP, Zwetchkenbaum S, Inglehart MR. General dentists and special needs patients: Does dental education matter? *Journal of Dental Education.* 2005; 69(10): 1107–1115.
13. Salazar CR, Padrón M, Salazar JL. Actitud del odontólogo hacia los niños y adolescentes discapacitados. *Acta Odontológica Venezolana.* 2005. 43(3): 240-251.
14. O'Donnell D, Sheiham A, Yeung KW. The willingness of general dental practitioners to treat people with handicapping conditions: The Hong Kong experience. *J R Soc Promot Health.* 2002; 122(3): 175–80. <https://doi.org/10.1177/146642400212200314>
15. García Flores K, Suárez Zafra D, Huerta Flores K. Panorama of stomatological attention to disabled or special patients. *Revista de Ciencias Médicas La Habana.* 2013; 19 (2).
16. Pérez-Bejarano NM, Ferreira-Gaona MI, Díaz-Reissner CV, Sanabria-Vázquez DA, Torres-Amarilla CD, Acosta-Parra EB, et al. Oral health in adolescents with disabilities from Centro de Educación Especial San Miguel, Guarambaré, Paraguay. *Rev Facultad de Odontología Universidad de Antioquia.* 2017; 29(1): 51–64. <http://dx.doi.org/10.17533/udea.rfo.v29n1a3>
17. Marulanda J, Aramburo E, Echeverri A, Ramírez K, Rico C. Odontología para pacientes autistas. *Revista CES Odontología.* 2013; 26(2): 120–126.
18. Zelocuatecatl Aguilar A, Ávila Rosas H, Caballero Peña ÍN. Actitudes y prácticas ante la búsqueda de atención odontológica en personas de la ciudad de México. Estudio cualitativo. *Universitas Odontológica.* 2019; 38(80). <https://>

doi.org/10.11144/Javeriana.uo38-80.apba

19. Luengas Aguirre MIF, Luengas Quintero E, Sáenz Martínez LP. Atención odontológica a personas con discapacidad intelectual: una cuestión de derecho. *Revista ADM*. 2017; 74(5): 269–274.

20. González H, Conti R, Izurieta G, Vera A, Meza M, de la Quintana D, et al. Servicio de Atención Odontológica Interdisciplinaria para Personas con Discapacidad. *Rev Fac Odont*. 2017; 27(3): 1–2.

21. Gaitán HF, Sánchez-Mendoza F, González-Colmenares G. Barreras físicas y estructurales para el tratamiento odontológico de personas con discapacidad motora. *Revista Nacional de Odontología*. 2013; 9(17): 41–6. <https://doi.org/10.16925/od.v9i17.574>

22. Gutiérrez Quiroz D. Barreras de acceso en salud oral y su importancia sobre la planeación estratégica de una clínica odontológica. Trabajo de grado para obtener el título de Especialista en Alta Gerencia. Bogotá: Universidad Militar Nueva Granada. 2015.

23. Russell G, Kinirons M. A study of the barriers to dental care in a sample of patients with cerebral palsy. *Community Dent Health*. 1993; 10(1): 57–64.

24. Martínez SE, Encina Tutuy AJ, Barrios CE, Dho MS, Romero MA, López Vallejos MJ, et al. Estrategias de prevención en el paciente con deficiencia auditiva. *Revista Facultad de Odontología*. 2019; 12 (1): 47–53. <http://dx.doi.org/10.30972/rfo.1213874>

25. Rouleau T, Harrington A, Brennan M, Hammond F, Hirsch M, Nussbaum M, Bockenek W. Receipt of dental care and barriers encountered by persons with disabilities. *Spec Care Dentist*. 2011; 31(2): 63–67. <https://doi.org/10.1111/j.1754-4505.2011.00178.x>

26. Bindal P, Wen C, Bindal U, Zaman S, Zainuddin Z, Lionel A. Dental Treatment and Special Needs Patients (SNPs): Dentist's Point of View in Selected Cities of Malaysia. *An International Journal of Medical Sciences*. 2015; 26(1): 152–156.

27. Nieto López E, Montoya GM, Cardona EM, Bermúdez LF. Perfil sociodemográfico y laboral de los odontólogos en la ciudad de Medellín. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*. 2000; 18(2): 41–53.

28. Owens J. Barriers to oral health promotion in the Republic of Ireland. *Scand J Public Health*. 2011; 39(6 Suppl): 93–97. <https://doi.org/10.1177/1403494810371144>.

29. Casamassimo PS, Seale NS, Ruehs K. General dentists' perceptions of educational and treatment issues affecting access to care for children with special health care needs. *J Dent Educ*. 2004; 68(1): 23–28.

30. Adyanthaya A, Sreelakshmi N, Ismail S, Raheema M. Barriers to dental care for children with special needs: General dentists' perception in Kerala, India. *J Indian Soc Pedod Prev Dent*. 2017; 35(3): 216–222. doi: 10.4103/JISPPD.JISPPD_152_16

Título: Humanización de los servicios odontológicos, prácticas seguras y atributos de calidad desde la perspectiva del profesional, el estudiante y el paciente, Medellín 2020.

Autores: Luisa Fernanda Cataño Chaverra, Karla Andrea Marín Orrego, Angélica Peralta Calle, Vanessa Rodríguez Sosa, María Camila Quintero Peláez, Leidys Helena Rivera Quiroz, Verónica Saldarriaga Bolívar.

Palabras claves: Seguridad del paciente, calidad de atención, humanización de la atención.

Introducción

La seguridad del paciente y el trato humanizado en su atención es un componente esencial que comprende una práctica odontológica segura y de calidad asistencial, actualmente la seguridad del paciente se considera una cuestión primordial en la práctica clínica, se procura que los estudiantes y profesionales de la odontología sean conscientes y muestren interés por la seguridad y atención humanizada de los pacientes durante la consulta y atención odontológica. Si bien la salud no es considerada plenamente la ausencia de la enfermedad si no que comprende y articula muchas otras situaciones, al hablar de

seguridad no solo se trata de minimizar el riesgo de contagio o que ocurran accidentes durante la atención del paciente, sino que también involucra circunstancias como competencias y prácticas seguras por parte de los profesionales para garantizar la seguridad del paciente y el trato humanizado de manera directa o indirecta en la atención clínica.

Actualmente El Ministerio de Salud y Protección Social ha dispuesto para los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), los elementos del Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud, en los cuales se pretende convertir en temas de gran prioridad la humanización de los servicios, la seguridad, coordinación y transparencia, así como algunas orientaciones para la calidad y humanización de la atención integral en salud, de esta manera poder generar el mejoramiento de la intervención odontológica para optimizar la práctica clínica .

Constantemente se realizan estudios relacionados con la seguridad del paciente en las diferentes áreas de la salud, la odontología no es la excepción, aunque no es tan extensa la evidencia del tema en dicha área, teniendo en cuenta lo anteriormente mencionado, el presente estudio pretende denotar esa carencia en la salud pública y por ende aportar a la misma. La prestación de servicios en salud requiere responder a ciertas expectativas de los usuarios y de los prestadores de salud. Para el caso de estos últimos, surgen indicadores para determinar cómo proporcionar el más alto nivel de calidad en la atención clínica odontológica para garantizar una atención humanizada y de alta calidad siguiendo todos los parámetros de seguridad para el paciente y así poder satisfacer las necesidades de este.

El paciente se debe abordar como un todo en general y hacerlo participe al momento de su atención, pues la relación entre el profesional y el paciente no se basa en solo dar información,

la atención de calidad es relevante para ellos, sin embargo, es importante reconocer que al hablar de calidad, se hace referencia a un concepto al que se le han atribuido múltiples definiciones, de modo que usuarios y prestadores de la salud lo perciben de diferentes maneras según su subjetividad, por lo cual se debe realizar una articulación general de su significado y las implicaciones que el mismo concepto acarrea.

La percepción de calidad que tienen los pacientes depende de la experiencia y la participación que se le proporciona durante la atención; desde una perspectiva individual, es el usuario el que define la calidad de la atención sanitaria, ya que intervienen sus expectativas y valoraciones sobre los costos, los beneficios y los riesgos que existen. La satisfacción del paciente se entiende como un concepto multidimensional cuyos componentes varían en función al tipo de prestación, es decir, la percepción no es la misma que se tiene durante una atención de valoración a la que se puede tener durante el desarrollo de un tratamiento.

El grado de satisfacción del usuario gira en función del trato amable que recibe del personal durante la atención, el tiempo que se dedica para explicarle el procedimiento, así como la ausencia de dolor durante el desarrollo de la consulta y el tratamiento finalizado. En la medida que la explicación de los procedimientos durante la atención odontológica se dé, se genera más cultura del cuidado de la salud bucal en los pacientes. La calidad de la atención es aquella que se espera que pueda proporcionar al usuario el máximo y más completo bienestar.

La calidad de atención desde la percepción del paciente genera una gran expectativa en cuanto al servicio que este va a recibir, en el área odontológica se toman en cuenta dos aspectos diferenciados pero que conforman en si un todo, el aspecto interpersonal y el aspecto clínico que a su vez es medido con los resultados del

tratamiento. (Arias & Musteiler, 2014), menciona que se aborda el ámbito de la subjetividad al hablar de satisfacción ya que se establecen relaciones interpersonales más allá de aplicar técnicas y procedimientos.

El paciente debe ser participe en la toma de decisiones a partir de la información proporcionada por el personal odontológico, es decir, el paciente es quien decide sobre su proceso, el profesional informa y encamina sobre esta decisión siempre y cuando esta decisión sea coherente con la necesidad del misma.

Objetivos

Determinar la valoración que le dan los estudiantes, profesionales y pacientes de una clínica odontológica universitaria de Medellín con respecto a la humanización de los servicios de salud, las prácticas seguras y los atributos de la calidad en el año 2020; las diferencias en las valoraciones y los factores que mayor efecto tienen en cada una de estas dimensiones.

Metodología

Se realizó un estudio cuantitativo analítico de corte transversal. Se recopiló información de pacientes, estudiantes y profesores de la clínica odontológica de una facultad de odontología en la ciudad de Medellín. Esta fue recolectada entre los meses de junio y julio del año 2020 (debido a la cuarentena por Covid-19 el contacto a los pacientes debió realizarse de forma virtual, lo que afectó el tamaño de la muestra de pacientes). Se indagó sobre aspectos sociodemográficos, humanización de los servicios odontológicos, prácticas seguras y atributos de calidad de la práctica clínica.

Se realizó un muestreo estratificado y un cálculo probabilístico con un nivel de confianza del 95% y un margen de error del 5%. El tamaño de la muestra fue de 26 profesionales odontólogos

docentes de la facultad, 51 estudiantes y 40 pacientes atendidos en la clínica odontológica, para una muestra total de 114 participantes.

Se incluyeron en el estudio a los odontólogos se desempeñaban como docentes dentro del área clínica, los estudiantes que se encontraban cursando la asignatura atención clínica integral entre sexto y décimo semestre y los pacientes atendidos en la clínica odontológica que se encontraban en tratamiento activo. Se excluyeron aquellos que no desearon participar o no firmaron el consentimiento informado.

Se utilizó la encuesta como técnica para la recolección de información, mediante la utilización de un instrumento tipo cuestionario diseñado en Google Formularios, construido a partir de la adaptación de un conglomerado de instrumentos validados previamente y que permitieran mediar las variables de interés. Se realizaron 3 cuestionarios tratando las mismas variables, pero con preguntas enfocadas en cada grupo a investigar, profesionales, estudiante y pacientes.

El cuestionario PCHE 3ª versión ajustada para odontología fue validado por López y Gómez (2019), este incluye 27 ítems distribuidos en 3 bloques que incluyen priorizar al sujeto de cuidado, apertura a la comunicación y cualidades del hacer de odontología; medidos a través de una escala de Likert de 1 a 4, siendo 1=nunca y 4=siempre. La variable resultado "humanización de los servicios odontológicos" fue clasificada según el puntaje final como siempre (105-112), casi siempre (96-104); algunas veces (80-95) y nunca (28-79). Se rectificó la validación con un Alpha de Cronbach para este estudio de 0,89.

La variable "prácticas seguras" fue medida mediante la adaptación del cuestionario AHRQ Hospital Survey on Patient Safety Culture, ya que este no se encuentra validado para odontología, por lo que se utilizaron términos

referentes a la práctica clínica odontológica. Se incluyeron 57 ítems distribuidos en 5 bloques, atención odontológica, profesores y personal administrativo, reporte de incidentes, historia clínica y bioseguridad, medidos a través de una escala Likert de 5 puntos, donde 1 era muy en desacuerdo o nunca y 5 muy de acuerdo o siempre. Se clasificó la variable de interés como positiva (111-165), neutra (56-110) y negativa (menor a 55) y se consideraron como fortalezas aquellas variables que tuvieran $\geq 75\%$ de respuestas positivas y como debilidad aquellas con $\leq 50\%$. Se identificó un Alfa de Cronbach para este estudio de 0,78.

Para medir los “atributos de calidad” se usó el Instrumento INCA-AUGE (Instrumento Calidad de Atención- AUGE), adaptado a la definición que realiza el Ministerio de Salud colombiano sobre calidad, por lo que se agruparon 42 ítems en 5 dimensiones, accesibilidad, oportunidad, pertinencia, seguridad y continuidad; medidos a través de una escala Likert de 3 puntos, siendo 1=no, 2=parcialmente y 3=sí. Para la variable principal (calidad) se recalcularon las variables y se clasificó en buena (105-126), regular (84-104) y mala (83-42) y 4 preguntas adicionales con una escala de 1 a 5 enfocadas a la calificación de la comunicación con el paciente, tiempo de espera del paciente para ser atendido, satisfacción con las soluciones de atención brindadas y de 1 a 7 para la calificación de la atención odontológica; siendo 1 la calificación más baja y 5 o 7 la más alta. El Alfa de Cronbach para otros estudios fue de 0,70, para este estudio fue de 0,77.

Se realizó una prueba piloto con el 10% de la muestra calculada para cada uno de los estratos, 3 profesionales docentes, 15 estudiantes y 23 pacientes. Se realizó la prueba de normalidad Shapiro-Wilk, las variables no distribuían normal, por esto se reporta la mediana y el rango intercuartílico para las variables cuantitativas, así como la distribución de frecuencias para

las variables cualitativas; se usó la prueba Krustall-Wallis para muestras independientes con una significancia de 0,05, para identificar la distribución de cada una de las preguntas entre las 3 categorías (estudiante, profesional y paciente), partiendo de la hipótesis nula que los estudiantes, profesionales y pacientes coinciden en la valoración de cada categoría, para lo que posteriormente se utilizó el método de comparación Post-hoc test de Tukey (las varianzas son iguales) para identificar cuál de los grupos difiere en su valoración; por último se realizó un análisis multivariado por medio de una regresión lineal múltiple con un método de selección por pasos sucesivos hacia adelante, para identificar las variables que tienen mayor efecto en la humanización de los servicios odontológicos, las prácticas seguras y los atributos de calidad de la atención odontológica.

Esta investigación fue clasificada sin riesgo según la resolución 8430 de 1993, en la cual el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia establece las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, debido a que la investigación no invade ni atenta contra la integridad de la población a estudiar, ningún sujeto fue utilizado para eventos experimentales y los procedimientos fueron efectuados por investigadores calificados previa calibración. La encuesta garantizó el anonimato y se realizó con previa firma del consentimiento informado.

Resultados

Caracterización de los estudiantes

El 82%(41) de los estudiantes eran mujeres y el 18%(9) hombres ; con un promedio de edad de 22 años (DE=2); de los cuales el 90%(45) de los participantes son solteros, el 6%(3) viven en unión libre y el 4%(2) están casados; el 34%(17) están cursando el sexto semestre, 22%(11) séptimo semestre, 18%(9) octavo semestre, 20%(10)

noveno semestre y el 6%(3) décimo semestre, ingresando a la facultad entre los años 2012 y 2017. La cantidad de pacientes promedio atendidos en la semana por los estudiantes es de 3; con una duración promedio de cada cita entre una y dos horas.

Caracterización de los profesionales

El 52% (13) de los profesionales son mujeres y el 48% (12) son hombres; de los cuales 68% (17) son especialistas, con especialidades clínicas 64% (16), en educación 28% (7) y administrativas 8% (2), y el 32% (8) eran odontólogos generales; con un promedio de edad de 43 años (DE=11). Con respecto al tiempo laborando en la clínica odontológica de la facultad 12% (3) llevaba menos de 1 año, 48% (12) entre 1 y 5 años, 36% (9) entre 6 y 10 años y 4% (1) más de 10 años, acompañan el 16% (4) a quinto semestre, 20% (5) a sexto semestre, 16% (4) séptimo semestre, 16% (4) octavo semestre, 12% (3) noveno semestre y 20% (5) a décimo semestre; con una carga laboral en el espacio clínico semanal entre 5 y 10 horas el 40% (10), entre 11 y 15 horas el 40% (10) y más de 16 horas el 20% (5); siendo el 76% (19) profesor clínico principal y el 24% (4) profesor clínico de apoyo; el 44% (11) con una experiencia clínica entre 1 y 10 años, 36% (9) entre 10 y 20 años y el 20% (5) con más de 20 años de experiencia.

Caracterización de los pacientes

El 59% (23) de los pacientes son mujeres y el 41% (16) son hombres; de los cuales el 53,8% (21) eran solteros, 20,5% (8) vivían en unión libre, 17,9% (7) eran casados y 7,7% (3) viudos; con un promedio de edad de 32 años (DE=15). El 92,3% (36) residen en la zona urbana; con respecto al nivel de escolaridad el 5,1% (2) no tenían estudios, 10,3% (4) habían terminado la básica primaria, 15,4% (6) había cursado la básica primaria de forma incompleta, 23,1% (9) eran bachilleres, 23,1% (9) eran técnicos o tecnólogos, 23,1% (9) tenían una carrera profesional; en cuanto a la

ocupación, el 38,5% (15) eran empleados, 28,2% (11) independientes, 17,9% (7) estudiantes y el 15,4% (6) se dedicaban al hogar.

Humanización de los servicios odontológicos

En la categoría prioridades del sujeto de estudio, las variables generar confianza en la atención (valor $p=0,041$); dar indicaciones al paciente acerca de su autocuidado (valor $p=0,004$), llamar al paciente por su nombre (valor de p de 0.001), identificar las necesidades de tipo físico, psicológico y espiritual del paciente (valor p de 0,000), ayudar al paciente a manejar su valor físico (valor p de 0,001), responder con seguridad y claridad a las preguntas del paciente (valor p 0,000), y mostrar respeto con las creencias y valores del paciente (valor de p 0,038); se puntúan de forma discordante entre los grupos analizados, siendo las respuestas de los estudiantes las que se presentan menor promedio.

Prácticas seguras

En la dimensión área de atención odontológica las variables, existe apoyo entre los estudiantes, compañeros y profesores para la atención del paciente (valor $p=0,000$), es suficiente la cantidad de profesores para la atención segura del paciente (valor $p=0,000$), trabajo en equipo (valor $p=0,003$), trabajar de manera activa para mejorar la seguridad del paciente (valor $p=0,022$), sentir que los errores son considerados en su contra (valor $p=0,000$), los errores cometidos en la atención han llevado a cambios positivos (valor $p=0,000$), es por casualidad que no ocurren errores más serios (valor $p=0,000$), cuando informa un problema siente que está siendo reportada la persona y no la situación (valor $p=0,003$), frecuentemente trabaja en "tipo crisis" intentando hacer mucho rápidamente (valor $p=0,043$), y la forma de trabajar es efectiva para prevenir errores (valor $p=0,034$); son discordantes

en la valoración realizada por los grupos a comparar, encontrándose respuestas con menor promedio variadas entre estos.

Donde las menores valoraciones dadas por los tres grupos se encuentran en relación con el sentir que los errores son considerados en su contra, es solo por casualidad que no ocurren más errores, al reportar situaciones sentir que es la persona que está siendo reportada y no el problema, y trabajar frecuentemente en “tipo crisis”.

Con respecto a la dimensión profesores y directivos las variables, los profesores y directivos reconocen el trabajo bien hecho (valor $p=0,000$) y dan sugerencias para el mejoramiento de la seguridad del paciente a estudiantes y profesores (valor $p=0,000$), cuando incrementa el trabajo los profesores y directivos quieren que se trabaje más rápido (valor $p=0,019$), los profesores y directivos hacen caso omiso a los problemas de seguridad recurrentes (valor $p=0,000$), presentan discordancia entre las valoraciones realizadas por los diferentes grupos encuestados. Siendo el enunciado cuando la presión incrementa los profesores y directivos quieren que se trabaje más rápido la variable peor puntuada.

En la dimensión bioseguridad las variables, el estudiante usa gafas de seguridad (valor $p=0,000$), se lava las manos antes de atender al paciente (valor $p=0,000$) y después de atenderlo (valor $p=0,000$), el profesor usa gafas (valor $p=0,000$), y se lava las manos después de la atención del paciente (valor $p=0,001$), colocarle al paciente gafas de seguridad (valor $p=0,000$) y babero (valor $p=0,000$) y mostrarle al paciente el instrumental estéril (valor $p=0,000$); presentan valoraciones diferentes entre los grupos encuestados. Siendo peor valoradas las variables, usa gafas de seguridad el profesor y mostrarle al paciente que el instrumental está estéril.

Sin embargo, teniendo en cuenta la frecuencia relativa de cada una de las dimensiones, área

de la atención odontológica, comunicación, historia clínica, bioseguridad, prácticas seguras y profesores y directivos, son consideradas como fortalezas para la atención segura del paciente en esta clínica odontológica, sin embargo, el reporte de incidentes se encuentra como una debilidad, por lo tanto, debe mejorarse el reporte de incidentes, aunque estos se consideren inofensivos para la salud e integridad del paciente.

Atributos de calidad

Dentro de la categoría accesibilidad las variables, facilidad de acceso a la clínica por su ubicación geográfica (valor $p=0,000$) y puntualidad en el inicio de la cita (valor $p=0,005$); en la categoría pertinencia, la toma de signos vitales en cada una de las citas (valor $p=0,033$), y en la categoría seguridad la suficiencia en la cantidad de profesores para la atención clínica del paciente (valor $p=0,001$), presentan una discordancia en las opiniones de los grupos comparados. Siendo la facilidad de acceso y el inicio de la cita de forma puntual las que presentan menor puntuación.

Multivariado

Después de realizar el análisis de regresión lineal múltiple para cada una de las variables principales evaluadas, humanización de los servicios odontológicos, prácticas seguras y atributos de calidad; se encontraron muchas variables que influyen en las estas, sin embargo, se reportan las que presentan mayor efecto e importancia.

Se realizaron modelos independientes para las variables principales de interés, los tres modelos presentan R^2 cercanos a 1, lo que indica un mayor ajuste del modelo a las variables humanización, prácticas seguras y atributos de calidad, los criterios de información de Akaike proporcionaron el modelo seleccionado y a partir del cual se seleccionaron las variables que ingresaron en este, adicionalmente, los tres modelos presentan un valor p significativo.

Las variables con mayor efecto en la valoración siempre se da la humanización de los servicios odontológicos son, identificar las necesidades físicas, psicológicas y espirituales del paciente, permitirle a este la expresión de sus sentimientos, que tanto estudiante como profesor le generen confianza durante la atención, le permitan comunicarse en caso de duda y que siempre se identifiquen por su nombre.

Con respecto a las prácticas seguras, las variables con mayor efecto en su valoración positiva son, aprender de los errores de la atención, que se retroalimenten para no repetirlos y finalmente evaluar la efectividad de las medidas tomadas

para prevenirlos, adicionalmente que tanto profesor como estudiante siempre usen guantes y que se reporten los incidentes aun cuando se considere que estos no causan daño al paciente.

Y finalmente, las variables con mayor efecto en las prácticas seguras y que la clasifican como buena son, remitir al paciente efectivamente cuando un estudiante no pueda atenderlo, tomar los signos vitales en todas las citas, que existan suficientes profesores en las clínicas para la atención oportuna del paciente, que las recepcionistas se identifiquen por su nombre, que las citas se inicien de forma puntual y se cancelen en caso de no poderse atender al paciente.

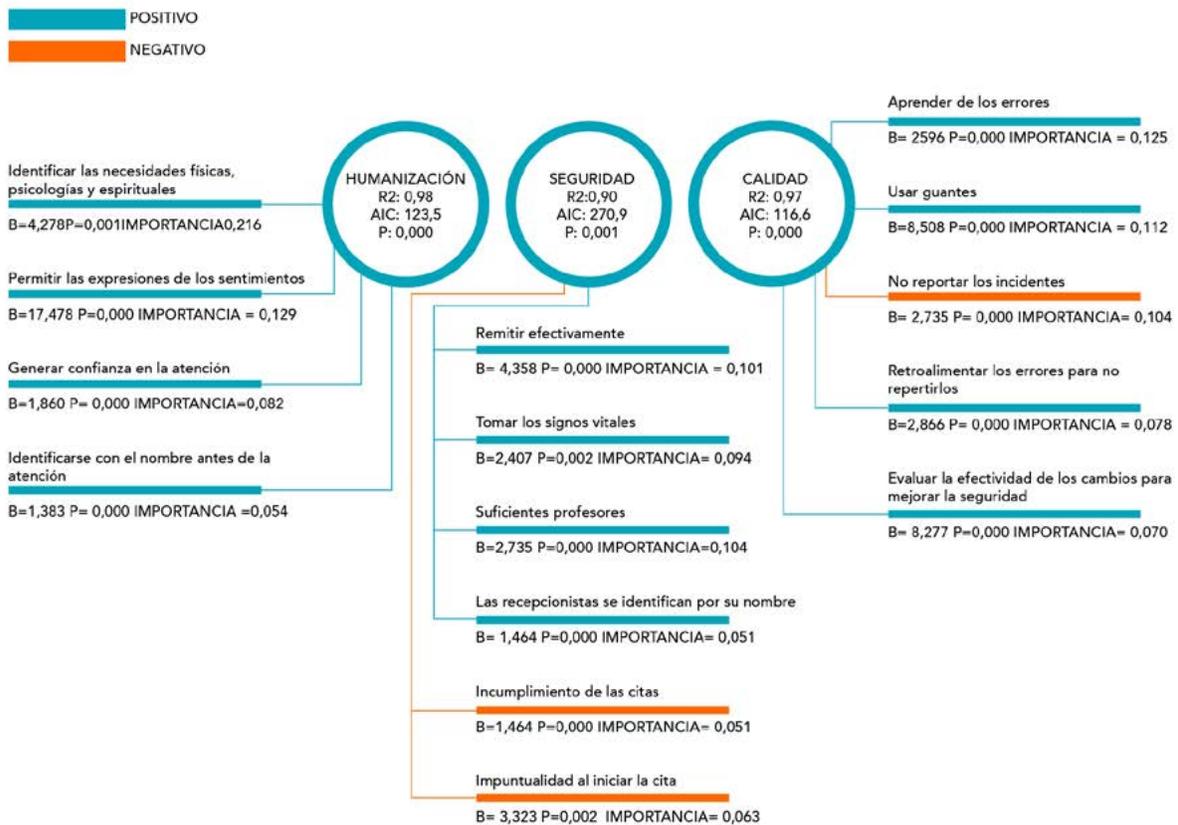


Gráfico 1. Variables que tienen mayor efecto en la humanización de los servicios de salud, las prácticas seguras y la calidad en la atención.

VARIABLES CON MAYOR IMPORTANCIA QUE SON SIGNIFICATIVAS DENTRO DE CADA MODELO.

Conclusiones

La humanización de los servicios de salud de una clínica odontológica de la ciudad de Medellín arrojó que se da siempre desde la perspectiva de los profesionales y de los pacientes, indicando que se lleva a cabo bajo criterios de satisfacer las necesidades de los pacientes y priorizando su atención de manera oportuna, brindando a su vez dignidad humana iniciando desde un trato amable al principio de la consulta hasta el final de la misma, en cuanto a la perspectiva de los estudiantes se determinó que la humanización se da casi siempre por lo cual se debe implementar estrategias que refuercen el trato humanizado para los pacientes para que de esta manera se dé siempre y se priorice la dignidad del paciente nutriendo los valores humanistas y el diálogo a la hora de su atención.

Las prácticas de seguras, con respecto a la atención odontológica se puede concluir, que los procesos que se dan en la clínica, cumplen con adecuados parámetros de seguridad tales como el manejo adecuado y seguro de historias clínicas, la adecuada comunicación entre el operador y los pacientes, la utilización de elementos de protección personal para todos los implicados en la atención, así mismo como la ejecución adecuada de los procesos durante la misma, como formas de precaución por parte del operador, auxiliar y paciente para minimizar riesgos o evitar la ocurrencia de incidentes o eventos adversos durante la atención odontológica, además podemos concluir que hay un bajo reporte de los incidentes ocurridos en la clínica, lo cual no permite identificar las fallas latentes y establecer soluciones; es importante que el profesional y el estudiante este en constante aprendizaje, que puedan mejorar a través de los errores y sobre todo sean retroalimentados.

Se puede concluir que los atributos de calidad en la institución odontológica presenta cierto grado de inconformidad desde la perspectiva de estudiantes y profesionales en el ámbito de la accesibilidad a la clínica odontológica debido a su ubicación geográfica, dado a que es un sitio que no brinda total seguridad ya que a sus alrededores se encuentran habitantes de calle, al ser el centro de la ciudad hay gran flujo de personas lo cual genera aglomeraciones que contribuyen a situaciones de peligro, además también se presenta inconformidad a la puntualidad del inicio de las citas, es notable que hay varios factores que hacen que el inicio de la cita no se de en la hora puntual como por ejemplo en algunos caso la salida de los estudiantes de la clínica ya que el personal del aseo necesita que los estudiantes salgan de manera puntual para ellos realizar sus labores y tener el área limpia para la próxima jornada, la atención puntual también la retrasa al no entregar de las historias clínicas en las horas agendadas, es necesario crear estrategias que favorezcan a mejorar dicha puntualidad involucrando a todas las áreas de la institución para que la atención se de en la hora exacta en que se cita al paciente.

Referencias bibliográficas

1. Rocco C, Garrido A. SEGURIDAD DEL PACIENTE Y CULTURA DE SEGURIDAD. Revista Médica Clínica Las Condes. 1 de septiembre de 2017;28(5):785-95.
2. Calidad y humanización de la atención Internet. citado 6 de septiembre de 2019. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/PI/Paginas/calidad-humanizacion-atencion.aspx>
3. Parodi-Lema D. Expectativas y percepciones de calidad de servicio en pacientes de atención dental en un municipio de Chile. :4.
4. Lora-Salgado IM, Tirado-Amador LR, Montoya-Mendoza JL, Simancas-Pallares MA. Percepción de Satisfacción y Calidad de Servicios Odontológicos en una Clínica Universitaria de Cartagena, Colombia. Revista

Nacional de Odontología. 10 de mayo de 2016;12(23):31-40.

5. Gallego MED, Navarrete MLV, Vanderlei LC de M. Calidad en los servicios de salud desde los marcos de sentido de diferentes actores sociales en Colombia y Brasil. *Revista de Salud Pública*. 1 de julio de 2010;12(4):533-45.

6. Mira JJ, Martínez A, Aranaz J, Guilabert M. Satisfacción versus experiencia del paciente, calidad de diseño versus calidad de conformidad. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*. 5 de diciembre de 2019;42(3):361-3.

7. Meléndez RG, Palma GC, Villareal LZ, García MQ, Gorham PP, González LST. Calidad en la atención odontológica desde la perspectiva de satisfacción del usuario. *REVISTA MEXICANA DE MEDICINA FORENSE Y CIENCIAS DE LA SALUD* Internet. 4 de abril de 2019 citado 3 de junio de 2020.;4(1sup). Disponible en: <http://revmedforense.uv.mx/index.php/RevINMEFO/article/view/2642>

8. Almache ÁMM, Barcia CLM. Expectativa y percepción de calidad de atención odontológica en la comunidad del Cantón Junín. *Revista San Gregorio*. 2018;(21):66-73.

9. Rodríguez CL, García ACG. Validez y confiabilidad de un instrumento para medir percepción de atención humanizada en odontología. *Acta Odontol Colomb*. 1 de enero de 2019;9(1):71-83.

10. La humanización de la atención en los servicios de salud: un asunto de cuidado Internet. citado 29 de octubre de 2020. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S2216-09732016000100011&script=sci_abstract&tlng=es

11. Guerra EÁ. Despliegue de la política de humanización en la e.s.e hospital San Francisco de Ciénaga de oro. 2019;39.

12. Henao EFO, Ramírez EYR. Humanización de los servicios de salud en ips. :53.

13. Vista de La humanización en salud: reflexiones de docentes, estudiantes y personal administrativo de una facultad de odontología | *Revista Salud Bosque* Internet. citado 29 de octubre de 2020. Disponible en: <https://revistasaludbosque.unbosque.edu.co/article/view/2498/1915>

14. La humanización en salud: reflexiones de docentes, estudiantes y personal administrativo de una facultad de odontología | *Revista Salud Bosque* Internet. citado 29 de octubre de 2020. Disponible en: <https://revistasaludbosque.unbosque.edu.co/article/view/2498>

15. 2019ChacónLeidy.pdf Internet. citado 4 de noviembre de 2020. Disponible en: <https://repository.usta.edu.co/bitstream/handle/11634/18380/2019Chac%C3%B3nLeidy.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

16. documento23390.pdf Internet. citado 4 de noviembre de 2020. Disponible en: <http://webs.ucm.es/centros/cont/descargas/documento23390.pdf>

17. od163k.pdf Internet. citado 4 de noviembre de 2020. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2016/od163k.pdf>

18. od202g.pdf Internet. citado 4 de noviembre de 2020. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2020/od202g.pdf>

19. Alba M. Mendoza Castro, Julio C. Jimbo Mendoza, Freddy A. Ávila Chica. Algunas consideraciones actuales acerca de la calidad de los servicios odontológicos. citado 5 de noviembre de 2020.; Disponible en: <https://outlook.office.com/mail/inbox/id/AQACLkqXzfmeFMgoSQzX5KU%2FA%3D/sxs/AAABEgAQAAAttYyxC9LIGHypr5W5eNIHk%3D>

20. Calidad en la atención odontológica desde la perspectiva de satisfacción del usuario Internet. citado 5 de noviembre de 2020. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/forense/mmf-2019/mmf191z.pdf>

21. Manrique-Guzmán JA, Manrique-Chávez CB, Chávez-Reátegui B del C, Manrique-Chávez JE. Calidad técnica y percibida del servicio de operatoria dental en una clínica dental docente. *Rev Estomatol Herediana*. 6 de octubre de 2018;28(3):185.

22. Loyola - calidad de servicio en la atención odontológica DE.pdf Internet. citado 5 de noviembre de 2020. Disponible en: http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/1502/Calidad_EspejoLoyola_Dalma.pdf?sequence=1&isAllowed=y

23. Parodi-Lema - Expectativas y percepciones de calidad de servicio.pdf Internet. citado 5 de noviembre de

Título: Caries dental, higiene bucal, necesidades de tratamiento en niños de 3 a 5 años de una Institución Educativa de Medellín y sus factores relacionados

Autores: Adriana Posada; Tomás Bernal; Ana María Gómez; Andrés Alonso Agudelo.

Publicado en: <https://revistas.ucc.edu.co/index.php/od/article/view/933/1118>

Palabras claves: Caries dental, higiene bucal, necesidades y demandas de servicios de salud, preescolares, salud bucal.

Introducción

Este estudio tuvo por objetivo describir el estado bucal de los niños de 3 a 5 años del Jardín Infantil Las Golondrinas, sede Carpinelo, de Medellín, de acuerdo con diferentes variables sociodemográficas.

Objetivos

Describir el estado bucal de los niños de 3 a 5 años del Jardín Infantil Las Golondrinas, Sede Carpinello de Medellín de acuerdo con diferentes variables sociodemográficas.

Metodología

Estudio descriptivo en 93 niños de 3 a 5 años. Se realizó evaluación clínica de acuerdo con parámetros internacionales. Se analizaron variables sociodemográficas del niño y de los padres o adultos significativos, Índice de Higiene Oral Simplificado (ihos), prevalencia y experiencia con caries dental en dentición temporal mediante el índice ceo tradicional y modificado, Índice de Caries Significativo (SiC) y necesidades de tratamiento. Análisis uni y bivariado y cálculo de pruebas chi cuadrado para observar diferencias significativas entre las variables.

Resultados

Se reportó una prevalencia de caries dental en dentición temporal del 59% y una experiencia del 61% cuando se incluyen todas las lesiones cariosas, con un promedio ceo-d modificado de 3,41 ($\pm 4,27$). Este indicador se aumenta cuando se calcula el SiC (8,55). El promedio ihos es de 1,36 (ic 95% 1,10-1,62), reportando un nivel de higiene regular en el 68,8% de los casos y malo en el 9,7%. Se presentaron diferencias en los indicadores según características sociodemográficas. Se encontraron necesidades mediatas de tratamiento odontológico en la población infantil analizada, principalmente obturaciones, sellantes y barniz de flúor.

Conclusiones

Se encontraron diferencias en los indicadores analizados según factores sociodemográficos, así como subgrupos de población que evidencian situaciones de inequidad en la presencia de caries dental. Se requieren estrategias y políticas que contribuyan al bienestar en la primera infancia.

Referencias bibliográficas

1. Gove S. Integrated Management of Childhood Illness by Outpatient Health Workers: Technical Basis and Overview. The who Working Group on Guide-lines for Integrated Management of the Sick Child. Bull World Health Organ. 1997;75(Suppl 1):7-24.
2. Rowe AK, Rowe SY, Holloway KA, Ivanovska V, Muhe L, Lambrechts T. Does Shortening the Training on Integrated Management of Childhood Illness Guidelines Reduce its effectiveness? A Systematic Review. Health Policy Plan. 2012;27(3):179-93.
3. Lemus FL, Durán RM, Docal MdC, Soto LA, Restrepo S. Construcción de un modelo de gestión para la salud y el bienestar de la infancia en la implementación de la estrategia aiepi en Colombia. Rev Gerenc Polit Salud. 2007;6(12):196-43.
4. Agudelo AA, Martínez E. La salud bucal colectiva y el contexto colombiano: un análisis crítico. Rev Gerenc Polit Salud. 2009;8(16):91-105.

5. Quintero CA, Robledo DP, Vásquez A, Delgado O, Franco ÁM. Barreras de acceso a la atención odontológica durante la primera infancia. Medellín, 2007. Rev Fac Odontol Univ Antioq. 2014;25(2).
6. Colombia. Ministerio de Salud. III Estudio Nacional de Salud Bucal (ensab). Bogotá: Ministerio de Salud; 1998.
7. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. iv Estudio Nacional de Salud Bucal (ensab iv): para saber cómo estamos y saber qué hacemos. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2014.
8. Franco AM, Santamaría A, Kurzer E, Castro L, Gi-raldo M. El menor de seis años: situación de caries y conocimientos y prácticas de cuidado bucal de sus madres. ces Odontología. 2004;17(1):19-29.
9. González F, Sánchez R, Carmona L. Indicadores de riesgo para la caries dental en niños preescolares de La Boquilla, Cartagena. Rev Sal Púb. 2009;11(4):620-30.
10. Díaz S, González F. Prevalencia de caries dental y factores familiares en niños escolares de Cartagena de Indias, Colombia. Rev Sal Púb. 2010;12(5):843-51.
11. Escobar G, Puerta SR, Cortés MF, Posada MT, Aguirre FC. Experiencia de caries dental en niños de 1-5 años de bajos ingresos. Medellín. Colombia. ces Odontología. 2010;22(1):22-8.
12. Franco AM, Ramírez S, Escobar G, Isaac M, Londoño P. Barreras de acceso a los servicios odontológicos de niños y niñas menores de 6 años pertenecientes a familias desplazadas. ces Odontología. 2011;23(2):41-8.
13. Fundación Berta Martínez de Jaramillo. Descripción demográfica barrio Carpinelo. Disponible en: <http://www.bertamartinez.org/BARRIOLACARPI-NELOMEDELLIN/tabid/243/Default.aspx>.
14. Secretaría de Educación. Alcaldía de Medellín. Resolución N.º 501 del 2012. Por medio de la cual se regula la prestación del servicio de Atención Integral a la Primera Infancia en desarrollo del Programa Buen Comienzo. Medellín: Alcaldía de Medellín; 2012.
15. Fundación Las Golondrinas. Disponible en: <http://www.fundacionlasgolondrinas.org>.
16. World Health Organization. Oral Health Surveys: Basic Methods. 5.a ed. Génova: World Health Organization; 2013.
17. Greene JC, Vermillion JR. The Simplified Oral Hygiene Index. J Am Dent Assoc. 1964; 68:7-13.
18. Gruebbel AO. A Measurement of Dental Caries Prevalence and Treatment Service for Deciduous Teeth. J Dent Res. 1944;23(3):163-8.
19. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Documento Técnico Versión 3: Aspectos metodológicos para la construcción de línea base para el seguimiento a las metas del Objetivo 3 del Plan Nacional de Salud Pública. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2010.
20. Bratthall D. Introducing the Significant Caries Index Together with a Proposal for a New Global Oral Health Goal for 12-year-olds. Int Dent J. 2000;50(6):378-84.
21. World Medical Association General Assembly. World Medical Association Declaration of Helsinki: Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. J Int Bioethique. 2004;15(1):124-9.
22. Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS) - Organización Mundial de la Salud (OMS). Pautas éticas internacionales para la investigación biomédica en seres humanos. Ginebra: CIOMS-OMS; 2002.
23. República de Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución n° 008430 de 1993 (4 de octubre de 1993). Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 1993.
24. Ismail AI, Sohn W, Tellez M, Amaya A, Sen A, Has-son H, et al. The International Caries Detection and Assessment System (icdas): An Integrated System for Measuring Dental Caries. Community Dent Oral Epidemiol. 2007;35(3):170-8.
25. Ramírez BS, Escobar G, Franco ÁM, Martínez MC, Gómez L. Caries de la infancia temprana en niños de uno a cinco años. Medellín, Colombia, 2008. Rev Fac Odontol Univ Antioq. 2011;22(2):164-72.
26. Piovano S, Bordoni N, Doño R, Argentieri A, Cohen A, Klemonsks G, et al. Estado dentario en niños,

adolescentes y adultos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Rev Fac Odontol (B Aires). 2008;23(54/55):34-42.

27. Villena R, Pachas F, Sánchez Y. Prevalencia de caries de infancia temprana en niños menores de 6 años de edad, residentes en poblados urbano-marginales de Lima Norte. Rev Esto Hered. 2011;21(2):79-86.

28. Rodríguez L, Contreras R, Arjona J, Soto R, Alanís J. Prevalencia de caries y conocimientos sobre salud-enfermedad bucal de niños (3 a 12 años) en el Estado de México. Revista adm. 2006;63(5):170-5.

29. Zaror C, Pineda P, Orellana JJ. Prevalence of Early Childhood Caries and Associated Factors in 2 and 4 Year-old Chilean Children. Int J Odontost. 2011;5(2):171-7.

30. León LM, Olmos JM. Prevalencia de caries y factores asociados en niños de 2-5 años de los Centros de Salud Almanjáyar y Cartuja de Granada capital. Atención Primaria. 2000;26(6):398-404.

31. Navas R, Rojas T, Zambrano O, Álvarez C, Santana Y, Viera N. Salud bucal en preescolares: su relación con las actitudes y nivel educativo de los padres. Interciencia. 2002;27(11):631-4.

32. Borges HC, Garbin CA, Saliba O, Saliba NA, Moimaz SA. Socio-behavioral Factors Influence Prevalence and Severity of Dental Caries in Children with Primary Dentition. Braz Oral Res. 2012;26(6):564-70.

33. Begzati A, Bytyci A, Meqa K, Latifi-Xhemajli B, Berisha M. Mothers' Behaviours and Knowledge Related to Caries Experience of their Children. Oral Hea Prev Dent. 2014;12(2):133-40.

34. Zúñiga AG, Medina CE, Lara E, Márquez M, Robles NL, Scougall RJ, et al. Experiencia, prevalencia y severidad de caries dental asociada con el estado nutricional en infantes mexicanos de 17 a 47 meses de edad. Rev Invest Clin. 2013; 65:228-36.

35. Perera PJ, Abeyweera NT, Fernando MP, Warnakulasuriya TD, Ranathunga N. Prevalence of Dental Caries Among a Cohort of Preschool Children Living in Gampaha District, Sri Lanka: A Descriptive Cross Sectional Study. BMC Oral Health. 2012; 12:49.

36. Ramírez BS, Escobar G, Castro JF, Franco ÁM. Necesidades de tratamiento en dentición primaria en niños de uno a cinco años con caries dental no tratada en una comunidad de bajos ingresos: Moravia, Medellín, 2006. Rev Fac Odontol Univ Antioq. 2009;20(2):129-37.

37. Vania A, Parisella V, Capasso F, Di Tanna GL, Ves-tri A, Ferrari M, et al. Early Childhood Caries Underweight or Overweight, That is the Question. Eur J Paediatr Dent. 2011;12(4):231-5.

38. Tanaka K, Miyake Y, Sasaki S, Hirota Y. Infant Feeding Practices and Risk of Dental Caries in Japan: The Osaka Maternal And Child Health Study. Pediatr Dent. 2013;35(3):267-71.

39. Dos Santos VE, De Sousa RM, Oliveira MC, De Caldas AF, Rosenblatt A. Early Childhood Caries and its Relationship with Perinatal, Socioeconomic and Nutritional Risks: A Cross-sectional Study. BMC Oral Health. 2014; 14:47.

40. Escobar G, Sosa C, Sánchez Á. Salud bucal: Representaciones sociales en madres gestantes de una población urbana. Medellín, Colombia. Ciênc Saúde Coletiva. 2011;16(11):4533-40.

41. Alcaldía de Medellín y Universidad de Antioquia. La boca convoca: Formulación de la política de salud bucal de Medellín 2013-2022. Disponible en: <http://politicapublicasaludbucalmed.blogspot.com/>.

Título: Uso de Servicios de Salud Oral en la Población Adulta Mayor en Colombia: Paradojas y Controversias.

Autores: Andrés Alonso Agudelo Suárez; Anny M. Vivares Builes; Adriana Posada López; Danilo Sánchez Patiño; Edwin J. Meneses Gómez.

Publicado en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-381X2015001010001&lng=en&nrm=iso&tlng=en

Palabras clave: Salud oral, servicios de salud oral, accesibilidad a los servicios de salud, desigualdades en la salud.

Introducción

Las personas de mayor edad constituyen un grupo de población en aumento en el que se tienen en cuenta los cambios demográficos en los países en desarrollo. Según datos del Departamento Administrativo Nacional de Estadística -DANE Colombia- y la División de Población de CEPAL -CELADE-, el porcentaje de crecimiento total de la población adulta mayor >60 años para Colombia y América Latina durante el período 1975-2005 fue de 3,3% y 2,9% respectivamente. Por el contrario, considerando las proyecciones de población latinoamericana para Colombia; la población de personas ≥65 años representará alrededor del 6,4% para 2015 y el 10,8% para 2030. Sin embargo, cuando se analizan los factores sociales y económicos, persisten las desigualdades y esta población es especialmente vulnerable.

Esta situación se refleja en peores indicadores de salud bucal. Los determinantes como la pobreza, el origen étnico, el sexo y la educación para la salud están directamente involucrados dentro de los perfiles de salud oral en las personas mayores. En este contexto, la accesibilidad a la atención primaria y especializada de salud se considera un determinante social de la salud. El conocimiento sobre las barreras y factores que afectan el uso de los servicios de salud bucal en las personas mayores es un elemento clave en el diseño de políticas de salud pública para mejorar la salud bucal con el fin de contribuir a la calidad de vida de este grupo. Específicamente en Colombia, según el último Estudio Nacional de Salud Bucal -ENSAB III; 1998-(Colombia. Ministerio de Salud, 1998), la prevalencia de caries en población mayor es de 51%, con una experiencia de 95%. El índice DTMF fue de 20,4.

Existe una disminución en el número de dientes presentes y un aumento significativo en el promedio de dientes perdidos relacionados con la caries. Otros estudios regionales y locales realizados en poblaciones de edad avanzada confirman la alta morbilidad en salud bucal. Es importante en este punto considerar que los valores de DTMF corresponden a un proceso acumulativo de patología dental.

Desde la implementación de importantes reformas en el Sistema de Seguridad Social en Salud en Colombia, se han hecho varias críticas porque a pesar de un mayor número de asegurados en el sistema, esta situación no garantizaba el acceso equitativo a los diferentes programas preventivos y curativos dentro de los diferentes niveles de atención de salud. Estos aspectos generales podrían considerarse en los análisis cuando se trata de barreras y determinantes que afectan el acceso y el uso de los servicios de salud bucal.

La literatura científica ha investigado sobre los factores que afectan el acceso y la utilización de los servicios de salud bucal en la población de edad avanzada. En el caso de Colombia, la investigación en el adulto mayor se centra principalmente en la salud bucal y la calidad de vida, que se desarrolla a través de agendas científicas locales y regionales. En este contexto, la Encuesta Nacional de Salud Pública 2007; ENSP-2007, brinda la oportunidad de investigar a nivel nacional ya que incluye varias preguntas relacionadas con el uso de diferentes servicios de salud y específicamente las relacionadas con la odontología.

En este sentido, es importante estudiar los perfiles orales mediante el análisis de las diferencias entre grupos de edad desde una perspectiva de ciclo de vida (Sisson, 2007). En consecuencia, el objetivo de este estudio es analizar la prevalencia del uso de los servicios de salud bucal en la población anciana en Colombia de acuerdo con las

características sociodemográficas seleccionadas y los resultados de salud.

Objetivos

Analizar la prevalencia de los servicios de salud oral en la población adulta mayor en Colombia de acuerdo a diferentes variables socio-demográficas y de salud.

Metodología

Estudio transversal con la información de 2650 sujetos ≥ 65 años según la Encuesta Nacional de Salud Pública de 2007 (ENSP-2007). Variables: Uso de los servicios de salud oral, salud autopercebida, percepción de problemas de salud oral, dolor oral, caries dental, sangrado de las encías, sexo, nivel educativo y origen étnico. Se realizó un análisis multivariado por medio de regresión logística para el uso de los servicios de salud oral y las diferentes variables mediante el cálculo de Odds Ratio (OR) con sus intervalos de confianza IC al 95% (IC95%). Los análisis se realizaron por separado para hombres (H) y mujeres (M). El análisis de regresión logística mostró que las mujeres con estudios universitarios (ORa 21,76; IC95% 9,72–48,73), con problemas dentales (ORa 3,29; IC95%: 2,26–4,77), especialmente sangrado de las encías (ORa 4,91; IC95% 1,88–12,80) y los hombres con caries dental (ORa 8,22; IC95% 4,11–14,41), tuvieron mayor probabilidad de reportar el uso reciente de los servicios de salud oral.

Resultados

El uso de servicios de salud oral fue mayor en personas que pertenecen a grupos minoritarios, aunque no fue estadísticamente significativo. Las diferencias en el perfil de uso de servicios de salud oral para los adultos mayores se encuentran en función de variables socio-demográficas y de salud.

Conclusiones

Se necesita más investigación para explicar algunos resultados controvertidos.

Referencias bibliográficas

Aday, L. A. & Andersen, R. A framework for the study of Access to medical care. *Health Serv. Res.*, 9(3):208-20, 1974.

Agudelo-Suárez, A. A.; Martínez-Herrera, E.; Posada-López, A.; Sánchez-Patiño, D. & Viñas Sarmiento, Y. Ethnicity and self-perceived oral health in Colombia: a cross-sectional analysis. *J. Immigr. Minor. Health*, 16(1):111-8, 2014.

Albala, C.; Lebrão, M. L.; León Díaz, E. M.; Ham-Chande, R.; Hennis, A. J.; Palloni, A.; Peláez, M. & Pratts, O. The Health, Well-Being, and Aging ("SABE") survey: methodology applied and profile of the study population. *Rev. Panam. Salud Publica*, 17(5-6):307-22, 2005.

Aránzazu, M., G. C.; Boada, C., H.; Martínez, L., C. A. & Uribe, M. M. M. Percepciones de la salud general, oral y visual del adulto mayor que asiste a las clínicas de la Universidad Santo Tomás, factores que influyen su calidad de vida. *Rev. Ustasalud Odontol.*, 6:87-95, 2007.

Baldani, M. H.; Brito, W. H.; Lawder, J. A.; Mendes, Y. B.; da Silva, Fde. F. & Antunes, J. L. Individual determinants of dental care utilization among low-income adult and elderly individuals. *Rev. Bras. Epidemiol.*, 13(1):150-62, 2010.

Benedetti, T. R.; de Mello, A. L. & Gonçalves, L. H. Elderly people living in Florianópolis: self perception of oral health conditions and use of dental services. *Cien. Saude Colet.*, 12(6):1683-90, 2007.

Calderón, C. A.; Botero, J. C.; Bolaños, J. O. & Martínez, R. R. The Colombian healthcare system: 20 years of achievements and problems. *Cien. Saude Colet.*, 16(6):2817-28, 2011.

Cardona, D.; Estrada, A. & Agudelo, H. B. Quality of life and health conditions of the elderly population of Medellín. *Biomedica*, 26(2):206-15, 2006.

Colombia. Ministerio de Salud. III Estudio Nacional De Salud Bucal - ENSAB III. II Estudio Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades Crónicas - ENFREC II. Bogotá, Ministerio de Salud, 1999.

Colombia. Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud. ENDS-2010. Bogotá, Profamilia, 2010.

Concha Sánchez, S. C. & Camargo Lemus, D. M. Análisis de la asociación entre la calidad de vida y la condición oral de las personas mayores vinculadas a tres instituciones geriátricas de Bucaramanga: II Fase. *Rev. Ustasalud Odontol.*, 6:75-86, 2007.

de la Fuente-Hernández, J.; Sumano-Moreno, O.; SifuentesValenzuela, M. C. & Zelocuatecatl Aguilar, A. Impacto de la salud bucal en la calidad de vida de adultos mayores demandantes de atención dental. *Univ. Odontol.*, 29(63):83-92, 2010.

Díaz Cárdenas, S.; Arrieta Vergara, K. & Ramos Martínez, K. Impacto de la Salud Oral en la Calidad de Vida de Adultos Mayores. *Rev. Clin. Med. Fam.*, 5(1):9-16, 2012.

Duque Sifuentes Valenzuela, V. E.; Tamayo Castrillón, J.; Echeverri Cadavid, P. A.; Gutiérrez Osorio, A. Y.; Sepúlveda Correa, D.; Giraldo Ramírez, O. & Agudelo Suárez, A. Calidad de vida relacionada con la salud bucal en adultos mayores que consultan a la IPS Universitaria de Medellín y sus factores asociados. *Rev. C. E. S. Odontol.*, 26(1):10-23, 2013.

Griffin, S. O.; Jones, J. A.; Brunson, D.; Griffin, P. M. & Bailey, W. D. Burden of oral disease among older adults and implications for public health priorities. *Am. J. Public Health*, 102(3):411-8, 2012.

Guay, A. H. Access to dental care: solving the problem for underserved populations. *J. Am. Dent. Assoc.*, 135(11):1599-605, 2004.

Jaramillo, I.; Martínez, R.; Olaya, S.; Reynales, J.; Uribe, C.; Castaño, R. A.; Garzón, E.; Almeida, C.; Travassos, C.; Basto, F.; Angarita, J. & Céspedes, J. E. Efectos de la reforma de la seguridad social en salud en Colombia sobre la equidad en el acceso y la utilización de servicios de salud. *Rev. Salud Publica*, 2(2):145-64, 2000.

Latin American and Caribbean Demographic Centre (CELADE) - Population Division. Demographic Bulletin. Latin America and Caribbean: Population estimates and projections. Santiago de Chile, CELADE- ECLAC, United Nations, 2004.

Machado, L. P.; Camargo, M. B.; Jeronymo, J. C. & Bastos, G. A. Regular use of dental services among adults and older adults in a vulnerable region in Southern Brazil. *Rev. Saude Publica*, 46(3):526-33, 2012.

Marshman, Z.; Porritt, J.; Dyer, T.; Wyborn, C.; Godson, J. & Baker, S. What influences the use of dental services by adults in the UK? *Community Dent. Oral Epidemiol.*, 40(4):306-14, 2012.

Matos, D. L. & Lima-Costa, M. F. Trends in the use of dental services by elderly Brazilians and related sociodemographic factors based on the National Household Survey (1998 and 2003). *Cad. Saude Publica*, 23(11):2740-8, 2007.

McMunn, A.; Breeze, E.; Goodman, A.; Nazroo, J. & Oldfield, Z. Social determinants of health in older age. In: Marmot, M. & Wilkinson, R. G. (Eds.). *Social determinants of health*. 2nd ed. Oxford, Oxford University Press, 2006. pp.267-96.

Nieto Antolínez, M. L. & Alonso Palacio, L. M. ¿Está preparado nuestro país para asumir los retos que plantea el envejecimiento poblacional? *Rev. Cient. Salud Uninorte*, 23(2):292-301, 2012.

Oliveira, R. F. R.; Ferreira, R. C.; Santos, R. M. S.; Marques, A. P. S. F.; Rodrigues, C. A. Q. & Naschi-Mento, J. E. Elderly: use of dental services, behaviors and subjective health. *Unimontes Científica*, 14:202-18, 2013.

Petersen, P. E.; Kandelman, D.; Arpin, S. & Ogawa, H. Global oral health of older people call for public health action. *Community Dent. Health*, 27(4 Suppl. 2):257-67, 2010.

Petersen, P. E. & Yamamoto, T. Improving the oral health of older people: the approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Community Dent. Oral Epidemiol.*, 33(2):81-92, 2005.

Pilger, C.; Menon, M. H. & Mathias, T. A. Socio-demographic and health characteristics of elderly individuals: support for health services. *Rev. Lat. Am. Enfermagem*, 19(5):1230-8, 2011.

Ramírez-Vélez, R.; Agredo, R. A.; Jerez, A. M. & Chapal, L. Y. Health-related quality of life and conditions of health in non-institutionalised elderly people in Cali, Colombia. *Rev. Salud Publica (Bogota)*, 10(4):529-36, 2008.

Sánchez López, M. P.; Aparicio García, M. E. & Dresch, V. Anxiety, self-esteem and self perceived satisfaction as predictors of health: differences between men and women. *Psicothema*, 18(3):584-90, 2006.

Sisson, K. L. Theoretical explanations for social inequalities

in oral health. Community Dent. Oral Epidemiol, 35(2):81-8, 2007.

Skaar, D. D. & Hardie, N. A. Demographic factors associated with dental utilization among community dwelling elderly in the United States, 1997. J. Public Health Dent., 66(1):67-71, 2006.

Viacava, F.; Travassos, C. M.; Pinheiro, R. S. & Brito, A. Projeto: gênero e utilização de serviços de saúde no Brasil, financiado pela OPS. Rio de Janeiro, Departamento de Informações em Saúde/Centro de Informação Científica e Tecnológica/Fundação Oswaldo Cruz, 2001.

Wu, B.; Liang, J.; Luo, H. & Furter, R. Racial and Ethnic Variations in Preventive Dental Care Utilization among Middle-Aged and Older Americans, 1999-2008. Front. Public Health, 1:65, 2013.

Título: Caracterización de las acciones inseguras en odontología (AIO) en una institución de docencia-servicio, Medellín (Colombia), 2015-2017.

Autores: Monica Trujillo Hoyos; Diego Alonso Gil Alzate; Andrés Alonso Agudelo Suárez.

Publicado en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-246X2018000200080

Palabras clave: Seguridad del paciente, gestión de riesgos, errores médicos, gestión de la seguridad.

Introducción

Con el fin de establecer acciones para mejorar la cultura de la seguridad del paciente en instituciones públicas y privadas, parece necesario contar con sistemas de vigilancia epidemiológica. Este estudio pretende caracterizar las atenciones inseguras en odontología (AIO) según diferentes variables, en una institución pública que forma recursos humanos en salud bucal en Medellín (Colombia).

Objetivos

Caracterizar las atenciones inseguras en odontología (AIO) según diferentes variables, en una institución pública que forma recursos humanos en salud bucal en Medellín (Colombia).

Metodología

Estudio descriptivo longitudinal de las AIO reportadas en la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia durante el periodo 2015-2017. Para ello se diseñó un formulario mediante la herramienta Google Docs™ (disponible si se solicita a los autores). Se describieron las variables sociodemográficas mediante frecuencias absolutas y relativas y se realizaron pruebas de significancia estadística Chi cuadrado para observar diferencias entre las variables. Se contó con la aprobación ética de la institución.

Resultados

Durante el periodo de estudio (33 meses), se reportaron 541 AIO, el 65% durante el año 2015. La mayor frecuencia de AIO se reportó en la clínica del niño (84%). De igual manera, un 84% de estas AIO se clasificaron como fallas en la atención en salud. Estas fallas fueron reportadas mayormente por estudiantes, por hombres, por personas ≤ 24 años, por estudiantes de pregrado, y en pacientes del sexo masculino y personas ≤ 12 años. Se encontraron diferencias significativas ($p < 0,05$) entre los diferentes tipos de AIO y las variables consideradas en el análisis, y según el periodo de ocurrencia de las atenciones y el tipo de clínica.

Conclusiones

Se encontraron diferencias en el reporte de AIO según las variables consideradas en el análisis.

Referencias bibliográficas

1. World Health Organization. Patient safety curriculum

guide: multi-professional edition. Geneva: World Health Organization; 2011.

2. World Health Organization. Marco conceptual de la clasificación internacional para la seguridad del paciente. Versión 1.1. Ginebra: World Health Organization; 2009.

3. World Health Organization. Alianza mundial para la seguridad del paciente: la investigación en seguridad del paciente. Mayor conocimiento para una atención más segura. Ginebra: World Health Organization; 2008.

4. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente en la República de Colombia. Bogotá: Ministerio de la Protección Social; 2008.

5. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Seguridad del paciente y la atención segura: paquetes instruccionales - guía técnica "Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud". 2ª ed. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2014.

6. Gobierno de España. Ministerio de Sanidad, Políticas Sociales e Igualdad. Estudio IBEAS: prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica. Madrid: Ministerio de Sanidad, Políticas Sociales e Igualdad; 2010.

7. Aranaz-Andrés J, Aibar-Remón C, Limón-Ramírez R, Amarilla A, Restrepo F, Urroz O et al. IBEAS design: adverse events prevalence in Latin American hospitals. *Rev Calid Asist.* 2011; 26(3): 194-200. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.cali.2010.12.001>

8. Salcedo JD, Vila LA. Revisión sistemática de eventos adversos en el servicio de odontología. *Rev Colomb Investig Odontol.* 2014; 5(14): 116-27. DOI: <http://dx.doi.org/10.25063/21457735.180>

9. Christiani JJ, Rocha MT, Valsecia M. Seguridad del paciente en la práctica odontológica. *Acta Odontológica Colombiana.* 2015; 5(2): 21-32.

10. Huertas MF, Gonzalez J, Camacho S, Sarralde AL, Rodríguez A. Analysis of the adverse events reported to the office of the clinical director at a dental school in Bogota, Colombia. *Acta Odontol Latinoam.* 2017; 30(1): 19-25.

11. Hiivala N, Mussalo-Rauhamaa H, Murtomaa H. Patient safety incidents reported by Finnish dentists; results from

an internet-based survey. *Acta Odontol Scand.* 2013; 71(6): 1370-7. DOI: <https://doi.org/10.3109/00016357.2013.764005>

12. Thusu S, Panesar S, Bedi R. Patient safety in dentistry - state of play as revealed by a national database of errors. *Br Dent J.* 2012; 213(3): E3-10. DOI: <https://doi.org/10.1038/sj.bdj.2012.669>

13. Mettes T, Bruers J, van-der-Sanden W, Wensing M. Patient safety in dental care: a challenging quality issue? An exploratory cohort study. *Acta Odontol Scand.* 2013; 71(6): 1588-93. DOI: <https://doi.org/10.3109/00016357.2013.777471>

14. Pérez-Gómez W, Pita-Bejarano AM, Ramos-Vargas CA, González-Moncada J, Güiza-Cristancho EH, Rodríguez-Ciódaro A. Análisis de los eventos adversos en el área de rehabilitación oral de la Facultad de Odontología de la Pontificia Universidad Javeriana. *Univ Odontol.* 2017; 36(77). DOI: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.uo36-77.aear>

15. Tafur MC, Camacho LD, Mejía SH, González J, Huertas MF. Frecuencia de eventos adversos de la terapia endodóntica y seguimiento de pacientes atendidos en el Posgrado de Endodoncia de la Pontificia Universidad Javeriana (2007-2008). *Univ Odontol.* 2014; 33(71): 19-28. DOI: <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.uo33-71.feaf>

16. Ensaldo-Carrasco E, Suarez-Ortegon MF, Carson-Stevens A, Cresswell K, Bedi R, Sheikh A. Patient safety incidents and adverse events in ambulatory dental care: a systematic scoping review. *J Patient Saf.* 2016; Epub ahead of print. DOI: <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000316>

17. Trujillo-Hoyos M, Agudelo-Suárez AA, Gil-Alzate DA, Salas-Zambrano LA, Larra-Parra YM, Hincapié-Ramírez A. La seguridad del paciente en la práctica odontológica. Un análisis de las atenciones inseguras en odontología en instituciones docencia-servicio en Colombia. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia; 2018.

18. Payares-González C, Arango-Botero L, Vélez-Garcés J. La enseñanza de la odontología. Medellín: Universidad de Antioquia; 1990.

19. World Medical Association General Assembly. World Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. *J Int Bioethique.* 2004; 15(1): 124-9.

20. Colombia. Ministerio de Salud. Resolución N° 008430 de 1993 (4 de octubre de 1993): por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Bogotá: Ministerio de Salud; 1993.
21. Von-Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gøtzsche PC, Vandenbroucke JP. Declaración de la iniciativa STROBE (Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology): directrices para la comunicación de estudios observacionales. *Gac Sanit.* 2008; 22(2): 144-50.
22. Stewardson DA, Burke FJ, Elkhazindar MM, McHugh ES, Mellor AC, Coulter WA et al. The incidence of occupational exposures among students in four UK dental schools. *Int Dent J.* 2004; 54(1): 26-32.
23. Osegueda-Espinosa AA, Sánchez-Pérez L, Perea-Pérez B, Labajo-González E, Acosta-Gio AE. Dentists survey on adverse events during their clinical training. *J Patient Saf.* 2017; Epub ahead of print. DOI: <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000296>
24. Jamali Z, Najafpour E, Ebrahim Adhami Z, Sighari Deljavan A, Aminabadi NA, Shirazi S. Does the length of dental procedure influence children's behavior during and after treatment? A systematic review and critical appraisal. *J Dent Res Dent Clin Dent Prospects.* 2018; 12(1): 68-76. DOI: <https://doi.org/10.15171/joddd.2018.011>
25. Yahyaoglu O, Baygin O, Yahyaoglu G, Tuzuner T. Effect of dentists' appearance related with dental fear and caries status in 6-12 years old children. *J Clin Pediatr Dent.* 2018; 42(4): 262-8. DOI: <https://doi.org/10.17796/1053-4628-42.4.4>
26. Pesántez-Alvarado JM, Camacho-Ladino JD, Rodríguez-Ciódaro A, Camacho SP, Sarralde-Delgado AL, Castro Haiek DE et al. Análisis de los eventos desfavorables como resultado de la atención en cirugía oral. *Univ Odontol.* 2017; 36(77). DOI: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.uo36-77.aeco>
27. Susini G, Pommel L, Camps J. Accidental ingestion and aspiration of root canal instruments and other dental foreign bodies in a French population. *Int Endod J.* 2007; 40(8): 585-9. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2591.2007.01249.x>
28. Bjørndal L, Reit C. Endodontic malpractice claims in Denmark 1995-2004. *Int Endod J.* 2008; 41(12): 1059-65. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2591.2008.01455.x>
29. Tzanetakis GN, Kontakiotis EG, Maurikou DV, Marzelou MP. Prevalence and management of instrument fracture in the postgraduate endodontic program at the Dental School of Athens: a five-year retrospective clinical study. *J Endod.* 2008; 34(6): 675-8. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.joen.2008.02.039>
30. Kleier DJ, Averbach RE, Mehdipour O. The sodium hypochlorite accident: experience of diplomates of the American Board of Endodontics. *J Endod.* 2008; 34(11): 1346-50. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.joen.2008.07.021>
31. World Health Organization. Minimal information model for patient safety incident reporting and learning systems: user guide. Document Number: WHO/HIS/SDS/2016.22. Geneva: World Health Organization; 2016.

Bloque temático Determinantes sociales de la Salud Bucal

Título: Factores asociados a la pérdida de dientes en pacientes con tratamiento endodóntico realizado por estudiantes de pregrado, Medellín (Colombia).

Autores: Eliana Lucena Pineda Velez; Mario Cumplido Mendoza; Luis Miguel Madrid Gutierrez; Maria Camila Paez Herrera; Natalia Tobon Taborda; Laura Marcela Barreneche; Andrés Alonso Agudelo Suárez.

Publicado en: <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/revUnivOdontologica/article/view/16046>

Palabras clave: Endodoncia; estudios de cohortes; extracción dental.

Introducción

Las facultades de odontología, como instituciones formadoras del recurso humano en salud bucal, asumen servicios de tipo docente-asistencial en los niveles de pregrado y posgrado. Su propósito es formar profesionales con vocación de servicio que contribuyan a mejorar la salud bucal de quienes requieren atención y, por ende, la calidad de vida de las personas. Este es el caso de la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia, a cuyas clínicas asisten personas de diversos contextos económicos y sociales. Ellas provienen tanto de las diferentes comunas de la ciudad como de municipios aledaños, debido a su ubicación en una zona central de la ciudad de Medellín.

Entre los motivos de consulta más frecuentes de la población que asiste a la facultad se encuentra la necesidad de tratamiento endodóntico, por diferentes motivos. Mitchell y Tarplee afirman que el dolor dental es probablemente la causa más frecuente que conduce a la búsqueda de atención odontológica, y la pulpitis es el motivo más común de dolor dental. Por lo regular, los pacientes que asisten al servicio de urgencias manifiestan un

dolor que usualmente se acompaña de edema y sintomatología general. Este puede ser resultado de un problema pulpar o periapical que requiere tratamiento de endodoncia. Por otra parte, el procedimiento de endodoncia también apoya a la especialidad de rehabilitación oral. Hay casos en los cuales el tratamiento no está condicionado a una patología pulpar o perirradicular, sino que se relaciona con la necesidad de prótesis dental. Además, y según diferentes estudios, la frecuencia de estas necesidades de tratamiento varía dependiendo del grupo poblacional y sus características epidemiológicas y clínicas.

La endodoncia se ha perfeccionado mucho en los últimos años, lo cual facilita el trabajo clínico. Uno de estos avances es el uso de microscopía. La utilización del microscopio como práctica rutinaria aumenta la probabilidad de éxito y la supervivencia de los dientes con endodoncia y reduce drásticamente la necesidad de repetir tratamientos endodónticos. Lo anterior, sumado a la habilidad manual de las personas que realizan estos tratamientos, su sensibilidad táctil y el conocimiento del comportamiento de los tejidos, ha generado que las personas tengan opciones de tratamiento más conservadoras. Cada vez es mayor el número de pacientes que rechaza la extracción de un diente y prefiere el tratamiento endodóntico, al entenderlo como la oportunidad de conservar un diente funcional.

Las instituciones formadoras en el área de las ciencias de la salud tienen como tarea interpretar al ser humano como un todo, para comprender los procesos de salud-enfermedad, asociando no solo sus características sociodemográficas, sino también las características clínicas propias de los grupos poblacionales donde ejercen influencia. Con el correcto diagnóstico de las diferentes condiciones se entiende la evolución de las patologías y así se plantean medidas terapéuticas adecuadas para cada situación. Teniendo en cuenta la importancia de la endodoncia en la práctica odontológica, es conveniente profundizar

en el estudio de aquellos factores demográficos y clínicos que intervienen en el éxito o fracaso de los diferentes tratamientos realizados por personas en proceso de formación. Esto contribuye a mejorar los procesos de atención en las diferentes áreas de la odontología, en especial de la endodoncia. Por lo tanto, se requieren estudios específicos en diferentes grupos de población.

De acuerdo con lo anterior, el objetivo de este estudio fue determinar los factores clínicos y sociodemográficos asociados a la pérdida de dientes con tratamiento de endodoncia realizados por estudiantes de pregrado en una facultad de odontología durante el periodo 2007-2011.

Objetivos

Determinar los factores asociados a la pérdida de dientes con tratamiento de endodoncia realizado en una facultad de odontología de la ciudad de Medellín (Colombia).

Metodología

Se realizó un estudio longitudinal mediante seguimiento a una cohorte retrospectiva en pacientes atendidos por estudiantes de pregrado. Se revisaron las historias clínicas de los pacientes, según criterios de inclusión, y se hizo un examen clínico. Se utilizaron frecuencias absolutas, relativas y medidas de resumen, se usó la prueba χ^2 de independencia y la prueba exacta de Fisher y se calcularon medidas de asociación. La sistematización, el procesamiento y el análisis de los datos se realizó mediante el programa SPSS versión 20 ($p=0,05$).

Resultados

Por cada diente de paciente menor de 41 años que se pierde hay 2,8 dientes de pacientes mayores de 60 años que se pierden y por cada diente de paciente universitario que se pierde hay 5 dientes de pacientes con nivel de estudios de primaria que se pierden. Ninguna de las variables clínicas presentó asociación estadísticamente significativa con la pérdida dental.

Conclusiones

En el éxito/fracaso de un tratamiento endodóntico intervienen factores relacionados con la capacidad y experiencia del clínico, así como

otros factores sociodemográficos y clínicos, que pueden determinar su permanencia en boca.

Referencias bibliográficas

1. Payares González C, Arango Botero L, Vélez Garcés J. La enseñanza de la odontología. Medellín, Colombia: Universidad de Antioquia; 1990.
2. Delgado Yepes F, Beltrán Salazar M, Llano Sánchez E, editores. Procesos socio culturales, transformadores de la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia: L. Vieco; 2015.
3. Mitchell DF, Tarplee RE. Painful pulpitis; a clinical and microscopic study. Oral Surg Oral Med Oral Pathol. 1960; 13: 1360-70.
4. Setzer F. ¿Conservación del diente mediante endodoncia o extracción y tratamiento con implantes?: un artículo para facilitar la toma de decisiones. Quintessence. 2012; 25(6): 327-32.
5. Quiñones Márquez D. Patologías pulpares y periapicales más frecuentes en urgencias en 2 clínicas estomatológicas. Rev Cubana Estomatol. 2000; 37(2): 84-8.
6. Bertrán Herrero G, Rosales Alonso JL. Lesiones pulpares y periapicales en la consulta de Urgencia Estomatológica. Clínica "Felipe Soto". 2010-2011. Rev Haban Cienc Méd. 2014; 13(1): 94-100.
7. Gaviria AS, Quintero M, Zúñiga AP, Rodríguez P, Jaramillo A. Prevalencia de lesiones pulpares en pacientes tratados con endodoncia Escuela de Odontología Universidad del Valle. Rev Colomb Inv Odontol. 2012; 3(7): 48-54.
8. Malfaz Vázquez JM. Aplicaciones del microscopio en la endodoncia actual. RCOE. 2002; 7(3): 301-10.
9. Naranjo MM, Reyes OM, García CRH, Valladares MB. Comportamiento epidemiológico de los tratamientos pulpo radiculares. Arch Méd Camagüey. 2007; 11(1): 13p.
10. Kim SG, Solomon C. Cost-effectiveness of endodontic molar retreatment compared with fixed partial dentures and single-tooth implant alternatives. J Endod. 2011; 37(3): 321-5.
11. Pennington MW, Vernazza CR, Shackley P, Armstrong NT, Whitworth JM, Steele JG. Evaluation of the costeffectiveness of root canal treatment using conventional approaches versus replacement with an implant. Int Endod J. 2009; 42(10): 874-83.

12. República de Colombia, Departamento Administrativo de Planeación. Preguntas frecuentes de estratificación. Perfil Socioeconómico. Medellín Total. Medellín, Colombia: Departamento Administrativo de Planeación; 2011.
13. Guerrero R, Gallego AI, Becerril-Montekio V, Vásquez J. Sistema de salud de Colombia. Salud Pública Méx. 2011; 53(Suppl 2): s144-s55.
14. Pineda Velez E, Segura Cardona ÁM. Factores asociados a la supervivencia del diente con endodoncia en pacientes mayores de 20 años, atendidos en una IPS privada en el periodo 2006 a 2012. Rev Fac Odontol Univ Antioq. 2014; 25(2): 283-98.
15. Vélez EP, Segura ÁM. Factores asociados a la supervivencia del diente con endodoncia en pacientes menores de 20 años atendidos en una IPS privada, 2006-2012. Rev Nac Odontol. 2013; 9(16): 43-50.
16. World Medical Association General Assembly. World Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. J Int Bioethique. 2004; 15(1): 124-9.
17. Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS), Organización Mundial de la Salud (OMS). Pautas éticas internacionales para la investigación biomédica en seres humanos. Ginebra, Suiza: CIOMS-OMS; 2002.
18. República de Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS). Resolución N.º 008430 de 1993 (4 de octubre de 1993). Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Bogotá, Colombia: MSPS; 1993.
19. República de Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS). Resolución N.º 1995 de 1999 (8 de julio de 1999). Por el cual se establecen normas para el manejo de la Historia Clínica. Bogotá, Colombia: MSPS; 1999.
20. Castro Salazar GY, Verdugo Barraza MdL, Angulo Parra IA. Estado pulpar en paciente de la Clínica de Endodoncia de la UAS. Rev Med UAS 2011; 2(4): 111-3.
21. Fernández González MC, Valcárcel Llerandi J, Betancourt Núñez M. Enfermedades pulpares y periapicales en trabajadores del Instituto Cubano de Oftalmología Ramón Pando Ferrer. Rev Haban Cienc Méd. 2009; 8(4): 7p.
22. Rodríguez Chala HE, López Santana M. El embarazo: su relación con la salud bucal. Rev Cubana Estomatol. 2003; 40(2): 8p.
23. Holanda ACB, Alencar AHG, Estrela CRA, Bueno MR, Estrela C. Prevalence of endodontically treated teeth in a Brazilian adult population. Braz Dent J. 2008; 19(4): 313-7.
24. López-Portilla JE, Pilataxi-Sánchez S, Rodríguez-Escobar LD, Velásquez-Rivera AC, López-Blandón MA, MartínezDelgado CM, Agudelo-Suárez AA. Determinantes de la satisfacción odontológica en un grupo de pacientes atendidos en la Clínica del Adulto de la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia. Rev Gerenc Polit Salud. 2013; 12(24): 209-25.
25. Alvis-Guzmán N, Alvis-Estrada L, Orozco-Africano J. Percepción sobre el derecho a la salud y acceso a servicios en usuarios del régimen subsidiado en un municipio colombiano, 2005. Rev Salud Pública. 2008; 10(3): 386-94.
26. Vásquez de León A. Caracterización de patologías pulpares inflamatorias: Área I. Cienfuegos. 2006-2007. Villa Clara, Cuba: Instituto Superior de Ciencias Médicas de Villa Clara; 2007.
27. Jamoni K. A radiographic study of the relationship between technical quality of coronaradicular dust and periapical status in a Jordanian population. J Oral Sci. 2005; 47: 123-8.
28. Watkins CA, Logan HL, Kirchner HL. Anticipated and experienced pain associated with endodontic therapy. J Am Dent Assoc. 2002; 133(1): 45-54.
29. Tzimpoulas NE, Alisafis MG, Tzanetakakis GN, Kontakiotis EG. A prospective study of the extraction and retention incidence of endodontically treated teeth with uncertain prognosis after endodontic referral. J Endod. 2012; 38(10): 1326-9.
30. Soltanoff W. A comparative study of the single-visit and the multiple-visit endodontic procedure. J Endod. 1978; 4(9): 278-81.
31. Oliet S. Single-visit endodontics: a clinical study. J Endod. 1983; 9(4): 147-52.
32. Gillen BM, Looney SW, Gu LS, Loushine BA, Weller RN, Loushine RJ, Pashley DH, Tay FR. Impact of the quality of

coronal restoration versus the quality of root canal fillings on success of root canal treatment: a systematic review and meta-analysis. *J Endod.* 2011; 37(7): 895-902.

33. Moreno JO, Alves FR, Goncalves LS, Martinez AM, Rocas IN, Siqueira JF, Jr. Periradicular status and quality of root canal fillings and coronal restorations in an urban Colombian population. *J Endod.* 2013; 39(5): 600-4.

34. Song M, Kim HC, Lee W, Kim E. Analysis of the cause of failure in nonsurgical endodontic treatment by microscopic inspection during endodontic microsurgery. *J Endod.* 2011; 37(11): 1516-9.

35. Borén DL, Jonasson P, Kvist T. Long-term survival of endodontically treated teeth at a public dental specialist clinic. *J Endod.* 2015; 41(2): 176-81.

36. Zadik Y, Sandler V, Bechor R, Salehrabi R. Analysis of factors related to extraction of endodontically treated teeth. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2008; 106(5): e31-5.

37. Hugo FN, Hilgert JB, de Sousa Mda L, da Silva DD, Pucca GA, Jr. Correlates of partial tooth loss and edentulism in the Brazilian elderly. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2007; 35(3): 224-32.

38. Ng YL, Mann V, Gulabivala K. Tooth survival following non-surgical root canal treatment: a systematic review of the literature. *Int Endod J.* 2010; 43(3): 171-89.

39. Caplan DJ, Weintraub JA. Factors related to loss of root canal filled teeth. *J Public Health Dent.* 1997; 57(1): 31-9.

Publicado en: <https://revistas.ucc.edu.co/index.php/od/article/view/847/808>

Palabras clave: Educación, salud bucal, escuela.

Introducción

En el campo de la educación para la salud, se han hecho grandes esfuerzos en el país y a nivel de algunos departamentos y municipios. En este sentido, es pertinente señalar que los últimos planes de desarrollo, de salud y de intervenciones colectivas en Colombia han incluido a la educación para la salud como estrategia fundamental en el abordaje integral de algunas de las problemáticas de interés en salud pública. Por ejemplo, el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010 definió el fomento de la educación para la salud dentro y fuera del sector, como una de las estrategias prioritarias inscritas en la línea de promoción de la salud y la calidad de vida. Asimismo, el Plan Decenal de Salud Pública plantea el abordaje de los determinantes sociales de la salud para trabajar en las seis dimensiones consideradas como prioritarias en salud pública, y orienta la construcción de los planes territoriales y municipales, incluyendo la educación para la salud articulada a múltiples estrategias de acción intersectorial en salud. La elaboración de estos planes ha estado orientada desde distintos enfoques, en coherencia con cambios sociopolíticos y diferentes planteamientos epistemológicos que han guiado en su momento el quehacer educativo en salud. Desde esta perspectiva, es necesario reconocer que, de acuerdo con la tendencia del momento histórico, han existido logros y limitaciones derivados de los procesos educativos en salud. En los años setenta, la educación en salud se denominó "educación sanitaria" y orientó sus acciones teniendo en cuenta la situación de salud de los grupos poblacionales, desde el enfoque de riesgo y con un marcado énfasis en los cambios de conducta. En la década de los ochenta, con

Título: *El ambiente escolar y la educación para la salud bucal en instituciones educativas oficiales pertenecientes a la estrategia "Escuelas Saludables", Secretaría de Salud de Medellín.*

Autores: Emilia María Ochoa Acosta; Ofelia Roldán Vargas; Ángela María Franco Cortés; Blanca Susana Ramírez Puerta; Olga Lucía Mejía Pineda.

la Declaración de Alma Ata “Salud para todos en el año 2000”, la educación se convierte en un aspecto esencial en el marco de la Atención Primaria en Salud (APS) y se genera un cambio fundamental en su enfoque, caracterizado por el posicionamiento de la participación comunitaria, la intersectorialidad, la interdisciplinariedad y la inclusión de distintos actores como educadores en salud. En este contexto, y con una gran influencia de los principios definidos para la APS, se formulan varias estrategias internacionales en salud. Una de las más destacadas es la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, promulgada en 1986 y reconocida por considerar propuestas de educación vinculadas a un concepto amplio y positivo de salud, relacionado con las acciones cotidianas de individuos y colectividades. De acuerdo con lo expuesto, cabe destacar que la Secretaría de Salud de Medellín ha venido implementando de manera continua procesos educativos en salud, en el marco de las estrategias y los enfoques anteriormente descritos. En el campo particular de la salud bucal, se ha realizado un trabajo educativo permanente, sobre todo en el ámbito escolar, orientado a partir del Plan de Desarrollo 2004-2007 desde los lineamientos de la Promoción de la Salud. Consecuente con dichos planteamientos, la Secretaría de Salud de Medellín viene implementando, en algunas de las instituciones educativas oficiales de las dieciséis comunas y los cinco corregimientos, la estrategia “Escuelas y Colegios Saludables”, orientada al desarrollo de potencialidades personales, comunitarias y del entorno para el logro de mejores condiciones de vida y de salud durante el proceso vital humano. A pesar de todos los esfuerzos realizados, en la práctica ha sido muy complejo establecer vínculos efectivos que soporten un trabajo colaborativo con las instituciones educativas y sus respectivas comunidades. Esto debido a razones que, muy probablemente, están asociadas a la permanencia de concepciones

reduccionistas que siguen considerando la salud y la educación como responsabilidades independientes y exclusivas del sector que tradicionalmente las ha orientado. A su vez, puede deberse a la implementación de metodologías que, por un lado, no responden cabalmente a las pretensiones del modelo y, por otro, resultan ruidosas en la dinámica escolar en tanto se desarrollan sin el conocimiento profundo de las condiciones del contexto y de las características pedagógicas, culturales, psicosociales y de espacios temporales de la institución educativa. El presente ejercicio investigativo da cuenta de una aproximación comprensiva al componente bucal de la salud en el escenario escolar, con el interés de develar aspectos relacionados con los procesos educativos en salud y el ambiente escolar, en tanto pueden favorecer u obstaculizar la construcción social de la salud, entendida como proceso participativo determinado por aspectos macro y microsociales. Asimismo, se identificó el compromiso institucional con la salud bucal, mediante la revisión de iniciativas autogestionarias consignadas en las propuestas curriculares o evidenciadas en los textos de los participantes.

Objetivos

El objetivo de este trabajo fue comprender los avances en la apropiación y el compromiso de la comunidad educativa con el proceso de promoción y educación para la salud bucal, así como identificar condiciones del ambiente escolar que favorecen u obstaculizan el desarrollo de las acciones propuestas en el marco de la estrategia “Escuelas y Colegios Saludables”, de la Secretaría de Salud de Medellín.

Metodología

Estudio cualitativo, enfoque y método hermenéutico. Para la recolección de la información, se hicieron cinco grupos focales con educadores de primero y tercero de Básica

Primaria; cinco entrevistas en profundidad a directivos docentes y dos entrevistas a niños de tercer grado de Básica Primaria. El análisis se concibió desde una lógica inductiva y se trabajó a partir de tres niveles: identificación de regularidades, categorización de información y construcción de sentido.

Resultados

La información se organizó en tres categorías de análisis y sus respectivas tendencias, entre las que se destacan: responsabilidad frente a la salud, un compromiso de todos los actores educativos; tímida inclusión de la salud bucal como apuesta curricular, e irrupción programática de la dinámica escolar que opaca la apuesta por el trabajo cooperado.

Conclusiones

Mediante la implementación de estrategias de promoción de la salud en la escuela, se han logrado avances, especialmente frente al propósito de acercar salud y educación como sectores sociales de amplia trascendencia, para facilitar la apropiación de las acciones en salud. A pesar de esto, las iniciativas en salud bucal no han logrado consolidarse en la cotidianidad escolar.

Referencias bibliográficas

1. Colombia, Ministerio de la Protección Social. Decreto 3039, Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010 (2007 ago 10).
2. Colombia, Ministerio de Salud y de la Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. Pacto Social y Mandato Ciudadano. Bogotá: Ministerio de Salud y de la Protección Social; 2012.
3. Organización Mundial de la Salud, Unicef. Declaración de Alma-Ata Atención Primaria en Salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria en Salud. Alma-Ata URSS 1978 Sep. 6-12. Ginebra: oms/Unicef; 1978.
4. Organización Mundial de la Salud. Carta de Ottawa

para la promoción de la salud. Ottawa: oms Internet. s. f. citado 2014 may 12. Disponible en: www.Phao.org/Spanish/AD/SDE/HS/Ottawa_charterspdf

5. Ochoa EM, Mejía OL. El componente de promoción de la salud bucal en la Estrategia Escuelas Saludables, municipio de Medellín, 2009. Revista de Salud Pública de Medellín. 2011;5(1):107-117.
6. Gadamer HG. Verdad y método. Salamanca: Sígueme; 1991.
7. Taylor SJ, Bogdan R. Introducción a los métodos cualitativos. Barcelona: Paidós; 1993.
8. Prilleltenski I, Nelson G. Doing Psychology Critically. Making a Difference in Diverse Settings. New York: Palgrave; 2002.
9. Arfuch L. El espacio biográfico. Dilemas de la subjetividad contemporánea. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica; 2002.
10. Piedrahita C. Subjetividad política y diferencia sexual: miradas a experiencias de poder y deseo en las mujeres tesis doctoral. Manizales.: Fundación cinde; 2007.
11. Habermas J. Conciencia moral y acción comunicativa. Barcelona: Península; 1985.
12. Coffey A, Atkinson P. Encontrar el sentido a los datos cualitativos. Estrategias complementarias de investigación. Nueva York: Sage Publications; 1996.
13. Strauss A., Corbin J. Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Medellín: Universidad de Antioquia; 2002.
14. Ochoa EM, Franco AM, Ramírez BS. Significados, experiencias y prácticas acerca de la salud y enfermedad bucal. Revista de Salud Pública de Medellín. 2008;3(2):74-6.
15. Romero Y. Las metas del milenio y el componente bucal de la salud. Acta Odontol Venez. 2006;44(2).
16. Maturana H, Varela F. El árbol del conocimiento. Santiago de Chile: Editorial Universitaria; 1993.
17. Almeida-Filho N. La ciencia tímida: ensayos de construcción de la epidemiología. Buenos Aires: s. l.; 2000.

18. Peñaranda Correa F. La educación de los padres en los programas de salud desde una perspectiva de desarrollo humano. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*. 2003; 1:1-15.

19. Ochoa Acosta EM, Mejía Pineda OL. El componente de Promoción de la Salud Bucal en la Escuela. *Revista de Salud Pública de Medellín*. 2011;(5)1:11.

Título: Barreras de acceso a la atención odontológica durante la primera infancia. Medellín, 2007.

Autores: Ángela María Franco Cortes; Alejandro Vásquez Hernández; Cielo Astrid Quintero; Valencia Oriana Delgado Restrepo.

Publicado en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfoua/v25n2/v25n2a07.pdf>

Palabras clave: Accesibilidad servicios de salud; cuidado dental para niños; servicios de salud dental.

Introducción

El acceso es un elemento de los sistemas de salud, relacionado con la organización de los servicios, para garantizar la entrada al sistema y la continuidad del tratamiento. El objetivo de este estudio fue reconocer las barreras de acceso a la atención odontológica en menores de seis años, desde la experiencia relatada por las madres y cuidadoras.

Objetivos

Reconocer las barreras de acceso a la atención odontológica en menores de seis años, desde la experiencia relatada por las madres y cuidadoras.

Metodología

Se hizo un estudio descriptivo basado en una entrevista individual semiestructurada a 11 madres comunitarias (cuidadoras), y entrevistas

grupales a 37 madres biológicas, de las cuales 20 participaron en una segunda entrevista individual, por su antecedente de haber asistido a consulta odontológica para sus hijos.

Resultados

Las madres comunitarias son importantes en la identificación de problemas bucales en los niños, pero consideran que la responsabilidad de la demanda de atención es de los padres. Las madres valoran positivamente la salud bucal de sus hijos, pero no demandan la atención por el temor a una situación traumática. Las instituciones de salud estimulan la demanda de la atención en edades más avanzadas. El acceso a los servicios presenta más barreras para los afiliados al SISBEN.

Conclusiones

Durante la primera infancia, los niños de estratos bajos encuentran múltiples barreras para acceder a la atención odontológica. Aún el aseguramiento no les garantiza el acceso. Las barreras más frecuentes son económicas, pero se imponen también barreras culturales y de organización del sistema, como la escasa edad del niño, que es usada como pretexto de las madres y de las instituciones para no demandar u ofrecer atención oportuna.

Referencias bibliográficas

1. Aday, LA; Andersen R. Exploring dimension of access to medical care. *Health Serv Res* 1983; 18(1): 49-74.
2. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud. Bogotá: El Ministerio; 2005.
3. Colombia. Ley 1098 de 2006, por la cual se expide el Código de la infancia y la adolescencia. Bogotá: El Congreso; 2006.
4. Noro LR, Roncalli AG, Mendes FI, Lima KC. Use of dental care by children and associated factors in Sobral, Ceara State, Brazil. *Cad Saúde Pública* 2008; 24(7): 1509-1516.

5. Medina-Solis CE, Maupome G, del Socorro HM, PerezNunez R, Ávila-Burgos L, Lamadrid-Figueroa H. Dental health services utilization and associated factors in children 6 to 12 years old in a low-income country. *J Public Health Dent* 2008; 68(1): 39-45.
6. Locker D. Deprivation and oral health: a review. *Community Dent Oral Epidemiol* 2000; 28(3): 161-169.
7. Ramírez BS, Escobar G, Franco AM, Martínez MC, Gómez L. Caries de la infancia temprana en niños de uno a cinco años. Medellín, Colombia, 2008. *Rev Fac Odontol Univ Antioq* 2011; 22(2): 164-172.
8. Gillcrist JA, Brumley DE, Blackford JU. Community socioeconomic status and children's dental health. *J Am Dent Assoc* 2001; 132(2): 216-222.
9. Feitosa S, Colares V, Pinkham J. The psychosocial effects of severe caries in 4-year-old children in Recife, Pernambuco, Brazil. *Cad Saúde Pública* 2005; 21(5): 1550-1556.
10. Aday L, Begley C, Lairson, Slater C. Evaluating the medical care system: effectiveness, efficiency, and equity. Ann Arbor: Health Administration Press; 1993.
11. Frenk J. El concepto y medición de la accesibilidad. *Salud Públ Méx* 1985; 27(5): 438-453.
12. Bonanato K, Pordeus IA, Moura-Leite FR, Ramos-Jorge ML, Vale MP, Paiva SM. Oral disease and social class in a random sample of five-year-old preschool children in a Brazilian city. *Oral Health Prev Dent* 2010; 8(2): 125-132.
13. Eckersley AJ, Blinkhorn FA. Dental attendance and dental health behaviour in children from deprived and non-deprived areas of Salford, north-west England. *Int J Paediatr Dent* 2001; 11(2):103-109.
14. Sohn W, Ismail A, Amaya A, Lepkowski J. Determinants of dental care visits among low-income African-American children. *J Am Dent Assoc* 2007; 138(3): 309-318.
15. Aida J, Ando Y, Oosaka M, Niimi K, Morita M. Contributions of social context to inequality in dental caries: a multilevel analysis of Japanese 3-year-old children. *Community Dent Oral Epidemiol* 2008; 36(2): 49-156.
16. Medina-Solis C, Maupomé G, Ávila-Burgos L, Hija Medina M, Segovia A, Pérez-Núñez R. Factors influencing the use of dental health services by preschool children in Mexico. *Pediatr Dent* 2006; 28: 285-292.
17. Siegal MD, Marx ML, Cole SL. Parent or caregiver, staff, and dentist perspectives, on access to dental care issues for head start children in Ohio. *Am J Public Health* 2005; 95: 1532-1538.
18. Mouradian WE, Huebner CE, Ramos-Gómez F, Slavkin HC. Beyond access: the role of family and community in children's oral health. *J Dent Educ* 2007; 71(5): 619-631.
19. Echeverri E. La salud en Colombia: abriendo el siglo... y la brecha de las inequidades. *Rev Gerenc Políticas Salud* 2002; 1(3): 76-94.
20. Vega R. Dilemas éticos contemporáneos en salud: el caso colombiano desde la perspectiva de la justicia social. *Rev Gerenc Políticas Salud* 2002; 1(2): 49-65.
21. Observatorio Seguridad Social. Grupo de Economía de la Salud. Equidad en salud: panorama de Colombia y situación en Antioquia. Medellín: Observatorio Seguridad Social; 2005.
22. Kramer PF, Ardenghi TM, Ferreira S, Fischer L de A, Cardoso L, Feldens CA. Use of dental services by preschool children in Canela, Rio Grande do Sul State, Brazil. *Cad Saúd Pública* 2008; 24(1): 150-156.
23. Franco AM, Santamaría A, Kurzer E, Castro L, Giraldo M. El menor de seis años: situación de caries y conocimientos y prácticas de cuidado bucal de sus madres. *Rev CES Odont* 2004 17(1): 19-29.
24. Franco-Cortés AM, Ramírez-Puerta BS, Escobar-Paucar G, Isaac-Millán M, Londoño-Marín PA. Barreras de acceso a los servicios odontológicos de niños y niñas menores de 6 años pertenecientes a familias desplazadas. Medellín. *Rev CES Odont* 2010; 23(2): 41-48.
25. Vega-Romero R, Acosta-Ramírez N, Mosquera-Méndez P, Restrepo-Vélez O. Atención primaria integral de salud. Bogotá: Alcaldía Mayor; 2009.
26. Mejía A, Sánchez A, Tamayo J. Equidad en el acceso a servicios de salud en Antioquia, Colombia. *Rev Salud Pública* 2007; 9(1): 26-38.
27. Rubio-Mendoza, ML. Equidad en el acceso a los servicios de salud y equidad en la financiación de la atención en Bogotá. *Rev Salud Pública* 2008; 10 Supl 1: 29-43.

Título: Procesos determinantes del acceso a odontología en niños y niñas durante primera infancia.

Autores: Clara Liliana Gallego Gómez; Ángela María Franco Cortes.

Publicado en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1692-715X2019000100193

Palabras clave: Acceso, primera infancia, determinación social, atención odontológica.

Introducción

La generación de políticas y programas sociales de protección a la niñez en Colombia ha sido incentivada por el reconocimiento de los niños como sujetos de derecho. En el caso del ejercicio del derecho a la salud, existen diferentes procesos que lo determinan y, aunque para su completa realización es necesaria la garantía de otros derechos, el presente estudio se interesó por comprender las posibilidades del acceso a la atención en salud. En palabras de Echeverry, «el acceso a los servicios de salud es el componente del derecho a la salud más tangible y valorado por la población (...), ya que está ligado a la resolución concreta de una necesidad cuando se requiera» (2011). El acceso a la atención se encuentra suscripto en las políticas públicas y estas están inscritas en el modelo de desarrollo económico de un país. En el caso de Colombia el modelo neoliberal ha impuesto ciertos modos de pensar que influyen en la manera como se organiza el sistema de salud. Actualmente las políticas de salud mantienen la exclusión y las inequidades que afectan a todos los grupos poblacionales, especialmente a los niños y niñas. El acceso a la atención odontológica está atravesado por múltiples limitaciones que son comunes al acceso a los demás servicios de salud. Adicionalmente,

los costos del servicio son altos debido a que requieren una mayor capacidad instalada y tecnología que limita aún más las posibilidades de acceso a este servicio. La necesidad del acceso de los niños y niñas durante la primera infancia a la atención odontológica se pone en evidencia al revisar los datos del IV Estudio Nacional de Salud Bucal, que reporta que el 6%, de los niños de un año, tienen experiencia de caries. A los 3 años el porcentaje ya es del 47.1% y a los 5 años es del 62.4%. Los niños y niñas en estas edades no están accediendo oportunamente a la atención preventiva ni tampoco a la curativa, pues el estudio reporta que el 52.2% tenían lesiones de caries no tratadas al momento del examen (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014). En el caso específico de Medellín, estudios locales muestran una alta frecuencia de caries dental, con una experiencia entre el 69.7% y 77.8%. Por lo general, en este grupo las lesiones cariosas no son tratadas y es común encontrar necesidades de atención acumuladas; de manera que los estudios concluyen sobre la relación de la caries con los modos de vida de algunos grupos sociales como evidencia de inequidades en la salud. Otros estudios específicos sobre el acceso de la primera infancia a la atención odontológica en esta ciudad mostraron que un alto porcentaje de los niños y niñas que nunca han visitado al odontólogo, pese a la importancia que tiene en el correcto crecimiento y desarrollo de los niños y niñas. De esta manera, el fenómeno del acceso a la atención odontológica de los niños y niñas en la primera infancia ha sido identificado como un problema que afecta su derecho a la salud; para su estudio se deben buscar enfoques que superen las miradas reduccionistas y lo aborden como un problema complejo, determinado histórica, social y culturalmente. El reconocimiento de que los problemas de salud y la posibilidad de acceder a los servicios de atención para solucionarlos están determinados por las relaciones sociales, cambia la manera como se

enfrentan, ya que se pasa de un abordaje desde lo meramente biomédico, al desarrollo de la medicina como una práctica social. A partir del siglo XX se configuran dos enfoques principales para la comprensión de dicha determinación: el enfoque de los determinantes sociales, basado originalmente en los planteamientos de la epidemiología social europea y reeditado desde hace poco menos de una década por la Organización Mundial de la Salud; y un segundo enfoque que tiene su origen en las reflexiones de la Medicina Social Latinoamericana —como una propuesta alternativa— y que es conocido como la determinación social de la salud. Frente a lo anterior, el presente estudio utilizó el marco explicativo de la determinación social de la salud, propio de la epidemiología crítica. Este enfoque propone una herramienta para trabajar: la relación entre la reproducción social y los modos de vivir, de enfermar, de recibir atención y de morir. Utiliza la categoría clase o grupo social,¹ que permite explicar cómo la producción de la salud y la atención a la misma se relacionan con los modos de producción y, por lo tanto, están determinadas por procesos estructurales de la dimensión general de la sociedad (sistema de producción, distribución de la riqueza, políticas de Estado) y por procesos particulares que corresponden a los modos de vida de los grupos sociales que constituyen la sociedad (condiciones de trabajo, calidad y disfrute de los bienes de consumo, creación de valores culturales e identidad de cada grupo, capacidad de empoderamiento, organización y soporte). A su vez, estos procesos, generales y particulares se reflejan en la singularidad de los individuos a través de sus rasgos fenotípicos y genotípicos, así como estilos de vida familiares y personales. Siendo el acceso un fenómeno complejo en el que interactúan numerosos procesos, el propósito de este estudio fue comprender el papel de los procesos estructurales de la sociedad colombiana y el sistema de salud;

aquellos particulares de los modos de vida de las familias y los discursos institucionales de los prestadores del servicio en el acceso a la atención odontológica de los niños y niñas durante la primera infancia.

Objetivos

Comprender los procesos estructurales, particulares y singulares que determinan el acceso a la atención odontológica durante la primera infancia a partir del enfoque de la determinación social de la salud.

Metodología

Se utilizó un método mixto desde lo cualitativo de orientación etnográfica y cuantitativo de tipo descriptivo. Incluyó observación no participante, entrevistas grupales e individuales y encuestas.

Resultados

Se encontró que el acceso está determinado por procesos generales como inequidad social, fallas estructurales del sistema y procesos particulares como los patrones de trabajo y consumo de las familias, el sistema de creencias de madres y profesionales, y políticas institucionales.

Conclusiones

Para mejorar el acceso es necesario realizar procesos tendientes a la transformación de la sociedad, del sistema de salud y de las instituciones, profesionales y cuidadores.

Referencias bibliográficas

- Abadía, C. E., & Oviedo, D. G. (2010). Itinerarios burocráticos de la salud en Colombia: la burocracia neoliberal, su estado y la ciudadanía en salud. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 9(18), 86-102.
- Breilh, J. (1989). Breve recopilación sobre operacionalización de la clase social para encuestas en la investigación social. Quito: Centro de Estudios y Asesoría en Salud.

Breilh, J. (2003). *Epidemiología crítica: ciencia emancipadora e interculturalidad*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Breilh, J. (2010). Las tres «s» de la determinación de la vida: 10 tesis hacia una visión crítica de la determinación social de la vida y la salud. En R. Passos (Ed.), *Determinação Social Da Saúde e Reforma Sanitária* (pp. 1-37). Río de Janeiro: Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Cebes.

Concha, S. (2015). *Determinación social de la atención odontológica de las mujeres embarazadas de tres localidades de Bogotá*. (Tesis de Doctorado). Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, D. C., Colombia.

Creswell, J. W. (1997). *Qualitative inquiry and reserch design: Choosing among five traditions*. San Francisco: Sage.

Creswell, J. W. (2003). *Research design qualitative, quantitative and mixed methods approaches*. San Francisco: Sage.

Departamento Administrativo Nacional de Estadística. (2015). *Pobreza monetaria y multidimensional en Colombia 2015*. Bogotá, D. C.: Autor. Recuperado de: https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/condiciones_vida/pobreza/bol_pobreza_15_.pdf

Echavarría, N. (2011). *Acceso a los servicios curativos de salud oral en escolares de la localidad de Fontibón de Bogotá D. C., 2009*. (Tesis de Maestría). Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, D. C., Colombia.

Echeverry, M. E. (2011). *Reforma a la salud y reconfiguración de la trayectoria de acceso a los servicios de salud desde la experiencia de los usuarios en Medellín, Colombia*. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 10(20), 97-109.

Fedesarrollo. (2016). *La calidad del empleo. Informe Mensual del Mercado Laboral*. Recuperado de: <http://www.fedesarrollo.org.co/wp-content/uploads/IML-Junio-2016-Web.pdf>

Franco-Cortés, Á. M., Ramírez, S., Escobar, G., Isaac, M., & Londoño, P. A. (2010). Barreras de acceso a los servicios odontológicos de niños y niñas menores de 6 años pertenecientes a familias desplazadas. *Revista CES Odontología*, 23(2), 41-48.

Franco-Cortés, Á. M., Ramírez, B. S., & Ochoa, E. M. (2013).

Frecuencia de consulta odontológica durante la primera infancia. Medellín, 2011. *Revista Nacional de Odontología*, 9(16), 9-13. <http://dx.doi.org/10.16925/issn.1900-3080>

Franco, S. (2003). Para que la salud sea pública: algunas lecciones de la reforma a la salud y seguridad social en Colombia. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, (4), 58-69.

Fresneda, O. (2014). *Clases sociales, modos de desarrollo y desigualdad: lineamientos para su análisis*. (Borrador de avance de Tesis Doctoral). Doctorado en Ciencias Económicas, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, D. C., Colombia.

Galeano, M. E. (2004). *Estrategias de investigación social cualitativa: el giro en la mirada*. Medellín: La Carreta.

Garay, L. J. (1998). *Colombia: estructura industrial e internacionalización 1967-1996*. Bogotá, D. C.: Departamento Nacional de Planeación.

Hernández, M. (2000). El derecho a la salud en Colombia: obstáculos estructurales para su realización. *Revista de Salud Pública*, 2(2), 121-144.

Malagón, R. (1999). La boca como representación. En M. Viveros, & G. Garray (Eds.), *Cuerpo, diferencias y desigualdades* (pp. 95-108). Bogotá, D. C.: Universidad Nacional de Colombia.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2014). *IV Estudio Nacional de Salud Bucal. Situación en salud bucal*. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENSAB-IV-Situacion-Bucal-Actual.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). *Soy generación más sonriente*. Recuperado de: http://www.consultorsalud.com/sites/consultorsalud/files/lineamientos_soy_generacion_mas_sonriente.pdf

Morales-Borrero, C., Borde, E., Eslava-Castañeda, J., & Concha-Sánchez, S. (2013). ¿Determinación social o determinantes sociales? Diferencias conceptuales e implicaciones praxiológicas. *Rev. Salud Pública*, 15(6), 797-808.

Moreno-Zavaleta, M. T., & Granada-Echeverri, P. (2014). Interacciones vinculares en el sistema de cuidado infantil. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales*,

Niñez y Juventud, 12(1), 121-139. doi:10.11600/1692715x.1216052513

Pérez-Valbuena, G. J., & Silva-Ureña, A. (2015). Una mirada a los gastos de bolsillo en salud en Colombia. Bogotá, D. C.: Banco de la República.

Presidencia de la República de Colombia, & Comisión Intersectorial para la Atención Integral de la Primera Infancia. (2013). Estrategia de atención integral a la primera infancia: fundamentos políticos, técnicos y de gestión. Bogotá, D. C.: Presidencia de la República.

Quintero, C. A., Robledo, D. P., Vásquez, A., Delgado, O., & Franco-Cortés, Á. M. (2014). Barreras de acceso a la atención odontológica durante la primera infancia. Medellín, 2007. Revista Facultad de Odontología Universidad de Antioquia, 25(2), 325-341.

Ramírez, B. S., Escobar, G., Castro, J. F., & Franco-Cortés, Á. M. (2009). Necesidades de tratamiento en dentición primaria en niños de uno a cinco años con caries dental no tratada en una comunidad de bajos ingresos, Moravia, Medellín, 2006. Revista Facultad de Odontología Universidad de Antioquia, 20(2), 129-137.

Ramírez, B. S., Escobar, G., Franco-Cortés, Á. M., Martínez, M. C., & Gómez, L. (2011). Caries de la infancia temprana en niño de cinco años, Medellín, Colombia, 2008. Revista Facultad de Odontología Universidad de Antioquia, 22(2), 164-172.

Restrepo, J., & Vásquez, J. (2001). Acceso y utilización de servicios de salud: apuntes para una discusión inacabada. Recuperado de: <http://www.periodicoelpulso.com/html/mayo01/observa/observa.htm>

Serna, C., Hurtado, L., Mejía, L., & Zapata, P. (2000). El niño y la niña y la crianza humanizada. (Tesis de pregrado). Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. Recuperado de: <http://ayura.udea.edu.co:8080/jspui/bitstream/123456789/1092/1/CA0352.pdf>

Vargas, I. (2009). Barreras en el acceso a la atención en salud en modelos de competencia gestionada: un estudio de caso en Colombia. (Tesis Doctoral). Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona, España.

Vargas, J., & Molina, G. (2009). Acceso a los servicios de salud en seis ciudades de Colombia: limitaciones y

consecuencias. Revista Facultad Nacional de Salud Pública, 27(2), 121-130.

Vega, R. (2009). Informe Comisión Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud. Revista Gerencia y Políticas de Salud, 8(16), 7-11.

Vélez, M. (2016). La salud en Colombia: pasado, presente y futuro de un sistema en crisis. Bogotá, D. C.: Penguin Random House.

Watson, M., Manski, R., & Macek, M. (2001). The impact of income on children's and adolescents preventive dental visits. Journal of the American Dental Association, 132(11), 1580-1587. doi: <https://doi.org/10.14219/jada.archive.2001.0093>

Yépes, F. J. (2010). Luces y sombras de la reforma de la salud en Colombia. Ley 100 de 1993. Revista Gerencia y Políticas de Salud, 9(18), 118-123.

Título: Calidad de vida y salud bucal: Perspectiva de adultos mayores atendidos en la red hospitalaria pública.

Autores: Santiago Álzate Urrea; Andrés Alonso Agudelo Suárez; Felipe López Vergel; Carolina López Orozco; Érica Espinosa Herrera; Adriana Posada López; Edwin J. Meneses Gómez.

Publicado en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rgps/v14n29/v14n29a06.pdf>

Palabras clave: Adulto mayor; calidad de vida; salud de la persona mayor; salud bucal; poblaciones vulnerables; servicios de salud para ancianos (Fuente: DeCS- Bireme).

Introducción

La población latinoamericana viene experimentando un cambio en sus indicadores demográficos durante los últimos años y uno de ellos guarda relación con el envejecimiento de la población, traducido en una mayor esperanza de vida y en la proporción de personas consideradas como adultos mayores. En Colombia, según indicadores de instituciones internacionales, la

esperanza de vida ha aumentado de 71 a 74 años en el periodo 2000-2012 (de 75 a 78 años en el caso de las mujeres y de 67 a 70 años en los hombres). En porcentaje, aproximadamente el 7% de la población colombiana es mayor de 65 años. Paralelamente a este fenómeno, también se han incrementado los niveles de pobreza y de vulnerabilidad social, instaurándose así a la población adulta mayor como endeble y excluida, características que afectan su calidad de vida.

Un primer elemento, la vulnerabilidad social, hace alusión al carácter de las estructuras e instituciones económico-sociales y al impacto que tienen en comunidades, familias y personas en distintas dimensiones de la vida social. El contexto biológico, cultural, social y político de algunos subgrupos de la población adulta mayor, los pone en situación de vulnerabilidad, ya que se puede presentar un descenso del flujo de sus relaciones sociales, algunas alteraciones biológicas en su organismo y una disminución de los ingresos, jubilación o discriminación laboral, entre otras condiciones. Esto se encuentra íntimamente relacionado con la pobreza, en un país donde existe desigualdad en la distribución del ingreso y el porcentaje de personas que vive debajo de la línea de pobreza nacional es del 31%, según datos del Banco Mundial para Colombia.

Es precisamente la calidad de vida y su relación con la salud, lo que en los últimos años se ha venido explorando en las diferentes poblaciones. Para medir esta dimensión con rigor científico, se han desarrollado diferentes instrumentos validados, y aunque el concepto es subjetivo, existen formas de cuantificar el nivel de calidad de vida, a través de encuestas donde se evalúan diferentes aspectos relacionados, donde cada ítem tiene un determinado valor y de acuerdo al puntaje final es que se califica si la calidad de vida es buena o no. Esta misma lógica se da para otros instrumentos relacionados con calidad de vida y la

salud bucal. La literatura internacional y nacional reporta estudios que evalúan la calidad de vida en muestras particulares de adultos mayores. No obstante, la investigación cualitativa ofrece un panorama amplio, al reconocer con propiedad la percepción sobre los diferentes fenómenos sociales y su relación con la salud, a través del análisis de los discursos de los directamente implicados. Este tipo de investigación es menos frecuente en comparación con la de corte cuantitativo.

Concretamente en la ciudad de Medellín (Antioquia), la segunda ciudad más grande de Colombia, existe una red hospitalaria pública, e.s.e Metrosalud, Empresa Social del Estado de primer y segundo nivel de atención que atiende un segmento poblacional importante de la ciudad, principalmente afiliados al régimen subsidiado y aquellos sin afiliación. Desde el año 2011 se inició un proyecto de investigación con el fin de identificar los factores determinantes de la calidad de vida y su impacto en la salud bucal en la población adulta mayor que es atendida en los servicios de salud en esta institución, con la utilización de diferentes metodologías. En un primer momento se identificaron los discursos de los prestadores de diferentes áreas de la salud y sociales. Posteriormente, se exploraron los discursos de los actores primarios: los adultos y adultas mayores.

Teniendo en cuenta lo anterior, este estudio tuvo como objetivo analizar la percepción de la población adulta mayor sobre su calidad de vida, relacionándola con su salud general y su salud bucal.

Objetivos

Analizar la percepción de la población adulta mayor sobre su calidad de vida, relacionándola con su estado de salud general y bucal, desde el discurso de sus actores primarios.

Metodología

Estudio cualitativo etnográfico, se realizaron 13 grupos focales (gf) en población adulta ≥ 65 años, asistentes a la e.s.e. Metrosalud (Medellín). Se realizó transcripción textual de los gf y análisis de contenido según categorías, identificando puntos de acuerdo, disenso y tendencias en la información.

Resultados

Se analizaron cinco categorías: salud autopercebida y factores que influyen en el estado de salud; calidad de vida, calidad de vida con la salud y calidad de vida relacionada con la salud bucal; apoyo familiar y social; envejecimiento saludable; y acceso a los servicios de salud.

Conclusiones

La autopercepción sobre la calidad de vida es un aspecto fundamental para evaluar los determinantes de la salud en la población adulta mayor.

Referencias bibliográficas

1. Cardona Arango D, Peláez E. Envejecimiento poblacional en el siglo XXI: oportunidades, retos y preocupaciones. *Salud Uninorte*. 2012; 28 (2): 335-48.
2. Banco Mundial. Indicadores del Banco Mundial: Esperanza de vida al nacer acceso: 16 de marzo del 2015. Disponible en: <http://datos.bancomundial.org/indicador/sp.dyn.le00.in>.
3. Colombia: Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud: ends- 2010 acceso: 9 de febrero del 2014. Disponible en: <http://www.profamilia.org.co/encuestas/Profamilia/Profamilia/index.php>.
4. Sánchez-González D, Egea-Jiménez C. Enfoque de vulnerabilidad social para investigar las desventajas socioambientales: Su aplicación en el estudio de los adultos mayores. *Pap Poblac* 2011; 17 (69): 151-85.
5. Azpiazu Garrido M, Cruz Jentoft A, Villagrasa Ferrer JR, Abanades Herranz JC, García Marín N, Valero de Bernabé FA. Factores asociados a mal estado de salud percibido o a mal calidad de vida en personas mayores de 65 años. *Rev Esp Salud Pública*. 2002; 76 (6): 68-99.
6. Aranibar P. Acercamiento conceptual a la situación del adulto mayor en América Latina. Santiago de Chile: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (Celade) - División de Población de la Cepal. Área de Población y Desarrollo del Celade; 2001.
7. Pizarro Hofer R. La vulnerabilidad social y sus desafíos: una mirada desde América Latina. Santiago de Chile: División de Estadística y Proyecciones Económicas. Cepal – Naciones Unidas; 2001.
8. Salgado-de Snyder VN, Wong R. Género y pobreza: determinantes de la salud en la vejez. *Salud Pública Méx*. 2007; 49 (Suppl 4): s515-s21.
9. Schwartzmann L. Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Cienc Enferm*. 2003; 9 (2): 9-21.
10. Misrachi C, Espinoza I. Utilidad de las mediciones de la calidad de vida relacionada con la salud. *Rev Dental de Chile*. 2005; 96 (2): 28-36.
11. Allen PF. Assessment of oral health related quality of life. *Health Qual Life Outcomes*. 2003; 1: 40.
12. Locker D, Matear D, Stephens M, Lawrence H, Payne B. Comparison of the gohai and ohip-14 as measures of the oral health-related quality of life of the elderly. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2001; 29 (5): 373-81.
13. Duque VE, Tamayo Castrillón J, Echeverri Cadavid PA, Gutiérrez Osorio AY, Sepúlveda Correa D, Giraldo Ramírez O, et al. Calidad de vida relacionada con la salud bucal en adultos mayores que consultan a la IPS Universitaria de Medellín y sus factores asociados Oral health related quality of life in older adults assisting "ips Universitaria" of Medellín and associated factors. *Rev ces Odont*. 2013; 26 (1): 10-23.
14. Díaz Cárdenas S, Arrieta Vergara K, Ramos Martínez K. Impacto de la salud oral en la calidad de vida de adultos mayores. *Rev Clin Med Fam*. 2012; 5 (1): 9-16.
15. Dahl K, Wang N, Holst D, Öhrn K. Oral healthrelated quality of life among adults 68-77 years old in Nord-Trøndelag, Norway. *Int J Dent Hygiene*. 2011; 9 (1): 87-92.
16. Bower E, Scambler S. The contributions of qualitative

research towards dental public health practice. Community Dent Oral Epidemiol. 2007; 35 (3): 161-9.

17. Haikal DS, Paula AM, Martins AM, Moreira AN, Ferreira EF. Autopercepção da saúde bucal e impacto na qualidade de vida do idoso: uma abordagem quanti-qualitativa Self-perception of oral health and impact on quality of life among the elderly: a quantitative-qualitative approach. Cien Saude Colet. 2011; 16 (7): 3317-29.

18. Empresa Social del Estado (e.s.e) Metrosalud. Página web con la descripción de la e.s.e Metrosalud acceso: 25 de febrero del 2014. Disponible en: <http://www.metrosalud.gov.co/inter/joomla/>.

19. Alzate-Urrea S, López-Vergel F, López-Orozco C, Espinosa-Herrera E, Agudelo-Suárez AA, PosadaLópez A, et al. Calidad de vida y su relación con la salud bucal en la población adulta mayor atendida en la red pública hospitalaria de Medellín: la perspectiva del personal de salud. Rev ces Odont. 2014; 27 (2): 11-25.

20. Vázquez M, Ferreira Da Silva M, Mogollón A, Fernández de Sanmamed M, Delgado M IV. Introducción a las técnicas cualitativas de investigación aplicadas a la salud. Santiago de Cali: Programa Editorial Universidad del Valle; 2011.

21. Patton MQ. Qualitative evaluation methods. United States of America: Sage Publications; 1980.

22. World Medical Association General A. World Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. J Int Bioethique. 2004; 15 (1): 124-9.

23. Colombia. Ministerio de Salud. Resolución 008430 de 1993 (4 de octubre de 1993). Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Bogotá: Ministerio de Salud; 1993.

24. Alonso Galbán P, Sansó Soberats FJ, Díaz-Canel Navarro AM, Carrasco García M, Oliva T. Envejecimiento poblacional y fragilidad en el adulto mayor. Rev Cubana Salud Pública 2007; 33 (1).

25. De la Fuente Hernández J, Moreno ÓS, Valenzuela MCS, Aguilar AZ. Impacto de la salud bucal en la calidad de vida de adultos mayores demandantes de atención dental. Univ Odontol. 2010; 29 (63): 83-92.

26. Vera M. Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia. An Fac Med. 2007; 68 (3): 284-90.

27. The whoqol Group. The World Health Organization Quality of Life assessment (whoqol): position paper from the World Health Organization. Soc Sci Med. 1995; 41 (10): 1403-9.

28. Guzmán JM, Huenchuan S, Montes de Oca V. Redes de apoyo social de las personas mayores: marco conceptual. Notas de población Comisión Económica para América Latina y el Caribe (Cepal). 2003; 77: 35-70.

29. Ballesteros S. Envejecimiento saludable: aspectos biológicos, psicológicos y sociales. Madrid: Universitat. Universidad Nacional de Educación a Distancia; 2007.

30. Mejía-Mejía A, Sánchez-Gandur AF, TamayoRamírez JC. Equidad en el acceso a servicios de salud en Antioquia, Colombia. Rev Salud Pública (Bogotá). 2007; 9 (1): 26-38.

31. Kunkel SR, Atchley RC. Why gender matters: being female is not the same as not being male. Am J Prev Med. 1996; 12 (5): 294-6.

32. García Calvente MdM, Jiménez Rodrigo ML, Martínez Morante E. Guía para incorporar la perspectiva de género a la investigación en salud. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 2010.

33. Mora M, Araya G, Ozols A. Perspectiva subjetiva de la calidad de vida del adulto mayor, diferencias ligadas al género ya la práctica de la actividad físico recreativa. mhsalud: Revista en Ciencias del Movimiento Humano y Salud. 2004; 1 (1): 1-12.

Título: Salud bucal y género en relación a la población adulta mayor atendida en la red hospitalaria pública de Medellín: Los puntos de vista del personal de salud.

Autores: Andrés Alonso Agudelo Suárez; Felipe López Vergel; Santiago Alzate Urrea; Carolina López Orozco; Erica Espinosa Herrera; Adriana Posada López; Edwin J. Meneses Gómez.

Publicado en: <http://www.scielo.org.co/pdf/reus/v18n1/v18n1a07.pdf>

Palabras clave: Salud bucal; género; adulto mayor; salud de la persona mayor; odontología para ancianos; servicios de salud. (Fuente: DeCS, Bireme).

Introducción

La literatura científica y las organizaciones internacionales han llamado la atención sobre la necesidad de tener en cuenta el estudio de los determinantes sociales del componente bucal del proceso salud enfermedad. Es así, que factores como la clase social, la pertenencia a un grupo étnico, la ocupación o las características del sistema político, social o económico o el mismo sistema sanitario, han ido incorporándose en el análisis de las desigualdades sociales en salud bucal. Otra de las características que se ha ido incorporando en el análisis de los determinantes y de las desigualdades en salud es el género. Nancy Krieger en su diccionario de epidemiología social lo define como: "Un concepto social de convenciones, papeles y comportamientos de carácter cultural asignados a las mujeres y hombres y a los niños y niñas, así como a las relaciones entre ellos".⁴ El género puede entenderse como un sistema de relaciones sociales, lo cual se relaciona con las estructuras y dinámicas de relación e interacción entre mujeres y varones; y como una categoría analítica, que permite aprehender, indagar e interpretar las diferencias y desigualdades entre mujeres y hombres dentro de sus contextos sociales, económicos, culturales e históricos específicos.

Por otro lado, la población adulta mayor, es un segmento significativo en términos de representación social y demográfica, pero que está expuesta a situaciones de vulnerabilidad social que puede tener influencia en la situación de salud física, mental y bucal. Aunque la investigación odontológica en este segmento

poblacional es relevante, los análisis con perspectiva de género son mucho más escasos y es importante tener en cuenta que este análisis va mucho más allá de analizar el sexo como una variable dicotómica, es importante identificar diferencias en los roles como hombres y mujeres que pueden ser indicadores de desigualdad social, y que se expresan en las diferencias en las prácticas de autocuidado, en la utilización de los servicios de salud y en el perfil epidemiológico bucal en los adultos mayores.

En Medellín (Colombia), existe la red prestadora pública de servicios de salud, Empresa Social del Estado (E.S.E) Metrosalud que atiende principalmente afiliados al régimen subsidiado, una buena parte de ellos son adultos mayores que consultan las diferentes unidades hospitalarias y centros de salud ubicadas en diferentes puntos estratégicos de la ciudad. Teniendo en cuenta este contexto, el análisis cualitativo, permite identificar las diferentes percepciones de los actores directamente involucrados en la prestación de los servicios de salud para esta población con el fin de contribuir al mejoramiento de sus condiciones de salud bucal, a través de reconocer las fortalezas, dificultades y barreras en la gestión de la atención odontológica y plantear soluciones y estrategias de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y rehabilitación desde enfoques multidisciplinarios e integrales.

Este estudio tuvo como objetivo explorar las percepciones sobre salud bucal y género, desde la perspectiva de los prestadores de servicios de salud con relación a la población adulta mayor que consulta esta red hospitalaria.

Objetivos

Explorar las percepciones sobre salud bucal y género con relación a la población adulta mayor que consulta la red hospitalaria pública de Medellín, desde la perspectiva de los prestadores de servicios de salud.

Metodología

Estudio cualitativo con perspectiva etnográfica mediante 34 entrevistas semi-estructuradas en personal que presta servicios de salud en la Empresa Social del Estado -E.S.E- Metrosalud. Las entrevistas se transcribieron textualmente y se realizó análisis de contenido según categorías propias de los discursos de los participantes.

Resultados

Se encontraron tres categorías principales: 1) Necesidades y problemas de salud general y bucal y sus determinantes; 2) Símbolos y significados de la población adulta mayor; 3) Perspectiva y roles de género y su relación con las prácticas sociales en salud bucal. En general, los prestadores perciben alta carga de enfermedad y barreras de acceso a los servicios de salud. Se percibieron diferencias de género relacionadas con los roles que asumen las personas, las prácticas de autocuidado, y los perfiles de utilización de los servicios de salud.

Conclusiones

Los prestadores entrevistados perciben como la población adulta mayor que consulta a la red prestadora de servicios pública de Medellín se encuentra en situación de vulnerabilidad social que impacta en las condiciones de salud bucal. De igual manera, se perciben diferencias de género relacionadas. Se requieren políticas sociales que garanticen equidad para este grupo poblacional.

Referencias bibliográficas

1. World Dental Federation. FDI Policy Statement: Oral health and the social determinants of health. FDI General Assembly: 30 August 2013 – Istanbul, Turkey 2013.
2. Watt RG. Emerging theories into the social determinants of health: implications for oral health promotion. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2002;30(4):241-7.
3. Abadía-Barrero CE. Pobreza y desigualdades sociales: un debate obligatorio en salud oral. *Acta bioethica.* 2006;12(1):9-22.

4. Krieger N. A glossary for social epidemiology. *J Epidemiol Community Health.* 2001;55(10):693-700.
5. Gender and health Group-Liverpool School of tropical medicine. Guidelines for the análisis of Gender and Health Group.
6. Sen G, George A, Östlin P, Women and gender equity knowledge network. Unequal, unfair, ineffective and inefficient gender inequity in health: Why it exists and how we can change it. Final report to the WHO Commission on social determinants of health. Bangalore: Women and gender equity knowledge network; 2007.
7. García-Calvente MdM, Jiménez ML, Martínez-Morante E. Guía para incorporar la perspectiva de género a la investigación en salud. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 2010.
8. Peláez M. La construcción de las bases de la buena salud en la vejez: situación en las Américas. *Rev Panam Salud Pública.* 2005;17(5/6):299-302.
9. Cardona-Arango D. Envejecimiento poblacional: reto a la salud pública. *CES Salud Pública* 2013;4(2):82-3.
10. Shamah-Levy T, Cuevas-Nasu L, Mundo-Rosas V, Morales-Ruán C, Cervantes Turrubiates L, VillalpandoHernández S. Estado de salud y nutrición de los adultos mayores en México: resultados de una encuesta probabilística nacional. *Salud Publica Mex.* 2008;50(5):383-9.
11. Urbina-Torija JR, Flores-Mayor JM, García-Salazar MP, Torres-Buisán L, Torrubias-Fernández RM. Síntomas depresivos en personas mayores: prevalencia y factores asociados. *Gac Sanit.* 2007;21(1):37-42.
12. Petersen PE, Yamamoto T. Improving the oral health of older people: the approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2005;33(2):81-92.
13. Weintraub JA. Gender differences in oral health research: beyond the dichotomous variable. *J Dent Educ.* 1993;57(10):753-8.
14. Campos AC, Vargas AM, Ferreira e Ferreira E. Satisfação com saúde bucal de idosos brasileiros: um estudo de gênero com modelo hierárquico. Oral health satisfaction among Brazilian elderly: a gender study using a hierarchical model. *Cad Saude Publica.* 2014;30(4):757-73.

15. MacEntee MI, Stolar E, Glick N. Influence of age and gender on oral health and related behaviour in an independent elderly population. *Community Dent Oral Epidemiol.* 1993;21(4):234-9.
16. Shah N. Gender issues and oral health in elderly Indians. *Int Dent J.* 2003;53(6):475-84.
17. Martinez-Mier EA, Zandona AF. The impact of gender on caries prevalence and risk assessment. *Dent Clin North Am.* 2013;57(2):301-15.
18. Lukacs JR. Sex differences in dental caries experience: clinical evidence, complex etiology. *Clin Oral Investig.* 2011;15(5):649-56.
19. Colombia. Empresa Social del Estado (E.S.E) Metrosalud. Disponible en: <http://www.metrosalud.gov.co/>
20. Vázquez M, Ferreira Da Silva M, Mogollón A, Fernández de Sanmamed M, Delgado M. Introducción a las técnicas cualitativas de investigación aplicadas a la salud. Santiago de Cali: Programa Editorial Universidad del Valle; 2011.
21. Alzate-Urrea S, López-Vergel F, López-Orozco C, Espinosa-Herrera E, Agudelo-Suárez AA, Posada-López A, et al. Calidad de vida y su relación con la salud bucal en la población adulta mayor atendida en la red pública hospitalaria de Medellín: la perspectiva del personal de salud. *Rev CES Odont.* 2014;27(2):11-25.
22. Agudelo-Suárez AA, Alzate-Urrea S, López-Vergel F, López-Orozco C, Espinosa-Herrera É, Posada-López A, et al. 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 Polít Salud.* 2014;13(27):181-99.
23. Vargas-Melgarejo LM. Sobre el concepto de percepción. About the concept of perception. *Alteridades.* 1994;4(8):47-53.
24. Calderón C. Criterios de calidad en la investigación cualitativa en salud (ICS): apuntes para un debate necesario. *Rev Esp Salud Publica.* 2002;76(5):473-82.
25. Colombia. Ministerio de Salud. Resolución n° 008430 de 1993 (4 de octubre de 1993). Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Bogotá: Ministerio de Salud; 1993.
26. World Medical Association General A. World Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. *J Int Bioethique.* 2004;15(1):124-9.
27. Thomson M. Epidemiology of oral health conditions in older people. *Gerodontology.* 2014;31 Suppl 1:9-16.
28. Colombia. Ministerio de Salud. III Estudio Nacional de Salud Bucal. ENSAB. Bogotá: Ministerio de Salud; 1998.
29. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. IV Estudio Nacional de Salud Bucal. ENSAB IV: Para saber cómo estamos y saber qué hacemos. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2013-2014.
30. Leon-Araya S. Geriatria Oral. Envejecimiento y Cultura en América Latina y el Caribe. Santiago de Chile Publicaciones de Ciencias Sociales – Universidad Central de Chile; 2009. p. 235-52.
31. Machado LP, Camargo MB, Jeronymo JC, Bastos GA. Regular use of dental services among adults and older adults in a vulnerable region in Southern Brazil. *Rev Saude Publica.* 2012;46(3):526-33.
32. Baldani MH, Brito WH, Lawder JAdC, Mendes YBE, Silva FFd, Antunes JLF. Determinantes individuais da utilização de serviços odontológicos por adultos e idosos de baixa renda. *Rev Bras Epidemiol.* 2010;13(1):150-62.
33. Hart JT. The inverse care law. *Lancet.* 1971;1(7696):405-12.
34. Frohlich KL, Potvin L. Transcending the known in public health practice: the inequality paradox: the population approach and vulnerable populations. *Am J Public Health.* 2008;98(2):216-21.
35. Kunkel SR, Atchley RC. Why gender matters: being female is not the same as not being male. *Am J Prev Med.* 1996;12(5):294-6.
36. Salgado-de Snyder VN, Wong R. Género y pobreza: determinantes de la salud en la vejez. *Salud pública Méx* 2007;49(Suppl 4): s515-s21.
37. Borrell C, Lazcano LA. Las desigualdades de género en salud: retos para el futuro. *Rev Esp Salud Pública.* 2008;82(3):245-9.

Título: Consumo de cigarrillo en la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia y factores relacionados. Medellín, 2012.

Autores: Andrés Alonso Agudelo Suárez; Fanny Lucía Yépes Delgado; Victoria Patricia Castro Naranjo; Carlos Mario Cano Restrepo; Claudia Marcela Campuzano Peláez.

Publicado en: <https://revistas.udea.edu.co/index.php/odont/article/view/20975>

Palabras clave: Hábito de fumar, Epidemiología, Estilo de vida, Estudios transversales.

Introducción

El consumo de cigarrillo, o tabaquismo, como es conocido en otros ámbitos, se considera un aspecto importante dentro de las prioridades y estrategias de los países en cuanto a salud pública. Ello se debe a que la evidencia científica ha documentado la asociación entre su consumo y diferentes patologías, como las enfermedades respiratorias y, concretamente a nivel estomatológico, cáncer oral, enfermedad periodontal y condiciones como la halitosis. La Organización Mundial de la Salud, en su informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles (2010), señala que alrededor de 6 millones de personas mueren a causa del tabaco cada año, teniendo en cuenta tanto el consumo directo como el pasivo, que podría llevar a que la cifra se aproxime a los 8 millones para el año 2030. Esta misma institución menciona, en otro informe sobre tabaquismo (2013), que el 12% de las muertes que ocurrieron ese año en adultos mayores de 30 años son atribuibles al hábito de fumar.

En Colombia, según datos globales del Ministerio de Salud en su Encuesta Nacional de Salud Pública (ENSP-2007), la prevalencia

de consumo de cigarrillo en la población de 18 a 69 años es del 13% (hombres: 20%, mujeres: 7%). Concretamente en la población universitaria (profesores, estudiantes y personal de apoyo), se ha caracterizado este problema y se cuenta con estudios locales en diferentes ciudades del país. Llama la atención que se han realizado estudios enfocados en estudiantes de áreas de la salud. En términos generales, las prevalencias de consumo dependen del área geográfica, del tipo de indicador y de la población encuestada.

La Ley 1335 del 21 de julio de 2009, en su capítulo II, identifica la necesidad de establecer políticas y estrategias para el control del consumo, así como programas educativos para el control del tabaquismo. Estas medidas se adelantan de forma mancomunada entre el Ministerio de Salud y Protección Social y el Ministerio de Educación Nacional. Estas políticas nacionales guardan relación con estrategias globales como el Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT) y la estrategia Monitor, Protect, Offer, Warn, Enforce, Raise (MPOWER). En el primer caso, uno de los avances significativos en el CMCT es el cambio de paradigma, desarrollando una estrategia de reglamentación basada en la reducción de la demanda y el suministro del cigarrillo. La estrategia MPOWER establece un conjunto de medidas que pretenden vigilar el consumo, proteger a la población del humo de tabaco, ofrecer ayuda para el abandono del hábito, advertir de sus peligros y hacer cumplir las prohibiciones sobre publicidad, promoción y patrocinio.

La Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia tiene desde 2003 una línea de investigación en tabaquismo, y desde este ámbito se creó el programa Espacio Libre de Humo de Cigarrillo, una de las primeras iniciativas sobre esta problemática en el país. Esta dependencia se constituye desde 2008 como un espacio libre de humo de cigarrillo, cumpliendo con la Resolución

1956 del Ministerio de Protección Social sobre la necesidad de crear espacios libres de humo en las instituciones educativas. Este es un proyecto educativo y formativo que busca concertar una política antitabaco institucional al interior de la Universidad de Antioquia y formar al personal de la salud para el manejo adecuado de las personas fumadoras mediante los currículos, la promoción de estilos de vida saludables sin consumo de tabaco y actividades lúdicas que promuevan el abandono del consumo de tabaco y la prevención del mismo. De igual forma, asesora y acompaña a otras dependencias en la implementación de nuevos espacios.

La Facultad de Odontología, mediante Acuerdo 177 del Consejo de Facultad (del 23 de enero de 2012), se declara como “espacio libre de humo de cigarrillo” e implementa acciones para cumplir lo dispuesto en la ley. Un paso importante para la realización de propuestas basadas en la realidad social y en las necesidades de las personas consiste en caracterizar el problema dentro de la dependencia. Por tanto, este estudio tuvo como objetivo determinar la frecuencia del consumo de cigarrillo en el personal de la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia, así como sus factores relacionados.

Objetivos

Determinar la frecuencia del consumo de cigarrillo en el personal de la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia, así como sus factores relacionados.

Metodología

Estudio transversal mediante encuesta autodiligenciada a docentes, estudiantes y empleados. Variables: sociodemográficas, características del hábito de fumar, peso y talla (IMC), y relaciones de convivencia. Con respecto al hábito de fumar, se tuvieron en cuenta la prevalencia (P: consumo actual), y la experiencia

(E: consumo actual/pasado). Se realizó una descripción de las variables en forma separada para hombres (H) y mujeres (M). Se estudió la asociación entre la experiencia y la prevalencia con el sexo, la actividad física e IMC por medio de regresión logística, calculando Odds Ratio crudas (ORc) y ajustadas (ORa), con sus intervalos de confianza al 95%

Resultados

El sexo se asoció significativamente con el consumo de cigarrillo, el cual fue mayor en los hombres (P: ORa 5,34; IC95% 2,73- 10,45 y E: ORa 2,93; IC95% 2,08- 4,14). La actividad física también tuvo asociación estadísticamente significativa para el caso de la variable prevalencia (ORa 5,78; IC95% 2,02- 16,53). Casi una cuarta parte de los hombres y un 8% de las mujeres han considerado fumar en alguna vez en la vida ($p < 0,0001$). En mayor proporción, la población encuestada reportó que sus compañeros de trabajo o estudio fuman cerca de ellos (H: 25%, M: 16%, $p = 0,007$). Más del 75% de los fumadores de ambos sexos piensan dejar el hábito de fumar, o han intentado hacerlo.

Conclusiones

Se encontraron diferencias en el hábito de fumar según factores sociodemográficos. Se requieren estrategias de promoción y prevención que conlleven a estilos de vida saludables.

Referencias bibliográficas

1. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2010. Documento WHO/NMH/CHP/11.1. Ginebra: OMS, 2011. Links.
2. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la epidemia mundial del tabaquismo. Hacer cumplir las prohibiciones sobre publicidad, promoción y patrocinio del tabaco. Documento WHO/NMH/PND/13.2. Ginebra: OMS; 2013. Links.

3. Alonso-de-la-Iglesia B, Ortiz-Marrón H, Saltó-Cerezuela E, J. Toledo-Pallarés J. Epidemiología del tabaquismo: efectos sobre la salud, prevalencia de consumo y actitudes. Estrategias de prevención y control. *Prev Tab* 2006; 8 (Supl 1): 2-10. Links.
4. Khan Z, Tönnies J, Müller S. Smokeless tobacco and oral cancer in South Asia: a systematic review with meta-analysis. *J Cancer Epidemiol* 2014; 2014: ID 394696. DOI:10.1155/2014/394696 URL: <http://dx.doi.org/10.1155/2014/394696> Links.
5. Traviesas-Herrera EM, Seoane-Larrinaga, AM. Prevalencia y gravedad de las periodontopatías en adultos jóvenes del municipio Artemisa en relación con la práctica del tabaquismo ENT#091; InternetENT#093; *Rev cubana Estomatol* 2007; 44(2). URL: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072007000200003 Links.
6. Lugo-de-Díaz G, Giménez-de-Salazar X. Condiciones bucales y sistémicas asociadas a la halitosis genuina ENT#091; InternetENT#093; *Acta Odontológica Venezolana* 2012; 50(4). URL: <http://www.actaodontologica.com/ediciones/2012/4/art-3/> Links.
7. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Encuesta nacional de salud pública. Bogotá: Ministerio de la Protección Social, 2007. Links.
8. Báez-Parra D, Decker-Pinzón M, Silva-Martín LM, Gómez-Rojas JD. Encuesta de prevalencia sobre el consumo de cigarrillos en la Pontificia Universidad Javeriana. *Univ Psychol* 2003; 2(1): 89-94. Links.
9. Tafur LA, Ordoñez GA, Millán JC, Varela JM, Rebellón P. Tabaquismo en personal de la Universidad Santiago de Cali. *Colomb Med* 2005; 36(3): 194-198. Links.
10. Tafur LA, Ordóñez G, Millán JC, Varela J, Rebellón P. Prevalencia de tabaquismo en estudiantes recién ingresados a la Universidad Santiago de Cali. *Colomb Med* 2006; 37(2): 126-132. Links.
11. Castaño-Castrillón JJ, Páez-Cala ML, Pinzón-Montes JH, Rojo-Bustamante E, Sánchez-Castrillón GA, Torres Ríos JM et al. Estudio descriptivo sobre tabaquismo en la comunidad estudiantil de la Universidad de Manizales, 2007. *Rev Fac Med Unal* 2008; 56(4): 302-317. Links.
12. Alonso-Palacio LM, Pérez MA, Alcalá G, Lubo-Gálvez A, Consuegra A. Comportamientos de riesgo para la salud en estudiantes colombianos recién ingresados a una universidad privada en Barranquilla (Colombia). *Salud Uninorte* 2008; 24(2): 235-247. Links.
13. Rodríguez MA, Pineda SA, Vélez LF. Características del consumo de tabaco en estudiantes de enfermería de la Universidad de Antioquia (Colombia). *Invest Educ Enferm* 2010; 28(3): 370-383. Links.
14. Hernández J, Guevara CL, García MF, Tascón JE. Hábito de fumar en los estudiantes de primeros semestres de la Facultad de Salud: características y percepciones. *Universidad del Valle*, 2003. *Colomb Med* 2006; 37(1): 31-38. Links.
15. Alba LH. Perfil de riesgo en estudiantes de medicina de la Pontificia Universidad Javeriana. *Univ Med* 2009; 50(2): 143-155. Links.
16. Colombia. Congreso de la República. Ley 1335 del 21 de julio, disposiciones por medio de las cuales se previenen daños a la salud de los menores de edad, la población no fumadora y se estipulan políticas públicas para la prevención del consumo del tabaco y el abandono de la dependencia del tabaco del fumador y sus derivados en la población colombiana. Bogotá: Diario Oficial 47.417 de julio 21 de 2009. Links.
17. Organización Mundial de la Salud. Convenio marco de la OMS para el control del tabaco. Documento LC/NLM: HD 9130.6. Ginebra: OMS, 2003. Links.
18. Organización Mundial de la Salud. MPOWER: un plan de medidas para hacer retroceder la epidemia de tabaquismo. Documento NLM: WM 290. Ginebra: OMS, 2008. Links.
19. Universidad de Antioquia. Facultad de Medicina. Acta 229 del consejo de facultad del 13 de agosto ENT#091; InternetENT#093; ENT#091; consultado: 2014-10-16 ENT#093; URL: <http://www.udea.edu.co/portal/page/portal/SedesDependencias/Medicina/F.ServiciosProductos/C.paraProfesores/A.espacioLibreHumo> Links.
20. República de Colombia. Ministerio de la Protección Social. Resolución Número 1956 de 30 de Mayo de 2008,

por la cual se adoptan medidas en relación con el consumo de cigarrillo o de tabaco. Bogotá: Diario Oficial 47.009 de junio 3 de 2008. Links.

21. Universidad de Antioquia. Facultad de Odontología. Acuerdo 177 del consejo de facultad de enero 23 de 2012, por medio de la cual se declara a la Facultad de Odontología: "Espacio libre de humo de cigarrillo". ENT#091; InternetENT#093; ENT#091; consultado: 2014-09-22ENT#093; URL: URL: <http://www.udea.edu.co/portal/page/portal/bActosNormas/facultadOdontologia/acuerdos/Acuerdo%20177%20F%20de%20O%20LIBRE%20DE%20HUMO.pdf> Links.

22. Organización Mundial de la Salud. Obesidad y sobrepeso. Nota descriptiva N.º 311, Mayo de 2014 ENT#091; InternetENT#093; ENT#091; Consultado: 2014-09-22ENT#093; Disponible en: Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/> Links.

23. República de Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución N.º 008430 de 1993 (4 de octubre de 1993). Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 1993. Links.

24. World Medical Association General Assembly. World Medical Association declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. *J Int Bioethique* 2004; 15(1): 124-129. Links.

25. Hernández-Escolar J, Herazo-Beltrán Y, Valero MV. Frecuencia de factores de riesgo asociados a enfermedades cardiovasculares en población universitaria joven. *Rev Salud Pública* 2010; 12(5): 852-864. DOI:10.1590/S0124-00642010000500015 URL: <https://doi.org/10.1590/S0124-00642010000500015>. Links.

26. Campo-Arias A, Díaz-Martínez LA. Prevalencia y factores asociados con el consumo diario de cigarrillo en mujeres adultas de Bucaramanga, Colombia. *Rev Colomb Obstet Ginecol* 2006; 57(4): 236-244. Links.

27. Fernández E, Borrell C. Tabaco, género y clase social. *SEMERGEN* 2001; 27(8): 403-404. DOI:10.1016/S1138-

3593(01)73996-2 URL: [https://doi.org/10.1016/S1138-3593\(01\)73996-2](https://doi.org/10.1016/S1138-3593(01)73996-2). Links.

28. Elizondo-Armendáriz JJ, Guillén-Grima F, Aguinaga-Ontoso I. Prevalencia de actividad física y su relación con variables sociodemográficas y estilos de vida en la población de 18 a 65 años de Pamplona. *Rev Esp Salud Pública* 2005; 79(5): 559-567. Links.

29. Morán-Álvarez IC, Cruz-Licea V, Iñárritu-Pérez MC. Prevalencia de factores y conductas de riesgo asociados a trastornos de la alimentación en universitarios. *Rev Med Hosp Gen Mex* 2009; 72(2): 68-72. Links.

30. Albertsen K, Borg V, Oldenburg B. A systematic review of the impact of work environment on smoking cessation, relapse and amount smoked. *Prev Med* 2006; 43(4): 291-305. DOI: 10.1016/j.yjmed.2006.05.001 URL: <https://doi.org/10.1016/j.yjmed.2006.05.001> Links.

31. AlSwuailem AS, AlShehri MK, Al-Sadhan S. Smoking among dental students at King Saud University: Consumption patterns and risk factors. *Saudi Dent J* 2014; 26(3): 88-95. DOI: 10.1016/j.sdentj.2014.03.003 URL: <https://dx.doi.org/10.1016/j.sdentj.2014.03.003> Links.

32. Rodríguez-Martín A, Novalbos JP, Martínez JM, Escobar L. Life-style factors associated with overweight and obesity among Spanish adults. *Nutr Hosp* 2009; 24(2): 144-151. Links.

33. Pednekar MS, Gupta PC, Shukla HC, Hebert JR. Association between tobacco use and body mass index in urban Indian population: implications for public health in India. *BMC Public Health* 2006; 6:70. DOI:10.1186/1471-2458-6-70 URL: <https://dx.doi.org/10.1186/1471-2458-6-70> Links.

34. Zabert G, Chatkin JM, Ponciano-Rodríguez G. Reflexiones sobre oportunidades de intervención en tabaquismo en Latinoamérica. *Salud Pública Mex* 2010; 52(suppl 2): S283-S287. Links.

Título: Calidad de vida relacionada con la salud bucal en mujeres en situación de prostitución en Medellín (Colombia) y sus factores relacionados

Autores: Andrés Alonso Agudelo Suárez; Alejandro Vásquez Hernández; Carolina Zapata Villa.

Publicado en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-971X2017000200003

Palabras clave: Salud Bucal; Calidad de vida; Trabajadoras Sexuales; Encuestas de Salud Bucal.

Introducción

La calidad de vida es un elemento a considerar en el análisis de los determinantes sociales en grupos vulnerables. Se pretende determinar la calidad de vida relacionada con la salud bucal (CVRSB) en un grupo de mujeres en situación de prostitución de Medellín y sus factores relacionados.

Objetivos

Determinar la Calidad de Vida Relacionada con la Salud Bucal (CVRSB) en un grupo de mujeres en situación de prostitución de Medellín y sus factores relacionados.

Metodología

Estudio descriptivo transversal en una muestra a conveniencia de 53 mujeres que ejercen la prostitución. Se aplicó encuesta y examen clínico con información sociodemográfica, uso de servicios de salud y situación de salud bucal. Aplicación del instrumento OHIP-14 (Perfil de Impacto de la Salud Oral en la Calidad de Vida). Descripción del OHIP-14 y sus medidas de resumen según diferentes variables.

Resultados

Las dimensiones de malestar psicológico y minusvalía son las que presentaron mayores puntajes. El 85% de las mujeres reportaron uno o más impactos de su salud bucal en la calidad

de vida, lo que representa un promedio de 4,8 impactos IC95%(3,8 - 5,9). Se observaron indicadores de impacto más altos según factores sociodemográficos como: nivel educativo, tiempo en el oficio, cargas familiares, apoyo social o consumo de sustancias psicoactivas. Igualmente, se reportaron mayores impactos de acuerdo a factores como: estar insatisfechas con su salud bucal, estado de salud bucal bajo, tener problemas bucodentales, requerir atención prioritaria y reportar problemas de acceso a la atención odontológica.

Conclusiones

Se observaron gradientes en la CVRSB de acuerdo a características sociodemográficas, salud bucal y acceso a la atención odontológica. Se evidencian situaciones de inequidad que deben ser consideradas para promover acciones colectivas en esta población.

Referencias bibliográficas

1. Allen PF. Assessment of oral health related quality of life. Health Qual Life Outcomes. 2003; 1:40. Links.
2. Misrachi C, Espinoza I. Utilidad de las Mediciones de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud Usefulness of Quality of Life Related to Health Measurements. Revista dental de Chile. 2005;96(2):28-35. Links.
3. World Health Organization (WHO). A conceptual framework for action on the social determinants of health: Social Determinants of Health Discussion Paper 2. Geneva: World Health Organization (WHO); 2010. Links.
4. Sheiham A. Oral health, general health and quality of life. Bull World Health Organ. 2005;83(9):644. Links.
5. Díaz-Cárdenas S, Arrieta-Vergara K, Ramos-Martínez K. Impacto de la salud oral en la calidad de vida de adultos mayores. Rev Clin Med Fam. 2012;5(1):9-16. Links.
6. Posada-López A, Agudelo-Suárez AA, Murillo-Pedrozo AM, Ramírez-Sepúlveda KA, Zuluaga-Villegas D V, Vasco-Grajales K, et al. Impacto de la salud bucal en la calidad de vida en pacientes adultos atendidos en la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia y sus factores relacionados. Rev Fac Odontol Univ Antioq. 2014;25(Supl): S96-S108. Links.

7. Concha S, Camargo D. Análisis de la asociación entre la calidad de vida y condición oral de las personas mayores vinculadas a tres instituciones geriátricas de Bucaramanga: II Fase. *Ustasalud Odontología*. 2007; 6:75-86. Links.
8. Duque-Duque VE, Tamayo-Castrillón J, Echeverri-Cadavid PA, Gutiérrez-Osorio AY, Sepúlveda-Correa D, Giraldo-Ramírez O, et al. Calidad de vida relacionada con la salud bucal en adultos mayores que consultan a la IPS Universitaria de Medellín y sus factores asociados. *Rev CES odontología*. 2013;26(1):10-23. Links.
9. Petersen PE, Bourgeois D, Ogawa H, Estupinan-Day S, Ndiaye C. The global burden of oral diseases and risks to oral health. *Bull World Health Organ*. 2005;83(9):661-9. Links.
10. Watt RG. From victim blaming to upstream action: tackling the social determinants of oral health inequalities. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2007;35(1):1-1. Links.
11. Ndiaye CF, Critchlow CW, Leggott PJ, Kiviat NB, Ndoye I, Robertson PB, et al. Periodontal status of HIV-1 and HIV-2 seropositive and HIV seronegative female commercial sex workers in Senegal. *J Periodontol*. 1997;68(9):827-31. Links.
12. Vásquez-Hernández A, Vivares-Builes AM, Agudelo-Suárez AA. La Invisibilidad de Estudios en Salud Oral en Mujeres en Situación de Prostitución: Una Revisión Sistemática Exploratoria The Invisibility of Oral Health Studies about Women in Situation of Prostitution: A Scoping Review. *Int J Odontostomat*. 2016;10(2):287-95. Links.
13. Agudelo-Suárez AA, Martínez-Herrera E. La salud bucal colectiva y el contexto colombiano: un análisis crítico Collective oral health and the colombian context: a critical analysis. *Rev Gerenc Polit Salud*. 2009;8(16):91-105. Links.
14. World Health Organization. Oral Health Surveys: Basic Methods. 5th Ed. Geneva: World Health Organization; 2013. Links.
15. World Health Organization. Obesity and overweight. Fact sheet. Updated June 2016 cited 2017 03/04. Available from: Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>. Links.
16. Broadhead WE, Gehlbach SH, de Gruy FV, Kaplan BH. The Duke-UNC Functional Social Support Questionnaire. Measurement of social support in family medicine patients. *Med Care*. 1988;26(7):709-23. Links.
17. Bellón-Saameño J, Delgado-Sánchez A, Luna-del-Cstillo J, Lardelli-Claret P. Validez y fiabilidad del cuestionario de apoyo social funcional Duke-UNC-11 Validity and reliability of the Duke-UNC-11 questionnaire of functional social support. *Aten Primaria*. 1996;18(4):153-63. Links.
18. Slade GD, Nuttall N, Sanders AE, Steele JG, Allen PF, Lahti S. Impacts of oral disorders in the United Kingdom and Australia. *Br Dent J*. 2005;198(8):489-93. Links.
19. Locker D, Quinonez C. Functional and psychosocial impacts of oral disorders in Canadian adults: a national population survey. *J Can Dent Assoc*. 2009;75(7):521. Links.
20. World Medical Association General Assembly. World Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. *J Int Bioethique*. 2004;15(1):124-9. Links.
21. República de Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución n° 008430 de 1993 (4 de octubre de 1993). Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 1993. Links.
22. Von Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gøtzsche PC, Vandenbroucke JP. Declaración de la Iniciativa STROBE (Strengthening the Reporting of Observational studies in Epidemiology): directrices para la comunicación de estudios observacionales. *Gac Sanit*. 2008;22(2):144-50. Links.
23. Abadía-Barrero CE. Pobreza y desigualdades sociales: un debate obligatorio en salud oral. *Acta bioeth*. 2006;12(1):9-22. Links.
24. Schwartzmann L. Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Cienc enferm*. 2003;9(2):09-21. Links.
25. Correa L, Javier F. Pobreza, vulnerabilidad y calidad de vida en América Latina: Retos para la bioética. *Acta bioeth*. 2011;17(1):19-29. Links.
26. Juliano D. El trabajo sexual en la mira. *cadernos pagu*. 2005; 25:79-106. Links.
27. Fernández M. Calidad de vida y salud de las mujeres que ejercen la prostitución: Tesis Doctoral. Universidad de Oviedo. España; 2011. Links.
28. Amaya A, Canaval GE, Viáfara E. Estigmatización de las trabajadoras sexuales: influencias en la salud. *Colombia Médica*. 2005;36(3 Supl 2):65-74. Links.

29. Yepes F, Ramírez M, Sánchez L, Ramírez M, Jaramillo I. Luces y sombras de la reforma de la salud en Colombia: Ley 100 de 1993. Bogotá: Assalud-Universidad del Rosario, Mayol Ediciones; 2010. 180 p. Links.

30. Agudelo-Calderón CA, Cardona-Botero J, Ortega-Bolaños J, Robledo-Martínez R. Sistema de salud en Colombia: 20 años de logros y problemas The Colombian healthcare system: 20 years of achievements and problems. Cien Saude Colet. 2011;16(6):2817-28. Links.

31. Guerrero R, Gallego AI, Becerril-Montekio V, Vásquez J. Sistema de salud de Colombia The health system of Colombia. Salud Pública Mex. 2011;53(suppl 2): s144-s55. Links.

32. Rocha-Buelvas A. Análisis sobre el acceso a los servicios de la salud bucal: un indicador de equidad. Rev Gerenc Polit Salud. 2013;12(25):96-112. Links.

33. Hart JT. The inverse care law. Lancet. 1971;1(7696):405-12. Links.

Título: Condición periodontal y su relación con variables sociodemográficas y clínicas en pacientes adultos de una institución docencia-servicio.

Autores: Juan Carlos Maya Ramírez, Natalia Sánchez Lopera, Adriana Posada López, Andrés Agudelo Suárez, Javier Enrique Botero.

Publicado en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1870-199X2017000300165&lng=es&nrm=iso

Palabras clave: Periodontitis, gingivitis, variables sociodemográficas, cigarrillo, diabetes, educación.

Introducción

Es universalmente aceptado que la acumulación de placa bacteriana alrededor de los dientes lleva al desarrollo de enfermedades periodontales. De éstas, la gingivitis (G) es muy frecuente y puede llegar a una prevalencia de más del 70% en

sujetos jóvenes. Por otra parte, la periodontitis crónica (PC) afecta aproximadamente al 47% de la población adulta norteamericana. A diferencia de la gingivitis, la PC se puede subclasificar de acuerdo al grado de severidad de la pérdida de inserción. Teniendo en cuenta este parámetro, es posible ver que la PC moderada (30%) es la más frecuente seguida por el grado leve (8.7%) y severo (8.5%). A nivel mundial la PC severa es aproximadamente del 11%.³ En Colombia, la prevalencia de PC es del 61.8% siendo la PC moderada la más prevalente (43.4%). Esto muestra la magnitud del problema en la población y se puede concluir que, aunque no todos los sujetos sufren de periodontitis crónica severa, existen otros factores diferentes a la placa bacteriana que afectan el progreso de la enfermedad.

Si bien la placa bacteriana es un factor necesario, no es suficiente para el desarrollo de enfermedad periodontal. Otros factores como la edad, condiciones sistémicas y los posibles medicamentos que se utilicen o consuman para el tratamiento de estas condiciones, nivel educativo, hábitos como el consumo de cigarrillo o alcohol y estado socioeconómico juegan un papel determinante en el desarrollo de la enfermedad periodontal. De esta forma, se ha sugerido que la enfermedad periodontal es más frecuente en poblaciones con bajos ingresos económicos, baja educación y acceso limitado a los servicios de salud. Asimismo, se ha visto que la PC aumenta la prevalencia con la edad.

La Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia, es una institución formadora de recurso humano en salud bucal. Bajo el modelo docencia servicio, atiende personas de diversos estratos socioeconómicos y de diferentes procedencias en las diferentes clínicas de la institución en pregrado y posgrado. Esto constituye un contexto idóneo para hacer una caracterización de los determinantes asociados con la enfermedad periodontal con el fin de plantear estrategias

basadas de tratamiento integral en la realidad social y en las necesidades encontradas.

Teniendo en cuenta lo anterior, este estudio tuvo como objetivo determinar la prevalencia de enfermedad periodontal y los factores sociodemográficos y clínicos relacionados con la población atendida en esta institución en el periodo 2011-2016.

Objetivos

Determinar la prevalencia de enfermedad periodontal y los factores sociodemográficos y clínicos relacionados.

Metodología

Se diseñó un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo. Se incluyeron historias clínicas con los siguientes criterios: ≥ 35 años de edad, historia clínica y ficha periodontal completa y mínimo 10 dientes presentes en boca. Se analizaron variables sociodemográficas y clínicas periodontales y se estableció el diagnóstico periodontal de acuerdo con dos sistemas de clasificación (AAP y CDC-AAP). Se calculó el χ^2 para analizar las diferencias entre variables sociodemográficas y clínicas con relación a la severidad de la periodontitis. Para variables cuantitativas se utilizó la prueba de la mediana.

Resultados

La frecuencia de periodontitis fue 67.2% (periodontitis severa 43.2%) y gingivitis fue 32.8%. En 155 casos hubo acuerdo entre las dos clasificaciones cuando la periodontitis fue severa. La clasificación CDC-AAP produjo más casos de periodontitis moderada y sólo 47 casos en concordancia con el sistema AAP. Los pacientes con periodontitis presentaron mayor sangrado al sondaje, pérdida de inserción y bolsas periodontales ($p < 0.001$). Los pacientes con periodontitis perdieron más dientes que pacientes con gingivitis. La periodontitis fue más

frecuente en hombres que en mujeres ($p = 0.025$). Los pacientes con periodontitis tuvieron un nivel educativo más bajo, enfermedades sistémicas, consumo de cigarrillo y alcohol y problemas de afiliación a la seguridad social.

Conclusiones

La frecuencia de periodontitis en la población de estudio fue muy alta (60%) y se encontró relacionada con enfermedades sistémicas, cigarrillo, afiliación a la seguridad social y nivel educativo. La frecuencia de periodontitis se ve determinada por el sistema de clasificación que se utilice.

Referencias bibliográficas

1. Botero JE, Rösing CK, Duque A, Jaramillo A, Contreras A. Periodontal disease in children and adolescents of Latin America. *Periodontol 2000*. 2015; 67 (1): 34-57.
2. Eke PI, Dye BA, Wei L, Thornton-Evans GO, Genco RJ. Prevalence of periodontitis in adults in the United States: 2009 and 2010. *J Dent Res*. 2012; 91 (10): 914-920.
3. Kassebaum NJ, Bernabé E, Dahiya M, Bhandari B, Murray CJ, Marcenes W. Global burden of severe periodontitis in 1990-2010: a systematic review and meta-regression. *J Dent Res*. 2014; 93 (11): 1045-1053.
4. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. IV Estudio Nacional de Salud Bucal. ENSAB IV: Para saber cómo estamos y saber qué hacemos. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social 2013-2014; 2015: pp. 78-85.
5. Oppermann RV, Haas AN, Rösing CK, Susin C. Epidemiology of periodontal diseases in adults from Latin America. *Periodontol 2000*. 2015; 67 (1): 13-33.
6. Heaton B, Dietrich T. Analytic epidemiology and periodontal diseases. *Periodontol 2000*. 2012; 58 (1): 112-120.
7. Dye BA. Global periodontal disease epidemiology. *Periodontol 2000*. 2012; 58 (1): 10-25.
8. Caton JG, Greenwell H, Mahanonda R, Williams R, Zappa U, Claffey N et al. Consensus report: dental plaque gingival diseases. *Ann Periodontol*. 1999; 4 (1): 18-19.

9. Lindhe J, Ranney R, Lamster I, Charles A, Chung C, Flemmig T et al. Consensus report: chronic periodontitis. *Ann Periodontol.* 1999; 4 (1): 38.
10. Eke PI, Page RC, Wei L, Thornton-Evans G, Genco RJ. Update of the case definitions for population-based surveillance of periodontitis. *J Periodontol.* 2012; 83 (12): 1449-1454.
11. Kim HS, Son JH, Yi HY, Hong HK, Suh HJ, Bae KH. Association between harmful alcohol use and periodontal status according to gender and smoking. *BMC Oral Health.* 2014; 14: 73.
12. Ababneh KT, Abu Hwaj ZM, Khader YS. Prevalence and risk indicators of gingivitis and periodontitis in a multi-centre study in North Jordan: a cross sectional study. *BMC Oral Health.* 2012; 12: 1.
13. Gamonal J, Mendoza C, Espinoza I, Muñoz A, Urzúa I, Aranda W et al. Clinical attachment loss in Chilean adult population: first Chilean National Dental Examination Survey. *J Periodontol.* 2010; 81 (10): 1403-1410.
14. Costa FO, Guimarães AN, Cota LO, Pataro AL, Segundo TK, Cortelli SC et al. Impact of different periodontitis case definitions on periodontal research. *J Oral Sci.* 2009; 51 (2): 199-206.
15. Baelum V, López R. Defining a periodontitis case: analysis of a never-treated adult population. *J Clin Periodontol.* 2012; 39 (1): 10-19.
16. Jiang Y, Okoro CA, Oh J, Fuller DL. Sociodemographic and health-related risk factors associated with tooth loss among adults in Rhode Island. *Prev Chronic Dis.* 2013; 10: E45.
17. Borrell LN, Burt BA, Warren RC, Neighbors HW. The role of individual and neighborhood social factors on periodontitis: the third National Health and Nutrition Examination Survey. *J Periodontol.* 2006; 77 (3): 444-453.
18. Carasol M, Llodra JC, Fernández-Meseguer A, Bravo M, García-Margallo MT, Calvo -Bonacho E et al. Periodontal conditions among employed adults in Spain. *J Clin Periodontol.* 2016; 43 (7): 548-556.
19. Westfelt E. Rationale of mechanical plaque control. *J Clin Periodontol.* 1996; 23 (3): 263-267.
20. Tomar SL, Asma S. Smoking-attributable periodontitis in the United States: Findings from NHANES III. *National Health and Nutrition Examination Survey. J Periodontol.* 2000; 71 (5): 743-751.
21. Grossi SG, Zambon JJ, Ho AW, Koch G, Dunford RG, Machtei EE et al. Assessment of risk for periodontal disease. I. Risk indicators for attachment loss. *J Periodontol.* 1994; 65 (3): 260-267.
22. Haffajee AD, Socransky SS. Relationship of cigarette smoking to attachment level profiles. *J Clin Periodontol.* 2001; 28 (4): 283-295.
23. Palmer R, Soory M. Modifying factors. In: Lindhe J, Lang NP, Karring T, editors. *Clinical periodontology and implant dentistry.* Oxford: Blackwell; 2008. pp. 307-327.
24. Papapanou PN. Periodontal diseases: epidemiology. *Ann Periodontol.* 1996; 1 (1): 1-36.
25. Mealey BL, Moritz AJ. Hormonal influences: effects of diabetes mellitus and endogenous female sex steroid hormones on the periodontium. *Periodontol 2000.* 2003; 32: 59-81.
26. Mealey B, Oates T. Diabetes mellitus and periodontal diseases. AAP-commissioned review. *J Periodontol.* 2006; 77 (8): 1292-1303.

Título: Sentido de la responsabilidad con la salud: perspectiva de los sujetos que reivindican este derecho.

Autores: Ángela María Franco Cortes
Rosa Ofelia Roldan Vargas.

Publicado: <http://www.scielo.org.co/pdf/rllcs/v13n2/v13n2a20.pdf>

Palabras clave: Responsabilidad, ética, salud, acción comunitaria (Tesauro de Ciencias Sociales de la Unesco).

Introducción

La manera como se entiende la responsabilidad individual y colectiva con

la salud está atravesada por los diferentes discursos que coexisten en la sociedad unos con más recursos de poder, otros subalternos, en torno a temas y decisiones que tienen que ver con el modelo de desarrollo y reproducción social, la distribución de la riqueza, los derechos, y el reconocimiento de la dignidad de los seres humanos. Por esta razón, asuntos como el de la salud y el derecho a la salud no son ajenos a deliberaciones entre el discurso hegemónico neoliberal y discursos alternativos con diferentes matices, que claman por construir una manera distinta de entender la responsabilidad con el vivir saludable. Para el pensamiento neoliberal, hegemónico, la salud es un bien privado; es decir, "un bien que se consume individualmente, se agota en el consumo y satisface una necesidad individual". Son los individuos quienes deben asumir sus propios riesgos y deben ser responsables de pagar por este bien, que pese a ser un satisfactor esencial para la vida, se somete a las leyes del mercado y al análisis del costo-beneficio como cualquier otra mercancía. Así, la salud adquiere un sentido, como algo que viene desde fuera y de lo que se es responsable individualmente, y no como algo que se construye entre todos y todas. Cruz denuncia esta concepción de la responsabilidad, diciendo que (...) los sectores que representan la ideología liberal, y están comprometidos con la economía globalizada se están sirviendo de la noción de responsabilidad individual con el poco enmascarado propósito de vaciar de contenido la noción de responsabilidad colectiva que a ellos les incomoda en la medida que implica costosos compromisos de solidaridad con los segmentos sociales más desfavorecidos. Para el pensamiento contra hegemónico en salud representado en movimientos como el de la Medicina Social Latinoamericana y la Salud Colectiva, originados en esta región del mundo desde la década de los años 60 como alternativas

epistemológicas, éticas y políticas a la corriente hegemónica, la salud es un hecho histórico-social; por eso convocan a "entender la historicidad de las expresiones biopsíquicas humanas, como síntesis de procesos históricos más generales"; la vida saludable se construye día a día por todos los sujetos, teniendo en cuenta que son actores históricamente situados y por tanto no viven "bajo condiciones de su propia elección", y el objetivo más importante es el "cuidado de la vida natural y social como requisito indispensable para alcanzar la salud", siendo precisamente la solidaridad una de las condiciones más importantes para lograrlo. En otras palabras, desde este punto de enunciación, el hecho de que la salud sea un asunto de interés colectivo significa que cuando las personas y las comunidades ven amenazada la posibilidad de disfrutar la vida saludable tienen un motivo para organizarse, resistir, protestar, desde diferentes concepciones y formas de lucha; es decir, la responsabilidad por la salud es un asunto político de reflexión, organización y acción de todos los actores, incluido el Estado. Colombia viene de una experiencia reciente de reorganización del Sistema General de Seguridad Social en Salud (Congreso de la República de Colombia, 1993, Ley 100), mediante la cual y con el pretexto de ampliar la cobertura de los servicios y mejorar la eficiencia del sector el modelo de atención en salud fue adaptado a las exigencias neoliberales de abrir al sector privado el campo de la atención a la enfermedad, y el aseguramiento del riesgo de enfermar o morir. Bajo este sistema de salud, la población colombiana ha experimentado una pérdida progresiva del derecho a la salud, configurándose lo que se nombra insistentemente como la "crisis" de la salud, que se ha querido resolver con nuevas reformas a la reforma inicial (Congreso de la República de Colombia, 2007, Ley 1122 y Congreso de la República de

Colombia, 2011, Ley 1438), las cuales “lejos de reconocer el derecho a la salud, conservan lo esencial del modelo de negocio”. Crisis que para los estudiosos del tema no radica en que las prescripciones de la ley 100 y posteriores no se hayan cumplido, sino en la ideología y la escala valorativa que tiene su esencia, que en últimas lo que hace es darle más juego al mercado que al Estado. Las iniciativas de resistencia y protesta de la población contra estas reformas al sistema de salud colombiano, se han canalizado a través de organizaciones sindicales, cívicas, de usuarios de servicios, de pacientes crónicos, organizaciones barriales, organizaciones no gubernamentales y movimientos sociales. En la medida en que advierten la amenaza de la política neoliberal sobre las condiciones de salud de la población, estas organizaciones se movilizan para controlar el cumplimiento de las responsabilidades del Estado, para poner la discusión sobre el derecho a la salud en el centro de las reivindicaciones políticas y sociales, y para aportar a la reconstrucción de los lazos de solidaridad necesarios para generar proyectos políticos que impliquen una manera alternativa de trabajar por la construcción de la salud a partir de modelos más equitativos, incluyentes, humanos y armónicos con la naturaleza. A estas organizaciones pertenecen hombres y mujeres que, además de haber sido usuarios directos e indirectos afectados por el recorte de los servicios, son ciudadanos y ciudadanas interesados en mejorar las opciones de vida saludable en sus comunidades y territorios. Las organizaciones a las que pertenecen y los entornos familiares y laborales son los contextos que aportan a la configuración del sentido que tiene para ellos y ellas la responsabilidad con la salud. En esta investigación, en la que asumimos la responsabilidad como categoría ética y política, como un asunto de relación en el que están implicados la palabra, el discurso y la acción, que tiene que ver como dice

Arendt “no tanto con la pregunta de quién es el agente de una acción sino con la cuestión de qué nos hacemos cargo”, en la que la responsabilidad es intersubjetiva, capaz de interesarse, ante todo, por el ‘nosotros’, capaz de asumir las diferencias para crear espacios de deliberación y de organización, nos hicimos las siguientes preguntas: -¿Qué sentidos de responsabilidad con la salud orientan la acción política de sujetos integrantes de organizaciones sociales que se movilizan por este derecho? -¿En qué radica el poder movilizador de estos sujetos respecto a la experiencia reivindicatoria del derecho a la salud? -¿Cuáles son las implicaciones de los sentidos de la responsabilidad sobre el discurso que procuran posicionar estos sujetos y las prácticas sociales que buscan interpelar y transformar?

Objetivos

Comprender el sentido que tiene la responsabilidad con la salud para miembros de organizaciones sociales que se movilizan por el derecho a la vida saludable.

Metodología

Investigación cualitativa, soportada epistemológica y metodológicamente en la hermenéutica y en la fenomenología social.

Resultados

Develamos tres tendencias sobre el sentido de la responsabilidad con la salud que orientan las acciones individuales y colectivas de estos sujetos: la responsabilidad como compasión (perspectiva judeo-cristiana) y como actitud de servicio con quien está enfermo; como tensión entre la presencia del Estado y la resistencia/ movilización de los ciudadanos y las ciudadanas por el derecho a los servicios; y como compromiso político y vinculación solidaria a

un proyecto colectivo por una sociedad distinta.

Referencias bibliográficas

Arendt, H. (1974). *Los Orígenes del Totalitarismo*. Barcelona

Arendt, H. (1996). *Entre el pasado y el futuro: Ocho ejercicios sobre la reflexión política*. Barcelona.

Arendt, H. (1998). *Crisis de la república*. Madrid.

Arendt, H. (2005). *De la historia a la acción*. Buenos Aires.

Arendt, H. (2006). *Sobre la Revolución*. Buenos Aires: Alianza Editorial.

Arendt, H. (2007). *Responsabilidad y juicio*. Barcelona: Paidós Básica.

Breilh, J. (2003). *Epidemiología Crítica: Ciencia emancipadora e interculturalidad*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Breilh, J. (2010a). Las tres "S" de la determinación de la vida: 10 tesis hacia una visión crítica de la determinación social de la vida y la salud. En R. Passos (org.) *Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária*. Rio de Janeiro: Cebes.

Breilh, J. (2010b). *Hacia una construcción emancipadora del derecho a la salud. ¿Estado constitucional de derechos? Informe sobre derechos humanos*. Quito: Abya-Yala.

Congreso de la República de Colombia (1993). Ley 100. Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. Bogotá, D. C.: Congreso de la República de Colombia.

Congreso de la República de Colombia (2007). Ley 1122. Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Bogotá, D. C.: Congreso de la República de Colombia.

Congreso de la República de Colombia (2011). Ley 1438. Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Bogotá, D. C.: Congreso de la República de Colombia.

Cortés, F. (2005). Reconocimiento y justicia. Entrevista con Axel Honneth. *Estudios Políticos*, 27, pp. 9-26.

Cruz, M. (1999). Acerca de la necesidad de ser responsable. En M. Cruz & R. Aramayo (comps.) *El reparto de la acción. Ensayos en torno a la responsabilidad*. Madrid: Trotta.

Echavarría, C. V., Restrepo, P. A., Callejas, A. A., Mejía, P. X. & Alzate, A. M. (2009). La responsabilidad moral y política: una mirada juvenil. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 7(2), pp. 1439-1457.

Fraser, N. (1991). La lucha por las necesidades: esbozo de una teoría crítica socialista-feminista de la cultura política del capitalismo tardío. *Debate Feminista*, 3 (2), pp. 3-40.

Gadamer, H. G. (1993). *Verdad y Método I. Fundamentos de una hermenéutica filosófica*. Salamanca: Sígueme.

Gallardo, H. (2006). *Derechos humanos como movimiento social*. Bogotá, D. C.: Desde Abajo.

Granda, E. (2007). *El saber en salud pública en un ámbito de pérdida de antropocentrismo y ante una visión de equilibrio ecológico*. Quito: Varios.

Hernández, M. E. (2003). Neoliberalismo en salud: desarrollos, supuestos y alternativas. En: D. I. Restrepo (ed.) *La falacia neoliberal: críticas y alternativas*. Bogotá, D. C.: Universidad Nacional de Colombia.

Hernández, M. E. (2013). *Reforma a la salud: el proyecto del gobierno legitima el negocio*. Bogotá, D. C.: Razón Pública.

Honneth, A. (2005). Reconocimiento y justicia. *Areté: Revista de Filosofía*, 17 (02), pp. 273-294.

López, O., Escudero, J. C. & Carmona, L. D. (2008). Los determinantes sociales de la salud. Una perspectiva desde el Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud, Alames. *Medicina Social*, 3, pp. 323-325.

Luna, M. T. (2006). *La intimidad y la experiencia en lo público*. Tesis de doctorado. Universidad de Manizales-Cinde, Manizales, Colombia.

Mèlich, J. C. (2010). *Ética de la compasión*. Barcelona: Herder.

Ricoeur, P. (1993). Poder, fragilidad y responsabilidad. Barcelona: Paidós. Ricoeur, P. (1996). Sí mismo como otro. México, D. C.: Siglo XXI

Roldán-Vargas, O. (2009). Darse cuenta para tener en cuenta... al otro y a la otra. Niñez y juventud latinoamericanas. Experiencias de relacionamiento y acción colectiva. Medellín: Cinde.

Schütz, A. (1993). La construcción significativa del mundo social. Barcelona: Paidós.

Schütz, A. (2003a). El Problema de la Realidad Social. Buenos Aires: Amorrortu.

Políticas Públicas en Salud Bucal

Título: *Tendencias de evaluación en promoción de la salud. Actualización del debate en la década 2005-2015.*

Autores: Alejandra Milena Valencia González; María Eugenia Hincapié Zapata; Gloria Marcela Gómez Builes; Patricia Eugenia Molano Builes.

Publicado en: <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v24n1/0121-7577-hpsal-24-01-00123.pdf>

Introducción

La promoción de la salud (PS) es un pilar de la salud pública para el mejoramiento de las condiciones de vida y la salud en sí misma. Sin embargo, la evaluación en PS es un campo teórico-práctico con desarrollos incipientes, aunque en permanente construcción.

Objetivos

Aportar elementos para actualizar el debate sobre evaluación en PS entre los años 2005 y 2015.

Metodología

Se realizó una investigación documental tipo estado del arte partiendo de una revisión temática de 23 bases de datos previa definición de los descriptores conceptuales y comprensivos relacionados con la PS, la evaluación en PS e indicadores positivos en PS. Un total de 49 publicaciones con énfasis en evaluación en PS fueron seleccionadas para el análisis.

Resultados

Se configuraron tres tendencias de evaluación en PS: Evaluación realista dirigida a la valoración de los contextos y teorías que subyacen a la acción; evaluación participativa que destaca la participación de todos los actores implicados en las intervenciones; evaluación de impacto orientada a identificar procesos y resultados tendientes a la efectividad en PS y a la superación de inequidades en salud.

Conclusiones

Pese al progreso persisten desafíos frente a la evaluación en PS tales como el abordaje desde una perspectiva compleja tanto de las intervenciones como de la evaluación; el desarrollo de modelos de evaluación que permitan el empoderamiento efectivo y la intersectorialidad, así como la problematización de la evidencia como eje orientador de la efectividad en PS.

Palabras clave

Promoción de la salud; evaluación en salud; evaluación de programas y proyectos de salud; estudios de evaluación; participación de la comunidad.

Referencias bibliográficas

1. Marchiori P. Una introducción al concepto de promoción de la salud. En: Czeresnia D, Machado C. (Org.) Promoción

de la salud. Conceptos, reflexiones, tendencias. Buenos Aires: Lugar; 2006.

2. Franco S, Ochoa D, Hernández M. La promoción de la salud y la seguridad social. Bogotá: Seguro Social y Corporación Salud y Desarrollo; 1992.

3. Organización Mundial de la Salud. Carta de Ottawa para la promoción de la salud. Ontario: Organización Mundial de la Salud, Salud y Bienestar Social de Canadá, Asociación Canadiense de Salud Pública; 1986.

4. Salazar L. Efectividad en promoción de la salud y salud pública. Reflexiones sobre la práctica en América Latina y propuestas de cambio. Cali: Universidad del Valle; 2009.

5. Organización Panamericana de la Salud. Planificación local participativa. Metodologías para la promoción de la salud en América Latina y el Caribe. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 1999.

6. Salazar L. Reflexiones y posiciones alrededor de la evaluación de intervenciones complejas. Salud pública y promoción de la salud. Cali: Universidad del Valle; 2011.

7. Cerqueira MT, Nava FL, de la Torre A. Evaluación de la promoción de la salud. Principios y perspectivas. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 2007.

8. Organización Mundial de la Salud. Segunda Conferencia Internacional de Promoción de la Salud. Adelaide: Organización Mundial de la Salud; 1988.

9. Organización Mundial de la Salud. Declaración de Sundsvall. Entornos propicios para la salud. Sundsvall: Organización Mundial de la Salud; 1991.

10. Organización Mundial de la Salud. Declaración de Yakarta sobre la Promoción de la Salud en el siglo XXI. Yakarta: Organización Mundial de la Salud; 1997.

11. Organización Mundial de la Salud. Quinta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud. Promoción de la salud: hacia una mayor equidad. México: Organización Mundial de la Salud; 2000.

12. Akerman M, Mendes R, Bógus CM, Westphal MF, Bichir A, Pedroso ML. Avaliação em promoção da saúde: foco no "município saudável". Revista de Saúde Pública. 2002; 36: 638-646.

13. de Salazar L, Vélez JA, Ortiz Y. En busca de evidencias de efectividad en promoción de la salud en América Latina. Cali: UIPES; 2003.

14. Galeano ME. Estrategias de investigación social cualitativa. Medellín: La Carreta Editores; 2004.

15. González Agudelo EM. Acerca del estado de la cuestión o sobre un pasado reciente en la investigación cualitativa con enfoque hermenéutico. Uni-pluri/versidad. 2013; 13 (1): 60-63.

16. Hahn Severance J. Community health program evaluation using accreditation as a framework. Evaluation & the Health Professions. 2009; 32 (1): 59-68.

17. Shankardass K, Renahy E, Muntaner C, O'Campo P. Strengthening the implementation of Health in All Policies: A methodology for realist explanatory case studies. Health Policy and Planning. 2014; 30 (4): 462-473.

18. de Leeuw E, Green G, Dyakova M, Spanswick L, Palmer N. European Healthy Cities Evaluation: Conceptual framework and methodology. Health Promotion International. 2015; 30 (suppl. 1): i8-i17.

19. Pommier J, Guével MR, Jourdan D. Evaluation of health promotion in schools: A realistic evaluation approach using mixed methods. BMC Public Health. 2010; 10 (1): 43.

20. Bodstein R. The complexity of the discussion on effectiveness and evidence in health promotion practices. Promotion & Education. 2007; 14 (suppl. 1): 16-20.

21. Nitsch M, Waldherr K, Denk E, Griebler U, Marent B, Forster R. Participation by different stakeholders in participatory evaluation of health promotion: A literature review. Evaluation and Program Planning. 2013; 40: 42-54.

22. Carneiro ACLL, Souza V, Godinho LK, Faria ICM, Silva KL, Gazzinelli MF. Educação para a promoção da saúde no contexto da atenção primária. Rev Panam Salud Pública. 2012; 31 (2): 115-120.

23. Perea O. Guía de Evaluación de Programas y Proyectos Sociales. Madrid: Plataforma de ONG de Acción Social; 2003.

24. Ochoa Acosta EM, Roldán Vargas O. Evaluación de resultados de los comités gestores de las instituciones educativas certificadas por la Secretaría de Salud de Medellín

- como escuelas saludables. *Rev Salud Pública de Medellín*. 2009; 4 (2): 53-69.
25. De Vos P, Guerra M, Sosa I, del R Ferrer L, Rodríguez A, Bonet M, et al. Planificación y evaluación participativa integral. *Medicina Social*. 2011; 6 (2): 120-133.
26. Wallerstein N, Mendes R, Minkler M, Akerman M. Reclaiming the social in community movements: Perspectives from the USA and Brazil/South America: 25 years after Ottawa. *Health Promotion International*. 2011; 26 (2): 226-236.
27. Abma T. Responsive evaluation in health promotion: Its value for ambiguous contexts. *Health Promotion International*. 2005; 20 (4): 391-397.
28. de Salazar L, Díaz C. La evaluación-sistematización: una propuesta metodológica para la evaluación en promoción de la salud. Un estudio de caso en Cali, Colombia. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2004; 9 (3): 545-555.
29. Brandstetter S, McCool M, Wise M, Loss J. Australian health promotion practitioners' perceptions on evaluation of empowerment and participation. *Health Promotion International*. 2012; 29 (1): 70-80.
30. Estable A, Meyer M, Torres S, MacLean L. Challenges of participatory evaluation within a community-based health promotion partnership: Mujer Sana, Comunidad Sana-Healthy women, healthy communities. *The Canadian Journal of Program Evaluation*. 2006; 21 (2): 25.
31. Povall S, Haigh FA, Abrahams D, Scott-Samuel A. Health equity impact assessment. *Health Promotion International*. 2013; 29 (4): 621-633.
32. Esnaola S, Bacigalupe A, Sanz E, Aldasoro E, Calderón C, Zuazagoitia J, Cambra K. La evaluación del impacto en la salud: Una vía para introducir la salud en todas las políticas. INFORME SESPAS 2010. *Gaceta Sanitaria*. 2010; 24: 109-113.
33. Harris-Roxas B, Haigh F, Travaglia J, Kemp L. Evaluating the impact of equity focused health impact assessment on health service planning: Three case studies. *BMC Health Services Research*. 2014; 14 (1): 371.
34. Bos R. Health impact assessment and health promotion. *Bulletin of the World Health Organization*. 2006; 84: 914-915.
35. Scoppetta O. Discusión sobre la evaluación de impacto de programas y proyectos sociales en salud pública. *Universitas Psychologica*. 2006; 5 (3): 695-704.
36. Finer D, Tillgren P, Berensson K, Guldbbrandsson K, Haglund BJ. Implementation of a Health Impact Assessment (HIA) tool in a regional health organization in Sweden—a feasibility study. *Health Promotion International*. 2005; 20 (3): 277-284.
37. Harris P, Sainsbury P, Kemp L. The fit between health impact assessment and public policy: Practice meets theory. *Social Science & Medicine*. 2014; 108: 46-53.
38. Rütten A, Gelius P, Abu-Omar K. Policy development and implementation in health promotion— from theory to practice: The ADEPT model. *Health Promotion International*. 2010; 26 (3): 322-329.
39. Mannheimer LN, Gulis G, Lehto J, Östlin P. Introducing Health Impact Assessment: An análisis of political and administrative intersectoral working methods. *European Journal of Public Health*. 2007; 17 (5): 526-531.
40. Bacigalupe A, Esnaola S, Calderon C, Zuazagoitia J, Aldasoro E. La evaluación del impacto sobre la salud: una herramienta para incorporar la salud en las intervenciones no sanitarias. *Gac Sanit*. 2009; 23 (1): 62-66.
41. Drachler ML, Vargas Côrtes SM, Dorneles de Castro J, de Carvalho Leite JC. Proposta de metodologia para selecionar indicadores de desigualdade em saúde visando definir prioridades de políticas públicas no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2003; 8 (2): 461-470.
42. Baum F, Lawless A, Delany T, Macdougall C, Williams C, Broderick D, et al. Evaluation of Health in All Policies: Concept, theory and application. *Health Promotion International*. 2014; 29 (suppl. 1): i130-i142.
43. Wagemakers A, Vaandrage L, Koelen M, Saan H, Leeuwis C. Community Health Promotion: A Framework to facilitate and evaluate supportive social environments for health. *Evaluation and Program Planning*. 2010; 33: 428-435.
44. De Salazar L. Evaluación de efectividad en promoción de la salud. *Guía de Evaluación Rápida*. Cali: CEDETES, Universidad del Valle; 2004.
45. Banfield M, McGorm K, Sargent G. Health promotion in

schools: A multi-method evaluation of an Australian School Youth Health Nurse Program. BMC Nursing. 2015; 14 (1): 21.

46. Glasgow RE, Klesges LM, Dziewaltowski DA, Estabrooks PA, Vogt TM. Evaluating the impact of health promotion programs: Using the RE-AIM framework to form summary measures for decision making involving complex issues. Health Educ Res. 2006; 21 (5): 688-694.

47. Salazar L, Jackson S, Shiell A, Rice M. Guía de Evaluación Económica en Promoción de Salud. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 2007.

48. Rifkin SB. Lessons from community participation in health programs: A review of the post AlmaAta experience. International Health. 2009; 1 (1): 31-36.

49. Greer SL, Lillis DF. Beyond leadership: Political strategies for coordination in health policies. Health Policy. 2014; 116 (1): 12-17.

50. Poblete C. Métodos mixtos: Una aproximación a sus ventajas y limitaciones en la investigación de sistemas y servicios de salud. Rev Chil Salud Pública. 2013. 17 (3): 218-223.

Título: Impacto de una estrategia educativa en salud bucal en un hogar infantil de la ciudad de Medellín –Colombia.

Autores: Diaz Garavito MV, Echeverri-Arango B, Franco Aguirre JQ, Vélez S.

Publicado en: <https://revistas.ces.edu.co/index.php/odontologia/article/view/5476>

Introducción y objetivo

La salud bucal de la primera infancia es importante para el buen desarrollo de los niños, siendo prioridad en las políticas de salud pública. evaluar el impacto de una intervención educativa en el estado de salud bucal de niños y niñas, pertenecientes a una institución educativa de la ciudad de Medellín.

Metodología

Se realizó un estudio de intervención entre los años 2015 y 2017, a partir de tres fases: a) tamización bucal a los menores y encuestas sobre su cuidado bucal a padres de familia o representantes, b) realización de actividades educativas y aplicación de barniz de flúor, c) evaluación de la estrategia. Se realizó un análisis descriptivo de la información recolectada y un análisis bivariado para la comparación de los hallazgos dentro del periodo de estudio.

Resultados

Se examinaron 479 escolares entre el 2015 y el 2017, se encontraron diferencias significativas en el índice COP modificado y el porcentaje de placa entre los periodos comparados, con disminución de lesiones cariadas con cavitación, mancha blanca e índice de placa después de la implementación de la estrategia.

Conclusión

El fomento de prácticas respecto al cuidado bucal mejoró la calidad del cepillado dental y disminuyó la frecuencia de caries dental en la población de estudio. Se sugiere seguir con los programas de enseñanza y motivación para mejorar y mantener el buen estado de salud bucal en la primera infancia.

Referencias bibliográficas

Colombia, Ministerio de Educación Nacional. Desarrollo infantil y competencias en la Primera Infancia. Unidad de Educación para la Primera Infancia Ministerio de Educación Nacional. Taller Creativo de Aleida Sánchez B. Ltda. ISBN 978-958-691-363-8. Bogotá, Colombia, Noviembre 2009. Disponible en: https://www.mineducacion.gov.co/primerainfancia/1739/articles-178053_archivo_PDF_libro_desarrolloinfantil.pdf.

Ramírez B, Torres L. Perfil bucodental de los niños matriculados en el grado preescolar: área urbana del Municipio de Caldas, 1999. Rev. Fac. Odontol. Univ. Antioq.

2000; 11 (2): 51-58.

Escobar G, Puerta G., Cortés A, Posada A, Aguirre J. Experiencia de caries dental en niños de 1-5 años de bajos ingresos, Medellín, Colombia. CES Odontología. 2010; 22 (1): 22-28.

Abreu, J. M., Ruiz, T. P. & Martínez, A. G. Importancia de la educación en salud bucal infantil para la mujer. Revista Médica Electrónica. 2011; 33 (4):4.

Sosa Rosales M. Consideraciones sobre la estomatología y la situación del estado de salud bucal en Cuba [Internet]. La Habana: MINSAP; 2009. [citado 2013 19 de septiembre] Disponible en: [http://www.sld.cu/galerias/pdf/uvs/saludbucal/salud_bucal_cuba_2009\[1\].pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/uvs/saludbucal/salud_bucal_cuba_2009[1].pdf).

Organización Mundial de la Salud. La OMS publica un nuevo informe sobre el problema mundial de las enfermedades bucodentales [Internet]. Ginebra: OMS; 2004. [citado 2015 4 de junio] Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/oral-health>.

World Dental Federation. Oral Health and the Social Determinants of Health. 2013 in Istanbul, Turkey. [Internet] [citada 2014 15 de julio] Disponible en: <https://www.fdiworlddental.org/es/resources/policy-statements/salud-bucodental-y-determinantes-sociales-de-la-salud>.

Ismail AI, Sohn W. The impact of universal access to dental care on disparities in caries experience in children. J Am Dent Assoc. 2001; 132(3): 295-303.

Selwitz RH, Ismail AI, Pitts NB. Dental caries. Lancet. 2007; 369 (9555): 51-59.

Zaror S, Pineda T, Orellana C. Prevalencia de caries temprana de la infancia y sus factores asociados en niños chilenos de 2 y 4 años. Int. J. Odontostomat. 2011; 5(2):171-177.

Aguilar F et al. Prevalencia de caries de la infancia temprana y factores de riesgo asociados. Acta pediatri. Méx [online]. 2014, vol.35, n.4 [citada 2019 Junio de 17], pp.259-266. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0186_23912014000400002&lng=es&nrm=iso.

Mora L, Martínez J. Prevalencia de caries y factores asociados en niños de 2-5 años de los Centros de Salud Almanjáyar y Cartuja de Granada capital. Rev Atenc Prim. 2000; 26 (6):398-404 DOI: 10.1016/S0212-6567(00)78690-2.

Ministerio de salud de Colombia. IV Estudio Nacional de Salud Bucal. Para saber cómo estamos y saber qué hacemos. Bogotá: El Ministerio; 2014. [Internet]. [citado 2018 20 de Junio] Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENSAB-IV-Situacion-Bucal-Actual.pdf>.

M Ramírez BS, Escobar G, Franco AM, Martínez MC, Gómez L. Caries de la infancia temprana en niños de uno a cinco años. Medellín, Colombia, 2008. Rev Fac Odontol Univ Antioq. 2011; 22(2): 164-172.

Montenegro G, Sarralde AL, Lamby CP. La educación como determinante de la salud oral. Univ Odontol. 2013; 32(69): 115-121.

Programa Buen Comienzo Medellín, Colombia. [Internet]. [citado 2018 01 de Agosto] Disponible en: <https://www.medellin.gov.co/irj/portal/ciudadanos?NavigationTarget=navurl://e779c4282a0c58135d14d4fd2c1c2a4b>.

Tamayo A. El tamizaje bucal. Fundamentos y presentación de una experiencia. Rev Fac Odont Univ Ant. 2005; 17 (2): 86-95.

Gruebbel, Allen O. "Una medida de la prevalencia de caries dental y el servicio de tratamiento para dientes deciduos". Journal of Dental Research. 1944; 23 (3): 163-168. DOI: 10.1177 / 00220345440230030201.

Ismail AI, Sohn W, Tellez M, Willem M, Bertz J, Lepkowski. Risk indicators for dental Caries using the International Caries Detection and Assessment System (ICDAS). Community Dent Oral Epidemiol. 2008; 36:55-68.

Casillas A. Índice de placa de Silness y Løe y de O'Leary en la detección de la placa bacteriana. PublicacionesDidacticas.com. Octubre 2011; 18: 156-158. [Internet]. [citado 2018 05 de Agosto] Disponible en: <https://publicacionesdidacticas.com/>

Ramírez NA, Díaz M, Reyes P, Cueca O. Educación lúdica: una opción dentro de la educación ambiental en salud. Seguimiento de una experiencia rural colombiana sobre las geohelmintiasis. Revista Med. 2011; 19(1): 23-36. <https://doi.org/10.18359/rmed.1225>.

Castillo JM, Rodríguez M, Guerrero RF. El juego como alternativa para la enseñanza de conceptos básicos de salud.

Rev Panam Salud Publica.2001; 9(5):311-314.

Sigaud C, Santos B, Costa P, Toriyama A. Promoting oral care in the preschool child: effects of a playful learning intervention. Rev Bras Enferm. 2017;70(3):519-25. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-023732>.

American Dental Association Council on Scientific Affairs. Professionally applied topical fluoride: evidence-based clinical recommendations. J Am Dent Assoc. 2006;137(8):1151-1159.

Weyant RJ, Tracy SL, Anselmo TT, Beltrán ED, Donly KJ, Frese WA, et al. American Dental Association Council on Scientific Affairs Expert Panel on Topical Fluoride Caries Preventive Agents. Topical fluoride for caries prevention: executive summary of the updated clinical recommendations and supporting systematic review. J Am Dent Assoc. 2013 Nov; 144(11):1279-91. doi: 10.14219/jada.archi-ve.2013.0057. Erratum in: J Am Dent Assoc. 2013 Dec; 144(12):1279-1291.

Marinho VCC, Worthington HV, Walsh T, Clarkson JE. Fluoride varnishes for preventing dental caries in children and adolescents. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 7. Art. No.: CD002279. DOI: 10.1002/14651858.CD002279.pub2

Irigoyen M, Luengas M, Amador Y, Zepeda M, Villanueva T, Sánchez L. Comparación de barnices y dentífrico con flúor en la prevención de caries en escolares. Rev. salud pública [Internet]. 2015 Sep. [citado 2019 25 de Agosto]; 17(5): 801-814. Disponible

en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S012400642015000500013&lng=http://dx.doi.org/10.15446/rsap.v17n5.48147.

Bernabé E, Sánchez P, Delgado E. Efectividad de una intervención comunitaria en salud oral: resultados después de 18 meses. Rev Med Hered [Internet]. 2006 Jul [citado 2019 03 de julio]; 17(3):170-176. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2006000300007&lng=es.

Petersen P, Peng B, Tai B, Bian Z, Fan M. Effect of a school based oral health education programme in Wuhan City, Peoples Republic of China. International Dental Journal. 2004; 54: 33-41. doi:10.1111/j.1875-595X.2004.tb00250.x

Revello, V, Isler M. Evaluación de conocimientos en comunidades intervenidas por el "Programa de Promoción y Prevención en Salud Bucal para Preescolares" Región Metropolitana. Rev Chil de Salud Pública.2013; 17(1): 40-47. doi:10.5354/0719-5281.2013.26638

Gómez M, Franco L, Gaviria J, Baena L, Ortiz J, Zapata J, Bernal T, Agudelo A. Evaluación del componente bucal. Proyecto "Escuelas Saludables" de la Fundación las Golondrinas, Medellín, 2006-2011. Rev Nal de Odont. 2013; 9(16): 15-26.

Cerda J y Villarroel L. Evaluación de la concordancia inter-observador en investigación pediátrica: Coeficiente de Kappa. Rev. chil. pediatr.2008; 79(1): 54-58. <http://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062008000100008>.

Bloque temático Prácticas de la comunidad en el cuidado de Salud Bucal

Título: *Conocimientos en salud bucal de los cuidadores de adultos mayores institucionalizados, medellín 2019.*

Autores: Catalina González Penagos, Tatiana María Restrepo Ocampo, Diana Isabel Ramírez Pérez, Laura Camila Isaza Morales.

Publicado en: Congreso Internacional de Investigación e Innovación. Realizado en Cortazar, Guanajuato, México junio 2020. Pág. 3802 – 3813 – Memoria Congreso ISSN 2448-6035 – Año 3 – Número 1 – Junio 2020 Parte III.

Palabras claves: Cuidadores, salud bucal, conocimientos.

Introducción

En la actualidad el avance social está orientado hacia un intento por vivir más y en mejores condiciones físicas, sociales y mentales, en todo el mundo se está hablando de una nueva cultura, la cultura de la longevidad.

Estas nuevas condiciones se ven reflejadas en los esfuerzos de los sistemas de salud direccionados a aumentar la esperanza de vida y en una transición demográfica, en la cual la población adulta mayor ha incrementado con respecto a la disminución porcentual de la población joven. Sin embargo, a pesar de estas transiciones sociales, no se puede desconocer el deterioro fisiológico inherente al proceso de envejecimiento, las transformaciones del organismo se hacen más frecuentes en esta etapa de la vida, limitando o incapacitando de manera progresiva las facultades físicas y psíquicas del adulto mayor.

Esta pérdida progresiva de la funcionalidad en el adulto mayor, limita su capacidad para llevar a cabo su cuidado personal básico, es así como actividades esenciales dentro de la vida cotidiana como vestirse, comer, bañarse, acostarse, levantarse de la cama, ir al baño, contener los esfínteres, preparar comidas propias, limpiar, tomar medicamentos, trasladarse de un lugar a otro; se convierten en tareas esenciales que necesitan de la ayuda de otro para llevarse a cabo y que progresivamente crean la necesidad de dependencia del adulto mayor para poder subsistir.

La mayor parte de esta población es asistida por algún miembro del vínculo familiar o comunitario (cuidador informal) con respecto al cuidado informal, es un servicio que principalmente es proporcionado por la pareja o los hijos del adulto mayor, en otros casos cuando el adulto mayor es internado en hogares geriátricos, el cuidador es un individuo con un nivel de formación para la asistencia de este tipo de población, recibiendo

una remuneración por este tipo de labor social (cuidador formal).

Dentro de las actividades habituales y necesarias para la vida que asisten y supervisan los cuidadores de los adultos mayores, se encuentra la higiene bucal y el cuidado de la salud bucal, prácticas fundamentales para garantizar una adecuada alimentación y prevenir síntomas dolorosos asociados a la inflamación y daño en los tejidos bucales por el acumulo de placa bacteriana. Estos inconvenientes relacionados a patologías bucales, si bien, podrían prevenirse desde el autocuidado con unas buenas técnicas de higiene bucal, como se ha explicado inicialmente, por la falta de funcionalidad física y psíquica del adulto mayor, es una tarea dependiente que queda a cargo o es supervisada por el cuidador.

Sin embargo, investigaciones evidencian que generalmente los cuidadores informales tienen poco conocimiento sobre el cuidado de la salud bucal y el panorama no resulta diferente para los cuidadores formales, quienes, a pesar de tener una formación para la asistencia de los adultos mayores, con respecto al cuidado de la salud bucal su capacitación resulta ser nula o muy limitada.

Esta situación formativa de los cuidadores genera interrogantes con respecto a la prioridad y responsabilidad que se está tomando frente al cuidado de la salud bucal de los adultos mayores, ya que una persona dependiente necesita una asistencia oportuna y confiable que garantice su bienestar.

Los cuidadores tienen una gran responsabilidad, son ellos quienes deben estar capacitados para identificar aquellos casos en que se requiere asistencia, su formación les debe permitir identificar signos o síntomas asociados a patologías bucales y realizar o supervisar las prácticas preventivas de higiene bucal, ya que como se ha abordado, por la pérdida de

funcionalidad, los adultos mayores en algunos casos no pueden expresar sus necesidades o por su escasa motricidad no pueden realizar adecuadamente su higiene oral.

Una higiene adecuada realizada o supervisada por el cuidador podría evitar la pérdida dental en la población adulta mayor, impidiendo situaciones de desnutrición, incomodidad para alimentarse y síntomas dolorosos asociados a los tejidos bucales.

Objetivos

Identificar los conocimientos en salud bucal de los cuidadores de adultos mayores institucionalizados, Medellín 2019.

Metodología

Estudio descriptivo de corte transversal realizado en los cuidadores de adultos mayores institucionalizados de una corporación. Se incluyeron en el estudio a aquellos cuidadores que aceptaron voluntariamente contestar las preguntas de la encuesta, la cual fue diseñada para recolectar información referente a datos sociodemográficos y a conocimientos de salud bucal. Esta encuesta fue validada a través de prueba piloto.

Para el procesamiento y análisis de los datos se realizó un análisis descriptivo, a partir de las tablas de distribución de frecuencia, posteriormente, se realizó un análisis bivariado, donde se relacionaron las variables sociodemográficas con el conocimiento en salud bucal (chi cuadrado) valores p mayores a 0,05.

Para el análisis estadístico de los datos y la generación de cuadros de salida se utilizó el programa de libre distribución Epidat 4.2. La investigación contó con el aval del Comité de Ética en Investigación institucional (Acta 37 del 11 de octubre de 2017), y es considerado una investigación con riesgo mínimo, según la

Resolución 8430 de 1993, del Ministerio de Salud de la República de Colombia.

Resultados

Se evaluó los conocimientos de salud bucal que tenían 63 cuidadores de adultos mayores institucionalizados, de los cuales el 88,9% (56) eran mujeres y el 11,1% (7) hombres, con un promedio de edad de 34 años (DE=11,2). El 73% (46) tenían formación de técnico, tecnólogo o universitario, con un mayor porcentaje los primeros.

Con respecto a los conocimientos en salud bucal, se halló que el 87,3% (55) sabe por qué es importante tener cuidados especiales en la salud bucal del adulto mayor, además, el 69,8% (44) conoce los trastornos más comunes en salud bucal que se puedan presentar en el adulto mayor. El 58,7% (37) conoce el impacto de algunas enfermedades sistémicas que influyen en la salud bucodental, mientras el 41,3% (26) desconoce el impacto de estas enfermedades. El 61,9% (39) conoce los cambios que se presentan en la salud bucal en un paciente que consume medicamentos.

Se evidencia un porcentaje importante frente al conocimiento de las infecciones bucales que son causadas por hongos, a la enfermedad periodontal y a lo que son las aftas o úlceras. El 71,4% (45) no identifica fácilmente una lesión en la cavidad bucal que le haga sospechar de cáncer bucal, solo el 28,6% (18) si logran identificar la lesión. Se encontró, que el 66,7% (42) conocen la forma adecuada de cuidar las prótesis dentales removibles.

Dentro de las capacidades para dar solución a problemas relacionados con la salud bucal del adulto mayor, el 47,6% (30) solo algunas veces puede darle solución, mientras que el 38,1% (24) no logra darle solución. Es importante anotar, que, de los 63 cuidadores, el 65,1% (41) no recibió dentro de su formación académica

capacitaciones relacionadas con la salud bucal en el adulto mayor. De acuerdo con esto, el 87,3% (55) consideran apropiado la participación de un odontólogo o técnico en salud oral dentro de su equipo de trabajo. Se evidencia en la tabla 1, la asociación encontrada entre las variables sociodemográficas con los conocimientos en salud bucal de los cuidadores de adultos mayores.

	VALORACIONES DE ASOCIACIÓN	PRUEBA χ^2	VALOR P
Sexo	Trastornos de la salud bucal que suelen ser comunes en el adulto mayor.	6,368	0,012
	Forma adecuada de cuidar las prótesis dentales removibles	9,723	0,002
	Capacidades para dar solución a problemas relacionados con la salud bucal del adulto mayor	7,65	0,022
	Capacitaciones dentro de su formación académica relacionadas con la salud bucodental en el adulto mayor	4,226	0,04
Nivel de escolaridad	Conocimiento acerca infecciones bucales de las que son causadas por hongos.	13,907	0,031
	Conocimiento sobre la enfermedad periodontal	14,617	0,023
	Conocimiento sobre afta o ulcera.	20,976	0,002
	Participación de un profesional odontólogo ó técnico en salud oral dentro del equipo de trabajo.	21,381	0,002
	Capacidades para dar solución a problemas relacionados con la salud bucal del adulto mayor.	24,232	0,019

Tabla 1. Factores sociodemográficos asociados a los conocimientos en salud bucal de los cuidadores de adultos mayores.

Conclusiones

Al analizar los resultados relacionados a los conocimientos en salud bucal de los cuidadores de adultos mayores institucionalizados, la mayoría de los cuidadores (65,1%), reportó nunca haber recibido capacitación en estos temas durante su formación académica a pesar de tener una educación como técnicos, tecnólogos y universitarios. Sin embargo, este estudio permite

visualizar que la experiencia de los cuidadores en los hogares geriátricos y el contacto cotidiano que tienen con el adulto mayor, los ha llevado a reconocer la importancia de adoptar cuidados especiales en la salud bucal de este tipo de población y a identificar los trastornos más comunes que se pueden presentar en la cavidad bucal en esta etapa de la vida, asociados a los cambios fisiológicos y a las infecciones generadas por hongos y bacterias.

No obstante, la falta de capacitación sobre conocimientos en salud bucal durante la formación académica de los cuidadores evidencia un desconocimiento acentuado en sus limitaciones para dar solución a problemas relacionados con la salud bucal del adulto mayor. Por tanto, a partir de los resultados obtenidos en este proyecto, se considera indispensable el intercambio de información entre el odontólogo y el cuidador, con la intención de realizar una correcta capacitación de los cuidadores en el campo del cuidado de la salud bucal, estos procesos mejorarán la atención que se brinda a los adultos mayores institucionalizados.

Referencias bibliográficas

1. Botero, B., & Pico, M. (2007). Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en adultos mayores de 60 años: una aproximación teórica. *Hacia la Promoción de la Salud*, 12(1), 12-24. Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0121-75772007000100002
2. Cardona, J., Álvarez, M., & Pastrana, S. (2014). Calidad de vida relacionada con la salud en adultos mayores de hogares geriátricos. *Revista Ciencias de la Salud*, 12(2), 139-155. Recuperado de <https://revistas.urosario.edu.co/index.php/revsalud/article/viewFile/3074/2465>
3. Díaz, S., Arrieta, K., & Ramos, K. (2012). Impacto de la Salud Oral en la Calidad de Vida de Adultos Mayores. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 5(1), 9-16. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.4321/S1699-695X2012000100003>.

4. Dorantes, G., Ávila, J., Mejía, S., & Gutiérrez, L. (2007). Factores asociados con la dependencia funcional en los adultos mayores: un análisis secundario del Estudio Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 22(1), 3-11. Recuperado de <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2007.v22n1/1-11/es>

5. Fuentes, P., Escobar, I., Muñoz, M., & Ottone, N. (2015). Creencias en Salud Oral de Cuidadores de Pacientes Discapacitados y Adultos Mayores Institucionalizados de la Comuna de Quilaco, Región del BioBío. *International journal of odontostomatology*, 9(2), 301-306. Recuperado de: <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-381X2015000200018>

6. Garrido, C., Espinoza, I., & Romo, F. (2010). Traducción al español y validación del cuestionario de creencias en salud bucal para cuidadores (DCBS-SP). *Revista Española de Salud Pública*, 84(4), 409-416. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-52722010000400005&lng=es&tlng=es

7. Hernández, Z. (2006). Cuidadores del adulto mayor residente en asilos. *Index de Enfermería*, 15(52-53), 40-44. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962006000100009&lng=es&tlng=es.

8. Huenchuan, S., & Rodríguez, R. (2015). Necesidades de cuidado de las personas mayores en la ciudad de México. *Diagnóstico y lineamientos de*

política. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 17- 29. Recuperado de https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/38879/S1500754_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y

9. Laguado, E., Camargo, K., Campo, E., & Martín, M. (2017). Funcionalidad y grado de dependencia en los adultos mayores institucionalizados en centros de bienestar. *Gerokomos*, 28(3), 135-141. Recuperado de

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2017000300135&lng=es

10. Luengo, C., Araneda, G., & López, M. (2010). Factores del cuidador familiar que influyen en el cumplimiento de los cuidados básicos del usuario postrado. *Index de Enfermería*, 19(1), 14-18. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962010000100003&lng=es&tlng=es.

11. Reques, P. (2011). *El análisis demográfico del envejecimiento: conceptos, técnicas y métodos*. Santander: Servicio de publicaciones de la Universidad de Cantabria. Recuperado de <https://ocw.unican.es/mod/page/view.php?id=704>

12. Zabalegui, A., Juando, C., Izquierdo, M., & Gual P. (2004). Recursos y consecuencias de cuidar a las personas mayores de 65 años: una revisión sistemática. *Gerokomos*, 15 (4): 199-208. Recuperado de <https://www.gerokomos.com/wp-content/uploads/2015/01/15-4-2004-199-rincon.pdf>

Título: Experiencias de cuidadores de niños y niñas con Síndrome de Down en la atención odontológica: "Corporación Somos dos más uno súmate" en Medellín, 2020.

Autores: Jaqueline ciro Cardona; Katherine Andrade; Mariana Henao; Valeria Díaz Rojas; Vanessa Vivares Arias.

Palabras claves: Síndrome de Down, cuidadores, experiencia.

Introducción

El síndrome de Down es un trastorno genético que se origina cuando la división celular anormal produce una copia adicional total o parcial del cromosoma 21. Este material genético adicional provoca los cambios en el desarrollo y en las características físicas relacionados con este síndrome, provoca la incapacidad intelectual y el retraso en el desarrollo de por vida, por ello, el Síndrome de Down-SD es el trastorno cromosómico genético y el causante más frecuente de las discapacidades de aprendizaje en los niños y niñas, siendo también el causante del desarrollo de otras anomalías médicas, como los trastornos digestivos y los cardíacos.

Según la Unicef, la infancia es la época en la que los niños y niñas tienen que estar en la escuela y en los lugares de recreo, crecer fuertes y seguros

de sí mismos y recibir el amor y el estímulo de sus familias y de una comunidad amplia de adultos. Es una época valiosa en la que los niños y las niñas deben vivir sin miedo, seguros frente a la violencia, protegidos contra los malos tratos y la explotación.

Para abordar este fenómeno, se deben comprender las experiencias de los cuidadores en la atención odontológica de niños y niñas con Síndrome de Down de la "Corporación Somos dos más uno súmate" en Medellín, 2020 caracterizando los cuidadores y sus experiencias vividas en la atención odontológica al analizar los sentimientos, recuerdos y percepciones que se presentan durante el proceso de la consulta.

En otras palabras, busca "describir y comprender lo que la gente vive y como lo vive" o sea interpretar realidades donde las personas se desenvuelven y explicar cómo las personas interpretan estas realidades. Específicamente el objeto de estudio son las experiencias de los cuidadores, dicha experiencia se entiende como el hecho de haber presenciado, sentido o conocido algo. Es la forma de conocimiento que se produce a partir de estas vivencias u observaciones.

Comprender las experiencias implicadas y construir significados de fenómenos desde la mentalidad de las personas y hacer una aproximación desde la fenomenología, la cual tiene un gran interés en las vivencias de las personas bajo la subjetividad individual por lo cual este tipo de diseños o estudios suelen buscar describir y entender los fenómenos desde una visión de lo vivencial.

Este estudio tuvo como objetivo comprender las experiencias de los cuidadores de niños y niñas con Síndrome de Down de la "Corporación Somos dos más uno súmate" en la atención odontológica en Medellín, 2020, para ello planteó un abordaje cualitativo ya que permite entender la realidad de acuerdo a las interpretaciones de las personas

lo que implica que hay diferentes realidades que se van modificando con el paso del tiempo y son estas realidades la fuente de información.

Objetivos

Comprender las experiencias de los cuidadores de niños y niñas con Síndrome de Down de la "Corporación Somos dos más uno súmate" en la atención odontológica en Medellín, 2020.

Metodología

Esta investigación se guio bajo un enfoque cualitativo lo que implicó responder a propósitos como "describir y comprender lo que la gente vive y como lo vive", interpretaron realidades donde las personas se desarrollaron y explicaron cómo las personas interpretan estas realidades.

La población de estudio de esta investigación estuvo integrada por cuidadores de niños y niñas con Síndrome de Down. Debido a la metodología planteada se incluyeron 10 personas que cumplieron con los criterios de participación, se realizó mediante entrevistas individuales, estableciendo comunicación con estos participantes por medio de la plataforma Teams contando con el apoyo de la Corporación y el posterior consentimiento de cada uno de los participantes. Esta investigación permitió al investigador establecer contacto con los cuidadores para así realizar las preguntas pertinentes para la entrevista a profundidad.

El muestreo se realizó de forma no probabilística, es decir, a conveniencia, debido a que los investigadores se encargaron de escoger los participantes que posean habilidades narrativas sobresalientes.

Para facilitar la tarea del análisis de la información se usó un computador personal de una integrante del equipo investigador, en este se guardó toda la información referente a la investigación, para garantizar la confidencialidad e identidad de

las personas que participaron en el proyecto se implementaron diferentes estrategias como dar códigos a las personas que se entrevistaron y hacer manejo de archivos cruzados. Así mismo, se colocaron claves a los archivos con el fin de que el acceso sea restringido, la información fue extraída de grabaciones y transcrita en un archivo de Word, se fueron distribuyendo según las categorías propuestas para la entrevista y las declaraciones obtenidas de los entrevistados.

Resultados

Experiencia de los cuidadores

Al analizar las respuestas frente a la subcategoría 1, en las personas entrevistadas desde la A1 a la A8 y A10, excepto A4 y A9 se evidenció que tienen la misma percepción en cuanto que es ser un cuidador desde diferentes puntos de vista sin importar los miedos y tropiezos que se puedan presentar en este proceso, coincidiendo en que ser cuidador no se basa solo en cuidar de ellos si no en guiarlos en cada paso que dan a lo largo de su vida, brindando siempre apoyo y tranquilidad, a diferencia de A4 que define este proceso en que dependiendo de la circunstancia o el momento puede ser una tarea dura o enriquecedora y A9 que lo considera difícil por ser un mundo desconocido.

En la subcategoría 2, las entrevistadas A1 y A2 tuvieron una percepción similar frente al momento en que sus hijos fueron diagnosticados con Síndrome de Down, definiéndolo como el momento más difícil debido a la falta de experiencia y conocimiento frente a esta condición, señalándolo como una experiencia donde se valora hasta el más mínimo avance que ellos logran, difiriendo de las entrevistadas A3 quien toma esta experiencia como un reto, A4 la cual afirma que es un contaste aprendizaje donde se viven momento buenos y otro no tan buenos, A5, A6 y A10 quienes concuerdan en que es una experiencia maravillosa, agradable y satisfactoria

la cual se puede disfrutar entendiendo la importancia de vivirla en la posición de su hijo y aprendiendo de ellos, en cuanto A7 y A8 describen esta experiencia como complicada ya que no pueden trabajar tiempo completo porque debe estar al cuidado de sus hijos.

En cuanto a la subcategoría 3 se puede percibir que hay discrepancias entre las respuestas de las 10 entrevistadas, debido a que A1 a pesar de que comparte responsabilidad con su esposo es la directamente encargada del cuidado del niño, A2, A8 y A9 recurre a entidades y terceros para solicitar ayuda, A3, A7 A10 tienen la oportunidad de cuidarlo en un entorno más familiar donde recibe apoyo de cada uno de sus miembros, A4 recibe cuidados por parte de madre y padre y A5 solo puede dedicarse a él los fines de semana debido a sus compromisos laborales durante la semana, otra similitud es que los niños de A1, A2, A3, A4, A5, reciben terapias dirigidas por profesionales, A6 quien a pesar de vivir con su familia solo confía en su abuela materna.

Experiencia de los cuidadores de niños y niñas con síndrome de Down

En las respuestas frente a la subcategoría 1, en todas las entrevistadas, excepto las entrevistadas A2, A7, y A8 se evidenció que la dinámica familiar con respecto del cuidado de los niños es un ambiente de mucho amor, en el que cuentan con ayuda tanto de parte de la familia como lo son los abuelos y de ellas como madres, disfrutando de un día de mucho juego y de terapias y en la hora de la noche las madres se encargan de los cuidados personales de cada niño y pasar el mayor tiempo posible con ellos; a diferencia de la entrevista A2, A8 más en la ayuda de entidades y de terceras quienes brindan una enseñanza de manera lúdica.

Frente a la subcategoría 2, en las entrevistas desde la A1 hasta la A9 y A10 a excepción de A2 se evidenció que la red de apoyo de las madres

entrevistadas es un apoyo familiar, en el que se basa en ayuda de familia como lo son los abuelos, hermanos y tíos. Ellos durante el transcurso del día son los encargados de los cuidados personales y de aprendizaje que los niños deben cumplir, a diferencia de la entrevistada A2 en la que su red de apoyo se basa más en cuidadoras externas y tutores que desempeñan la labor del cuidado personal y responsabilidad académicas ya propuestas durante el día, ya que la madre debe cumplir con una jornada laboral, pero durante la noche esta es la encargada de cumplir con aquellas responsabilidades.

En base a la subcategoría 3, en las entrevistas A1, A3 y A6 se evidenció que no tienen la mentalidad de que son niños diferentes a los demás, ya que consideran que son niños inteligentes y capaces de realizar las actividades diarias, para ellas su conclusión es que tienen las mismas capacidades que otros niños solo que para ellos les toma un poco más de tiempo, para las entrevistas A2, A5, A9 y A10 asocian mucho las características de la discapacidad con el tamaño de su lengua y la forma en que la posicionan, en cuanto para la entrevista A4 y A8 su característica más común ya evidenciada es la falta de erupción de los dientes o la posición que forman al erupcionar y las anomalías presentes en boca.

Experiencia en la consulta odontológica

Con respecto a la subcategoría 1, se notó con las entrevistas A2, A3, A4, A5, A8, A9 que el ambiente en el consultorio influye mucho en la consulta odontológica debido a que si el consultorio está decorado, con un espacio agradable, limpio y reciben un trato amoroso va a generar esa confianza en el niño hacia el odontólogo y por ende va hacer una consulta menos traumática, donde el niño va a poder interactuar más con el profesional a diferencia las entrevistadas A1 y A6 quienes coinciden en que en ocasiones los odontólogos se predisponen

debido al comportamiento de los niños ya que estos suelen ser un poco más inquietos, A7 quien manifiesta que le han dicho que el niño requiere de muchos tratamientos pero no le han realizado ninguno y A10 quien expresa que el ambiente en el consultorio es regular debido al excesivo ruido que se presenta.

Con respecto a la subcategoría 2, en las entrevistas A1, A2, A3, A4, A5, A6, A7, A9; se pudo observar que tuvieron muy buena experiencia en la consulta odontológica con las niños debido a la actitud amable y cariñosa del odontólogo donde se veía como una actitud agradable, amena y amistosa, las mamás mostraron una satisfacción y una alegría por la manera en que los habían tratado y así poder tener una consulta exitosa, a diferencia de las entrevistada A8 y A10 quienes coinciden que el trato por parte del odontólogo fue impaciente pero a medida que los conocen los tratan con cariño.

Con respecto a la subcategoría 3, se observó en las entrevistadas A1, A2, A3, A4, A5, A6, A7, A9, no presentaron dificultad para poder asistir a la consulta en las EPS o en la fundación donde asistían, mientras que A8 y A10 requirieron a servicios particulares ya que no estaban de acuerdo con el manejo de la EPS.

Conclusiones

Según la experiencia de los cuidadores de niños y niñas con Síndrome de Down en la atención odontológica, podemos resaltar que la perspectiva que se tenía desde un principio cambió completamente con el análisis de la información recolectada en este proyecto, debido a que se conoció que las experiencias y el acceso a las consultas era bueno y adicional los profesionales garantizaban una buena salud bucal para los niños, además, de un entorno en el cual estos se sintieran libres y seguros sin necesidad de una consulta traumática tanto para ellos como para sus responsables.

Agradecimientos: A la Institución Universitaria Visión de las Américas, a la Fundación Somos dos más uno súmate, a las madres que gentilmente dedicaron su tiempo a responder las entrevistas.

Referencias bibliográficas

1. Basile HS. Retraso mental y genética Síndrome de Down. 2008; 15:15.
2. abc-salud-bucal.pdf Internet. Citado 21 de mayo de 2020. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/abc-salud-bucal.pdf>
3. Síndrome de Down - Síntomas y causas - Mayo Clinic Internet. Citado 6 de marzo de 2020. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/down-syndrome/symptoms-causes/syc-20355977>
4. Lévano S, Cecilia A. Investigación cualitativa: diseños, evaluación del rigor metodológico y retos. Liberabit. 2007; 13(13):71-8.
5. UNICEF - SOWC05 Internet. Citado 6 de marzo de 2020. Disponible en: <https://www.unicef.org/spanish/sowc05/childhooddefined.html>
6. OMS | Discapacidades Internet. WHO. Citado 6 de marzo de 2020. Disponible en: <http://www.who.int/topics/disabilities/es/>
7. Alonso MIG, Gómez MBM. Comportamiento, lenguaje y cognición de algunos síndromes que cursan con discapacidad intelectual. Revista INFAD de Psicología International Journal of Developmental and Educational Psychology. 19 de noviembre de 2017; 4(1):55-66.
8. G3nuino busca visibilizar a las personas con Síndrome de Down | El Mundo Internet. Citado 13 de abril de 2020. Disponible en: <https://www.elmundo.com/noticia/G3nuino-busca-visibilizar-a-las-personas-con-Sindrome-de-Down/368807>
9. Down Vigo Internet. Citado 6 de marzo de 2020. Disponible en: http://www.downvigo.org/Down_discapacidad_ES.html
10. Asbún H, Widad M. EL IMPACTO DE LA DISCAPACIDAD INTELECTUAL EN LA FAMILIA. ESTUDIO DE CASO. Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UC BSP. Marzo de 2016; 14(1):53-69.
11. Robertson MD, Schwendicke F, de Araujo MP, Radford JR, Harris JC, McGregor S, et al. Dental caries experience, care index and restorative index in children with learning disabilities and children without learning disabilities; a systematic review and meta-analysis. BMC Oral Health. 15 de 2019; 19(1):146.
12. Tiempo CEE. Tiempo con los hijos: calidad y cantidad sí importan Internet. El Tiempo. 2017 citado 13 de abril de 2020. Disponible en: <https://www.eltiempo.com/vida/educacion/importancia-de-pasar-tiempo-con-los-hijos-158056>
13. Escobar AL, Acevedo MB. Experiencias en la atención médica de madres de niños y niñas con síndrome de Down. Estudio cualitativo con técnicas etnográficas. Acta Pediátrica de México. 26 de marzo de 2018; 39(2):109-20.
14. Torres Marenco V, Segrera Ayala YL. Los derechos de las personas con síndrome de Down: manual para defensores Internet. Barranquilla: Editorial Universidad del Norte; 2011 citado 22 de octubre de 2019. Disponible en: <http://www.digitaliapublishing.com/a/13641>

Título: Estrategias educativas en salud bucal para gestantes implementadas por las entidades administradoras de planes de beneficios en medellín, 2020.

Autores: Daniela Estefany Serna Quintero, María Isabel Mira Correa, Luisa Alzate Henao, Sebastián Gutiérrez Muñoz, Simón Restrepo Espinosa, Daniel Molina Valencia.

Palabras claves: Embarazo, educación, estrategias, conducta materna, atención primaria de salud.

Introducción

La gestación es un periodo lleno de cambios para la madre y su ámbito familiar. El ser humano percibe su entorno desde el útero, por esto,

es necesario brindar cuidados y bienestar a la gestante durante todo el proceso de la gestación y posterior a este. Una de las estrategias que permite monitorear este bienestar es el control prenatal que tiene como finalidad la salud del binomio madre-hijo, el cual incluye acciones para mantener y mejorar también la salud bucal. Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), la salud bucal materna (incluyendo la etapa preconcepcional, prenatal y posnatal) es un aspecto clave y de interés público, debido a que la educación en salud bucal para las gestantes es una labor prioritaria para motivarlas a generar hábitos saludables, tanto en ellas como en sus futuros hijos.

En Colombia la salud bucodental se define como "...el estado de normalidad y funcionalidad óptimo de los dientes, estructuras de soporte y de los huesos articulares, mucosas, músculos y de todas las partes de la boca y cavidad bucal, relacionadas con la masticación, comunicación bucal y músculo facial del individuo, que le permitan desempeñar los roles familiares, de trabajo y comunitarios que den a las personas la sensación de bienestar y seguridad en la experiencia de vivir". Este bienestar, está determinado en los bebés incluso desde las etapas preconcepcionales, por esto, a partir del año 1928, en Colombia, se reconoce la trascendencia de la salud bucal durante la gestación, incluyendo una nutrición e higiene bucal adecuada.

Así mismo el IV Estudio de salud bucal -ENSAB IV-, en el país, las gestantes consideran el embarazo como momento de riesgo para adquirir enfermedades bucales por los cambios hormonales. La mitad de las madres gestantes colombianas no tienen claridad sobre los riesgos de las enfermedades bucales durante el embarazo, y cuáles eran los cuidados y hábitos bucales que deben aplicar a sus futuros hijos.

En Medellín, en el año 2009, se evidenció

escasez de conocimientos en las madres gestantes y poca importancia sobre los cuidados bucales prenatales, que en su mayoría se debe a la falta de motivación por parte de los programas de promoción y prevención en salud bucal implementados por los prestadores de servicios de salud. A lo que se suma, la falta de intervención temprana, que se hace difícil por la escasa colaboración de las madres y otros determinantes económicos, sociales y culturales.

Al evaluar el panorama, que evidencia desconocimiento y desinterés; y teniendo en cuenta las dificultades con respecto al acceso a los servicios de salud, es necesario evaluar las estrategias en salud bucal dirigidas a gestantes con respecto a los estándares contemplados por los protocolos y guías del Ministerio de Salud y Protección Social colombiano, y determinar las características de las estrategias educativas de salud bucodental para gestantes, aplicados u ofertados por las EPS de la ciudad, estableciendo la calidad de las mismas.

Objetivos

Analizar las estrategias educativas en salud bucal para gestantes implementadas por las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios en la ciudad de Medellín en el año 2020.

Metodología

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal con enfoque cuantitativo. La población estuvo conformada por las 20 Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) de Medellín, según datos del 2019-1. Se incluyeron las EAPB habilitadas para funcionar, que tuvieran atención a gestantes, que operaran en la ciudad y que prestaran servicios de forma pública y privada. Se excluyeron 3 que prestaban servicios de salud al régimen especial, 9 instituciones que ya no prestaban servicios de salud en Medellín o que estaban en proceso de

liquidación y una que no aceptó la participación.

Se recolectó la información a partir de una concertación institucional anonimizada y se aplicó un instrumento tipo encuesta en línea que constó de 44 preguntas, abiertas y cerradas, divididas en 3 bloques: caracterización de la estrategia, estructura y contenido y atención a las gestantes.

Se efectuó una prueba piloto previa para la validación cuantitativa del instrumento, por medio de un doble ciego para evitar el sesgo en la recolección de información. Además, se realizó una validación cualitativa por medio de una prueba Delphi con un panel de expertos conformado por un encargado de la Secretaría Municipal de Salud de Medellín, un funcionario administrativo y un docente investigador, que evaluaron la pertinencia y claridad de las preguntas.

El plan de análisis de información se desarrolló en el programa estadístico Epidat 4.2, donde se realizó un análisis invariado tipo distribución de frecuencias y medidas de tendencia central y posición y un análisis bivariado tipo Chi-cuadrado.

Fue una investigación sin riesgo según la resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud y Protección Social, dado que no se realizó experimentación en la población, no se vulneró la integridad de las instituciones participantes y permaneció el criterio del respeto. El proyecto fue avalado por El Comité de Ética de la Institución Universitaria Visión de las Américas.

Resultados

Participaron en el estudio 7 Entidades Prestadoras de Servicios de Salud (EAPB) de la ciudad de Medellín, de las cuales 3 eran públicas y 4 privadas, todas ellas con programas de control prenatal.

En los programas de control prenatal llevados a cabo por estas instituciones intervienen médicos

generales 100% (7), enfermería 100% (7), nutricionistas 85,7% (6), higienistas en salud bucal 85,7% (6), odontólogos 71,4% (5), ginecólogos 42,9% (3) y en un 14,3% (1) pediatras.

Con respecto a la ejecución de la estrategia todas las entidades utilizan técnicas de trabajo grupales e individuales de forma presencial, ninguna en modalidad virtual. Al indagar sobre los materiales de apoyo, el 85,7% (7) utilizaban folletos, el 85,7% (6) conversatorio, el 57,1% (4) cartillas, el 28,6% (2) presentación audiovisual por medio de diapositivas y un 14,3% (1) sesión magistral, siendo los más utilizados los conversatorios, las sesiones magistrales, cartillas y folletos.

Los programas se realizan con una periodicidad mensual para el 57,1% (4) de las entidades, trimestral para el 28,6% (2) y quincenal para el 14,3% (1). El 71,4% (5) indica que la duración de cada sesión del programa dura una hora, el 14,3% (1) media hora y el 14,3% (1) dos horas o más.

El 100% (7) de las entidades mencionan que da información general sobre salud en la gestación, el 57,1% (4) da información sobre diagnóstico y enfermedades en la gestación, el 57,1% (4) da información sobre tratamientos y el 42,9% (3) realizan actividades de práctica/simulación.

El 71,4% (5) de las entidades invitan a la madre y el padre del bebé a las sesiones del programa y el 28,6% (2) invitan a la madre y al círculo familiar cercano. La asistencia de las madres gestantes para el 14,3% (1) fue excelente, para el 71,4% (5) buena y para el 14,3% (1) regular; y la participación de estas dentro de los espacios dispuestos para la estrategia es excelente para el 14,3% (1), buena para el 57,1% (4), y regular para el 28,6% (2) de las entidades.

Todas las entidades señalan que, dentro de sus programas para las gestantes hay una estrategia específica de salud bucal, llevadas a cabo por medio de charlas informativas donde el 71,4% (5)

clasifican a las madres por trimestre de gestación.

El 71,4% (5) no cuentan con un manual de salud bucal o medio de comunicación escrito y solo una EAPB lo tiene disponible de forma virtual. Un 57,1% (4) realizan encuentros asincrónicos con las madres gestantes que no pueden asistir presencialmente, sin embargo, el 42,9% (3) indicó que no capacitaban a las madres que presentan algún tipo de discapacidad; solo el 28,6% (2) las capacitan a través de salud en casa, programas de la alcaldía y videos.

Acerca de los mecanismos de demanda inducida utilizadas, el 71,4% (5) lo hace por medio de referencia del programa prenatal central, el 57,1% (4) por llamada telefónica y un 14,3% (1) por abordaje en sede.

Todas las entidades remiten la información directa a través de los profesionales de la salud como medio de difusión para invitar a las madres a participar en la estrategia de salud bucal, un 71,4% (5) hace la captación por medio de llamadas telefónicas y/o por tableros de información dentro de las IPS, 28,6% (2) por correo electrónico, 14,3% (1) por propagandas y 14,3% (1) por la página web.

En cuanto a la toma de asistencia de las madres a las charlas, el 57,2% (4) lo hace mediante una base de datos, 28,6% (2) con listado, 14,3% (1) con carnet.

Los temas por tratar en cada sesión, para todas las entidades, están definidos con antelación para cada sesión, el 71,4% (5) se escogen de acuerdo con un cronograma establecido previamente, en un 14,3% (1) son iguales en cada sesión y en un 14,3% (1) son espontáneos y diferentes según la necesidad.

Al indagar sobre la presencia del personal odontológico en las charlas de control prenatal, se encontró que en un 71,4% (5) de las entidades

el profesional siempre asiste y en un 28,6% (2) asiste sólo si se va a abordar el tema propio de su dominio, no obstante, siempre asiste la higienista.

Cuando el personal odontológico no asiste a las sesiones, el 57,1% (4) indicó que se delega la responsabilidad de dar la información en salud bucal a otro profesional; puntualmente enfermeras y nutricionistas, pero, 2 entidades señalaron que cuando estos son los responsables no se preparan con anterioridad para dar información oportuna y de calidad.

El enfoque de las charlas de salud bucal es, en un 71,4% (5) salud bucal de la madre y el bebé y el 28,6% (2) salud bucal familiar. Al indagar sobre el contenido de las charlas en salud bucal, se encontró que en un 100% (7) informaba sobre técnicas de higiene bucal, primeros cuidados de la boca del bebé y caries, en un 85,7% (6) sobre flúor, en un 85,7% (6) sobre alimentación y salud bucal, en un 57,1% (4) sobre enfermedad gingival y enfermedad periodontal y en un 14,3% (1) sobre el proceso embriológico bucal del bebé, puntualmente el desarrollo de dientes deciduos. Al cuestionar sobre si el odontólogo capacita a la gestante sobre lactancia materna, se encontró que en un 57,1% (4) no lo hace y un 28,6% (2) no sabe si lo hace.

El 57,1% (4) realiza un sondeo preliminar con las madres para identificar los conocimientos de salud bucal que estas tienen, pero, un 42,9% (3) no lo realizan. Y, el 85,7% (6) indican que realizan preguntas durante el desarrollo de las sesiones para ir evaluando los conocimientos adquiridos.

El 71,4% (5) de las EAPB miden indicadores para conocer los datos de cómo se llevan a cabo las estrategias de salud bucal para las gestantes; el 14,3% (1) lo hace por medio de encuestas y llevando control de peso y nutrición, el 14,3% (1) por diligenciamiento de registros, el 14,3% (1) por proporción de gestantes en la cohorte sobre maternidad en atención con odontología y el 14,3%

(1) por cobertura y asistencia.

Todas las entidades señalan que siempre remiten a la gestante a citas con el odontólogo; en un 71,4% (5) es la enfermera quien remite, en un 42,9% (3) el médico, en un 57,1% (4) la higienista. Donde el 85,7% (6) menciona que le indica a la madre gestante la asistencia en el primer trimestre y el 14,3% (1) en el segundo trimestre.

Con relación a la frecuencia del control odontológico, el 42,9% (3) sugiere que se realice dos veces durante el período de gestación, el 28,6% (2) una vez durante el período de gestación y en un 28,6% (2) dice que a necesidad de la gestante.

Al cuestionar quién valora la gestante, se encontró que en un 100% (7) el odontólogo, donde el 71,4% (5) realiza diagnóstico en la primera cita, el 57,1% (4) promoción y prevención, el 42,9% (3) educación en higiene bucal y el 28,6% (2) historia clínica. Sin embargo, al cuestionar si se programa atención para el bebé al nacer, un 85,7% (6) sí programa la atención por parte del odontólogo.

Conclusiones

Con respecto a la estrategia general se evidencia mayormente participación y asistencia buena, sin embargo, esta debería ser excelente en instituciones tanto públicas como privadas, por lo que se recomienda evaluar los motivos por los cuales no se dan estas dos características de forma excelente.

Aunque dentro de la estrategia en salud materna implementadas en las EAPB de la ciudad de Medellín está contemplada la estrategia de salud bucal, el odontólogo no es el principal emisor de educación para las gestantes.

La salud prenatal para las madres con discapacidad no está llevándose a cabo, esto debe ser un indicador importante para demostrar que se deben potencializar las políticas de atención

en salud y el respeto por los derechos de esta población.

Tal como lo evidencia el ENSAB VI, no todas las madres son remitidas a consulta odontológica desde el control prenatal, siendo esta una demandada por el RAIS materno/perinatal y la resolución 3280.

Falta compromiso y empoderamiento del odontólogo con la educación en salud bucal y lactancia materna del recién nacido y del niño, ya este es un actor principal en el control del desarrollo craneofacial.

Referencias bibliográficas

1. Ortiz L. E, Vásquez G, Arturo M, Medina PV. Protocolo de atención preconcepcional. Colombia Internet. Minsalud.gov.co. 2014 citado el 28 mayo 2020. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SM-Protocolo-atencion-preconcepcional.pdf>
2. Barrientos Montero M, García Rabanal D, Gómez García A, Gómez Marcos M, Gómez Miguel E, Orobón Martínez M et al. Guía de control y seguimiento del embarazo en atención primaria Internet. <http://www.laalamedilla.org/guias/embarazo.pdf>. 2007 citado el 28 mayo 2020.
3. Yepes V. Informe de ponencia para primer debate al proyecto de ley 069 de 2015. Internet. www.saludcapital.gov.co/. 2015 citado el 28 mayo 2020. Disponible en: [http://www.saludcapital.gov.co/Documents/NormatividadenSalud/\(16\)%20INFORME_PONENCIA%20PARA%20PRIMER%20DEBATE%20AL%20PROYECTO%20DE%20LEY%20069%20DE%202015%20CAMARA.pdf](http://www.saludcapital.gov.co/Documents/NormatividadenSalud/(16)%20INFORME_PONENCIA%20PARA%20PRIMER%20DEBATE%20AL%20PROYECTO%20DE%20LEY%20069%20DE%202015%20CAMARA.pdf)
4. Ministerio de salud y protección social, 2014. IV Estudio Nacional De Salud Bucal, ENSAB IV. Internet. Minsalud.gov.co. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENSAB-IV-Situacion-Bucal-Actual.pdf>
5. Escobar-Paucar G, Sosa-Palacio C, Sánchez-Mejía A. Salud bucal: representaciones sociales en madres gestantes de una población urbana. Medellín, Colombia. TT - Oral health: social representations among pregnant mothers. Medellín, Colombia. Cien Saude Colet

Internet. 2011;16(11):4533-40. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&nrm=iso&lng=pt&tlng=pt&pid=S1413-81232011001200026%0Ahttp://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_t&pid=S1413-81232011001200026

6. Ramírez-Puerta BS, Franco-Cortés ÁM, Ochoa-Acosta EM. Fluorosis Dental en Escolares de 6 a 13 Años de Instituciones Educativas Públicas de Medellín, Colombia. 2006 TT - Dental fluorosis in 6-13-year-old children attending public schools in Medellín, Colombia. Rev Salud Pública Internet. 2009;11(4):631-40. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642009000400014&lang=pt

7. Ministerio de Salud y Protección total. Resolución 3280 de 2018 Internet. Minsalud.gov.co. 2018 citado el 28 mayo 2020. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-3280-de-2018.pdf>

8. Báez Quintero L. Lineamientos estrategia incremental de cuidado y protección específica en salud bucal para la primera infancia, infancia y adolescencia "soy generación más sonriente" Internet. Minsalud.gov.co. 2019 citado el 28 mayo 2020. disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/lineamientos-soy-generacion-sonriente-2019.pdf>

9. Garzón Cárdenas P, Ordóñez Garzón J. Manual de orientación y direccionamiento de las gestantes para el efectivo acceso Internet. <http://www.saludcapital.gov.co/DASEG/Documents/Manual%20de%20Orientacion%20de%20las%20Gestantes.pdf>. 2015 citado el 28 mayo 2020. Disponible en: <http://www.saludcapital.gov.co/DASEG/Documents/Manual%20de%20Orientacion%20de%20las%20Gestantes.pdf>

10. Ficha técnica indicadores salud materna - control prenatal Internet. Gpc.minsalud.gov.co. 2014 citado el 28 mayo 2020. Disponible en: http://gpc.minsalud.gov.co/herramientas/doc_implementacion/Indicadores/Ficha_indicadores_control_prenatal.pdf

Título: Las nuevas TIC y los métodos educativos tradicionales (MET) en la educación para la salud bucal en estudiantes de Básica Primaria.

Autores: Tomás Bernal Álvarez; Yhinny Paola Santos Machado; Teresita Alzate Yepes; María Eugenia Morales Mora; Andrés Alonso Agudelo Suárez; Adriana Posada López; Alejandro Martínez Londoño.

Publicado en: <https://revistas.ucc.edu.co/index.php/od/article/view/842/782>

Palabras clave: Higiene bucal, educación para la salud, educación en salud dental, nuevas tecnologías de la información y la comunicación.

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en el contexto de la Carta de Ottawa, destaca la importancia de la EPS como "arma de transformación del ser humano, la cual debería darse con el compromiso del sector educativo y de la salud al aplicar metodologías para informar y educar sobre actitudes y formas de vida más saludables" 1..Por tal motivo, se requiere la consideración, la introducción, la adopción y el desarrollo de nuevas estrategias y metodologías educativas que impacten positivamente a la sociedad.

En la actualidad, las prácticas, las actitudes y los conocimientos en salud bucal juegan un papel importante en el desarrollo físico, psicológico y social del niño en sus primeros años de vida y en su etapa formativa. Sin embargo, hay diferentes factores o determinantes que afectan a dicha población, tales como educación, capacidad económica, condiciones de salud, ubicación geográfica, cultura, creencias y la misma sociedad. Estos factores pueden constituirse en potencializadores del buen desarrollo del ser humano en su calidad de vida o en factores

de riesgo que impactan de manera negativa el progreso individual y social. De allí que se desarrollen estrategias diversas mediante procesos educativos adecuados en promoción de estilos de vida saludable, que se concretan en prácticas apropiadas, y en conocimientos y actitudes frente a la salud bucal, al ser este el objetivo de la EPS.

En este orden de ideas, la OMS plantea que la salud es un factor fundamental en el desarrollo de los pueblos y la define como “un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solo la ausencia de afecciones o enfermedades”, y complementa expresando que la salud es un “componente fundamental del proceso de desarrollo humano, que se concibe como un proceso y un producto social dirigido a la creación de condiciones de bienestar para todos y por todos”. Actualmente, los escolares están rodeados por un mundo que los invita a la tecnología para socializar, aprender y entretenerse. Entonces, es facultad del personal involucrado en la EPS aprovechar las diversas estrategias que ofrece el medio actual, a fin de ejercer como mediadores para promover estilos de vida saludable en la población escolar.

Para Vygotsky, la mediación es la tenencia de acceso directo a los objetos, el cual que es mediado a través de las herramientas de que dispone el estudiante para aprender. Es decir, que el conocimiento se elabora mediante la interacción con los demás, partiendo de los principios y valores establecidos de la cultura, y de las herramientas que dicha cultura le brinda al ser humano en cada época, desarrollada histórica y socialmente (por ejemplo, la educación en la virtualidad se vale de las herramientas tecnológicas para educar y formar a sus estudiantes).

De acuerdo con la OMS, en la educación tradicional se proponen diferentes métodos

de educación para la salud, los cuales son clasificados según la relación entre el educando y el educado. De este modo, se define un grupo en el que se encuentra el método unidireccional directo, que está dirigido a individuos o grupos entre los que existe una relación directa de emisor-receptor, y se utiliza la palabra hablada con el apoyo de técnicas didácticas y medios o recursos técnicos. En contraste, se entiende entonces que las mediaciones que permiten la interacción con la información que ofrecen los ambientes virtuales, y por tal razón, constituyen un instrumento de enseñanza-aprendizaje que le posibilita al estudiante aprender a partir de la experiencia digital.

En este sentido, la interacción juega un papel importante en la experiencia educativa, ya que permite el desarrollo del pensamiento, el conocimiento, las prácticas y las actitudes frente al objeto de conocimiento, con el fin de que tales experiencias sean significativas para la vida desde los procesos de interiorización y empoderamiento. Por consiguiente, el objetivo de este estudio es evaluar los MET y las TIC como mediadores en la educación para la salud bucal, articulados con estrategias de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, teniendo en cuenta: 1) los conocimientos y las prácticas en salud bucal en escolares; y 2) la situación de higiene bucal de la población escolar de la Institución Educativa Francisco Miranda IEFM, con el fin de prevenir condiciones de deterioro que se manifiestan a causa de una inadecuada higiene bucal.

Objetivos

Se pretende evidenciar los efectos mediadores de las nuevas TIC y los métodos educativos tradicionales (MET), en el tema del cuidado bucal, por medio de indicadores de higiene bucal, conocimientos, actitudes y prácticas escolares en estudiantes de Básica Primaria de la Institución Educativa Francisco Miranda, Medellín.

Metodología

Estudio evaluativo a través de elementos de un estudio cuantitativo y descriptivo con datos de tres momentos en el tiempo: Primer momento, marzo de 2011 (momento base o línea base); segundo momento, mayo de 2011 (luego de implementar met); tercer momento, noviembre de 2011 (luego de implementar ntic). Se hicieron exámenes clínicos para indicadores de higiene bucal (iho) y encuestas a escolares sobre conocimientos, actitudes y prácticas respecto al cuidado bucal.

Resultados

Existe una mejoría en conocimientos y prácticas de escolares participantes del estudio, la cual se visibilizó en el segundo momento, al implementar los met. Se presentó un cambio positivo en la higiene bucal, en la clasificación buena, de 10 a 46%, e igualmente positiva en la clasificación regular y mala, de 66 a 44% y de 24 a 10%, respectivamente. El uso de ntic puede arrojar resultados positivos en aprendizajes y conocimientos de hábitos de higiene bucal, siempre y cuando estas sean constantes y motivadoras.

Conclusiones

Los indicadores observados permitieron evaluar positivamente los resultados del estudio; se invita al fortalecimiento de estrategias de Educación para la Salud (EPS) mediadas por ntic para aprendizajes cognoscitivos significativos y por met para aprendizaje y desarrollo de habilidades prácticas significativas, en proyectos educativos institucionales (PEI).

Referencias bibliográficas

1. Organización Mundial de la Salud, Ministerio de Salud y Bienestar Social de Canadá, Asociación Canadiense de Salud Pública. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Ottawa: oms; 1986.
2. Medina-Solís CE, Segovia-Villanueva A, Estrella-Rodríguez R, Maupomé G, Ávila-Burgos L, Pérez-Núñez R.

Asociación del nivel socioeconómico con la higiene bucal en preescolares bajo el programa de odontología preventiva del IMSS en Campeche. Gac Med Mex. 2006;142(5):363-8.

3. Green JC, Vermillion JR. The Simplified Oral Hygiene Index. J Am Dent Assoc. 1964; 68:7-13.
4. World Medical Association General Assembly. World Medical Association Declaration of Helsinki: Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. J Int Bioethique. 2004;15(1):124-9.
5. WHO Expert Committee on Comprehensive School Health Education and Promotion. Promoting Health through Schools internet. 1997 citado 2012 mar 3. Disponible en: [http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO TRS 870.pdf](http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_870.pdf)
6. Vigotsky L. Pensamiento y lenguaje: teoría del desarrollo cultural de las funciones psíquicas. Buenos Aires: Fausto; 2012.
7. Marqués F, Sáez S, Guayta R. Métodos y medios en promoción y educación para la salud. Barcelona: uoc; 2004.
8. Kwan SY, Petersen PE, Pine CM, Borutta A. Health-Promoting Schools: An Opportunity for Oral Health Promotion. Bull World Health Organ. 2005;83(9):677-85.
9. Martínez-Herrera E, Agudelo-Suárez AA, González-Ariza S. El mercadeo social: una disciplina que fortalece el fomento de la salud bucal en Colombia. Rev CES Odont. 2009;22(2):77-84.
10. Colgate Palmolive, Centro de Información del Cuidado Bucal y Dental. Guía de cepillado internet. s. f. Citado 2013 ago 29. Disponible en: <http://www.colgate.com.uy/app/CP/UY/OC/Information/Interactive-Guides/Guide-to-Brushing.cvsp>
11. Fundación Pfizer. City Salud. Juego interactivo educación para la salud internet. s. f. citado 2013 ago 29. Disponible en: www.citysalud.es
12. Colombia, Ministerio de Salud y la Protección Social. Resolución 8430 de 1993, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Bogotá: El Ministerio; 1993.
13. Reyes W, Grau J, Prendes M de la C. ¿Cómo hacer más efectiva la educación en salud en la atención primaria? Rev Cubana Med Gen Integr. 1999;15(2):176-83.

14. Muñoz F, López-Acuña D, Halverson P, Guerra C, Hanna W, Larrieu M, et al. Las funciones esenciales de la salud pública: un tema emergente en las reformas del sector de la salud. *Rev Panam Salud Pública*. 2000;8(1):126-34.
15. Dávila M, Mujica M. Aplicación de un programa educativo a los escolares sobre enfermedades de la cavidad bucal y medidas preventivas. *Acta Odontol Venez*. 2008;46(3):1-7.
16. Torres G, López O, Sardiñas M, Machado R, Pérez L. Intervención educativa para elevar los conocimientos y modificar hábitos sobre salud bucal en niños con retraso mental leve. *Universidad Médica de Ciego de Ávila. Mediciego*. 2013;19(Supl. 1):1-9.
17. Freitas O, Zanchett S, Berndt R, Marques M. Motivação no controle do biofilme dental e o aprem relação à saúde bucal em escolares. *Biol Saúde Ponta Grossa*. 2012;18(2):115-20.
18. García J, Owen E, Alarcón L. Aplicación del modelo Precede-Proceed para el diseño de un programa de educación en salud. *Rev Psicol Salud*. 2005;15(1):135-51.
19. Jardines M. Acceso a la información y equidad en salud. *Rev. Cubana Salud Pública*. 2007;33(3):1-8.
20. Moya F. Importancia de las TIC en la enseñanza de salud. *Barranquilla: Coruniamericana*; 2012.
21. Servin R, Traverso Y, Solís A, Gómez R. Los adolescentes y la cultura de la informática: un fenómeno creciente. *Rev Fac Med Unne*. 2013;33(2):36-40.
22. Observatorio para la Sociedad de la Información en Latinoamérica y el Caribe (Osilac) Cepal/ica. El estado de las estadísticas sobre Sociedad de la Información en los Institutos Nacionales de Estadística de América Latina y el Caribe. *Santiago de Chile: Cepal/ica*; 2004.
23. Peña S, Borrero I, Marchant A, González P, Novoa G. Percepciones de jóvenes acerca del uso de las tecnologías de información en el ámbito escolar. *Última Década*. 2006;14(24):37-60.
24. Franco A, España E, Blanco A, Razón J. Uso de Internet para analizar las relaciones entre drogas y salud buco-dental. Una experiencia en 4º de Educación Secundaria Obligatoria. *Málaga: Universidad de Málaga*; s. f.

Título: Prácticas sociales en la terapia bucal no convencional en los habitantes de una zona rural de Medellín (Colombia).

Autores: Yuliana Alzate Naranjo, Alejandra Rincón Echeverri, Marisol Vargas González, Laura Vásquez Cossio, Andrés Alonso Agudelo Suárez.

Publicado en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-971X2015000100002

Palabras clave: Conocimientos, actitudes y práctica en salud, salud bucal. Plantas medicinales, medicina tradicional.

Introducción

Rescatar los saberes populares frente a la odontología es importante en el contexto social actual. Se pretende identificar las prácticas sociales relacionadas con los tratamientos no convencionales para las enfermedades bucales que utilizan los habitantes en un corregimiento rural y reconocer la influencia de la tradición oral asociada.

Objetivos

Identificar las prácticas sociales relacionadas con los tratamientos no convencionales para las enfermedades bucales que utilizan los habitantes en un corregimiento rural y reconocer la influencia de la tradición oral asociada.

Metodología

Estudio cualitativo etnográfico mediante 14 entrevistas semi-estructuradas en las veredas El Plan, Barro Blanco y Media Luna del corregimiento de Santa Elena en el periodo 2012-2013. Éstas fueron audio-grabadas y transcritas literalmente. Análisis de contenido cualitativo según categorías de análisis iniciales y emergentes, tales como: Concepto salud enfermedad, uso y efectividad

de tratamientos no convencionales, tradición oral, entre otros.

Resultados

Las personas entrevistadas consideran la salud bucal como parte de la salud integral y de un adecuado intercambio social; mientras que otras, continúan considerándola como ausencia de dolor dental. Los entrevistados relataron utilizar elementos no convencionales, como las plantas medicinales (tomatera, yerbamora, entre otros) para la terapia bucal; y este uso se ha visto influenciado por la transferencia del conocimiento entre la comunidad y/o familia. Se observó que no hay una predilección por terapias convencionales frente a las no convencionales, aunque en dicha selección intervienen factores como el acceso oportuno a los servicios de salud y efectividad comprobada por experiencias anteriores.

Conclusiones

Los tratamientos no convencionales continúan siendo un recurso terapéutico en afecciones bucales relacionadas principalmente con dolor, inflamación e higiene y están asociadas con una alta tradición familiar y social.

Referencias bibliográficas

1. Medina E. Medicina tradicional o popular y la medicina oficial o moderna. Enfoques en atención primaria 3(3):11-2.
2. Fresquet Febrer JL. Uso popular de plantas medicinales en el medio urbano: La ciudad de Valencia. Medicina y Ciencias Sociales. 2001;13(1). Disponible en: http://www.uv.es/medciensoc/num2/Plantas_valencia.PDF. Consultada en mayo de 2013.
3. Barquero A. Plantas Sanadoras: Pasado, Presente y Futuro. Química Viva. 2007; 2 (6): 53-69.
4. Pérez-Cajaraville J, Abejón D, Ortiz JR, Pérez JR. El dolor y su tratamiento a través de la historia. Rev Soc Esp Dolor. 2005; 12 (6): 373-84.
5. Badke MR, Budó MLD, Silva FM, Ressel LB. Plantas medicinales: o saber sustentado na prática do cotidiano popular. Esc Anna Nery. 2011 jan-mar; 15 (1): 132-9
6. Betancourt Valencia JP, Ordóñez DM, Oliva Latorre Bernardo. Encuentro y fusión de dos culturas. Una medicina llena de mitología, naturaleza nativa, conocimiento y ciencia del viejo mundo. Internet. Consultado 2011 Abr 4. Disponible en: http://www.pdfdownload.org/pdf2html/view_online.php?url=http%3A%2F%2Fwww.colombiaaprende.edu.co%2Fhtml%2Fproductos%2F1685%2Farticles-240925_ENSAYO_16.pdf
7. Márquez-Rodríguez JA, Navarro-Lizaranzu MC, Cruz-Rodríguez D, Gil-Flórez J. ¿Por qué se le tiene miedo al dentista?: Estudio descriptivo de la posición de los pacientes de la Sanidad Pública en relación a diferentes factores subyacentes a los miedos dentales. 2004; 9(2): 165-74.
8. Gatchel RJ. Increasing dental patients' access to measures for anxiety, fear, and phobia management. Perspectives from a community based research program. Anesth Prog. 1986 Jan-Feb; 33(1): 67-9.
9. Colombia. Ministerio de Salud. III Estudio Nacional de Salud Bucal ENSAB III, 1998. Bogotá: Ministerio de Salud; 1998.
10. Jaramillo G, Gaviria A, Gómez MI, Gutiérrez C, Molina R, Pinedo V. El expendedor de plantas de la ciudad de Medellín: su caracterización social y su saber en salud bucal. Rev Fac Odont Antioq 2007; 19 (1): 100-12.
11. Moncada-Sarrazola A, Herrera-Martínez E, Agudelo-Suárez A, Alzate-Suárez M, Arango-García L, Aristizábal-Giraldo M, et al. Prácticas sociales asociadas con el uso de la planta de tomatera en afecciones bucales en un grupo de adultos. Rev Cubana Estomatol 2006; 43(2): Internet. Consultado 2011 Abr 4. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/est/vol43_2_06/est07206.htm
12. Jaramillo J. La importancia de la medicina popular o tradicional en la práctica médica. Medellín: Facultad de medicina. Universidad de Antioquia; 1999.
13. Pérez-Díaz T, Otero-Iglesias J. El paradigma biosocial en la Atención Primaria en Salud: reflexiones de un claustro. Internet. Facultad de ciencias médicas Dr. Miguel Enríquez. La Habana. Consultado 2011 Abr 12. Disponible en: http://www.ucmh.sld.cu/rhab/articulo_rev9/para_bios.pdf

14. Granados S, Martínez L, Morales P, Ricardo G, Sandoval H y Zuluaga G. Aproximación a la medicina tradicional colombiana una mirada al margen de la cultura occidental. Rev. cienc. salud (Bogotá) 2005; 3 (1): 98-106.

15. Goldstein BH. Unconventional dentistry; part I. Introduction. J Can Dent Assoc 2000; 66(6):323-6.

16. World Medical Association General Assembly. World Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. Journal international of bioethique International journal of bioethics. 2004;15(1):124-9

17. Ministerio de Salud de Colombia. Resolución n° 008430 de 1993 (4 de octubre). Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Bogotá: Ministerio de Salud; 1993.

18. Rosas-Piñón Y, Mejía A, Díaz-Ruiz G, Aguilar MI, Sánchez-Nieto S, Rivero-Cruz JF. Ethnobotanical survey and antibacterial activity of plants used in the Altiplane region of Mexico for the treatment of oral cavity infections. J. ethnopharmacol. 2012; 141 (3): 860-5.

19. Morea G, Tshikalangea TE, Lall N, Bothab F, Meyera JJM. Antimicrobial activity of medicinal plants against oral microorganisms. J Ethnopharmacol. 2008; 119(3): 473-7.

20. Alviano WS, Alviano DS, Diniz CG, Antonioli AR, Alviano CS, Farias LM, et al. In vitro antioxidant potential of medicinal plant extracts and their activities against oral bacteria based on Brazilian folk medicine. Arch Oral Biol. 2008 Jun; 53(6):545-52.

21. Fresquet Febrer JL. Inventario de las plantas de uso popular en la ciudad de Valencia. Internet. Consultada en mayo de 2013. Disponible en: http://www.hispavila.com/3ds/salud/plantasmed_valencia.pdf.

22. Tapsobaa H, Deschampsb JP. Use of medicinal plants for the treatment of oral diseases in Burkina Faso. J Ethnopharmacol. 2006; 104(1-2): 68-78.

23. Toscano González JY. Uso tradicional de plantas medicinales en la vereda San Isidro, municipio de San José de Pare, Boyacá: un estudio preliminar usando técnicas cuantitativas. Internet. Acta biol Colomb. 2006; 11 (2): 137-46

24. Bower E, Scambler S. The contributions of qualitative research towards dental public health practice. Community Dent Oral Epidemiol. 2007;35(3):161-9.

Título: Tradiciones culturales y prácticas de cuidado bucal en los indígenas zenúes, en Sucre, Colombia.

Autores: Ochoa Acosta, E. M., Patiño Gutiérrez, K., Pérez Suescun, C. A., Lambraño Escobar, L. F., Sierra Caro.

Publicado en: Revista Nacional De Odontología, 11(20). <https://doi.org/10.16925/od.v11i20.765>

Introducción

La Constitución Política de Colombia define como uno de sus principios fundamentales el reconocimiento y la protección de la diversidad étnica y cultural de la nación, afirmación que implica la garantía de sus derechos, entre ellos el derecho a la salud, concebido desde sus particularidades culturales.

Objetivo

Comprender las tradiciones culturales y las prácticas de cuidado bucal en un grupo de indígenas zenúes.

Métodos

Estudio de corte cualitativo realizado en el 2011. Retoma elementos del enfoque y método etnográfico. En la construcción de los datos participaron diez personas de la comunidad indígena Zenú. Se llevó a cabo observación participante, diarios de campo, entrevistas en profundidad y grupos focales. El análisis consistió en un proceso de condensación de los datos a partir de un ejercicio descriptivo e interpretativo que se organizó en tres categorías de análisis, de las cuales emergieron varias tendencias.

Resultados

A pesar de los procesos de occidentalización, se conservan prácticas tradicionales que se

relacionan con mitos y concepciones mágico-religiosas amplias y positivas acerca de la salud y del cuidado bucal. Está vigente la transmisión intergeneracional y la utilización del servicio odontológico se da solamente cuando los problemas bucales no se solucionan mediante tratamientos tradicionales.

Conclusión

La conservación de tradiciones y prácticas ancestrales en salud bucal constituye un llamado a reorientar los procesos de formación de los profesionales de la salud bucal, para ampliar la concepción de ciencia y, de esta manera, facilitar el reconocimiento de las diferencias culturales y los procesos de inclusión social de grupos diversos.

Referencias Bibliográficas

- Colombia. Constitución Política de Colombia. Artículo 7. Bogotá: Asamblea Nacional Constituyente; 1991.
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Censo 2005. Bogotá: DANE; 2006.
- Colombia. Ministerio de Cultura. Caracterización del pueblo Indígena Zenú. [Internet] Bogotá: El Ministerio; año. [Consultado año mes día] Disponible <http://www.mincultura.gov.co> falta información en esta dirección
- Oyarce AM, Pedrero M. Mortalidad infantil y en la niñez de pueblos indígenas y afrodescendientes de América Latina: Inequidades estructurales, patrones diversos y evidencia de derechos no cumplidos. Comisión económica para América Latina y el Caribe 2006. Santiago de Chile: ECLAC; 2010.
- Martínez A. Antropología médica, teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad. Barcelona: Anthropos; 2008.
- López MV, Arango G. Estrategias de atención en salud a población indígena y su relación con la respuesta social en la Ciudad de Medellín, 2011. Medellín: Secretaría de Salud; 2011.
- Hammersley M, Atkinson P. Etnografía. Métodos de Investigación. Barcelona: Paidós; 1994.
- Unicef. Informe Anual 2010. New York: UNICEF; 2010.
- Pyrona GM, Rincón M, García R, Cabrera R. Significados socioculturales de la salud/enfermedad bucal en los indígenas aú. Ciencia Odontológica. 2008;5(1):27-33.
- Boccaro G. Del buen gobierno en territorio Mapuche. Notas acerca de una experiencia en salud complementaria. Cuad Antropol Soc. 2004; 20:113-29.
- López MV, Arango GA, Zea LE, Múnera HA, Sampedro PM. Relación entre la representación de la salud y las prácticas: las voces de indígenas en Medellín 2011. Rev Salud Pública. 2012;5(2):49-62.
- México. Secretaría de Salud de México D.F. Programa de acción: salud y nutrición para los pueblos indígenas. México D.F.: La Secretaría; 2001.
- Carmona-Fonseca J, Correa-Botero AM, Alcaraz-López GM. Población, alimentación y estado nutricional en los tules (kunas) del resguardo Caimán Nuevo (Turbo y Necoclí, Antioquia Colombia), 2003-2004. Iatreia. 2005;18(3):59-278.
- Colombia. Departamento de Antioquia. Organización Indígena de Antioquia. Volver a recorrer el camino: política organizativa de los pueblos indígenas de Antioquia. Medellín: OIA; 2007.
- Santos B. Conocer desde el Sur: para una cultura política emancipatoria. Lima: Fondo Editorial de la Facultad de Ciencias Sociales; 2006.
- Quevedo E. El proceso Salud-enfermedad, hacia una clínica y una epidemiología no positivistas. Ciudad: Zeus eitores 1992.
- Santos B. Epistemologías del Sur. México: Siglo XXI, CLACSO; 2009.
- Granda E. La salud y la vida. Quito: Ecuador, Ministerio de Salud, OPS/OMS; 2009.
- Ochoa Acosta E, Henao L, Garreta N. Significados de la salud bucal para la comunidad Emberá de los departamentos de Antioquia y Chocó, Tradiciones medicinales y cuidado bucal, Rev Nac Odontol. 2010;6(10):35



POLÍTICA PÚBLICA DE SALUD BUCAL DE MEDELLÍN 2013-2022

