

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

**Propuesta para un modelo de gestión y administración en salud
pública bucal aplicable a una secretaria de salud rural de Norte de
Santander**

Edgar Argeni Bautista Rico

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y ADMINISTRATIVAS
MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS
BOGOTÁ D.C., 2023**

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

**Propuesta para un modelo de gestión y administración en salud
pública bucal aplicable a una secretaria de salud rural de Norte de
Santander**

Edgar Argeni Bautista Rico

Trabajo de grado presentado para optar al título de Magister en Administración

DIRECTOR: Doctor José Stalin Rojas Amaya MSc

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y ADMINISTRATIVAS
MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS
BOGOTÁ D.C., 2023**

Agradecimientos

Gracias a Dios, quien me acompaño y me inspiró a continuar con el proceso educativo iniciado en la institución universitaria de mayor prestigio en el país, y me dio la fortaleza para vencer los obstáculos de violencia que ha sufrido mi familia.

Gracias al acompañamiento de mis padres, que a cada momento me impulsaron a continuar con mi formación profesional, como una forma de honrar la memoria de mis hijos.

Gracias a mi director José Stalin Rojas Amaya, profesional integro quien, debido a su entrega, conocimiento, experiencia, colaboración y visión, fue posible culminar este trabajo.

Resumen

La Ley 100 de 1993 expedida por el Congreso de Colombia, estructura el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), con la finalidad de garantizarles a las personas y a la comunidad el derecho fundamental a los servicios públicos de salud bucal. Con la creación de la Ley 100 de 1993, la salud bucal fue incorporada al SGSSS, generando un cambio sustancial institucional en el ejercicio de la profesión odontológica, sin embargo, según la revisión documental realizada, la implementación de políticas públicas en salud bucal sigue siendo incipiente y esta desarticulada en los entes territoriales del país.

El objetivo planteado en la investigación consiste en analizar el modelo de gestión y administración de salud pública bucal rural en el municipio de Chinácota, Norte de Santander, para caracterizar e identificar las falencias de ese modelo de salud pública bucal en el año 2021. Este análisis permite proponer de forma contextual un plan de mejora de ese modelo, que incentive la participación activa de la comunidad para lograr una prestación integral y eficiente de la salud bucal en el municipio.

Se realiza una revisión descriptiva de las políticas públicas de salud bucal en Colombia, por consiguiente, se efectúa una revisión documental en bases de datos electrónicos como PubMed, Scopus, ScienceDirect, Embase y en literatura científica disponible en la web como la Bases de Datos y Catálogo Biblos- Pontificia Universidad Javeriana.

Los datos revisados demuestran que el modelo de gestión y administración en salud pública bucal no ha facilitado los medios y recursos que permitan poder acceder a todos los tratamientos en salud bucal planteados en el Plan de Beneficios en Salud (PBS).

Por consiguiente, el modelo de gestión en salud pública bucal implementado en el municipio de Chinácota, no ha logrado reducir la prevalencia de patologías bucodentales que genera la pérdida de estructura dental de la población, ni genera motivación para el autocuidado de la salud bucal de las personas, como tampoco impulsa la participación de la comunidad en el diseño y evaluación de las políticas públicas de salud bucal de su región.

Palabras claves: salud pública, salud bucal, modelo de gestión en salud, servicios de salud, políticas públicas

Abstract

Proposal for an oral public health management and administration model applicable to a rural health secretariat in Norte de Santander

Law 100 of 1993, issued by the Colombian Congress, structures the General Social Security Health System (SGSSS), with the purpose of guaranteeing individuals and the community the fundamental right to public oral health services. With the creation of Law 100 of 1993, oral health was incorporated into the SGSSS, generating a substantial institutional change in the practice of the dental profession; however, according to the documentary review carried out, the implementation of public policies on oral health is still incipient and disjointed in the country's territorial entities.

The objective of the research is to analyze the management and administration model of rural oral public health in the municipality of Chinácota, Norte de Santander, in order to characterize and identify the shortcomings of this oral public health model in the year 2021.

This analysis allows proposing a contextual improvement plan for this model, which encourages the active participation of the community to achieve a comprehensive and efficient provision of oral health in the municipality.

A descriptive review of oral health public policies in Colombia is carried out, therefore, a documentary review is made in electronic databases such as PubMed, Scopus, ScienceDirect, Embase and in scientific literature available on the web such as Biblos- Pontificia Universidad Javeriana Databases and Catalog.

The data reviewed show that the management and administration model in oral public health has not provided the means and resources that would allow access to all oral health treatments included in the Health Benefits Plan (PBS).

Consequently, the oral public health management model implemented in the municipality of Chinácota has not been able to reduce the prevalence of oral pathologies that generate the loss of dental structure of the population, nor has it generated motivation in the self-care of oral health, nor has it promoted the participation of the community in the design and evaluation of oral health public policies in the region.

Key words: public health, oral health, health management model, health services, public policies.

Tabla de Contenido

Resumen.....	IV
Lista de Figuras.....	VII
Lista de Tablas.....	VIII
Listado de Anexos.....	IX
Introducción.....	1
1. Problema concreto.....	4
2. Pregunta de investigación.....	8
3. Justificación del problema.....	8
4. Objetivos.....	10
4.1 Objetivo general.....	10
4.2 Objetivos específicos.....	10
5. Marco Teórico y Marco Contextual.....	11
5.1 Datos relevantes del SGSSS en Colombia.....	11
5.2 Datos relevantes del modelo de gestión en salud pública bucal.....	20
5.3 Resultados del acceso y cobertura de los servicios de salud pública bucal en Colombia.....	24
5.4 Marco Institucional del municipio de Chinácota.....	26
5.5 Políticas públicas de salud bucal rural en Colombia.....	29
5.6 Gestión del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) con respecto a la salud bucal.....	33
5.7 Revisión del modelo de gestión de salud pública bucal en los municipios de Brasil.....	36
6. Metodología.....	41
7. Propuesta de mejora del modelo de gestión y administración de salud pública bucal para el municipio de Chinácota.....	49
7.1. Modelo de gestión de salud pública bucal en el municipio de Chinácota del año 2021.....	49
7.2 Propuesta de mejora del modelo de gestión y administración en salud pública bucal para el municipio de Chinácota.....	56
8. Conclusiones.....	72
9. Recomendaciones.....	74
10. Bibliografía.....	76

Lista de Figuras

	Pág.
Figura 1 Estructura organizacional del SGSSS en Colombia	13
Figura 2 Distribución de los aportes al SGSSS.....	14
Figura 3 Modelo del servicio público de salud bucal en Colombia	15
Figura 4 Funcionamiento del SGSSS en Colombia	16
Figura 5 Etapas de la Metodología de la investigación.....	48
Figura 6 Modelo del SGSSS en Colombia según la lógica del pluralismo estructural	49
Figura 7 Datos comparativos de la ENSAB IV(2014) y la Encuesta a personas de Chinácota(2021)	59
Figura 8 Datos comparativos de la ENSAB IV(2014) y la Encuesta a personas de Chinácota(2021)	61
Figura 9 Datos comparativos de la ENSAB IV(2014) y la Encuesta a personas de Chinácota(2021)	62
Figura 10 Datos comparativos de la ENSAB IV(2014) y la Encuesta a personas de Chinácota(2021)	63
Figura 11 Datos comparativos de la ENSAB IV(2014) y la Encuesta a personas de Chinácota(2021)	64
Figura 12 Datos comparativos de la ENSAB IV(2014) y la Encuesta a personas de Chinácota(2021)	65

Lista de Tablas

	Pág.
Tabla 1 Ingresos de la ADRES en Colombia.....	17
Tabla 2 Gastos de la ADRES en Colombia 2018- 2019	18
Tabla 3 Deudas de la EPS con el SGSSS en Colombia	18
Tabla 4 Procedimientos Clínicos Odontológicos del PBS del SGSSS	35
Tabla 5 Búsqueda de base de datos y ecuación de búsqueda (2021-2022).....	42
Tabla 6 Selección de palabras claves para la búsqueda de datos	43
Tabla 7 Datos de procedimientos odontológicos en el año 2021 en el hospital de Chinácota.....	51
Tabla 8 Datos de procedimientos por régimen del SGSSS en el año 2021 en el hospital de Chinácota ...	52
Tabla 9 Datos comparativos de ENSAB IV (2014) con la Encuesta a personas de Chinácota (2021).....	66
Tabla 10 Datos comparativos de ENSAB IV (2014) con la Encuesta a personas de Chinácota (2021)....	68

Listado de Anexos

	Pág.
Anexo A Encuesta estructurada sobre la experiencia de la salud bucal en el municipio de Chinácota.....	82
Anexo B Encuesta estructurada sobre modo de vida y salud bucal de la población de Chinácota.....	85

Introducción

Con el desarrollo de la Constitución de 1991, se estableció un Estado social de derecho, a partir de ello, se inició un proceso de apertura económica y un esquema para renovar o transformar el gobierno en Colombia.

Entre los instrumentos que se implementaron para lograr la transformación, se recurrió a promover leyes y diversos programas sociales, que se fundamentaron en la teoría del capital humano, con la finalidad de lograr la necesaria transformación del sistema de pensiones, de contratación laboral, del sistema de protección de riesgos laborales y del modelo de salud, por consiguiente, se construyó el Sistema Integral de Seguridad Social (Suárez et al., 2017).

Por lo tanto, el objetivo planteado de esa renovación, consistía en pasar de un gobierno proveedor de servicios a uno regulador, debido a que los recientes modelos sociales intentaban combinar la política pública con la apertura económica de los mercados y los agentes privados, para crear el nuevo modelo de salud conocido como el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS en adelante) que atienda a la población en Colombia (Suárez et al., 2017).

En consecuencia, las transformaciones del sistema de salud, se articularon buscando conservar el modelo corporativo tradicional del seguro social, convalidándolo con un sistema muy segmentado como lo son los seguros subsidiados por el Estado, con el objetivo de impulsar la reforma de la salud que tenía como prioridad mayores beneficios en cobertura y, de modo similar, mayor acceso a la prestación de servicios, en esencia, el de la población más pobre.

Por otra parte, el Congreso de Colombia creó el SGSSS mediante la Ley 100 de 1993, con la finalidad de poder mejorar principios básicos según Molina-Marín et al., (2018) de “cobertura, acceso, calidad, equidad, eficiencia y sostenibilidad financiera del sistema” (p. 2). De hecho, mediante esta norma Colombia estableció un nuevo modelo de gestión del aseguramiento en salud para su población (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014a).

Además, la Constitución Política de 1991 según la Asamblea Nacional Constituyente (1991) determinó en su artículo 48 que “la Seguridad Social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad” (p. 8).

De modo similar, la Constitución Política de 1991 definió en su artículo 49 cómo se prestarían esos servicios, aclarando que “la atención de la salud y el saneamiento ambiental serían servicios públicos a cargo del Estado” (p. 8).

Es decir, que la Constitución de 1991 y la Ley 1122 de 2007, confirman que la atención pública en salud y el saneamiento ambiental, son servicios públicos que dependen del Gobierno Nacional, que se organizan de forma descentralizada, por niveles de atención y en esencia, con la contribución activa de la comunidad (Otálvaro et al., 2019).

Estas normas manifiestan que la salud y el saneamiento básico, así como otros servicios públicos esenciales, son responsabilidad de los entes territoriales, es decir, de los municipios y distritos. La reglamentación también establece para los municipios pequeños que no pueden certificarse, que el municipio y el departamento son corresponsables en forma conjunta por los servicios de salud de la población. Por lo tanto, el SGSSS es el marco que regla el modelo de gestión de salud en Colombia (Otálvaro et al., 2019).

Además, la Ley 100 de 1993 dispuso el aseguramiento como medio de afiliación al SGSSS para acceder a los servicios, por este motivo, creó las Empresas Promotoras de Salud (EPS en adelante) tanto públicas como privadas. Las EPS privadas están vinculadas a la Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral (ACEMI) (Molina-Marín et al., 2018).

De manera que, las EPS son las entidades del modelo de salud pública que se encargan de organizar la forma como los afiliados y sus familias pueden acceder a los servicios de salud en el país (Salazar, 2014). Por consiguiente, ellas son las empresas que contratan la prestación del servicio de salud con las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS en adelante).

De hecho, las EPS del régimen contributivo (EPS-C en adelante) y las del régimen subsidiado (EPS-S en adelante) contratan la atención de los servicios de salud con los prestadores de servicios llamados IPS o con los hospitales públicos¹.

Las IPS públicas según la norma, se configuran como Empresas Sociales del Estado (ESE en adelante), que son consideradas instituciones de índole especial de carácter descentralizada, que cumplen con los preceptos que establece la ley; que tengan personería jurídica, autonomía administrativa y patrimonio propio (Salazar, 2014).

Es decir que, debido a la reforma en salud, los hospitales públicos fueron obligados a transformarse en ESE, las cuales ofrecen sus servicios a las EPS y las secretarías de salud

¹ Estas prestadoras de servicios, la norma las define como las instituciones de carácter público, privado o de economía mixta, que están autorizadas para atender de forma parcial o total los tratamientos en salud que requiere la población en Colombia (Suárez et al., 2017).

distritales, departamentales y municipales, para atender a la población afiliada y no afiliada al SGSSS (Molina-Marín et al., 2018).

Por otra parte, las EPS son las encargadas de organizar las redes de atención de salud para su población asegurada, con las cuales deben garantizarles a todos los afiliados la prestación de los servicios contenidos en el paquete de trámites, actividades, intervenciones, insumos y medicamentos del Plan Obligatorio en Salud (POS) o Plan de Beneficios en Salud (PBS en adelante) que garantiza el bienestar en salud de las personas (Jiménez-Barbosa & Acuña, 2022).

Por lo tanto, se puede manifestar que el SGSSS lo constituyen un conjunto de instituciones, que intentan mantener interrelaciones entre los reguladores, los administradores, los prestadores y la población, por medio de la afiliación, del aporte económico o subsidiado al sistema de salud y por la cobertura del riesgo de salud, lo que le proporciona a la persona la garantía de acceder al PBS (Díaz, 2020).

Este PBS hace parte de los diversos regímenes del SGSSS y de un modelo de gestión en salud, que se caracteriza por ofrecer la atención del servicio a través de entidades privadas (subsidio a la demanda) y de hospitales públicos (subsidio a la oferta), en esencia, entidades que han permitido la ampliación de cobertura y el acceso a los servicios de la población afiliada y no afiliada al sistema de salud (Suárez et al., 2017).

Sin embargo, subsisten varios riesgos y problemas importantes que afectan la estabilidad del SGSSS, entre ellos: la ampliación de la cobertura de servicios en los entes territoriales; el mejoramiento de la calidad de servicios, en especial, en las zonas rurales; las dificultades institucionales en la aplicación del acceso al modelo de salud que genera dudas de legitimidad y la deficiente labor de los hospitales públicos que sufren de actos de clientelismo y burocracia, a saber, de corrupción entre las entidades del sistema de salud (Botero et al., 2021).

También, se aprecian problemas de sostenibilidad financiera, que reflejan una inestabilidad del SGSSS, debido en parte, a que la sociedad, los ciudadanos y las normas judiciales reclaman del modelo de gestión en salud pública todo tipo de procedimientos de salud, inclusive cuando sus resultados son dudosos, o su relación costo-beneficio es desfavorable (Botero et al., 2021).

De hecho, la población pide mayor acceso a prestación de servicios especializados sin considerar lo que el ciudadano común está dispuesto a pagar, lo que ha generado un desbalance financiero entre las rentas recaudadas y los gastos del sistema de salud.

En cierto modo, se puede afirmar que el actual modelo de gestión en salud pública bucal no ha facilitado los medios y recursos económicos que permiten al afiliado poder acceder a todos los tratamientos en salud bucal planteados en el PBS.

Por consiguiente, el modelo de salud pública implementado crea grandes insatisfacciones entre los usuarios afiliados, que solicitan del SGSSS la garantía de los servicios y de los recursos para sus tratamientos, dos problemas estructurales que el gobierno debe resolver, si desea aliviar las necesidades de salud de la población (Suárez et al., 2017).

Uno de esos problemas crea un perjuicio de legitimidad del modelo de salud pública frente a las personas, debido a que ellos detectan que el sistema de salud bucal no es eficiente, pues las medidas de inspección, vigilancia y control no satisfacen las necesidades ni las expectativas de demanda de servicios que exige la población (Suárez et al., 2017).

El otro problema consiste en la inseguridad económica que se origina en el riesgo financiero que asumen las aseguradoras, lo que agudiza las deudas de las EPS con las IPS y las ESE, de manera que, se origina una reducción en la oportunidad de atención en salud a los ciudadanos, en especial, en los hospitales públicos regionales (Suárez et al., 2017).

Además, el impulso de nuevos elementos tecnológicos en salud, de innovadores tratamientos y procedimientos, como de modernos medicamentos, aumentan los costos de los servicios prestados a la población, lo que sugiere, una incertidumbre financiera del modelo de gestión en salud bucal que el Gobierno debe resolver, si desea garantizar el derecho fundamental a la salud a la población (Botero et al., 2021).

En resumen, es esencial realizar una caracterización del modelo de gestión en salud pública bucal del año 2021 que se implementó en la zona rural del municipio de Chinácota, Norte de Santander, para identificar posibles falencias del mismo, con la finalidad de proponer mejoras del modelo que permitan a la población, poder acceder a los servicios adicionales en salud bucodental y, de modo similar, garantizar su derecho a la salud bucal.

1. Problema concreto

Este documento abordó una revisión de los programas y actividades en salud pública bucal que desarrolló la dirección de salud pública del municipio de Chinácota, Norte de Santander.

En el año 2021, el modelo de gestión de salud pública bucal en este municipio implementó un plan de salud para la región, que se desarrolló basado en las directrices del Plan

Decenal de Salud Pública (PDSP en adelante) 2012-2021. Este PDSP según el Ministerio de Salud y Protección Social (2013) tenía las siguientes 10 dimensiones prioritarias:

Salud ambiental; salud en el entorno laboral; seguridad alimentaria y nutricional; vida saludable y condiciones no transmisibles; convivencia social y salud mental; salud pública en emergencias y desastres; sexualidad y derechos sexuales y reproductivos; acciones transversales; fortalecimiento de la autoridad sanitaria para la gestión en salud y vida saludable y enfermedades transmisibles. (pp. 103-110)

De estas dimensiones prioritarias del Gobierno Nacional en el PDSP 2012-2021, fueron implementadas ocho (8) en el año 2021 por la coordinación de salud pública del ente territorial de Chinácota al analizar las prioridades requeridas en la región, acatando las directrices del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS en adelante) en el 2021 (datos de la División de Salud Pública de la Alcaldía del municipio de Chinácota, 2022).

Es fundamental precisar que en Colombia han existido dos (2) modelos de gestión en salud; el modelo de gestión en salud bucal tradicional basado en los tratamientos curativos que no responde a lo que necesita la población y el modelo de gestión centrado en la atención primaria en salud, que se apoya en la participación comunitaria y en la aceptación de estilos de vida saludables de la población que conforma un ente territorial (Pinzón, 2019).

No obstante, la participación social de una comunidad es considerada una estrategia importante en el desarrollo de los modelos de gestión en salud pública, porque permite afrontar las necesidades básicas en salud que requiere la población dispersa de la región rural (Gil & Acosta, 2021).

En cierta medida, el lograr que la comunidad participe en forma activa en los programas de atención primaria en salud, permite impulsar a las personas a responsabilizarse por el autocuidado de su salud y la de su familia. Esta situación, hace que la comunidad pueda reducir los riesgos de exposición que tiene sobre las patologías bucodentales de mayor prevalencia, por ejemplo, la caries y la enfermedad periodontal.

En consecuencia, el modelo de gestión en salud pública bucal debe centrarse en los programas de atención primaria, que priorizan el cuidado de la salud de las personas, las familias y las comunidades. Según Gómez (2018), el objetivo del modelo es implementar programas en “promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y

cuidados paliativos” (p. 6). Estos programas son considerados acciones coordinadas del Modelo Integral de Atención en Salud (Ministerio de Salud y Protección Social, 2017).

De hecho, el modelo de gestión en salud pública planteado por el MSPS, promueve la interrelación de la población con los prestadores de servicios, el cual debe llevarse a la práctica mediante intervenciones sociales, es decir, impulsar la participación de la población hacia los procesos de toma de decisiones que definen las políticas públicas de salud que requiere un ente territorial (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013); lo que no acontece en el municipio de Chinácota, Norte de Santander.

En cierta medida, el modelo de gestión en salud pública bucal debe orientar a los actores del SGSSS y, en especial, a las entidades territoriales como el municipio de Chinácota, para que, dependiendo de sus competencias, coordinen con las administradoras del aseguramiento las intervenciones individuales y colectivas que propone el PDSP.

Ahora bien, el modelo centrado en la atención primaria en salud bucal, tiene como finalidad explorar estrategias que contribuyan a reducir la prevalencia de caries, la enfermedad periodontal crónica y el edentulismo parcial y total que está sufriendo la región de Chinácota, específicamente, en la población adulta y adulta mayor entre las edades de 20 a 79 años.

Por otra parte, lo que se observó es que el modelo de gestión en salud pública bucal del año 2021 del municipio de Chinácota tiene falencias en la evaluación de los programas de atención primaria en salud bucal que desarrolla el Hospital Regional Sur Oriental de la región.

Lo que se evidenció es que el ente territorial presentó dificultades para incentivar la participación activa de la comunidad en el diseño de políticas públicas efectivas, que busquen reducir la aparición de las patologías bucodentales y, en esencia, la pérdida de la estructura dental de la población del municipio.

Este hecho, sugiere en la población de Chinácota, posibles barreras en la captación e interiorización de la información de los usuarios a los programas de atención primaria en salud bucal, lo que no facilita que la población asuma con responsabilidad el desarrollar el autocuidado de su salud bucodental, que en especial, lo proteja de la pérdida de sus dientes.

Por consiguiente, es evidente que el modelo de gestión y administración en salud pública bucal de la región rural ha presentado unas falencias en la prestación del servicio, unos fallos manifiestos de mercado y de los agentes involucrados en la prestación del servicio y una amplia normatividad regulatoria, que ha dificultado la implementación de una prestación integral, que

garantice el derecho a la salud de los ciudadanos en el ente territorial (Ministerio de Salud y de Protección Social, 2016).

En ese contexto, la presente investigación se hace relevante en uno de los espacios más complejos como es el sector rural, debido a las limitaciones que se presentan en la ejecución de las actividades de promoción de salud y prevención de las patologías bucodentales, que afectan la calidad de vida de la población que habita en la región rural del país, fundamentalmente en la población adulta mayor, que requiere de servicios de salud de mayor complejidad (Schumacher et al., 2022).

De manera que, se hace prioritario que la dirección de salud pública del ente territorial, identifique las falencias en la aplicación del modelo de gestión en salud pública bucal del municipio de Chinácota durante el año 2021, que no permite ofrecer a los pacientes un tratamiento integral y eficiente, que apoye la mejoría del cuidado de la salud bucal de la población y que facilite la recuperación de la funcionalidad de la estructura bucodental del individuo, el de su familia y el de su comunidad.

Por esta razón, el objetivo que se planteó en el trabajo de grado, consistió en analizar el modelo de gestión y administración de salud pública bucal en el municipio de Chinácota, Norte de Santander, del año 2021. Por eso, se requiere poder caracterizar el modelo, para después identificar posibles falencias de ese modelo implementado durante el año 2021, debido a que los datos del año 2019 y 2020 son cuestionables en lo referente a la salud bucal, producto de la pandemia de Covid-19 en todo el país, en especial, a nivel rural.

En resumen, es posible garantizarle a la población de Chinácota el derecho a la salud, al apoyar de manera conceptual al ente territorial respecto a las actividades que debe implementar: para impulsar la participación activa de la comunidad en el diseño de políticas públicas de salud bucal y para desarrollar los programas de atención primaria en salud bucal, en particular, en los pacientes adultos y adultos mayores (20 a 79 años) de la región.

Solo de esa manera, se podrá promover el goce efectivo de los tratamientos adicionales en salud bucal y, de modo similar, la mejora de la calidad de vida de la población según lo planteado en la Resolución 2292 de 2021 del MSPS²; lo que favorece a la población más pobre y vulnerable, que representa en general al sector rural del país.

² Por el cual se actualizan los servicios y tecnologías de salud del Plan de Beneficios en Salud (PBS) para toda la población en Colombia.

2. Pregunta de investigación

¿Cuáles son las características del modelo de gestión y administración de salud pública bucal que pueden provocar falencias del modelo en la zona rural del municipio de Chinácota, en Norte de Santander?

3. Justificación del problema

Los hospitales públicos como el Hospital Regional Sur Oriental de Chinácota, debe atender a todos los enfermos de su población sin importar el régimen a que pertenezcan, lo que genera una dificultad de relacionamiento con las EPS de la región, debido a que los pagos por parte de ellas se dilatan, lo que puede afectar la estabilidad financiera de la institución y, por lo tanto, a mediano plazo, podría afectar la calidad del servicio.

Además, se requiere realizar una caracterización del modelo de gestión y administración en salud pública bucal durante el año 2021 en el municipio de Chinácota, Norte de Santander, para identificar falencias del modelo que permitan desarrollar propuestas de mejora en el acceso a los servicios, de capacitaciones a los profesionales de la salud bucodental y de compromiso de participación de la comunidad en el diseño de políticas públicas de salud bucal.

Esta investigación se desarrolla, debido a que los documentos bibliográficos revisados manifiestan que existen dificultades en la implementación del modelo de gestión de salud pública bucal en las zonas rurales, que no facilitan la participación de la comunidad en el diseño de políticas públicas de salud, lo que sucede en el municipio de Chinácota y en las zonas rurales de Norte de Santander.

La identificación del modelo de gestión en salud pública demuestra que existe un déficit notorio en la implementación de programas de educación en salud, de prevención de enfermedades y de atención básica y especializada en salud bucal en las poblaciones rurales de Colombia (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013).

Por otra parte, los estudios detallados de las enfermedades bucodentales prevalentes en Colombia, son los estudios nacionales de salud bucal, el ENSAB III que se realizó en el año 1998 y del ENSAB IV en el año 2014. Por esta razón, estos estudios son las fuentes disponibles que permiten la caracterización de la salud pública bucal en el país y que facilitan la información pertinente para contribuir a la identificación de las falencias del modelo de gestión de la salud pública bucal, la cual reporta resultados preocupantes en las zonas rurales del país (Ministerio de Salud y de Protección Social, 2016).

Respecto a los conocimientos y prácticas de la población en relación a la salud bucal, el ENSAB III y el ENSAB IV confirmaron que las actividades de salud pública bucal siguen siendo deficientes, porque no se ha podido impactar el índice de prevalencia de las principales patologías bucodentales, como son la enfermedad periodontal y la caries dental³.

Estas valoraciones del ENSAB III y el ENSAB IV confirman la necesidad de replantear las actividades de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y las acciones de mediación terapéutica, con el objetivo de hacer coherentes las prácticas del personal de la salud, con lo planteado por el Plan Nacional de Salud Bucal, en esencia, mejorar la salud bucal de los colombianos en los entes territoriales (Ministerio de Salud y Protección Social, 2006).

En realidad, los hallazgos encontrados hasta el momento en salud bucal, son el resultado de una carencia de estrategias integrales de salud y de la incompetencia de gestionar programas efectivos de atención primaria de los entes territoriales, las cuales no han logrado ser interiorizadas por la población.

Además, los usuarios afiliados al SGSSS, expresan que el modelo de gestión en salud pública es desigual, descoordinado, con poca transparencia, inequitativo, desarticulado, deshumanizante, desordenado, que no resuelve las necesidades de las personas y que genera desconfianza en general en la población colombiana (Ministerio de Salud y de Protección Social, 2016).

Esta situación sugiere una evidente dificultad para modificar los patrones culturales de las personas en responsabilizarse por mantener su salud bucal y la de la familia, lo que no contribuye a reducir la prevalencia de las patologías bucodentales sobre todo en la población rural del país (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014b).

De hecho, esto indica que el modelo de gestión en salud pública bucal, se ha abordado desde el cumplimiento de metas y facturación, es decir, desde el recurso económico y no como estrategias de atención primaria en salud que se enfoquen en un modelo de gestión de salud centrado en un concepto real de integralidad, de una amplia definición de calidad en salud y de lo que significa calidad de vida para el usuario (Ministerio de Salud y Protección Social, 2006).

Por otra parte, en la región rural los profesionales de la salud bucal, tienen inconvenientes para remitir la información técnica respecto de los indicadores epidemiológicos de sus pacientes.

³ Son las alteraciones bucales primarias que generan la pérdida del tejido dental y la maloclusión en las personas.

De modo similar, sucede con la remisión de los pacientes a profesionales especializados en la región de Chinácota como, por ejemplo, a los especialistas de periodoncia, ortodoncia, endodoncia, cirugía maxilofacial y rehabilitación oral.

Esto es importante, debido a que gran parte de la información registrada por las IPS y por las entidades territoriales de salud respecto a las estrategias desarrolladas en los programas de atención primaria en salud, terminan por no ser utilizadas para la planificación y toma de decisiones de los programas de salud pública bucal (Teixeira et al., 2016).

En resumen, el poder caracterizar e identificar el actual modelo de gestión en salud pública de las organizaciones encargadas de implementar la información respecto a los programas de salud pública bucal, permite aportar una propuesta de mejora del modelo de gestión en salud pública bucal rural que sea integral, oportuna y eficiente.

Solo de esta forma, se podrá contribuir a impulsar las metas propuestas en las 10 dimensiones establecidas por el Plan Decenal de Salud Pública (PDSP), que tiene como objetivo optimizar los recursos que se requieren en la prestación de los servicios de salud bucal de los entes territoriales, lo que involucra al Hospital Regional Sur Oriental del municipio de Chinácota, Norte de Santander.

4. Objetivos

4.1 Objetivo general

Analizar el modelo de gestión y administración de salud pública bucal en el municipio de Chinácota, Norte de Santander, durante el año 2021.

4.2 Objetivos específicos

1. Caracterizar el modelo de gestión y administración del servicio de salud pública bucal del municipio de Chinácota en Norte de Santander, del año 2021.
2. Identificar las falencias del modelo de gestión y administración del servicio de salud pública bucal del municipio de Chinácota en Norte de Santander, del año 2021.
3. Proponer un plan de mejora del modelo de gestión y administración del servicio de salud pública bucal para incentivar una prestación integral y eficiente de salud en el municipio de Chinácota, Norte de Santander que sea representativo para el sector rural del país.

5. Marco Teórico y Marco Contextual

5.1 Datos relevantes del SGSSS en Colombia

Los dos antecedentes normativos para entender cómo funciona el modelo de gestión en salud pública y cómo se desarrolla la protección de la salud en Colombia, se fundamentan en la constitución de 1991 y en la Ley 100 de 1993 (Uprimny & Durán, 2014).

Los modelos de gestión en salud pública hacen referencia a cómo los componentes del sistema de servicios de salud se organizan con la finalidad de poder contribuir al desarrollo de políticas públicas en salud, con participaciones colectivas de la población (Pinzón, 2019).

No obstante, el modelo de gestión en salud pública en Colombia tiene falencias notorias, debido a que se fundamenta en la consulta con el médico tratante, mediante el uso de farmacoterapias y exámenes de laboratorio o complementarios; es decir, se promueve una cultura consumista, que enfatiza el tratamiento curativo y no de prevención y promoción de la salud (Aroca, 2017).

De hecho, el Gobierno Nacional mediante la Política de Atención Integral en Salud (PAIS), intenta desarrollar estrategias de salud pública para proporcionar una atención médica al individuo, a la familia y a la comunidad, dando especial atención a la población más vulnerable, que habita en los lugares más remotos o lejanos del territorio nacional, con los recursos disponibles y con el apoyo de los entes territoriales, los cuales se encargarán de implementar las directrices que establezca el MSPS (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016) .

Por lo tanto, los modelos de gestión en salud pública bucal hablan de las necesidades de concretar los procesos de acceso de la población a los servicios de salud y del estado de la salud bucal a nivel de políticas de promoción y prevención para controlar las enfermedades recurrentes como la caries y la enfermedad periodontal (Pinzón, 2019).

Por otra parte, los resultados de las encuestas del ENSAB IV de 2014 confirman que existe un incremento de estas patologías bucodentales, en particular, en lo referente a la población adulta y adulta mayor de la región rural del país entre los 20 a 79 años de edad (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014b).

De modo similar, también se comprueba que existe una desigualdad en el acceso, la oportunidad y la calidad de los servicios de salud entre las regiones del país, el cual está influenciado directamente por factores socioeconómicos.

Los sistemas de gestión en salud pública bucal necesitan de la revisión del modelo de gestión en salud para responder a las crecientes necesidades de la población, por consiguiente, es esencial que se conformen equipos básicos de salud en donde el odontólogo asuma una posición de relevancia en las actividades de promoción de educación en salud y en prevención de las enfermedades que afectan la salud del individuo (Pinzón, 2019).

Después de la Constitución de 1991, se aprobó la Ley 100 de 1993 que transformó el sistema de salud en un modelo descentralizado y con aparente participación del pueblo, por consiguiente, se puede manifestar que el SGSSS colombiano ha obtenido importantes logros en cuanto a solidaridad y cobertura, pero tiene grandes falencias en su sostenibilidad financiera.

De manera que, la Ley 100 de 1993 impulsó diversas transformaciones en cuanto a la cobertura y acceso a los servicios de salud en todos los niveles de atención de la población en el país, con un POS o PBS que tiene como característica una clara desigualdad en los diversos tipos de tratamientos de los diferentes regímenes establecidos en el SGSSS (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014b).

En consecuencia, esta norma desarrolla los fundamentos que modulan el modelo de gestión en salud pública, con respecto a la forma como se direcciona, se organiza, se financia y se controla el aseguramiento en el SGSSS. De modo similar, establece los compromisos que deben asumir todos los actores del sistema de salud en la regulación establecida por el MSPS.

En términos generales la Ley 100 de 1993 en sus inicios, estableció que la afiliación al sistema de salud debía ser obligatoria para todas las personas que habitan en el país, que sus servicios se presten mediante una atención integral de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de las secuelas, a través de un PBS que regula el MSPS (Botero et al., 2021).

Esta norma establece dos regímenes de afiliación: el contributivo, al que pertenecen los afiliados vinculados por medio de contrato laboral, los servidores públicos, los pensionados y los empleados con potencial económico, que se denominarán cotizantes (Botero et al., 2021).

Además, está el régimen subsidiado que hace referencia a la población más pobre que no tiene capacidad de pago, que podrá acceder a los servicios financiados con recursos del Estado y de los propios afiliados a este régimen, si su capacidad de pago se lo permite.

Por consiguiente, el objetivo del SGSSS consiste en lograr el aseguramiento universal obligatorio como eje fundamental para garantizarle al sistema la viabilidad de los flujos financieros (Otálvaro et al., 2019).

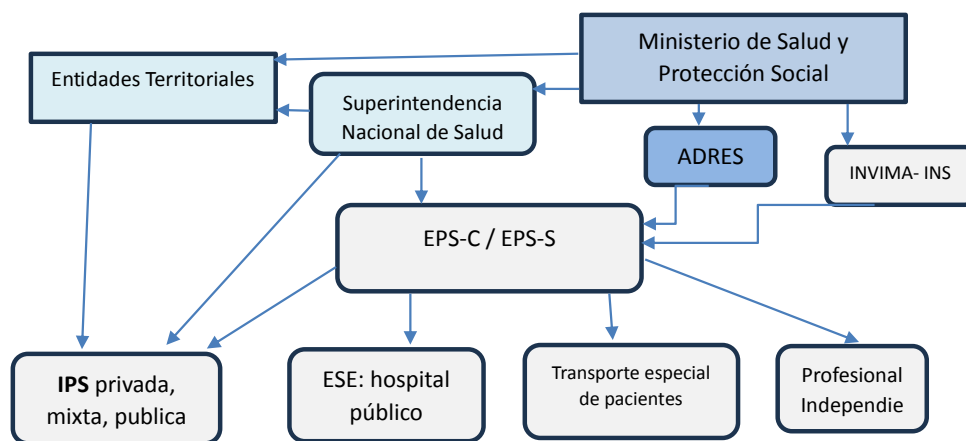
Por ese motivo, se pronunció el acuerdo número 9 del Consejo Superior de Seguridad Social en Salud (CSSSS en adelante), para implementar en el régimen subsidiado la clasificación, focalización y asignación de subsidios a los pobres mediante el Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales (SISBEN en adelante), como un mecanismo de incorporación de la población de escasos recursos al SGSSS (Otálvaro et al., 2019).

Por lo tanto, la clasificación del SISBEN sugiere una reforma del principal mecanismo que permite financiar las instituciones públicas que atienden los servicios de salud de la población, debido a que pasan de recoger los recursos del modelo de salud de manera directa a competir por los recursos con otros prestadores del sistema (Otálvaro et al., 2019).

Por otra parte, se establece que el trabajador formal podrá escoger en forma libre su afiliación a la EPS y a las IPS que hacen parte de su red de prestadores (ver Figura 1).

Figura 1

Estructura organizacional del SGSSS en Colombia



Fuente: Elaboración propia del autor

También, la Ley 100 de 1993, establece que el SGSSS reconocerá a cada Entidad Promotora de Salud tanto contributiva (EPS-C) como subsidiada (EPS-S) un valor per cápita que se conoce como Unidad de Pago por Capacitación (UPC en adelante), para poder administrar el riesgo en salud y garantizar la prestación de los servicios incluidos en el POS o PBS (Botero et al., 2021).

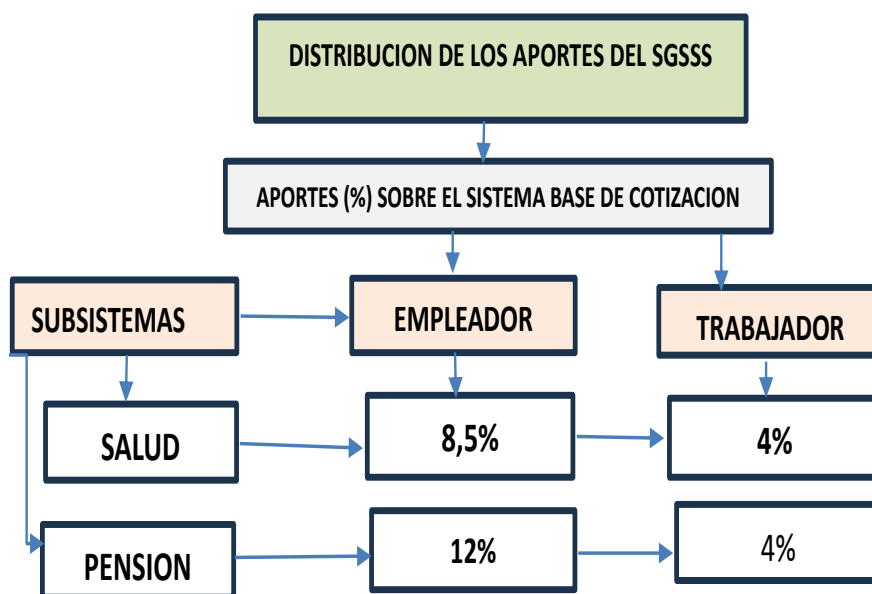
Asimismo, la norma manifiesta que el Gobierno Nacional se encargará de dirigir, orientar, regular, controlar y vigilar el servicio público en salud que es el eje fundamental del SGSSS, que estará modulado por el MSPS (Salazar, 2014).

Igualmente, la norma estructura una entidad que se encargará de la inspección, vigilancia y control del modelo de gestión en salud pública para atender las divergencias del ciudadano con los otros actores del sistema, conocida como la Superintendencia Nacional de Salud (SNS en adelante) que audita todo el SGSSS (Congreso de la República de Colombia, 1993).

La Ley 100 de 1993 también define el porcentaje de cotización o los aportes que deben efectuar los empresarios, los trabajadores y el Estado al SGSSS en cuanto a los subsistemas de salud, de pensión, de riesgos laborales y de subsidio familiar (ver Figura 2).

Figura 2

Distribución de los aportes al SGSSS



Fuente: Elaboración propia del autor

La Ley 100 de 1993 también establece los siguientes planes de atención para la población de Colombia, según lo confirma el Congreso de la República de Colombia (1993):

El Plan de Atención Básica en Salud (PAB), el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo (POS-C), el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado (POS-S), la

Atención en riesgos catastróficos y accidentes de tránsito, la Atención Materno Infantil, la Atención Inicial de Urgencias y los Planes Complementarios. (pp. 72-76)

Posteriormente, se crea la Ley 1122 de 2007 que efectúa una adaptación del SGSSS, con el objetivo de mejorar la prestación de los servicios. Por lo tanto, la norma en esencia, busca fortalecer los programas de salud pública y las funciones de inspección, vigilancia y control de los actores del SGSSS (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013). Además, esta norma impulsa la interacción entre las redes de prestadores, para intentar mejorar la prestación de servicio de salud, en especial, los programas de atención primaria en salud a nivel rural.

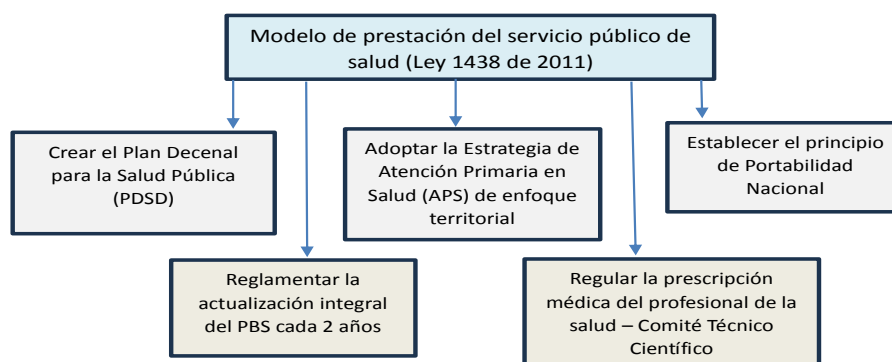
Luego, se crea la Ley 1438 de 2011, que se orienta a reforzar el funcionamiento del SGSSS, por medio de un sistema único de prestación del servicio público en salud que facilite la acción articulada del Estado, de las instituciones de salud y de la sociedad para alcanzar la mejora continua de los procesos de salud (Congreso de Colombia, 2011).

Por consiguiente, el Gobierno Nacional, con esta normatividad plantea reestructurar el SGSSS, mediante la promoción en educación de salud y la prevención de enfermedades que afectan la salud de las personas, en lugar de focalizarse en forma exclusiva en el tratamiento y rehabilitación de las secuelas de las enfermedades (Botero et al., 2021).

Por otra parte, la Ley 1438 de 2011 coloca un límite de gasto máximo por concepto de administrar el aseguramiento por parte de las EPS, reglamenta la renovación del PBS con una frecuencia de 2 años y regula la prescripción médica que efectúa el profesional de la salud (Botero et al., 2021), lo que se requiere para recuperar la salud del usuario (ver Figura 3).

Figura 3

Modelo del servicio público de salud bucal en Colombia



Fuente: Elaboración propia del autor

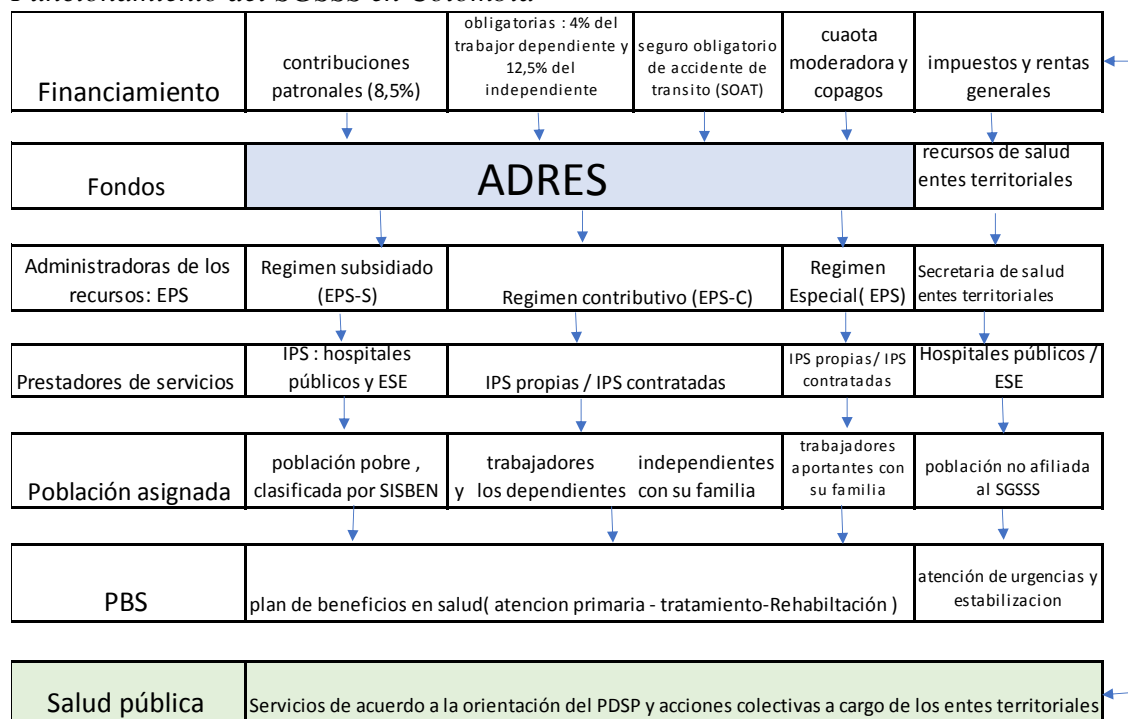
La norma establece que la prescripción médica debe ser confirmada por el comité técnico científico de la EPS. De modo similar el gobierno, bajo criterios de eficiencia, estudios financieros y técnicos, establece que la participación del gasto administrativo no podrá superar el 10% de la UPC para las EPS-C y el 8% para las EPS-S (Botero et al., 2021).

Posteriormente, en el año 2015, como efecto de la movilización social en las diferentes regiones del país, el Congreso de Colombia promulgo la Ley Estatutaria de la Salud o Ley 1751 de 2015, para reconocerle al pueblo el carácter fundamental y autónomo del derecho a la salud y, en consecuencia, se instauran los diversos instrumentos para poder garantizar, regular y proteger a la persona ante los prestadores y aseguradores del sistema (Congreso de Colombia, 2015).

Luego, la Ley 1753 de 2015 crea la entidad que recauda las cotizaciones del SGSSS, llamada la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES en adelante), que es la institución encargada de gestionar y proteger el adecuado uso de los recursos económicos que sostienen la prestación de los servicios de salud en Colombia (Congreso de la República de Colombia, 2015). Por lo tanto, se sugiere que la ADRES, sustituye en parte las funciones del FOSYGA (ver Figura 4).

Figura 4

Funcionamiento del SGSSS en Colombia



Fuente : Ajustes datos de Otálvaro et al., 2019

En resumen, el proceso de reconocer y pagar los recursos económicos a los actores del SGSSS, es considerado la principal labor de la ADRES, debido a que su esencia radica, en poder garantizar el flujo constante de los recursos a las instituciones que se encargan de la administración y la prestación del servicio del modelo que gestiona la salud pública.

Es fundamental considerar en el funcionamiento de la ADRES los recursos que se reciben por parte de los copagos y las cuotas moderadoras, con el objetivo de tener un panorama general de las posibles fuentes de ingresos que financian el SGSSS, para poder compararlas con los posibles egresos que deben enviar las EPS por desarrollar la función del aseguramiento y por contratar la prestación del servicio de salud con los diferentes actores del SGSSS.

De hecho, se observa un desequilibrio financiero del SGSSS, el cual es causado por las deudas acumuladas del estado con las EPS- C y las EPS-S, como también, por las deudas históricas de las EPS con los prestadores de servicio de salud (Otálvaro et al., 2019).

Por esta razón, es fundamental realizar una valoración real de los ingresos y los egresos del ADRES, para conocer la estabilidad financiera del modelo de gestión en salud, lo que permite garantizar la prestación de servicios de salud a la población.

Al revisar las fuentes de los ingresos comparados con los egresos del ADRES, sin considerar la deuda histórica entre las EPS y el Estado, se aprecia en el balance un ligero equilibrio financiero entre los ingresos y los egresos del año 2018 y el 2019 (ver Tablas 1 y 2).

Tabla 1

Ingresos de la ADRES en Colombia

Ingresos de la ADRES	2018	2019
1. Aportes directos de la Nación	8,157,948,984,384	9,700,121,670,830
2. Impuesto CREE	4,109,681,379,231	5,296,460,675,170
3. Regalias- FONSAET	411,362,063,920	410,126,000,112
4. FONSAT y SOAT	1,629,107,901,856	1,805,283,654,505
5. Contribuciones al SGSSS		
Regimen contributivo CSF	6,385,998,948,940	6,828,592,620,878
Regimen contributivo SSF	12,448,824,196,177	13,499,244,128,544
6. Regimen Especial y aportes Cajas de Compensacion F	1,345,180,988,867	1,448,378,883,917
7. Otros	880,734,862,707	1,366,583,962,666
8. Recursos Entes Territoriales		
SGP Regimen subsidiado	6,898,329,424,468	8,428,995,552,662
FONPET	2,012,000,000,000	202,166,760,328
Departamentos, Distritos y Municipios	1,210,269,273,722	1,732,448,722,521
Otros (Juegos)	336,163,789,289	440,492,737,902
9. Recursos de Capital	342,465,338,646	427,157,792,036
Plan de Desarrollo		2,416,364,213,294
TOTAL	46,168,067,152,207	54,002,417,375,365

Fuente: Datos Ministerio de Hacienda- Cálculos Botero et al., 2021

Tabla 2*Gastos de la ADRES en Colombia 2018- 2019*

Gastos de la ADRES	2018	2019
1. Transferencias al sector público y otras transferencias	177,885,004,660.56	196,342,965,172.31
2. Administración de los recursos del SGSSS		
UPC Contributivo	20,853,564,046,904.00	22,359,232,165,505.00
Promoción y prevención R.C.	501,639,752,236.00	507,398,585,894.00
Incapacidades, licencias y regímenes especiales	1,682,629,986,170.00	1,610,504,000,358.00
Régimen subsidiado	19,264,383,441,676.80	21,944,580,194,628.10
Recobros	3,143,248,359,000.39	4,161,066,545,883.42
Otros: Atenciones en salud, accidentes etc	480,059,243,550.77	454,598,600,348.28
TOTAL	46,103,409,834,198.50	51,233,723,057,789.10

Fuente: Datos Ministerio de Hacienda- Cálculos Botero et al., 2021

Sin embargo, según los datos de la Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral (ACEMI) se reporta una deuda histórica del Estado para el 2021 de \$ 1,4 billones y para el año 2022 la deuda es de \$ 1,2 billones, es decir, que el Gobierno le debe a las EPS \$ 2,6 billones.

Esta situación es preocupante para el SGSSS, si se analiza la deuda histórica que también tienen las EPS con los prestadores de servicios de salud, que según datos de la SNS a enero de 2023 es de \$ 23,3 billones (ver Tabla 3).

Tabla 3*Deudas de la EPS con el SGSSS en Colombia*

Deudas de las EPS -C + EPS-S	a enero de 2023	
	billones de pesos	millones de pesos
EPS Activas (27): EPS-C + EPS-S	16,6	
EPS en proceso de liquidacion (5)	1,7	
EPS liquidadas (8)		
Saludcoop	2,4	
Saludvida	1,5	
Comparta		330.993
Otras		769.007
Subtotal liquidadas	3,9	1.100.000
TOTAL	22,2	1.100.000

Fuente: Datos enero 2023 de la Superintendencia Nacional de Salud
Elaboración propia del autor

Además, en Colombia el modelo de gestión en salud cubre con recursos públicos lo que la normatividad no considera debe estar incluido en el POS o PBS (Vaca, 2015).

Lo que se denomina NO POS o NO PBS, se logra mediante un mecanismo judicial (tutela) o en forma excepcional mediante una deliberación técnica (Comité Técnico-Científico) de la EPS (Vaca, 2015).

Por esta razón, los ciudadanos afiliados y no afiliados al SGSSS han recurrido de forma recurrente a la tutela, como una forma de proteger su derecho fundamental a la salud y a evitar los pagos de bolsillo de sus tratamientos.

Por otra parte, sumados a los problemas financieros que afectan la estabilidad del SGSSS, también se observan diversos inconvenientes estructurales entre los actores del sistema que se relacionan con el modelo de gestión en salud pública bucal.

Estos problemas incluyen entre otros, la inequidad de los recursos humanos especializados en las regiones, las disparidad en la cobertura entre el plan ofrecido al régimen contributivo y al régimen subsidiado, los conflictos permanentes entre las instituciones que atienden los servicios y las administradoras del aseguramiento en salud, la poca autonomía financiera de las IPS y la crisis de los hospitales públicos, que sufren de escasez de recursos económicos, debido a la demora de los pagos por los servicios ofertados (Suárez et al., 2017).

De hecho, estos logros obtenidos en cobertura, no eliminan la existencia de nuevos problemas que se deben enfrentar en el acceso a la salud pública bucal (Botero et al., 2021).

De cierto modo, se puede afirmar que el enfoque del modelo de salud pública ha provocado que alrededor del mundo se reflexione sobre cómo debe intervenir la población de una región en la búsqueda de estrategias de mejoramiento de la salud bucal de las comunidades.

En el contexto de la salud pública bucal, la epidemiología continúa intentado sustentar las políticas de salud bucal que se deben de implementar para alcanzar los objetivos planteados en el PDSP en Colombia desde el año 2012, debido a que esta área se encarga de suministrar la información pertinente respecto a las características de salubridad de una población.

Sin embargo, la problemática que tiene relación con la salud pública de los seres humanos, son problemas que se asocian a múltiples factores, por ejemplo, las conductas, los comportamientos, las condiciones de los determinantes sociales y los hábitos de higiene individual y colectiva de la población entre otras. De manera que, los determinantes sociales que afectan la salud de las personas son definidos como todas las circunstancias que sufren las

personas al nacer, vivir, trabajar y envejecer, inclusive todas las actividades de servicios de salud que reciben por ser considerados beneficiarios de un determinado modelo de salud pública. Estos determinantes intentan explicar la mayor parte de las inequidades sanitarias que se observan en un modelo de gestión en salud, es decir, las posibles diferencias evitables que se aprecian entre los usuarios y las comunidades de un modelo de gestión en salud.

Además, se sabe que la salud pública se relaciona con la organización racional de todas las actividades dirigidas a proteger al individuo y a la sociedad de los factores de riesgos que afectan el estado de salud de los individuos, lo que contribuye a mejorar su calidad de vida. De hecho, el modelo de gestión en salud pública representa crear una serie de condiciones que garanticen el bienestar físico, psicológico, biológico y social de las personas y las comunidades.

Por lo tanto, si se habla de un modelo de gestión en salud pública, se hace referencia a diversas circunstancias que pueden afectar al ser humano, a saber, la ausencia de enfermedad de una persona o una familia. De modo similar, se reconoce que el individuo es un ser activo de producción y de convivencia social, que tiene como objetivo, lograr mejorar las condiciones básicas propias del individuo, la de su familia y las de la sociedad a la que pertenece.

Por consiguiente, construir un modelo de gestión en salud pública bucal no solo implica el compromiso de las personas con su familia y con su comunidad para desarrollar acciones permanentes de protección de salubridad en una sociedad.

Sino que igualmente, significa que el Estado debe establecer un compromiso con su población, para proporcionar las condiciones necesarias de sanidad colectiva mediante programas, normas, planes y acciones que permitan la participación activa de las personas en el diseño de las políticas públicas de salud del país y de las regiones, lo que facilita que las personas y las comunidades se mantengan saludables; una deuda histórica del gobierno, que ha afectado en su mayoría a la población rural del país.

En resumen, la atención integral en salud pública bucal de las regiones en Colombia, se caracteriza por ser un servicio fragmentado y con restricciones para el acceso de la población a los servicios especializados en salud (Gómez, 2017).

5.2 Datos relevantes del modelo de gestión en salud pública bucal

La profesión de la odontología se encuentra dominada por lo individual y lo asistencial en lugar de lo preventivo, por lo tanto, se observa que no existe conexión entre el individuo, la

comunidad y su entorno, lo que limita en la práctica la prestación del servicio y hace que se genere una lucha permanente y continua para que la integralidad, la oportunidad y la calidad del tratamiento de salud bucodental, no sea la constante rivalidad entre los actores del sistema, sino por el contrario, sea un complemento de ellas (Ministerio de Salud y Protección Social, 2006).

Le corresponde entonces al Ministerio de Salud, como agente rector y/o modulador del SGSSS, cumplir con la función de proporcionar de manera integral, las acciones individuales y colectivas de salud bucal para la población, con la participación activa de todos los actores que hacen parte del sistema de salud, en especial, el de los pacientes, para lograr mejorar las condiciones de salud bucal de la comunidad (Ministerio de Salud y de Protección Social, 2016).

No obstante, el concepto de cuidado de la salud bucal profesional implica que un profesional de la odontología, así como un higienista dental o un terapeuta de salud bucal, supervisen, eduquen y ayuden a las personas con su cuidado bucal. El cuidado bucal indica la eliminación mecánica de la placa bacteriana y los restos de comida con un cepillo de dientes, un cepillo interproximal y un hilo o seda dental (Mohammadi et al., 2015).

En consecuencia, los terapeutas dentales o higienistas bucodentales son responsables de las acciones de prevención, protección, promoción y recuperación de la salud de las personas, tanto a nivel individual como el colectivo.

Estos terapeutas son considerados actores fundamentales de la salud bucal, porque facilitan el acceso a la atención odontológica y contribuyen a reducir las inequidades en salud. La inclusión de los higienistas dentales en el equipo de salud bucal, tiene como objetivo racionalizar el trabajo y aumentar la productividad y la calidad de la atención, lo que facilita un servicio con dignidad e integralidad (Pereira dos Santos et al., 2019).

La importancia de capacitar al recurso humano del área odontológica para la formulación de políticas públicas en salud bucal es incuestionable, debido a que los profesionales calificados y con experiencia para actuar en este sector juegan un papel esencial en la realización o mantenimiento de la mayoría de las funciones de los sistemas de atención de salud bucodental, en especial, en los programas del autocuidado de la salud bucal de la población adulta mayor (Pereira dos Santos et al., 2019).

Además, en el año 2014, se realizaron estudios sobre la eficacia del cuidado bucal profesional a corto plazo que efectuaron los higienistas dentales una vez a la semana después del desayuno durante un mes. En este estudio, los higienistas dentales no realizaron el raspado dental

profesional (detartraje), sino que cepillaron los dientes de los sujetos utilizando un cepillo de dientes y un cepillo interdental (Mohammadi et al., 2015).

Se detectó que las medidas de placa dental disminuyeron significativamente (pruebas de Fisher de dos colas, $p < 0.05$) en el grupo de intervención de salud bucal profesional. Se observó, que los efectos positivos de esta intervención a corto plazo se mantuvieron durante los siguientes tres meses (prueba de Wilcoxon, $p < 0,05$) (Mohammadi et al., 2015).

Estos hallazgos sugieren que la presencia de un profesional entrenado de la higiene dental en los centros de atención de salud bucal a largo plazo puede tener un impacto positivo en el cuidado de la salud de las personas que requieren tratamiento de su zona bucodental (Mohammadi et al., 2015).

Por consiguiente, la evaluación del modelo de gestión de salud bucal es una herramienta importante para la gestión de la salud pública, porque permite la identificación de aspectos débiles del modelo de salud, en especial, en los adultos mayores y sugiere alternativas terapéuticas que apoyan la toma de decisiones administrativas, que impulsan los objetivos estratégicos de las políticas sanitarias que quiere implementar el país (Teixeira et al., 2016).

El proceso de evaluación de los modelos de gestión en salud en cualquier región del país, busca asegurar que los argumentos de los diferentes actores del sistema de salud, sea considerada en el análisis de las políticas públicas, con la finalidad de comprender las diferentes dimensiones del conocimiento que afectan la realidad sanitaria (Teixeira et al., 2016).

Por ese motivo, se considera que las soluciones en salud pública son multifactoriales y deben ser moderadamente concertadas ente los diversos actores, porque cada uno de ellos tiene sus intereses y prioridades en el SGSSS.

Es requisito que cada actor reconozca que debe participar en acuerdos que aporten a mejorar la salubridad de la población y de que el bienestar comunitario sobrepasa los intereses particulares de las entidades que representan (Ministerio de Salud y Protección Social, 2006).

Por otra parte, se conoce que el SGSSS ha tenido diversas maneras de proporcionar programas de atención primaria en salud (promoción y prevención) en lo referente a salud pública, que se han adelantado a través de entidades públicas y privadas, las cuales deben ser dirigidas y vigiladas por las autoridades de salud municipal y departamental de forma eficiente, específicamente en el área de salud bucal (Molina-Marín et al., 2018).

No obstante, existen valores y principios fundamentales que permiten fortalecer el modelo de gestión de la salud pública, por ejemplo, el de solidaridad, confianza, la buena fe, la cooperación, el compañerismo y la beneficencia.

En consecuencia, es fundamental poder evaluar cómo se desarrollan estos en el ámbito regional municipal de Colombia, para comprender los diferentes factores que se involucran en el proceso de toma de decisiones de las políticas y programas de salud pública de los entes territoriales y conocer su relación con el acceso y la calidad de los programas de salud pública bucal (Molina-Marín et al., 2018).

Por consiguiente, se sugiere desarrollar medidas administrativas que permitan alcanzar un modelo de gestión de salud pública integral que beneficie a la población rural y urbana, y que estimule la responsabilidad social del cuidado de la salud bucal.

La salud bucal de los colombianos mantiene un riesgo considerable en la calidad de vida de las personas, la cual debe revisarse en lo posible desde la estructura del sistema, el modelo de gestión de aseguramiento en salud, los esquemas laborales y la relación institucional de la profesión bucal en los departamentos y municipios, así como desde las tendencias del mercado.

Es fundamental asimilar que la responsabilidad social depende de que todos los actores intervengan de forma consciente en la toma de decisiones, en consecuencia, es necesario reconocer que todos y cada uno de los actores (como individuos y como entidades) somos parte de una estructura social.

Por lo tanto, de la participación conjunta que se haga de ese modelo de gestión de salud, se podrán obtener resultados que beneficien a la sociedad, de manera que, los resultados serán productivos en la medida en que se revisen en forma permanente y se tomen decisiones en conjunto entre todos los actores del sistema (Ministerio de Salud y Protección Social, 2006).

En realidad, la identificación del modelo de gestión de los servicios de salud pública, se considera un medio para proveer una mejora continua de la atención de los usuarios del sistema de salud con equilibrio de costos, lo que genera en definitiva una atención de calidad para el usuario (Teixeira et al., 2016).

En consecuencia, es esencial revisar la articulación no solo de los planes de salud pública bucal impulsados por el MSPS, con los resultados obtenidos al desarrollar las actividades programadas en el modelo de gestión de salud pública bucal rural, para precisar cuáles son los objetivos, responsabilidades, funciones y acciones de los actores relacionados con la salud

pública bucal territorial, de manera que, se pueda garantizar la prestación de servicios de forma integral y con eficiencia en las zonas rurales del país, por ejemplo, en el municipio de Chinácota.

5.3 Resultados del acceso y cobertura de los servicios de salud pública bucal en Colombia

Las investigaciones sugieren que la dificultad para acceder a los servicios de salud es multifactorial, por ejemplo, depende de condiciones como el estrato social, la edad, el sexo, la raza, la cognición de cómo funciona el sistema de salud, la ubicación geográfica, la disposición de recursos económicos y la red de aseguramiento.

También, se evidencia que las diferencias entre las regiones en la prestación del servicio de salud son significativas entre lo rural y lo urbano (Ayala, 2014).

En cuanto al sexo, se conoce que las mujeres tienen 2,2 puntos porcentuales (pp en adelante) más eventualidad de acceder a los servicios médicos diferentes a hospitalizaciones si se comparan con los hombres. Se sugiere, que esto se debe a que la mujer consulta más veces por prevención, por consiguiente, se plantea que las mujeres conocen mejor cómo funciona el SGSSS que los hombres (Ayala, 2014).

Además, pertenecer a un grupo étnico se traduce en tener 3 pp menos probabilidad de tener acceso a los servicios médicos científicos, debido a que esos grupos por su estirpe desconfían más de la ciencia tecnológica, que de los métodos tradicionales de su cultura (Ayala, 2014).

Del mismo modo, existen datos que demuestran que, al aumentar la población de edad avanzada, el número de personas frágiles para el autocuidado de la salud también se incrementa y, por lo tanto, cada vez más personas mayores se vuelven dependientes de otras personas para poder cuidar su estado de salud, en especial del componente bucodental. En consecuencia, se observa que la fragilidad de los adultos mayores, está fuertemente asociada a un mayor riesgo a desarrollar enfermedades bucodentales (Bellander et al., 2021).

Además, se conoce que la prevalencia de caries no tratada, alcanza su punto máximo durante la vejez (después de los 70 años). Esto muestra que en los pacientes odontológicos de mayor edad se ha producido un deterioro de la salud bucal, probablemente debido a la fragilidad que tienen para realizar su autocuidado bucodental (Bellander et al., 2021).

Por otra parte, se sabe que muchos de los medicamentos utilizados por personas mayores frágiles tienen como efecto secundario una baja secreción salival, por lo tanto, una boca seca

puede provocar la acumulación de restos de comida y aumento de placa dental, seguida del rápido progreso de la caries dental, que con frecuencia no es atendida en forma oportuna.

La salud bucal de los adultos mayores es de gran importancia por varias razones. Los problemas de salud bucal pueden tener un fuerte impacto en la capacidad de hablar, masticar y saborear los alimentos, lo cual es indispensable, para desarrollar las interacciones sociales de las personas mayores (Bellander et al., 2021).

Lo que se conoce es que las personas adultas mayores asisten a consulta odontológica solo cuando presentan dolor o se deteriora su calidad de vida, sin embargo, a los familiares se les olvida, que los problemas bucodentales pueden provocar dolor, desnutrición y reducción de la calidad de vida de las personas (Bellander et al., 2021).

También se sugiere que la consulta por prevención, en especial en odontología, es una variable que se relaciona con diferentes características no tangibles en las personas, por ejemplo, el de conocer cómo funciona la red de servicios del aseguramiento en salud, que está directamente asociado al acceso oportuno de los servicios que requiere.

Además, si se revisan las características del SGSSS en Colombia, se conoce que existen relevantes diferencias entre quienes están afiliados y quienes no están afiliados al modelo de gestión en salud. Se sabe que los no afiliados tienen 16,1 pp menos posibilidad de poder recibir los servicios médicos que los beneficiados al régimen subsidiado y 22 pp menos eventualidad de atención en salud que los afiliados al contributivo (Ayala, 2014).

Por otra parte, los afiliados al régimen contributivo tienen 5,9 pp más posibilidad de ser atendidos que los del subsidiado, de modo similar, los afiliados al régimen especial tienen 9,7 pp mayor probabilidad de acceso que los del subsidiado, lo que sugiere que existen diferencias significativas en materia de acceso a los servicios de salud en el SGSSS, dependiendo de los recursos económicos que aporten los afiliados (Ayala, 2014).

Por consiguiente, es factible que persistan las barreras tanto de oferta como de demanda para poder acceder a los servicios de salud en el SGSSS, como la existencia de muchos trámites para una cita, la falta de articulación de la red de prestadores de servicios especializados, el distanciamiento prolongado de interconsultas con los especialistas, la falta de dinero y la desconfianza hacia los médicos de la región (Ayala, 2014).

Igualmente, se observa que quienes solicitan consultas a los programas de promoción y prevención al odontólogo tienen una mayor posibilidad de ser atendidos en forma oportuna. Lo

que sugiere que las personas que tienen una mayor información respecto a cómo funciona el SGSSS colombiano, así como los que se preocupan por prevenir la aparición de una patología bucodental, en general tienen un mayor acceso a la prestación de servicios de salud.

Sin embargo, se espera que las personas que consultan más por prevención, conozcan más del funcionamiento del modelo de salud y así mismo, confíen más en el personal médico de su región que aquellos que no consultan los programas de atención primaria (Ayala, 2014).

Con respecto a la zona geográfica, se observa que las personas que habitan en zonas rurales tienen menor eventualidad de ser atendidos en forma oportuna que aquellas que habitan en zonas urbanas, lo que sugiere, que continúan las inequidades en el acceso a los servicios de salud de la población en Colombia (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013).

Todos estos resultados plantean la necesidad de implementar dos opciones de política públicas que podrían reducir las brechas de acceso a los servicios.

Por un lado, aumentar la disponibilidad de prestadores de servicios de salud en un ente territorial para garantizar una red de prestadores de servicios integral y, por otro lado, la necesidad de informar a la población sobre el funcionamiento y el paso a paso a seguir para acceder a un servicio en la red de prestadores adscritas a la EPS tanto del RC como del RS del afiliado al sistema de salud (Salazar, 2014).

Es decir, que estas opciones permitirían pasar de una cultura de demanda por servicios curativos especializados a una de promoción y prevención de servicios, lo que contribuiría a reducir los costos agregados de los posibles tratamientos de mayor complejidad del SGSSS (Ayala, 2014).

En resumen, se puede aseverar que el SGSSS en Colombia, se caracteriza por el dominio de intereses individuales y rentistas de las administradoras del aseguramiento que predominan sobre el bien general de la población afiliada y, por otra parte, la exigencia de la garantía del goce efectivo de los derechos de la salud de los ciudadanos o afiliados al SGSSS.

5.4 Marco Institucional del municipio de Chinácota

Es fundamental precisar que la figura jurídica en Colombia de las Empresas Sociales del Estado (ESE) que prestan servicios de salud en el territorio colombiano, se creó por intermedio de la Ley 100 de 1993 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2022b).

Esta norma⁴ tiene como objetivo el transformar los hospitales públicos del país en empresas administrativas de carácter descentralizada, con autonomía financiera y patrimonio propio (Suaza, 2018). Uno de ellos es la ESE Hospital Regional Sur Oriental del municipio de Chinácota, en Norte de Santander.

Chinácota, según datos de la Gobernación de Norte de Santander (2022), es un municipio de Norte de Santander de categoría sexta (6) que como ente territorial no se encuentra certificada para prestar servicios de salud, por lo tanto, debe contratar esos servicios con terceros. Tiene una superficie de 166,64 km² y una población aproximada de 18.000 habitantes, su fundación se remonta al 22 de junio de 1586.

El municipio de Chinácota está conformado por 2 corregimientos y un total de 23 veredas. La sede administrativa de la ESE, está localizada en la región sur oriental del Departamento Norte de Santander, a una distancia promedio de 50 kilómetros con respecto a la ciudad de San José de Cúcuta, en la región del municipio de Chinácota (ESE Hospital Regional Sur Oriental de Chinácota, 2023).

La ESE Hospital Regional Sur Oriental es una institución que presta los servicios de salud en la región de Chinácota, que fue constituida como entidad descentralizada, la cual presta los servicios de salud en el primer nivel de atención, y como lo establece la Ley 100 de 1993 para toda ESE, tiene su personería jurídica, con patrimonio propio y autonomía administrativa.

Según la página oficial de la ESE Hospital Regional Sur Oriental de Chinácota (2023), en cumplimiento de los artículos 194, 195 y 197 de la ley 100 de 1993 y sus decretos reglamentados la honorable Asamblea de Norte de Santander mediante la ordenanza 0017 del 18 de julio de 2003, creó para el departamento cinco (5) ESE, teniendo en cuenta el ámbito geográfico. Entre ellas, tenemos la ESE Hospital Regional Sur Oriental que está adscrita a la dirección seccional de salud, quien tiene jurisdicción en los municipios de Bochalema, Chinácota, Durania, Labateca, Ragonvalia y Toledo (ESE Hospital Regional Sur Oriental de Chinácota, 2023).

La sede administrativa de este hospital se encuentra en la cabecera del municipio de Chinácota, en Norte de Santander, su número telefónico es el 5864120 y su correo electrónico es ipschinacota1@gmail.com.

⁴ La Ley 100 reafirma la autonomía administrativa, técnica y financiera de los hospitales públicos, para lo cual se realiza la conversión de los hospitales públicos en empresas sociales del estado (ESE) (Congreso de la República de Colombia, 1993).

Su objeto social según datos de la página oficial de la ESE Hospital Regional Sur Oriental de Chinácota (2023) es la prestación de servicios de salud de “primer nivel de complejidad en las fases de detección temprana y protección específica, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y medicamentos esenciales” (p. 2).

La ESE Hospital Regional Sur Oriental de Chinácota según la página oficial de la ESE Hospital Regional Sur Oriental de Chinácota (2023), presta servicios de salud de baja complejidad, por lo tanto, realiza actividades de promoción y prevención, consulta de medicina general, odontología general, enfermería, consulta prioritaria o de urgencias, psicología, ginecología, pediatría, laboratorio clínico y vacunación.

El centro de referencia en salud en la provincia de Chinácota es la ESE Hospital Regional Sur Oriental.

La **visión** planteada según la página oficial de la ESE Hospital Regional Sur Oriental de Chinácota (2023), es:

En el año 2024 seremos la empresa social del estado líder en Norte de Santander, mediante la optimización de los recursos financieros y el fortalecimiento de la oferta de servicios; reconocida por la implementación de las rutas integrales de atención, garantizando la accesibilidad, efectividad y oportunidad en los servicios de salud. (p. 1)

Además, la **misión** planteada según la página oficial de la ESE Hospital Regional Sur Oriental de Chinácota (2023), es:

Somos la Empresa Social del Estado del suroriente de Norte de Santander, que brinda servicios primarios y complementarios, promoviendo el mantenimiento de la salud en los diferentes ciclos vitales, con una atención integral, humanizada y de calidad, centrada en la satisfacción del usuario y su familia, contando con sistemas tecnológicos, espacios y procesos seguros, a través de un talento humano idóneo, que promueve el trabajo en equipo con responsabilidad por el medio ambiente y manejo eficiente de los recursos. (p. 1)

Los valores corporativos según la página oficial de la ESE Hospital Regional Sur Oriental de Chinácota (2023), son: la humanización del servicio, la excelencia, la lealtad, la participación y la responsabilidad social.

Se conoce que los hospitales públicos en Colombia, denominados como ESE, mantienen un conflicto de interés económico permanente con las EPS tanto del régimen contributivo como del subsidiado, en particular, en lo referente a las facturas de cobro por pago de servicios que las instituciones hospitalarias envían a estas empresas y que son devueltas en forma continua por aparentes inconsistencias en la forma en que se diligencian (López et al., 2006).

Además, existe otro problema asociado al servicio de salud bucodental en los hospitales y es la falta de pago oportuno por parte de las EPS a los prestadores de servicios.

La norma obliga a los prestadores de servicios de salud como las ESE, a proporcionar atención inmediata a quien lo solicite, pero no es igual de exigente en obligar al asegurador o administrador a pagar por los servicios ofrecidos al usuario de forma oportuna (Páez et al., 2013).

En resumen, es fundamental conocer la forma como operan las actividades de atención primaria de salud bucal en los hospitales públicos de los entes territoriales, para proponer mejoras de los modelos de gestión en salud bucal, que permitan reducir la prevalencia de enfermedades bucodentales, con el objetivo de beneficiar a la población de escasos recursos, que debido a su situación geográfica, es la que más sufre por acceder a las ayudas tecnológicas y a los servicios especializados de mayor complejidad en salud bucal de la región.

5.5 Políticas públicas de salud bucal rural en Colombia

Es preciso señalar que en Colombia existen estrategias para disminuir las desigualdades de atención en salud entre la zona rural y la urbana, como lo es el Plan de Salud Rural, pero desafortunadamente para la población de los municipios y veredas, este plan se encuentra aún sin ejecución (Delgado-Peñaloza & Ortiz-Piedrahita, 2022).

Las enfermedades bucodentales como la caries dental, enfermedad periodontal y mala oclusión, son problemas de salud pública que afectan a todos los países, pero con mayor frecuencia a las comunidades más pobres. Además, se conoce que las patologías bucales son un factor de riesgo para diversas enfermedades del organismo, lo que coloca en evidencia la importancia de mantener una adecuada higiene bucodental (Remuzgo & Remuzgo, 2022).

Por otra parte, las zonas rurales tienden a ser de naturaleza heterogénea, sin embargo, en promedio, tienen peores resultados de salud en comparación con las comunidades urbanas. Las razones de esta situación son muy complejas y multifactoriales (Schumacher et al., 2022).

No obstante, se ha reconocido ampliamente que las desigualdades en el acceso a los servicios de salud son injustas y prevenibles. Cuestiones como la ubicación geográfica, el acceso limitado a los servicios de salud, los niveles más bajos de educación y alfabetización en salud, las diferencias en los factores de riesgo modificables, el nivel socioeconómico más bajo y la falta de información respecto a las políticas públicas de salud, en comparación con las comunidades urbanas, contribuyen a resultados deficientes en el acceso a los servicios de salud de personas adultas mayores en las áreas rurales (Schumacher et al., 2022) .

Por consiguiente, está demostrado que la ruralidad es un factor de riesgo de enfermedades crónicas, más allá de la influencia de factores como el estatus socioeconómico.

La salud bucal se considera un componente esencial del bienestar físico y mental que está influenciado por los valores y actitudes de los individuos y las comunidades (Bots-VantSpijker et al., 2021).

De hecho, se conoce que la salud bucal en los seres humanos además de favorecer los efectos nutricionales, también determina la integración social y familiar de las personas, lo que le permite poder participar en actividades como hablar, sonreír y comunicarse sin algún grado de dolor ni malestar general (Chiesi et al., 2019).

Por otra parte, también se percibe, que una mala salud bucal en las personas adultas mayores genera un alto nivel de pérdida de estructura dental, caries dental, una alta prevalencia de enfermedad periodontal y de daño de las funciones de algunos órganos del cuerpo (Chiesi et al., 2019).

Además, una adecuada salud bucal refleja características fisiológicas, sociales y psicológicas que son esenciales para mantener la calidad de vida de la persona, de su familia y de la comunidad (Bots-VantSpijker et al., 2021).

De hecho, está demostrado que la salud bucal es esencial para la salud y el bienestar general de los seres humanos. De modo similar, se sabe que las enfermedades bucodentales tienen un efecto adverso en la calidad de vida de las personas, porque influyen en la alimentación, el sueño, el trabajo, la integración y la comunicación social (Crocombe et al., 2017).

Del mismo modo, el gasto de bolsillo se aumenta debido a la relación existente entre enfermedad bucodental y enfermedad sistémica en las personas, lo que puede ocasionar

alteraciones en la salud que generan hospitalizaciones no planificadas por enfermedades, como neumonía, enfermedades cardíacas y diabetes (Crocombe et al., 2017).

De modo similar, existen estudios que demuestran que las patologías orales afectan la salud general y el estilo de vida de las personas, debido a que el dolor bucodental afecta otras funciones orgánicas y son factores de riesgo de enfermedades sistémicas (Ladera & Medina, 2023).

En consecuencia, la salud bucodental no puede separarse de la salud en general, por lo que ya no se puede excluir la atención de la salud bucodental en la población si se desea mantener un estado de salud sistémico favorable de la comunidad en un ente territorial.

Por otra parte, se confirma que, en la interacción entre la odontología, la medicina y la política pública de salud, está la oportunidad de implementar intervenciones innovadoras y tecnológicas, que contribuyan a eliminar las barreras de acceso a los servicios de salud de la población, en especial, el de los adultos mayores, lo que permitiría mejorar su estado de salud bucodental y evitaría en gran parte, los problemas financieros que esa población sufre (Calvo et al., 2016).

Sin embargo, a pesar de los avances en la odontología que ayudan a conservar los dientes sanos, se considera que la desigualdad económica que vive la sociedad, permite que sólo algunas personas con mayores recursos económicos puedan acceder a tratamientos de calidad, dejando a poblaciones pobres y marginadas, en especial, los adultos mayores sin un acceso odontológico adecuado y oportuno que los ayude a reducir o eliminar los gastos de sus enfermedades.

En consecuencia, los adultos mayores que viven en la pobreza tienen mayor probabilidad de presentar una mala higiene bucodental. Igualmente, también se sabe que los adultos mayores pueden experimentar dolor en la boca, sentirse acongojados por sus dientes o tener dificultades en su trabajo debido a problemas con sus dientes, boca o dentaduras postizas (Calvo et al., 2016).

Además, el proceso de institucionalización de la odontología al interior del modelo de gestión de salud pública en Colombia se construye a partir de la Ley 100 de 1993, lo que explica el poco avance de las políticas públicas en salud bucal en las regiones, por lo tanto, es posible que ese motivo, sea una de las evidencias de la falta de articulación de las políticas existentes entre el Gobierno Nacional y las entidades territoriales (Otálvaro et al., 2019).

Por otra parte, al revisar los tratamientos bucodentales que se efectuaron en el hospital de Chinácota en el año 2021, se evidenció que el odontólogo rural que se le asignó al municipio,

realizo solo los procedimientos de atención primaria en salud, los de operatoria dental y los tratamientos de cirugía oral simple de las personas en la región.

En consecuencia, se puede confirmar que no existe el recurso humano, ni la infraestructura requerida para cubrir los tratamientos requeridos por los especialistas del área odontológica que autoriza la Resolución 2292 de 2021 del MSPS, en esencia, porque no existe voluntad política en el ente territorial para conformar una red de prestadores de salud bucal especializada en el municipio que constituya un centro clínico de 2 nivel, en donde se puedan realizar las interconsultas con los especialistas de odontología, por ejemplo, ortodoncia, periodoncia, rehabilitador oral, implantología y cirugía maxilofacial.

De hecho, es esencial que la dirección de salud pública del municipio promueva reuniones participativas en asocio con la dirección de salud pública departamental, con las administradoras del aseguramiento en salud y con la comunidad de la región, para revisar posibles alternativas de prestación de estos servicios adicionales especializados, por ejemplo, acuerdos con redes de cooperación regional en salud bucodental, que permitan una atención integral de servicios especializados a la población de la región de Chinácota.

En síntesis, esta normatividad amplia el listado de procedimientos en salud bucodental financiados con los recursos públicos a través de un presupuesto de manera ex ante, denominado de la UPC, que debe ser reconocida por la ADRES a las administradoras del aseguramiento y a los entes territoriales, los cuales deben incorporarse al PBS que establece el SGSSS (Ministerio de Salud y Protección Social, 2021b).

Por otra parte, es fundamental precisar que las diferentes patologías bucodentales que afectan a las personas son causa y efecto de la pobreza y de la inequidad social que impactan el desarrollo sostenible de una región, por consiguiente, sino se controlan, se generan pérdidas de los recursos económicos y se reducen las oportunidades de la población para acceder a la nutrición, la educación y el empleo (Ladera & Medina, 2023).

Por otro lado, existe evidencia que refiere mayores desigualdades en la salud bucodental de las personas, que demuestran que las patologías orales afectan en mayor proporción a la población más pobre y marginada de una región, la cual está ligada en un alto porcentaje al estatus socioeconómico (Ladera & Medina, 2023).

No obstante, en Colombia, la salud bucodental no es considerada por los entes territoriales departamentales y municipales una gestión de salud prioritaria para la comunidad,

por lo tanto, es imperativo que la comunidad se involucre en forma activa en el diseño de políticas públicas de salud bucal de su región.

Es importante que la población participe en unión con la coordinación de salud pública del municipio en la elaboración de estrategias de políticas públicas de salud, para lograr la garantía del acceso a los servicios básicos y especializados de salud bucal, como una forma de prevenir la aparición de la enfermedad y/o para restablecer la pérdida de sus estructuras dentales, sin que su condición económica dificulte la prestación del servicio (Ladera & Medina, 2023).

En resumen, estas mejoras del modelo, solo pueden realizarse a través de estrategias de promoción en educación sobre salud bucodental, de prevención de la enfermedad y de la implementación de redes de prestadores que ofrezcan interconsultas con especialistas en el sector odontológico de la región.

5.6 Gestión del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) con respecto a la salud bucal

El Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) según el Ministerio de Salud y Protección Social (2022) se considera “una política de estado que busca orientar el que hacer en Salud Pública del país en los próximos 10 años” (p. 5).

Atiende las orientaciones establecidas por la Ley estatutaria 1751 de 2015, debido a que impulsa la garantía al derecho fundamental a la salud, en especial, busca la reducción de la inequidad en salud y establece los mecanismos de direccionamiento estratégico del MSPS y, además, tiene en cuenta la experiencia y evidencia acumulada de la implementación del PDSP 2012-2021 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2022a).

El PDSP definido por el Ministerio de Salud y Protección Social (2013) “es un pacto social y un mandato ciudadano que define la actuación articulada entre actores y sectores públicos, privados y comunitarios para crear condiciones que garanticen el bienestar integral y la calidad de vida en Colombia” (p. 29).

Para desarrollar el PDSP el MSPS estableció 4 fases a saber; el aprestamiento, la formulación, la implementación, el seguimiento, el monitoreo y la evaluación. Estas fases se estructuraron bajo los principios de la planificación participativa de la ciudadanía, la cual tiene como objetivo, enfocarse en la representación de los intereses de los ciudadanos/as y en la coordinación de los diferentes actores interesados en desarrollar el modelo de gestión de la salud

pública bucal del país, siempre con la concertación de las comunidades (Ministerio de Salud y Protección Social, 2022a).

De hecho, debido a que dicho plan ha sido planteado con un enfoque regional, que reconoce las diferencias que existen entre los entes territoriales, es posible establecer en consenso con la comunidad, las políticas públicas y los programas de atención primaria que beneficien a la población.

En consecuencia, el ente territorial debe diseñar las políticas públicas de salud bucal, considerando las características, capacidades específicas y particulares de los diversos grupos de la población, reconociendo siempre sus diferencias y sus culturas (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013).

De manera, que es responsabilidad de los entes territoriales el implementar el PDSP y supervisar que se ofrezca la ampliación del número de servicios de salud bucal incluidos en el PBS, en especial el de los municipios y distritos, para aliviar el gasto de bolsillo de los usuarios y la negación del acceso oportuno a los servicios especializados que se requieren.

No obstante, se conoce que el alcance del PDSP está condicionado en todo el país por la capacidad técnica, financiera y operativa de los gobiernos y secretarías de salud de esas entidades (Otálvaro et al., 2019). Por lo tanto, todas las inversiones, enfoques, estrategias y coberturas que se requieren para implementar los programas planteados y los tratamientos adicionales en salud bucal del PBS, se vuelven muy heterogéneas a lo largo del país, porque dependen en gran medida, de los recursos humanos y financieros que tenga cada región (Jiménez-Barbosa & Acuña, 2022).

En resumen, el PDSP tiene como prioridad el concretar la garantía de los derechos individuales y colectivos con tendencia hacia lo sectorial y lo intersectorial, con la finalidad de poder superar las desigualdades de la población en salud, a través de un enfoque integral e interseccional de sus determinantes sociales, económicos y de salud, en especial con el compromiso de participación activa de la comunidad en las zonas rurales del país (Ministerio de Salud y Protección Social, 2021a).

De esa forma, las comunidades de los entes territoriales podrán comprender que es esencial participar en forma articulada en la elaboración de políticas públicas en salud bucal, del mismo modo, podrán comprometerse con el autocuidado de su salud bucal y serán conscientes de que la sostenibilidad del SGSSS es responsabilidad de todos los colombianos (ver Tabla 4).

Tabla 4**Procedimientos Clínicos Odontológicos del PBS del SGSSS***Procedimientos Clínicos Odontológicos*

ESPECIALIDAD	TRATAMIENTO
PERIODONCIA	DETARTRAJE SUBGINGIVAL
PERIODONCIA	ALISADO RADICULAR - CAMPO CERRADO
PERIODONCIA	DRENAJE DE COLECCIÓN PERIODONTAL
PERIODONCIA	BIOPSIAS EN ENCIAS
PERIODONCIA	BIOPSIA DE PARED ALVEOLAR
PERIODONCIA	PLASTIA MUCOGINGIVAL
PERIODONCIA	PLASTIAS PERIODONTALES
PERIODONCIA	AUMENTO DE CORONA CLINICA
PERIODONCIA	PLASTIA PERIODONTAL REGENERATIVA
PERIODONCIA	ESCISION DE LESION DE ENCIA
PERIODONCIA	SUTURA DE LACERACION DE ENCIA
PERIODONCIA	ENUCLEACION DE QUISTES EPIDERMOIDES
PERIODONCIA	GINGIVECTOMIA
PERIODONCIA	OPERCULECTOMIAS
PERIODONCIA	ESCISION DE LESION ODONTOGENICA
PERIODONCIA	REGULARIZACION DE REBORDES
PERIODONCIA	ALVEOLECTOMIA
ORTODONCIA	COLOCACION DE APARATOLOGIA FIJA DE ORTODONCIA
ORTODONCIA	COLOCACION DE APARATOLOGIA REMOVIBLE DE ORTODONCIA
ORTODONCIA	COLOCACION DE APARATOS DE RETENCION
ORTODONCIA	FERULIZACIONES
ORTODONCIA	AJUSTE OCLUSAL
ORTODONCIA	REPARACION DE APARATOLOGIA FIJA O REMOVIBLE
ORTODONCIA	MASCARA FACIAL TERAPEUTICA
CIRUGIA	CONTROL DE HEMORRAGIA POSQUIRURGICA
CIRUGIA	BIOGLOSECTOMIA PARCIAL PSIA
CIRUGIA	HEMIGLOSECTOMIA
CIRUGIA	GLOSECTOMIA TOTAL
CIRUGIA	GLOSECTOMIA RADICAL
CIRUGIA	SUTURA DE LACERACION DE LENGUA
CIRUGIA	SIALOLITOTOMIA
CIRUGIA	EXPLORACION DE GLANDULA SALIVAL
CIRUGIA	BIOPSIA DE GLANDULA O CONDUCTO SALIVAL
CIRUGIA	SIALOADENECTOMIAS PARCIALES
CIRUGIA	SIALOADENECTOMIAS TOTALES
CIRUGIA	DRENAJES EN CAVIDAD BUCAL
CIRUGIA	DRENAJE DE COLECCIÓN DE PALADAR
CIRUGIA	BIOPSIA DE PALADAR BLANDO
CIRUGIA	BIOPSIA EN CAVIDAD ORAL

Fuente : Datos Resolución 2292 de 2021 del MSPS

Procedimientos Clínicos Odontológicos

ESPECIALIDAD	TRATAMIENTO
CIRUGIA	EXODONCIAS DE DIENTES PERMANENTES
CIRUGIA	EXODONCIA DE DIENTES TEMPORALES
CIRUGIA	EXODONCIA QUIRURGICA UNIRADICULAR
CIRUGIA	EXODONCIA QUIRURGICA MULTIRADICULAR
CIRUGIA	EXODONCIA DE DIENTES INCLUIDOS
CIRUGIA	EXODONCIAS MULTIPLES CON ALVEOLOPLASTIA
CIRUGIA	COLGAJO DESPLAZADO PARA VENTANA QUIRURGICA
OPERATORIA	OBTURACIONES DENTALES
OPERATORIA	OBTURACION TEMPORAL POR DIENTE
PROSTODONCIA	COLOCACION DE PIN MILIMETRICO
PROSTODONCIA	RECONSTRUCCIONES DENTALES
PROSTODONCIA	RESTAURACION DE DIENTES MEDIANTE INCRUSTACION METALICA
PROSTODONCIA	RESTAURACION DE DIENTES MEDIANTE INCRUSTACION NO METALICA
PROSTODONCIA	COLOCACION O APLICACIÓN DE CORONA
PROSTODONCIA	INSERCIÓN DE PROTESIS FIJA
PROSTODONCIA	ADAPTACION Y CONTROL DE PROTESIS REMOVIBLE PARCIAL
PROSTODONCIA	ADAPTACION Y CONTROL DE PROTESIS MUCOSOPORTADA TOTAL
CIRUGIA	REIMPLANTE DE DIENTE
IMPLANTOLOGIA	IMPLANTE ALOPLASTICO CERAMICO
IMPLANTOLOGIA	IMPLANTE ALOPLASTICO METALICO
CIRUGIA	OSEOINTEGRACION
ENDODONCIA	PULPOTOMIAS
ENDODONCIA	APEXIFICACION
ENDODONCIA	TERAPIAS DE CONDUCTOS RADICULARES
ENDODONCIA	PROCEDIMIENTOS PERIRADICULARES
ENDODONCIA	PROCEDIMIENTOS CORRECTIVOS
ENDODONCIA	FISTULIZACION ENDODONTICA
ENDODONCIA	AMPUTACION RADICULAR
ENDODONCIA	HEMISECCION DE DIENTES

Fuente : Datos Resolución 2292 de 2021 del MSPS

5.7 Revisión del modelo de gestión de salud pública bucal en los municipios de Brasil

Después de la Constitución de 1988 y como consecuencia de los diversos procesos sociales que requerían del pueblo una mayor inclusión social después de varias décadas de gobiernos militares, en Brasil el gobierno democrático que se instauró, estableció que todos los ciudadanos del país tenían derecho a la prestación de servicios de salud (Páez et al., 2013).

Por lo tanto, en Brasil, es obligación del Estado velar por el goce efectivo al derecho a la salud (Couttolenc & Dmytraczenko, 2013).

Por esta razón, el Estado democrático constituido en Brasil creó el Sistema Único de Salud (SUS), el cual es público, en consecuencia, todos los ciudadanos tienen acceso a los servicios de salud, que se financian con impuestos generales y es modulado a través del Ministerio de Salud (Couttolenc & Dmytraczenko, 2013).

En consecuencia, a partir de 1988 la prestación del servicio de salud se descentralizó inclusive hasta el nivel municipal, pactando convenios contractuales entre el gobierno federal y las oficinas locales de salud o en su defecto los hospitales, los cuales establecieron previo a la prestación de servicio, acuerdos de compromisos de pagos con cada actor involucrado y al mismo tiempo, trámites de pago que se relacionan con el cumplimiento de objetivos previamente concertados entre ellos (Páez et al., 2013).

No obstante, debido a esta insatisfacción por el acceso a diversos servicios de salud, en Brasil en el año 1994, se instauró la Política Nacional de Salud Bucal (PNSB) para diseñar estrategias de vigilancia y control de la salud pública bucal en Brasil.

Por lo tanto, el PNSB implementó el Programa de Salud de la Familia (PSF), como una forma de cubrir los servicios de salud que demandaba la población, lo que alivió los crecientes problemas sociales que afectaba a los municipios, y facilitó cumplir con el compromiso de acceso oportuno a los servicios básicos de salud de toda la población (Costa de Araújo et al., 2021).

Esta transformación en el modelo de gestión en salud pública, se convirtió en una estrategia de política pública, que contribuyó a organizar la atención básica de los sistemas municipales de salud (Páez et al., 2013).

La estrategia implementada por el PSF consiste en reformular el proceso de implementación de los servicios de salud que estaban insertados en el contexto del Sistema Único de Salud (SUS), el cual se ha enfocado en la inspección, vigilancia y control de la salud a

través de acciones de promoción, prevención y recuperación de la misma (Silva de Souza & Roncalli, 2007)

Entre las líneas de acción del PNSB se destacan la reorganización de la atención básica en salud bucal, a través de la Estrategia del Programa de Salud de la Familia (PSF), la ampliación de la atención especializada, principalmente con la implementación de Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), de laboratorios de prótesis dentales y de las actividades de aplicación de flúor en estaciones de tratamiento de agua potable pública (Costa de Araújo et al., 2021).

Además, la PNSB establece a nivel nacional una agenda de investigación científica con el objetivo de monitorear el perfil de salud bucal de los brasileños, lo que permite orientar acciones y servicios de salud bucal basados en evidencia epidemiológica (Costa de Araújo et al., 2021).

El PSF en resumen, se ha convertido en el nuevo modelo de atención en salud del SUS, el cual fue concebido por el Ministerio de Salud Brasileño como una alternativa para promover la reestructuración de las acciones de salud, debido a que el modelo de atención tradicional presentaba un desajuste de los principios establecidos por el SUS, lo que se evidenció al efectuar una evaluación periódica al modelo de atención en salud de la población rural brasileña (Silva de Souza & Roncalli, 2007)

Lo que se estableció en el nuevo modelo de gestión de salud en Brasil, fue considerar la salud pública bucal, como una parte integral del proceso de recuperación del estado de salud de las personas. Su incorporación al PSF fue vital para romper con los modelos de gestión excluyentes de atención de la salud bucal de la población marginada, que se basaba en realizar tratamientos curativos de extracción dental en los territorios rurales.

En consecuencia, el PSF intenta romper con la lógica programática de los modelos tradicionales de atención en salud basados en los tratamientos curativos, ya que no solo articula las propuestas de vigilancia en salud basadas en la integralidad, sino que también tiene como uno de sus principios la búsqueda activa del tratamiento preventivo de la salud de las familias en Brasil (Silva de Souza & Roncalli, 2007)

En 2004 el Gobierno de Brasil, crea el programa Brasil Sonriendo, con la finalidad de implementar el crecimiento de la oferta de servicios de salud bucal en los diversos municipios y estados del país. Esta estrategia política permitió impulsar las líneas de financiamiento, que se requerían para ampliar los equipos de salud bucal en los entes territoriales, para construir los

centros de atención secundaria de especialidades odontológicas y los centros terciarios para tratamientos de mayor complejidad, lo que facilitó el conformar una extensa red de atención en salud pública bucal (Cayetano et al., 2019).

Respecto al modelo por el cual se logró insertar la odontología en el SUS, es importante señalar que el programa de Brasil Sonriente está incluido en el Sistema de Red de Atención en Salud (RAS), que es una red en donde participan todos los actores del sistema, inclusive la comunidad, para alcanzar la atención integral, la equidad y la articulación de la red pública (en todos los niveles de atención) con la red de prestadores de servicios privados (Cayetano et al., 2019).

El SUS es una entidad pública que se financia con impuestos generales que paga la población, los cuales son trasladados a las diferentes regiones mediante transferencias del Gobierno Federal o de la competencia administrativa que tienen los entes territoriales para recaudar los impuestos de la región (Páez et al., 2013).

Por otra parte, con respecto al gasto total en salud, Páez et al., (2013) manifiesta que “el 20.5% corresponde al gobierno federal, el 12% a los gobiernos estatales, el 13% a los gobiernos municipales, el 24% a firmas privadas y el remanente 30.5% a los hogares” (p. 16).

Por otra parte, se conoce que el paquete de beneficios en salud al que pueden acceder los brasileños en el SUS continúa progresando en el tiempo (Páez et al., 2013).

Este paquete se considera es una lista inclusiva, es decir, que no tiene exclusiones claras, la cual es definida por el Ministerio de Salud con aprobación conjunta de las secretarías de salud estatales y municipales, las cuales se definen a través de criterios de costo-efectividad (Couttolenc & Dmytraczenko, 2013).

En síntesis, si bien en el SUS existe una lista de beneficios que incluye el tratamiento de múltiples enfermedades, no hay un criterio preciso que defina hasta dónde se puede cubrir financieramente los tratamientos de enfermedades incluidas en el SUS (Páez et al., 2013).

Por esta razón, de modo parecido a lo que acontece en Colombia, esta falta de precisión en la amplitud del paquete de beneficios, ha originado constantes demandas en las Cortes de Justicia, como una forma de buscar la financiación de tratamientos de alto costo, con dineros públicos (Páez et al., 2013).

De manera que, el modelo de gestión en salud pública en Brasil, en su mayoría tiene prestadores de servicio de salud de carácter público, que continúan financiándose con los recaudos que recogen de las diferentes entidades territoriales.

Además, en el modelo de gestión en salud pública de Brasil, se evidencian servicios de aseguramiento opcionales y proveedores de carácter privado que tienen gran relevancia sólo en el segundo y tercer nivel de complejidad, lo que sugiere, que en el modelo de salud actual existen falencias de inequidad, que promueven en el sector privado, la búsqueda permanente de esos servicios de salud de mayor complejidad (Páez et al., 2013).

Por otra parte, también el gobierno toma la decisión de apoyar el servicio público de salud bucal con el acompañamiento oficial de especialistas como el odontólogo Cirujano al equipo de salud familiar a partir del año 2000 en Brasil, con la finalidad de mejorar la salud bucal colectiva en las regiones del país (Silva de Souza & Roncalli, 2007)

En consecuencia, se considera que la decisión que tomó el Ministerio de Salud, contribuyó a concretar el incentivo económico necesario para la inclusión de especialistas en los equipos de salud bucodental en el PSF, lo que originó un gran impulso en el mejoramiento de la calidad del servicio y una expansión del programa en Brasil a través del tiempo (Silva de Souza & Roncalli, 2007)

Luego, el aumento del incentivo financiero que consolidó el Ministerio de Salud para la salud bucal en el PSF en los últimos años, es un reflejo de la relevancia que tiene como política de gobierno, el poder concretar acuerdos entre los diferentes actores, para crear un nuevo modelo de gestión en salud, que promueva la integralidad del servicio en salud bucal en Brasil.

También en relación a la asistencia, la política del programa fomenta un aumento de la oferta de procedimientos en los niveles de atención secundaria y terciaria de los hospitales públicos con la creación de centros de especialidades odontológicas, que son unidades de referencia que se conforman mediante un equipo integral compuesto por diversos especialistas de la profesión odontológica que impulsan la recuperación de la salud bucodental de la población (Silva de Souza & Roncalli, 2007).

Sin embargo, si el incentivo financiero es visto como un atractivo económico por los alcaldes o gobernadores, este crecimiento exponencial que tienen los equipos de salud pública bucal de Brasil, podría incentivar un foco de corrupción desorganizado, basados no en la promoción y prevención de la salud, sino, en el tratamiento sistemático curativo de preferencia

en Rehabilitación Oral, lo que afectaría la estabilidad financiera del sistema de salud (Silva de Souza & Roncalli, 2007).

Por lo tanto, es esencial que el gobierno de Brasil realice vigilancia y control de los programas implementados por los equipos de salud pública bucal.

Además, se considera que algunas características inherentes a la profesión odontológica le aportan a la salud bucal otras alternativas que dificultan su práctica en el sector público, por ejemplo, la necesidad de utilizar tecnologías de avanzada en los tratamientos curativos, por ese motivo, es importante priorizar los programas de promoción y prevención de la salud de los usuarios del sistema de salud a nivel regional, para controlar los recursos económicos del sistema y hacerlos eficientes (Silva de Souza & Roncalli, 2007).

Otro punto crítico a considerar hace referencia al recurso humano requerido en salud bucal. Por consiguiente, uno de los mayores desafíos que afronta el PSF en Brasil consiste en lograr la integración del equipo de salud bucal con el equipo de salud de la familia a través de un trabajo multidisciplinario, que promueva el autocuidado de la salud bucodental y, por consiguiente, estimule beneficios en el acceso a los servicios en los municipios de Brasil.

En consecuencia, fue necesario impulsar la creación de diversos equipos de profesionales en el proceso asistencial, para permitir organizar el tratamiento de odontología con diferentes niveles de complementariedad y de especificidad, es decir, se complementaron los campos de conocimiento de los diversos profesionales sin excluir la especificidad de cada uno de ellos, lo que ha beneficiado a la población (Silva de Souza & Roncalli, 2007).

No obstante, en lo que respecta al recurso humano especializado, se observó que pueden presentarse cuentas desproporcionadas de los especialistas de la profesión de odontología, en especial el de Rehabilitación Oral, debido a la falta de control en el programa PSF.

Esta situación favorece la contratación particular de especialistas sin ningún criterio epidemiológico, lo que estimula prácticas clientelistas y vínculos contractuales desproporcionados o incluso inexistentes, que afectan los escasos recursos económicos del municipio (Silva de Souza & Roncalli, 2007).

También es básico realizar un análisis de los factores que interfieren positiva o negativamente en la implementación del modelo de salud del PSF, para centrarlo en la promoción, prevención y atención de la salud, lo que permite orientar el servicio hacia la eficiencia de recursos (Silva de Souza & Roncalli, 2007).

De manera que, la identificación de cualquier modelo de gestión en salud es una herramienta esencial para conocer la gestión de la salud pública. Esto apoya la identificación de aspectos débiles del modelo de gestión y sugiere medidas para corregir direcciones y alcanzar objetivos estratégicos. Las actividades evaluativas en el ámbito de la atención primaria de salud son generalmente específicas y generan un proceso de acción participativa de las comunidades (Teixeira et al., 2016).

El desafío que se plantea en el modelo de gestión en salud pública en Brasil, es el uso de herramientas metodológicas de evaluación y seguimiento que permitan conocer cuáles fueron las políticas, programas y servicios requeridos por la comunidad, y que fue lo que impulso la toma de decisiones en las diferentes fases del programa, con el objetivo de desarrollar acciones eficientes que faciliten maximizar los recursos del sistema de salud (Teixeira et al., 2016).

En consecuencia, la evaluación de la prestación y atención del servicio de salud se debe realizar como una práctica sistemática para proporcionar a los gerentes o administradores la información adecuada para la intervención, ya que gran parte de la información registrada en los servicios de salud termina por no ser utilizada para la planificación y toma de decisiones (Teixeira et al., 2016).

Por ello, la caracterización e identificación de los servicios de salud de una región es entendida como una herramienta, que facilita una mejora continua de la prestación de servicios con equilibrio de costos, lo que genera una atención de calidad para el usuario.

6. Metodología

Para responder a la pregunta de investigación se realizó una revisión documental de la literatura científica sobre modelos de gestión en salud pública bucal a nivel global y luego se efectuó una descripción de las características del modelo aplicado en el municipio de Chinácota.

Se revisaron las normas técnicas y legislativas referente al SGSSS y del PDSP 2012-2021 en Colombia y, de modo similar, se seleccionaron los artículos científicos que desarrollaron el tema de las políticas públicas de salud bucal en las zonas rurales en diversos países, lo que permitió poder conocer la caracterización de cada modelo e igualmente, se logró la identificación de falencias del modelo de gestión y administración en salud pública bucal en el municipio de Chinácota del año 2021, lo que permitió construir una propuesta de mejora de ese modelo de estudio para el respectivo ente territorial.

El diseño de investigación del estudio fue de tipo descriptivo porque efectuó una caracterización de los elementos esenciales del modelo de gestión y administración en salud pública bucal en el municipio de Chinácota del año 2021 y luego, facilitó poder contextualizar una propuesta de mejora del modelo, que beneficiaría en particular a la población adulta y adulta mayor (20 a 79 años), que fue la comunidad que según los datos reportados por la coordinación de salud bucal de la ESE Hospital Regional Sur Oriental de Chinácota (2022) sufrió de mayores patologías bucodentales en el ente territorial.

También se realizó una revisión documental de las políticas públicas de salud bucal en Colombia durante la construcción del SGSSS durante el periodo 1993-2023. Por lo tanto, se efectuó la respectiva revisión apoyados en la base de datos electrónicos como PubMed, Scopus, ScienceDirect, Embase y en literatura científica disponible en la web como las Bases de Datos y Catálogo Biblos- Pontificia Universidad Javeriana (ver Tabla 5), en la que se seleccionaron unas palabras claves para la búsqueda de datos de la investigación (ver Tabla 6).

Tabla 5

Búsqueda de base de datos y ecuación de búsqueda (2021-2022)

Base de datos	Fecha de búsqueda	Ecuación de búsqueda	Documentos encontrados	Documentos seleccionados
PubMed	2003-2023	(management model) AND (oral public health)	223	24
Scopus	2002-2023	management AND model OR administrative AND model oral AND public AND health	218	18
Embase	2002-2023	management model AND oral public health AND 'international journal of environmental research and public health'/jt AND 'article'/it AND [english]/lim AND [embase]/lim AND [2002-2023]/py	63	4
Bases de Datos y Catálogo Biblos- Pontificia Universidad Javeriana	2004-2023	políticas públicas de salud bucal	2756	10
Bases de Datos y Catálogo Biblos- Pontificia Universidad Javeriana	2000-2023	modelo de gestión y administración en salud pública bucal	369	20
ScienceDirect	2008-2023	modelo de gestión de salud pública bucal	26	2
ScienceDirect	2003-2023	politicas públicas de salud en Colombia	863	12

Fuente: Elaboración propia del autor

Tabla 6*Selección de palabras claves para la búsqueda de datos*

TEMATICA	Modelo de gestión y administración en salud pública bucal
VARIABLE	Palabras claves de búsqueda de recursos electrónicos
ESTRATEGIAS A DESARROLLAR	<p data-bbox="378 489 1338 552">→ Palabra clave modelo de gestión o modelo de administración- salud pública oral- políticas públicas de salud bucal</p> <p data-bbox="378 615 1338 709">→ Término en inglés (management model) AND (oral public health)-management AND model OR administrative AND model oral AND public AND health- oral public health policies - oral public health system</p> <p data-bbox="378 772 1338 804">→ Término en portugués modelo de gestão e administração - saúde pública oral - políticas públicas de saúde oral</p>

Fuente: Elaboración propia del autor

La búsqueda y análisis de la información recolectada de la base de datos electrónicos se realizó durante el año 2021, 2022 y primer semestre de 2023.

Se efectuó una revisión documental de los programas y estrategias implementados por la coordinación de salud pública bucal en el municipio de Chinácota en el año 2021. Esos datos fueron reportados por la coordinación de salud pública del ente territorial y por la coordinación de salud bucal de la ESE Hospital Regional Sur Oriental de Chinácota.

Además, la revisión documental se orientó a clarificar la relevancia que tiene el desarrollo de políticas públicas en salud en el SGSSS en Colombia y, en esencia, sobre el alcance de las políticas públicas logradas en dos dimensiones en el municipio de Chinácota, a saber, en el acceso a los programas de atención primaria en salud de la población y en la gestión participativa de la comunidad en la elaboración de las políticas públicas de salud bucal, requisitos básicos para la garantía del derecho a la salud de la población de esa región de Colombia.

Luego se efectuó un análisis de las preguntas implementadas a la población rural de los 197 municipios en Colombia (incluidos Norte de Santander) del estudio desarrollado por el Ministerio de Salud y Protección Social conocido como la ENSAB IV de 2014. Del mismo modo, se revisaron los datos obtenidos por la ENSAB IV en la población adulta y adulta mayor (entre 20 y 79 años), para tomarlos como base de referencia en el desarrollo de la encuesta

estructurada que se implementó a la muestra seleccionada al azar (20 personas) de la población del municipio de Chinácota.

Se decidió realizar la encuesta estructurada a la población adulta y adulta mayor, debido a que es la población que demuestra en el ENSAB IV mayor afectación de patologías bucodentales en la región rural del país. También es prioritario mencionar el reto que significó para la investigación el poder revisar si las estrategias diseñadas en el PDSP 2012-2021, logró controlar el incremento de la caries, la enfermedad periodontal y el edentulismo parcial y total que sufre esta población, así como la responsabilidad de la población por el autocuidado de la salud bucal.

De hecho, la encuesta estructurada que se implementó en la muestra de la población de Chinácota, se diseñó considerando la mayor parte de las preguntas desarrolladas por la ENSAB IV de 2014, lo que permitió de modo similar, el poder caracterizar las condiciones del modelo de gestión en salud bucal que impactó la salud de la población de Chinácota durante el año 2021.

De modo similar, este diseño de la encuesta posibilitó al igual que con la ENSAB IV la aproximación a los determinantes sociales que afectaban la salud bucal de las personas de la región, con el propósito de proveer la información actualizada de las principales patologías bucales que impactaban a la población, así como, revisar el compromiso en el autocuidado de la salud y la participación de la comunidad en el diseño de políticas, planes y proyectos que requerían las personas y la comunidad, para mantener y mejorar su salud bucal y la de su familia.

En síntesis, las preguntas planteadas en la ENSAB IV de 2014, tenían como objetivo caracterizar el modelo de gestión en salud pública bucal que se desarrollaba en el país, en lo referente a las condiciones que impactaban la salud bucal de la población colombiana.

Además, permitía aproximarse a los procesos de los determinantes sociales de la salud y su componente bucal, con la finalidad de proporcionar información actualizada del perfil epidemiológico regional a los entes territoriales, para impulsar basados en datos estadísticos, la participación de la comunidad en el diseño de políticas, planes y proyectos de salud pública bucal, con el fin de generar estrategias concretas que permitieran disminuir las patologías bucales que ocasionaban la pérdida de la estructura dental y las oclusiones disfuncionales en las personas, en especial, de las regiones rurales de Colombia.

De hecho, las preguntas planteadas en la ENSAB IV permitía definir que la conservación y protección de los elementos de la cavidad bucal debían privilegiarse en el diseño de los programas de atención primaria en salud y debían medirse a partir de tratamientos completos

como lo eran la promoción de la salud, la prevención de enfermedades, el tratamiento y la rehabilitación bucodental inclusive mediante profesionales de salud bucal especializados.

Estas preguntas planteadas en la ENSAB IV buscaban medir el desempeño de los equipos de salud bucal, el estado de la salud bucal y la gestión de riesgo de la población. Además, permitía conocer si los tratamientos se efectuaban a través de atenciones integradas e integrales en la red de servicios que deberían contratar los administradores del aseguramiento en salud y los entes territoriales, lo cual implicaba un importante repensar de la profesión odontológica basados en el contexto de la prevención de la enfermedad, lo que contribuiría a reducir la carga de la enfermedad por caries, edentulismo y enfermedad periodontal de la población.

Por consiguiente, las preguntas planteadas en la encuesta estructurada tenían como finalidad conocer si lo revisado en la ENSAB IV y lo planteado en el PDSP habían promovido la implementación de un modelo de gestión en salud pública bucal integral. Además, buscaba realizar un análisis comparativo de las respuestas aportadas por la encuesta estructurada aplicada al municipio de Chinácota, con los datos estadísticos obtenidos en el estudio de la ENSAB IV.

La finalidad del análisis comparativo de los datos, se enfocó en conocer cómo los programas de políticas públicas de salud bucal desarrollados en el municipio de Chinácota en el año 2021, impulsaron el compromiso de participación activa de la comunidad en el diseño de esas políticas públicas de salud bucal de la región y en cómo los programas de atención primaria en salud, influyeron en la prevalencia de las enfermedades bucodentales que sufre la región.

De modo similar, también se pudo identificar al comparar los datos de la encuesta estructurada con los datos de implementación de las políticas públicas en salud bucal de la ESE Hospital Regional Sur Oriental de Chinácota, el impacto de esas políticas en el compromiso de las personas por el autocuidado de su salud bucal, con el objetivo de identificar posibles falencias del respectivo modelo, para proponer mejoras que busquen la integralidad y la eficiencia en la prestación del servicio de salud bucal de la población de esa región rural de Norte de Santander.

Inicialmente se decidió revisar los datos en Excel aportado por la coordinación de salud bucal de la ESE Hospital Regional Sur Oriental, en donde se referenciaba la población atendida por la ESE de la región de Chinácota en el año 2021, con las características de sus nombres, edades, género de los pacientes, la entidad de afiliación o no afiliación, el diagnóstico de su enfermedad y el tipo de tratamiento efectuado por los profesionales del área odontológica.

Basados en esos datos consolidados del municipio de Chinácota se seleccionaron al azar una muestra inicial de 50 personas (25 adultas y 25 adultas mayores) en edades entre 20 y 79 años, para posteriormente explicarles el objetivo académico de la investigación, lo que generó al principio una resistencia en la mayoría de las personas por la situación social y de salubridad que sufría el municipio en ese año.

La resistencia por condiciones de salubridad se debía a la pandemia del Covid-19 que sufría el país y la resistencia por la situación social se presentaba por la violencia e inseguridad que padecían las personas y familias de la región de Chinácota por la permanente presión de los grupos delincuenciales que frecuentaban la región, en consecuencia, fue necesario ajustar la cantidad de la muestra seleccionada en la población de Chinácota.

Además, debido a la migración circulante de personas en el municipio debido a la crisis social económica que sufría el país fronterizo de Venezuela, fue necesario recurrir a la dirección del posgrado de la Maestría para que remitiera al ente territorial y la dirección de la ESE Hospital Regional Sur Oriental de Chinácota, la validación requerida para poder desarrollar el respectivo trabajo académico, lo que facilitó reducir la incertidumbre que se generaba en la población de la región y permitió con múltiples dificultades, el poder recolectar la información pertinente para realizar la investigación con un tamaño final de la muestra de 20 personas.

De hecho, la muestra seleccionada al azar de 20 personas estuvo conformada por 9 personas adultas, 9 adultos mayores y 2 técnicos administrativos que participaron en reuniones de políticas públicas convocadas por la coordinación de salud pública del municipio de Chinácota durante ese año, con el compromiso de que no se conocieran sus nombres en la investigación.

Se les informo a las personas seleccionadas el objetivo académico de la investigación, se les solicitó su apoyo voluntario y se les explicó cada una de las preguntas planteadas en la encuesta, se les programó una consulta de control en la ESE Hospital Regional Sur Oriental de la región para posterior a su consulta aplicar la encuesta estructurada en el 1 semestre del año 2022 en un lugar definido de común acuerdo con las personas seleccionadas.

En consecuencia, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, por la cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales, dando cumplimiento a lo pactado con el personal técnico administrativo y por otras personas encuestadas, no se relacionan en la entrega del presente trabajo de grado, los nombres de los funcionarios y personas de la

comunidad que participaron en la investigación, al no autorizar ellos el uso de la información recogida en la encuesta para fines académicos.

Los resultados obtenidos en la encuesta estructurada de la muestra de la población (20 personas) se consolidaron con los datos estadísticos aportados por la ENSAB IV mediante una tabla de Excel, que permitía agrupar los datos en forma organizada y posibilitaba poder relacionar sus respuestas entre sí.

Esos criterios valorados fueron analizados considerando los porcentajes comparativos de ambas encuestas, lo que facilitó hacer un acercamiento al modelo de gestión en salud pública bucal y, de modo similar, permitió identificar las falencias que presentaba el respectivo modelo que se implementó durante el año 2021 en el municipio de Chinácota.

De hecho, se pudo establecer durante el desarrollo del respectivo trabajo de grado, cuatro (4) etapas durante la investigación:

Primera etapa: Revisión documental sobre el SGSSS en Colombia y sobre modelos de gestión y administración en salud pública bucal. Se realizó un análisis y selección de bibliografía relacionada con este tema en Colombia y en el mundo. Por lo tanto, se usaron buscadores académicos a través de la selección de palabras claves, para validar científicamente las fuentes.

Se efectuó una revisión ordenada de los documentos, logrando conocer las características de los modelos de gestión y administración de la salud pública bucal, se precisaron principios, normas y acciones coherentes disponibles en fuentes secundarias que describían y evaluaban el SGSSS en Colombia.

Segunda etapa: Se caracterizó el modelo de gestión y administración de salud pública bucal del municipio de Chinácota, de Norte de Santander en el año 2021. Se realizó una revisión de la información disponible en la coordinación de salud pública del municipio y de la coordinación de salud pública bucal de la ESE Hospital Regional Sur Oriental, porque fue la entidad regional que contrató (70% como lo determina la norma) con el ente territorial la prestación del servicio de atención primaria en salud bucodental en el año 2021 y, además, efectuó los tratamientos de salud pública bucal de la región tanto de la población afiliada al RC como al RS del SGSSS.

Tercera etapa: Se realizó una identificación de posibles falencias del modelo a través de la revisión de los datos reportados por la ESE Hospital Regional Sur Oriental, en cuanto a los programas de salud pública bucal que implementó en el año 2021. Se desarrolló el diseño y adaptación de encuestas estructuradas (ver Anexo A y B), que se aplicaron a una muestra

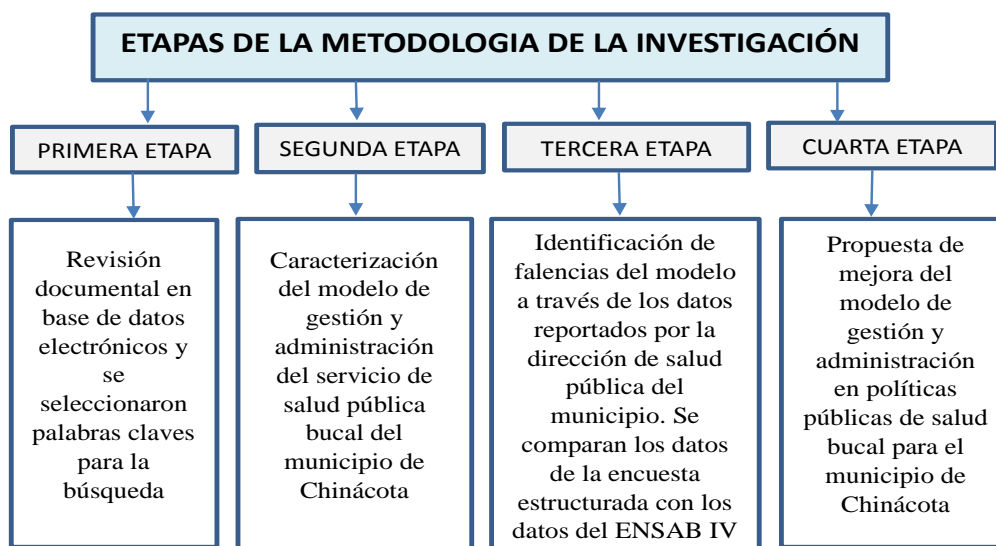
seleccionada de 20 personas de la población del municipio de Chinácota que asistieron a los programas de atención primaria y que recibieron tratamientos clínicos en la ESE de la región.

En esta etapa, se aplicó la encuesta estructurada a personas adultas entre los 20 y 79 años de edad que decidieron participar en forma voluntaria y que fueron atendidos en el hospital de la región durante el año 2021, para comparar los datos obtenidos frente a los datos valorados en la última encuesta nacional de salud bucal realizada en Colombia, el ENSAB IV que se efectuó en el año 2014 (ver Figura 5). Esos criterios valorados, permitieron hacer un reconocimiento de las falencias del modelo de gestión y administración en salud pública bucal que se implementó en la región del municipio de Chinácota en el año 2021.

Cuarta etapa: Después de comparar los datos de la encuesta estructurada con los datos de la ENSAB IV, se desarrolló de forma contextual la propuesta de mejora del modelo de gestión y administración en salud pública bucal en el municipio de Chinácota, con la posterior socialización de la propuesta a las directivas de la ESE (ver Figura 5).

Figura 5

Etapas de la Metodología de la Investigación



Fuente: Elaboración propia del autor

Además, se aclaró que los documentos o artículos que se seleccionaron en la revisión bibliográfica se consiguieron en texto completo, se les aplicó los criterios de no restricción en tiempo, idioma y período de publicación, de modo similar, se aplicó la estrategia de búsqueda en la base de datos electrónicos.

7. Propuesta de mejora del modelo de gestión y administración de salud pública bucal para el municipio de Chinácota

7.1. Modelo de gestión de salud pública bucal en el municipio de Chinácota del año 2021

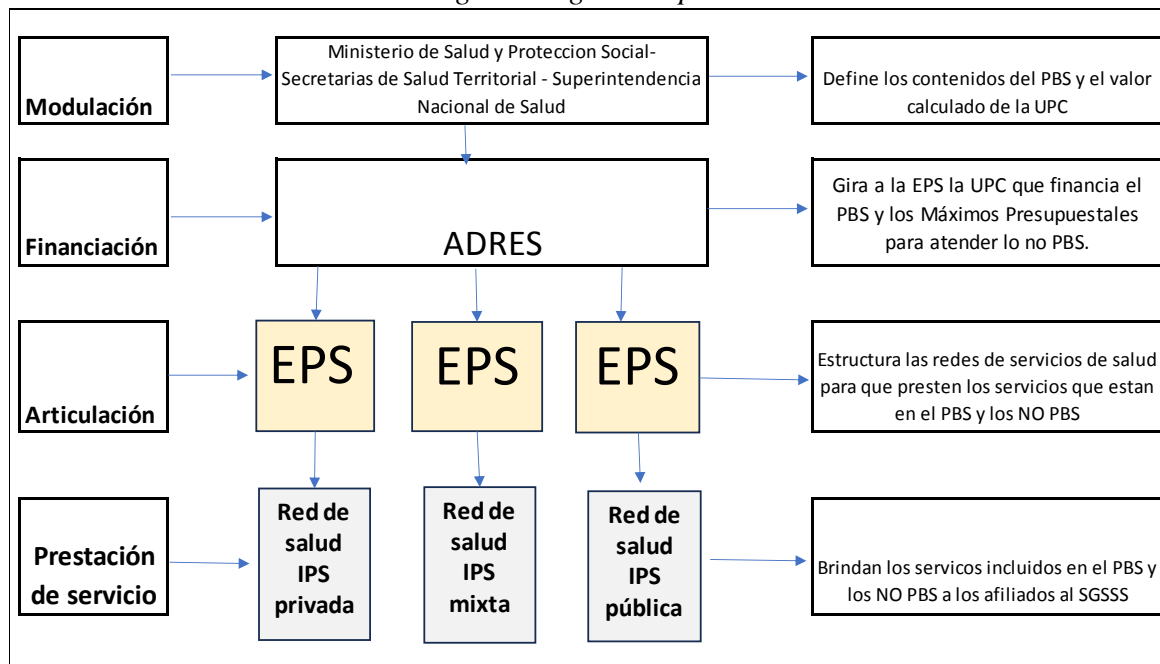
El SGSSS público en Colombia se basa en los principios del pluralismo estructural, que organiza los sistemas de salud a través de cuatro funciones principales: modulación, financiamiento, articulación y prestación de servicios (Jiménez-Barbosa & Acuña, 2022).

En el sistema de salud colombiano, el MSPS, la SNS y las secretarías regionales de salud cumplen con la modulación; la Administradora de Recursos del SGSSS (ADRES) es la responsable del financiamiento; las Entidades Promotoras de Salud (EPS) están a cargo de la articulación y, por otra parte, los proveedores de servicios de salud (IPS), como hospitales, clínicas y prácticas profesionales, brindan los servicios de salud pública contratados por las EPS y los entes territoriales a la población (Jiménez-Barbosa & Acuña, 2022).

Sin embargo, son notorios los problemas que se presentan en la modulación, la financiación, la articulación y la prestación del servicio del modelo de gestión en salud pública, es decir, subsisten los riesgos y la carencia de recursos que afectan la estabilidad del SGSSS (ver Figura 6).

Figura 6

Modelo del SGSSS en Colombia según la lógica del pluralismo estructural



Fuente: Tomado de Jiménez-Barbosa & Acuña (2022)

Entre esos inconvenientes, los de mayor relevancia son los problemas que impactan la eficiencia en el sistema de salud, debido a los bajos ingresos de producción de las entidades que lo conforman y por el precario desempeño financiero de algunos hospitales públicos que siguen padeciendo actos de clientelismo y burocracia, es decir, de corrupción (Botero et al., 2021).

Por otra parte, entre los actores involucrados en el modelo de gestión en salud pública bucal en el municipio de Chinácota del año 2021 se aprecian: la Secretaria de Salud del Departamento Norte de Santander; el Concejo Municipal del municipio de Chinácota, la Secretaria de Planeación del municipio de Chinácota; la Coordinación de salud pública del municipio de Chinácota; las EAPB tanto del régimen contributivo como del régimen subsidiado del municipio; la ESE Hospital Regional Sur Oriental de Chinácota y la población afiliada y no afiliada al SGSSS.

El municipio de Chinácota está clasificado en categoría sexta (6) por lo tanto el ente territorial debe contratar con terceros la prestación y atención de los servicios de salud pública que requiere la población de su región, para el caso, con la ESE Hospital Regional Sur Oriental de Chinácota que es la institución que presta los servicios a la población afiliada al SGSSS y a la no afiliada al sistema de salud.

La alcaldía del municipio de Chinácota es la entidad encargada de contratar en un 70% los planes de intervenciones de salud en la región, los cuales están direccionados de la siguiente forma: el plan de intervenciones colectivas que se proyecta en forma anual, el plan territorial de salud que se proyecta cada 4 años y el PDSP que se proyecta a nivel nacional a través del MSPS cada 10 años y que lo realiza la ESE Hospital Regional Sur Oriental de Chinácota.

Por lo tanto, le corresponde a la Secretaria de Planeación del ente territorial buscar las estrategias pertinentes para consolidar un equipo multidisciplinario que apoye a la coordinación de salud pública en el diseño, formulación y ejecución de las políticas públicas de salud bucal que requiere implementar el ente territorial basado en el perfil epidemiológico de la región.

También, es fundamental señalar en la caracterización del modelo de gestión de salud pública bucal del municipio de Chinácota, la evidente desarticulación que persiste en el aseguramiento individual y colectivo en manos de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) y las IPS, con respecto a los servicios de orden colectivo y de salud pública que está a cargo de las entidades territoriales, en esencia de la coordinación de salud pública del municipio.

Según datos de la dirección de salud pública de la ESE Hospital Regional Sur Oriental de Chinácota (2022), se puede observar que en el año 2021 se realizaron 4224 procedimientos odontológicos en las personas adultas y adultas mayores de la región. De esos procedimientos se puede evidenciar que el 93,32% corresponde a procedimientos de control y de seguimiento a los tratamientos elaborados por el profesional de la Odontología que realiza el servicio rural.

Además, se puede evidenciar que, de esos procedimientos realizados el 37,97% corresponde a programas de promoción y prevención en salud bucal y el 55,35% hace referencia a tratamientos de rehabilitación del tejido dental y periodontal, por otra parte, el 6,68% de los procedimientos realizados a esa población, corresponde a exámenes clínicos de 1 vez en odontología (ver Tabla 7).

Tabla 7

Datos de procedimientos odontológicos en el año 2021 en el hospital de Chinácota

Procedimientos odontológicos en el año 2021 en la ESE Hospital Sur Oriental de Chinácota (Pacientes adultos y adultos mayores)	Cantidad	Porcentaje
1) Procedimientos de control o seguimiento de los tratamientos odontológicos *	3942	93,32%
Procedimientos del P Y P (Promoción y prevención en salud oral) dentro del tratamiento odontológico *	1604	40,69%
2) Examen clínico de 1 vez en Odontología	282	6,68%
Total Procedimientos en Odontología	4224	100,0%
a Cita de seguimiento para consulta de tratamiento de obturación del diente (Operatoria dental)	2010	50,99%
b Cita de seguimiento para consulta de tratamiento periodontal (Periodoncia)	1654	41,96%
c Cita de seguimiento para consulta de remisión a Endodoncia (tratamiento de conductos)	92	2,33%
d Cita de seguimiento para consulta de remisión a Cirugía (Exodoncia compleja)	76	1,93%
e Cita de seguimiento para consulta de remisión a Rehabilitación oral	58	1,47%
f Cita de seguimiento para consulta de remisión a Ortodoncia	52	1,32%
Total procedimientos de Odontología realizados y consultas remisión a Especialista:	3942	100,00%

Fuente: Elaboración propia del autor según datos de la coordinación de salud bucal de la ESE Hospital de Chinácota de 2022

De manera similar, los datos reportados por la ESE Hospital Regional Sur Oriental de Chinácota demuestran que, de los 3942 procedimientos realizados a la población de Chinácota en los pacientes adultos y adultos mayores, el 50,99% corresponde a tratamientos de operatoria dental que se fundamentan en efectuar obturaciones en el tejido dental a través de restauraciones de materiales dentales, por ejemplo, amalgama, resinas o ionómero de vidrio.

Igualmente, se aprecia que el 41,96% de esa población atendida asistió a consulta en el año 2021 para recibir tratamiento periodontal a través de la remoción de placa bacteriana y de cálculos periodontales, lo que demuestra que tanto la caries como la enfermedad periodontal,

siguen siendo las patologías primarias que afectan el diente y el tejido que lo rodea, lo que origina la maloclusión y la pérdida de esos tejidos (ver Tabla 7).

En consecuencia, se observa que los procedimientos clínicos de mayor relevancia en la población adulta y adulta mayor de la región de Chinácota, lo representan los tratamientos de caries dental y enfermedad periodontal en un 92,95%, situación que demuestra que es necesario revisar el respectivo modelo de gestión en salud pública bucal implementado por la entidad territorial durante el año 2021, para proponer alternativas de posibles mejoras que favorezcan la reducción de estas patologías bucodentales en la población.

No obstante, los datos de la dirección de salud pública de la ESE Hospital Regional Sur Oriental de Chinácota (2022), demuestran que la población adulta y adulta mayor atendida en el año 2021, hace referencia en un 78,69% al régimen subsidiado; el 14,87% al régimen contributivo; el 3,27% a contratación con el régimen especial y un 3,17% a la población migratoria que no está vinculada al SGSSS (ver Tabla 8).

Los datos reportados, permiten inferir que la población adulta y adulta mayor de la región de Chinácota continúan en una situación de vulnerabilidad, por lo tanto, se evidencia que la implementación del PDSP no ha logrado reducir las condiciones de caries dental y enfermedad periodontal que afectan a las personas en la zona rural de Chinácota. Es decir, que lo registrado en los resultados de los estudios del ENSAB III y ENSAB IV, se mantiene vigente en lo referente a la condición socioeconómica de las regiones, a los diferentes regímenes de salud del SGSSS y la intervención activa de la población en el diseño de políticas de salud pública bucal.

Tabla 8

Datos de procedimientos por régimen del SGSSS en el año 2021 en el hospital de Chinácota

Procedimientos odontológicos realizados en el año 2021 en la ESE Hospital Sur Oriental de Chinácota (Pacientes adultos y adultos mayores)	Cantidad	Porcentaje
Consulta a paciente afiliados a EPS- C	628	14,87%
Consulta a paciente afiliados a EPS- S	3324	78,69%
Consulta a pacientes del régimen especial	138	3,27%
Consulta a pacientes no vinculados	134	3,17%
Total procedimientos odontológicos realizados	4224	100,00%

Fuente: Elaboración propia del autor según datos de la coordinación de salud bucal de la ESE Hospital de Chinácota de 2022

Por otra parte, se observa en la caracterización del modelo, que la dirección de salud pública de la ESE Hospital Regional Sur Oriental de Chinácota no interviene en forma activa en el diseño de las políticas públicas de salud bucal del municipio, por lo que se evidencia del mismo modo, una precaria participación de la coordinación de salud bucal en el diseño de programas estratégicos de salud bucal en la región.

Por esta razón, la gestión de la coordinación de salud pública del municipio se limita a promover reuniones de trabajo de salud con la dirección de salud pública de la ESE de la región para proporcionarle los detalles de las actividades, programas y proyectos de políticas públicas de salud bucal que ellos diseñaron según los datos estadísticos aportados por la coordinación de salud bucal de la ESE.

Es decir, que la dirección de salud pública y la coordinación en salud bucal de la ESE Hospital Regional Sur Oriental de Chinácota se limita a ejecutar lo programado y proyectado por la coordinación de salud pública del ente territorial, según lo contratado en los diferentes planes de salud, como son, el plan de intervenciones colectivas, el plan territorial de salud y lo que corresponde de las ocho (8) dimensiones seleccionadas del PDSP.

De hecho, se observa una leve participación de la comunidad en el diseño y formulación de las políticas públicas de salud bucal en el municipio. Su actividad se limita a ser un simple veedor en la ejecución de los programas y proyectos planteados por la coordinación de salud pública del ente territorial, lo que no facilita el compromiso de interiorizar en el ciudadano la importancia que tiene para él y su familia el autocuidado de salud bucodental y, por lo tanto, no se logra impactar las patologías bucodentales de mayor relevancia que afectan a la población del municipio de Chinácota, Norte de Santander.

Conviene destacar, que la salud pública es responsabilidad del Estado, por esa razón, se ejecutan acciones colectivas dirigidas a grupos humanos o comunidades, que son responsabilidad de los gobiernos territoriales (departamentos, distritos y municipios), mientras que las acciones preventivas individuales se consideran que son responsabilidad de las aseguradoras, lo que no se vigila y controla con eficiencia por los entes territoriales, creando una desorganización y desarticulación en el sistema de salud, en especial en las región rural de Chinácota.

Una prueba de esta desorganización del sistema, se aprecia en las actividades de promoción y prevención. Por ejemplo, los aseguradores y prestadores del modelo de gestión en

salud por norma deben en la práctica hacerse cargo de los servicios de promoción y prevención en salud pública.

Sin embargo, las entidades territoriales han desarrollado los planes colectivos (antes el Plan de Atención Básica-PAB, hoy Plan de Intervenciones Colectivas-PIC) sin desplegar una articulación real con las IPS de cada región, es decir, los programas de salud pública regional no tienen una vinculación con los programas que se implementan a nivel departamental y nacional del país (Departamento Nacional de Planeación, 2017), lo que se evidencia en los programas desarrollados por la coordinación de salud pública del municipio de Chinácota.

Esta desarticulación entre los actores del SGSSS, ha permitido que la entidad territorial contrate con la IPS local pública todas las intervenciones colectivas, sin considerar las actividades individuales que debe desarrollar cada IPS de la región (Departamento Nacional de Planeación, 2017), para el municipio de estudio, estas intervenciones son realizadas por la ESE Hospital Regional Sur Oriental de Chinácota.

Por eso, el modelo de gestión en salud pública ha creado una fragmentación de la atención primaria en salud en la región de Chinácota, debido a que no detalla en forma precisa las responsabilidades y límites de cada uno de los actores del modelo de salud pública bucal, en particular, porque en la región solo es posible contratar esos servicios con la ESE Hospital Regional Sur Oriental.

Además, la atención curativa y parcialmente preventiva de las personas y familias, ha quedado desconectada del manejo de los territorios (geográficos, sociales, educativos, laborales y culturales, entre otros), debido a que los tratamientos de mayor complejidad no hacen parte de los servicios de la atención de los hospitales de primer nivel de complejidad, luego las IPS privadas tomaron unilateralmente la decisión de delegar esa función de atención primaria en salud a los hospitales públicos de la región, en especial en las zonas rurales del país (Departamento Nacional de Planeación, 2017).

Por consiguiente, se puede confirmar que al efectuar el diagnóstico del modelo de gestión en salud pública bucal del municipio de Chinácota se observan falencias de ese modelo, debido a que se ha debilitado el papel de la Secretaria de Salud del departamento de Norte de Santander en la función clave de articular perfiles epidemiológicos locales (diferentes o similares) en los ámbitos de la salud pública, la vigilancia epidemiológica y el manejo de los factores de riesgo

que afectan a los individuos y a las poblaciones de cada vereda que conforma el municipio de Chinácota (Departamento Nacional de Planeación, 2017).

No obstante, en relación con la prestación de servicio de salud pública bucal, el Congreso de Colombia ha ordenado que esta prestación debe hacerse a través de las Empresas Sociales del Estado (ESE), las cuales podrán estar constituidas por una o varias unidades prestadoras de servicios de salud (Salazar, 2014) .

Por consiguiente, el MSPS confirma que en los municipios del país continúa siendo ineficiente el uso de los recursos, es decir, que el objetivo propuesto a través de la creación de la Ley 100 de 1993, de lograr los mejores resultados posibles con la utilización de menores recursos difícilmente se ha logrado.

De modo similar, se ha comprobado que el modelo de gestión en salud pública bucal tiene múltiples deficiencias en las regiones rurales, como se evidencia en el estudio efectuado en el municipio de Chinácota, Norte de Santander.

A nivel del municipio de Chinácota, se reconocen falencias en el direccionamiento de la salud pública bucal y en la voluntad política del ente territorial para asumir la dirección del modelo de gestión en salud pública que permita priorizar el tema de salud bucal en la agenda política, los cuales deben apoyarse en los conceptos de la dirección de salud pública de la ESE, en la coordinación de salud bucal de la ESE y en la participación de las comunidades de las diferentes veredas que conforman la región.

El plan territorial de salud en la región de Chinácota, no es construido mediante la construcción de mesas temáticas con organizaciones comunitarias de los diferentes barrios y veredas del municipio, para poder llegar a consensos respecto a las diversas necesidades en salud bucal que requiere la población según el perfil epidemiológico del municipio.

En consecuencia, predecir el impacto económico de la incorporación de nuevos servicios de salud bucal dentro del PBS según lo establecido por la Resolución 2292 de 2021, es de alta incertidumbre, por lo que se presume que no se hará de forma inmediata a nivel regional y tomará por lo menos un par de años el poderlos implementar en Colombia.

Por otra parte, se observa otra falencia del modelo de gestión en salud pública bucal en la práctica liberal privada de la profesión odontológica de la región de Chinácota.

Es evidente, que el profesional de la salud bucal mantiene un campo de acción prácticamente limitado y esa tendencia a institucionalizar la profesión por parte de las entidades

administradoras del aseguramiento del SGSSS, es indiscutible que continuara en cualquier propuesta de reforma de salud que se haga para mejorar el modelo de gestión en salud pública bucal en las zonas rurales (Jiménez-Barbosa & Acuña, 2022).

El MSPS de Colombia ratifica en sus estudios que, a pesar de las transformaciones normativas y los cambios político-administrativos de los entes territoriales, la prestación del servicio de salud bucal a nivel rural sigue teniendo limitaciones para el acceso oportuno, en especial, en la atención de los servicios especializados aprobados en el PBS.

De hecho, se conoce que las políticas en salud pública bucal implican gestión, planeación y asesoría interdisciplinaria, intersectorial e interinstitucional, así, como un evidente compromiso participativo de la población en los entes territoriales (Molina-Marín et al., 2018).

Por lo tanto, las condiciones de sanidad bucal imponen una variedad de requisitos participativos de la sociedad del municipio de Chinácota a nivel educativo, político, social, económico y ambiental, necesarios para mantener y mejorar la salud de la población de una región, lo que no se aprecia en el municipio de Chinácota.

Todos los esfuerzos para mejorar el sector salud se han centrado en reformas que buscan mejorar la condición estructural, financiera y operativa del modelo de gestión en salud basados en los tratamientos curativos de las personas, mientras que las estrategias de salud pública preventiva con la participación de los ciudadanos, se ha descuidado por parte de los gobiernos distritales, departamentales y municipales, lo que no ha permitido el cumplimiento de los objetivos planteados por el PDSP, por el contrario, lo que se observa es un evidente deterioro de las patologías bucodentales a nivel del municipio de Chinácota.

7.2 Propuesta de mejora del modelo de gestión y administración en salud pública bucal para el municipio de Chinácota

Es esencial que el ente territorial y la población de la región de Chinácota, Norte de Santander, entiendan que es fundamental impulsar la participación activa de las comunidades en el debate democrático de toma de decisiones de políticas públicas en salud bucal.

Esta situación, le permitiría al ciudadano del municipio generar compromiso social con la región, generar una real veeduría de los recursos y le posibilitaría reconocerse como un actor social y político de su región.

El MSPS reconoce que existe una debilidad en las competencias y perfiles de los recursos humanos formados en salud bucal, lo que no permite garantizar una atención primaria en salud con capacidad resolutive.

Por lo tanto, es esencial definir cuáles son las competencias y responsabilidades de los diversos niveles de gobierno (nacional, departamental y municipal) para elaborar e implementar las políticas públicas de salud (Molina-Marín et al., 2014).

De manera que, se hace fundamental precisar que el gobierno municipal y, en particular, la coordinación de salud pública del ente territorial, son las entidades responsables del desarrollo de políticas y programas de salud pública para el municipio, con la coparticipación de otros actores como lo son las EPS, las IPS, la ESE y la población regional (Molina-Marín et al., 2014).

De modo similar, todos los escenarios de concertación y decisión deben ser propuestos por uno o varios actores que componen el modelo de gestión en salud en la región, en donde la prioridad debe ser la implementación de los procedimientos adicionales en salud bucal a través de una red articulada de especialistas en odontología, para de esa forma, poder garantizar el derecho fundamental a la salud bucal de la población del municipio de Chinácota.

Por esta razón, es esencial que la población intervenga activamente en la elaboración de políticas públicas de salud bucal en concertación con las administradoras del aseguramiento en salud, bajo la regulación de la coordinación de salud pública de la región. Se sugiere que se establezcan asambleas comunitarias por localidad, para impulsar la participación activa local en el debate de la problemática de la salud bucal de la región.

Esta participación de la comunidad en el diseño y evaluación de las políticas públicas en salud bucal permiten poder acercar el Estado a la sociedad. Igualmente, facilita la promoción y la construcción de conceptos sobre cómo articular el modelo de gestión en salud bucal en cada región, a través de una agenda de investigación científica, con el objetivo de monitorear el perfil epidemiológico de salud bucal de la población rural, como lo es el municipio de Chinácota y, así, orientar acciones y servicios de salud bucal basados en la evidencia epidemiológica periódica.

Estas asambleas comunitarias deben ser moduladas por las autoridades técnicas de salud del MSPS o de la entidad territorial, como una de las acciones que permitan activar la protección social de las personas y, de modo similar, aumentar el acceso oportuno a los servicios de salud bucodental (Gil & Acosta, 2021).

No obstante, se debe precisar que existe una clara diferenciación entre los conceptos de participación ciudadana y participación comunitaria (Mahoney et al., 2007).

Estos conceptos definidos por Mahoney et al., (2007), son en esencia todas las actividades que involucran a las comunidades de una región en la toma de decisiones que tienen relevancia con los problemas que sufren sus territorios, fundamentalmente en lo referente a los inconvenientes del servicio de salud pública bucal (Gil & Acosta, 2021).

Por lo tanto, la participación ciudadana en salud, enfatiza el carácter individual del ciudadano que reclama ante la autoridad competente sus derechos desde una perspectiva de normatividad, en cambio, la participación comunitaria, hace referencia al interés colectivo de la población que reclama beneficios sociales comunes (Gil & Acosta, 2021).

Sin embargo, la participación en general es el proceso donde participan los diferentes actores del SGSSS, para definir las acciones a implementar en las políticas de atención primaria en salud bucal de la población, con la finalidad de crear espacios adecuados que impulsen el bienestar de la comunidad y, además, mejoren la calidad de vida de las personas y sus familias.

En resumen, se puede asegurar que la participación social de la comunidad en el diseño de políticas públicas de salud bucal, es una estrategia crucial para mejorar el modelo de gestión en salud pública para enfrentar las necesidades que requiere la población en la región rural de Chinácota.

Al revisar los reportes del ENSAB IV de 2014 del MSPS⁵, se encuentran datos relevantes respecto al comportamiento de la población hacia el cuidado de su salud bucal.

Los datos del ENSAB IV demuestran que las personas adultas mayores (de 20 a 79 años) conforman la población que se debe abordar con diversas estrategias de salud pública bucodental para estimular el autocuidado de la salud bucal, tanto en lo individual como en lo colectivo, debido a que cada persona del núcleo familiar es multiplicadora de las actividades que favorecen el mantener la salud bucal de la población de una región (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014b).

En ese sentido, es fundamental que se reconozcan en la población los aspectos relacionados con el modo y el estilo de vida de las personas en los entes territoriales (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014b).

⁵ Es considerada la guía sobre cómo percibe la comunidad el estado de salud bucodental

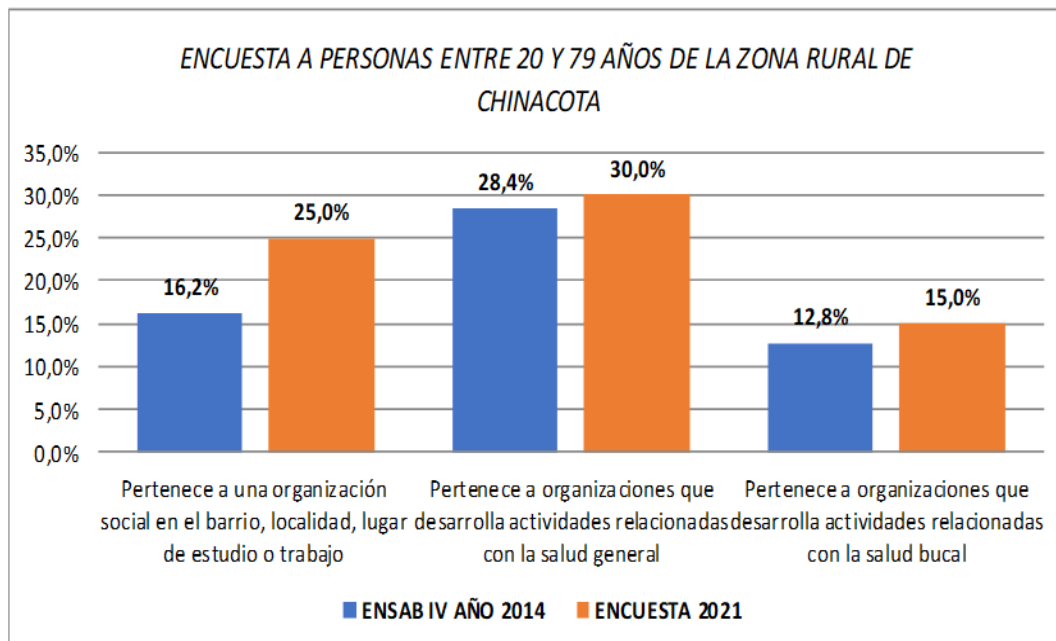
A continuación, se correlacionan las respuestas aportadas por la población rural consultada de la ENSAB IV de 2014 con las respuestas de la muestra de la encuesta estructurada aplicada en el municipio de Chinácota, para realizar un análisis comparativo respecto a los factores que afectan el modelo de gestión de salud pública bucal de la población de la región, encontrando lo siguiente:

Al revisar la información de la participación de las personas en organizaciones sociales por parte de los adultos en el ENSAB IV, el 16.2% manifestó que se ha comprometido con alguna organización social en el barrio, localidad, lugar de estudio o trabajo (ver Figura 7). Además, el 28.4% confirmó haber pertenecido a alguna organización que ha desarrollado actividades relacionadas con la salud general y el 12.8% reveló haber participado en actividades que tienen relación con la salud bucal (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014b).

De similar forma, la encuesta estructurada aplicada a la muestra de la población de adultos y adultos mayores entre 20 a 79 años que se relacionan con el servicio de salud pública bucal en el hospital de Chinácota, manifestó con respecto a la participación en organizaciones sociales por parte de los adultos, que el 25 % ha pertenecido a una organización social en el barrio, localidad, lugar de estudio o trabajo (ver Figura 7).

Figura 7

Datos comparativos de la ENSAB IV (2014) y la Encuesta a personas de Chinácota (2021)



Fuente : Elaboración propia del autor

Igualmente, el 30 % manifestó haber colaborado en organizaciones que desarrollan actividades relacionadas con la salud general y tan solo el 15 % expresó haber participado en actividades que se relacionan con la salud bucal (ver Anexo A y Figura 7), lo que sugiere que las personas de la región de Chinácota no se sintieron comprometidas a intervenir en las reuniones programadas por el ente territorial para definir las políticas públicas en salud bucal que los ha afectado de manera individual y colectiva.

Entre las actividades de atención primaria de salud bucal recibida por los adultos de 20 a 79 años en el ENSAB IV, el 24.8% refirió que asistió a consulta odontológica para hacer control de placa y profilaxis, el 20.4% declaró que asistió a consulta para tratamientos de retiro de cálculos y el 16.4% indicó que durante su consulta recibió actividades educativas de promoción de salud (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014b).

Del mismo modo, la encuesta estructurada aplicada a la muestra de la población de adultos y adultos mayores entre 20 a 79 años que se relacionan con el servicio de salud pública bucal en el hospital de Chinácota, declaró que el 20 % asistió a consulta para control de placa y profilaxis, el 25 % para tratamientos de retiro de cálculos y solo el 10% indicó que asistió a consulta para recibir actividades educativas de promoción de salud, lo que sugiere que las personas asistieron a consulta para retiro de placa bacteriana y de cálculos dentales y poca motivación se observó a la asistencia a los programas de educación en salud (ver Anexo B).

El estudio del ENSAB IV realizado en la población de 20 a 79 años consideró que los motivos del sangrado de la encía se deben en un 30,9 % por cepillarse mal o no cepillarse, el 25% no sabe por qué le sangran sus encías, el 18,9% respondió que se debe a un cepillado fuerte, el 12,3 % por tener caries y el 13,1% por tener una infección en la boca (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014b).

Por otra parte, la encuesta estructurada aplicada a la muestra de la población de adultos y adultos mayores entre 20 a 79 años que se relacionan con el servicio de salud pública bucal en el hospital de Chinácota, declaró que los motivos del sangrado de la encía, se debió en un 40 % a cepillarse mal o no cepillarse, el 20 % respondió que se debe a un cepillado fuerte, el 15 % lo atribuyó a tener caries, el 15% por infecciones y tan solo el 10% confirmó que no sabe (Anexo A), lo que sugiere que la población si conocía la causa de la infección gingival, pero no asumió la responsabilidad del autocuidado de su boca.

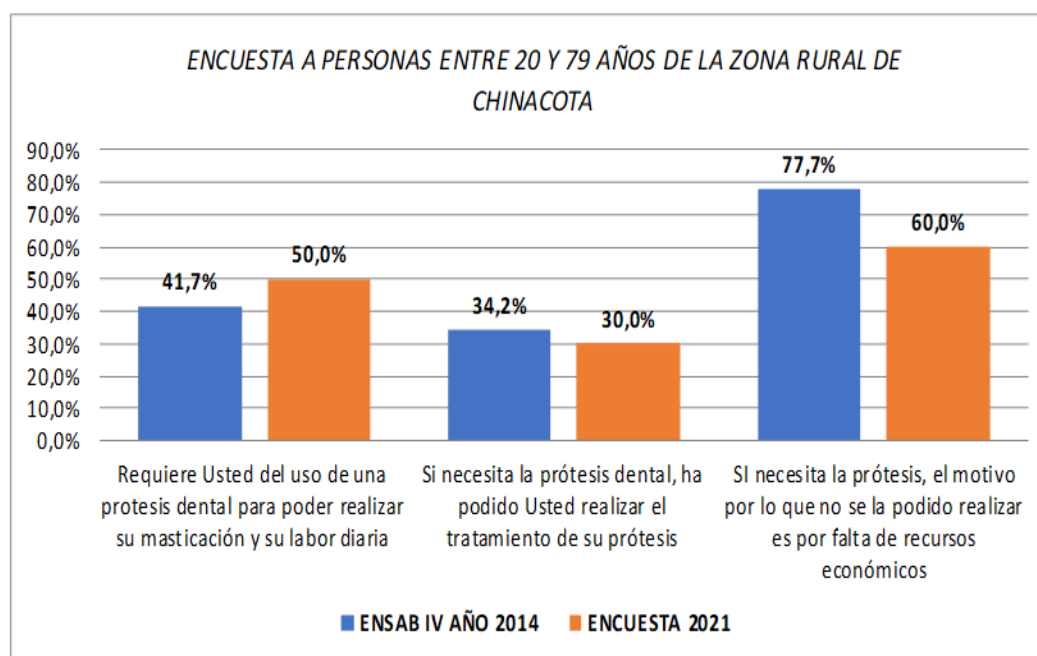
En la ENSAB IV, los datos reportaron que el 53.9% de los adultos de 20 a 79 años refirió que no requiere usar prótesis dental, en tanto el 46.1% consideró que si la requiere y tan solo el 34.2% de ellos se la pudo realizar. La principal razón respecto a porque no se realizó la prótesis dental, el estudio de la ENSAB IV manifestó que en un 77.7% se debió al hecho de no tener dinero o medios económicos (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014b).

De igual manera, la encuesta estructurada aplicada a la muestra de la población de adultos y adultos mayores entre 20 a 79 años que se relacionan con el servicio de salud pública bucal en el hospital de Chinácota, indicó que el 50 % de los adultos consideró no requerir el uso de prótesis dental, en tanto el otro 50% manifestó que si la necesitaba para mejorar su salud dental. Además, se apreció que solo el 30% de los que aseguraron que requerían usar la prótesis, se la pudieron realizar (ver Figura 8).

Por otra parte, las personas de la muestra que fueron encuestadas y que manifestaron requerir el uso de una prótesis dental, confirmaron que la principal razón respecto a porque no se pudieron realizar la prótesis dental, se debió en un 60 % a no tener dinero a capacidad económica para poder pagar el tratamiento con el especialista (ver Figura 8).

Figura 8

Datos comparativos de la ENSAB IV (2014) y la Encuesta a personas de Chinácota (2021)



Fuente : Elaboración propia del autor

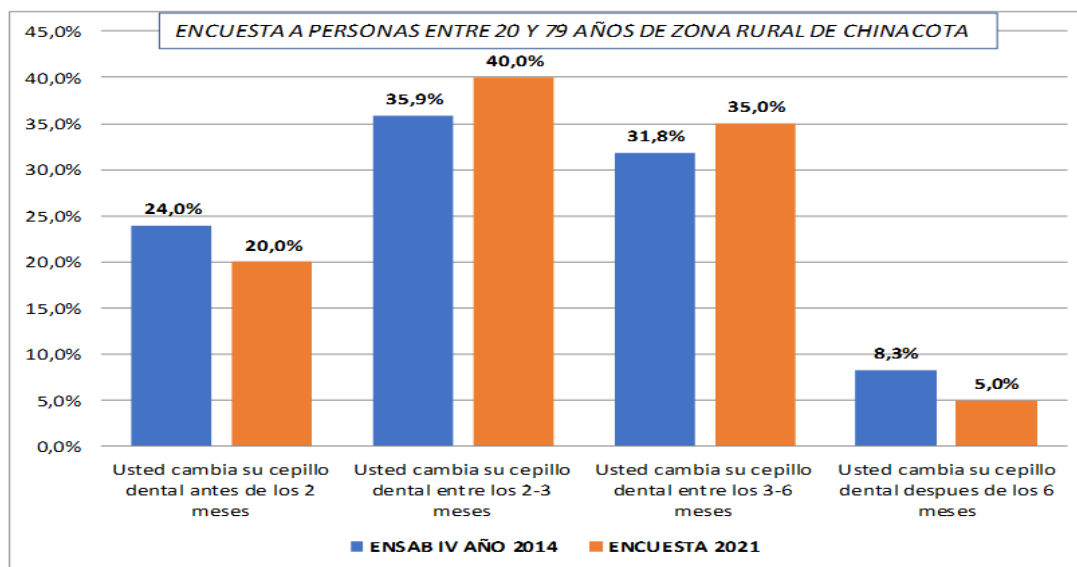
Datos que debieron revisarse por parte del área de salud pública tanto del ente territorial como del Hospital Regional Sur Oriental de Chinácota. Esta situación no permitió el poder tomar los correctivos necesarios en el programa de atención primaria en salud bucal, que contribuyera a reducir la pérdida prematura de tejido dental de la población, debido a que la mayor dificultad para poder devolverle a la persona la funcionalidad de la masticación y su integración con la comunidad, radicaba en la falta de recursos económicos.

Por otra parte, al revisar la información respecto al tiempo de uso del cepillo dental en los adultos de 20 a 79 años en la ENSAB IV, el 35.9% manifestó que lo cambiaba entre 2 y 3 meses de uso, el 31.8% confirmó que lo cambiaba entre tres y seis meses, en tanto el 24% expuso que lo cambiaba durante los 2 primeros meses de uso y el 8.3% después de seis meses y más tiempo de uso (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014b).

Asimismo, la encuesta estructurada aplicada a la muestra de la población de adultos y adultos mayores entre 20 a 79 años que se relacionan con el servicio de salud pública bucal en el hospital de Chinácota, evidenció que las personas de la región requieren de capacitación continua respecto a los elementos que emplean para el cuidado dental. Los datos encontrados demostraron que el 40% de la muestra cambiaba su cepillo dental entre los 2-3 meses de uso, el 35% lo hace entre los 3-6 meses de uso, lo que es preocupante porque inclusive está ligeramente por arriba del promedio de los datos reportados por el ENSAB IV de 2014 (ver Figura 9).

Figura 9

Datos comparativos de la ENSAB IV (2014) y la Encuesta a personas de Chinácota (2021)



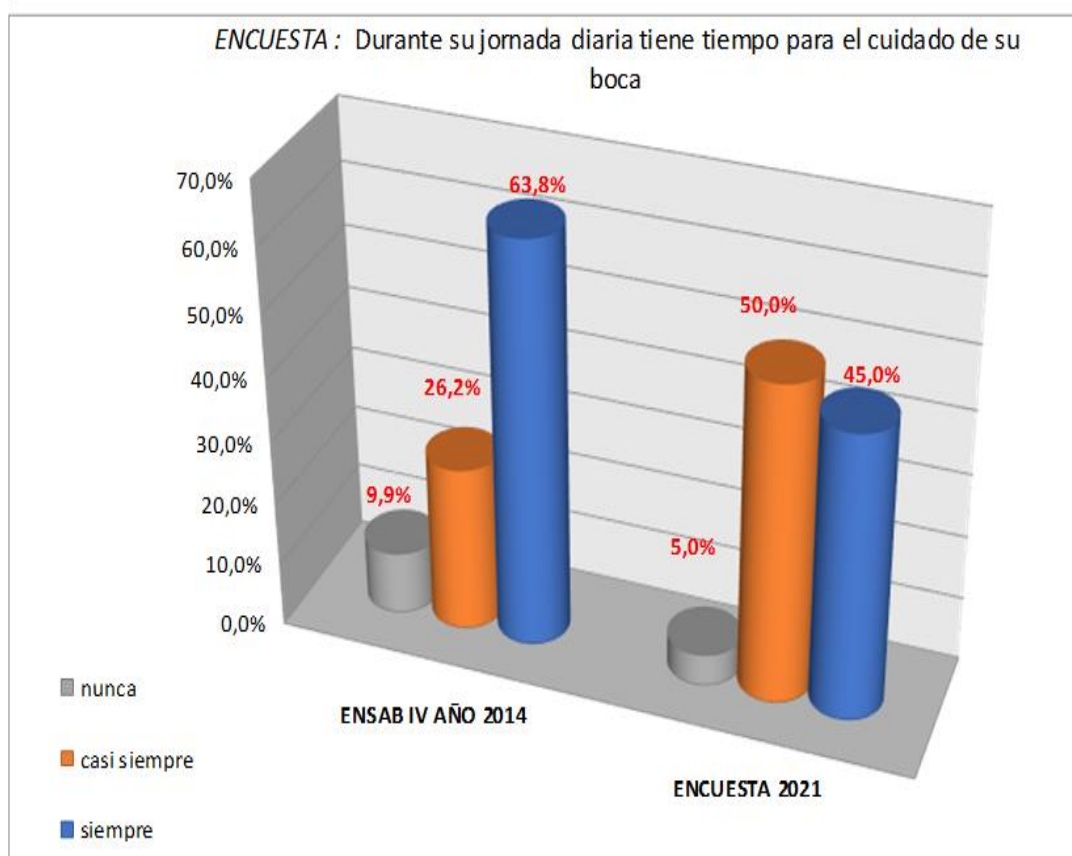
Fuente : Elaboración propia del autor

Los datos del ENSAB IV revelaron que la población de adultos y adultos mayores de 20 a 79 años frente a la pregunta respecto a los determinantes sociales que afectan su salud bucal, el 63.8% de la población consultada manifestó que durante su jornada diaria siempre tiene tiempo para el cuidado de su boca, el 26.2% estableció que casi siempre, mientras que el 9.9% indicó que nunca o casi nunca cuenta con disponibilidad de tiempo para realizar el cuidado (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014b).

Igualmente, al analizar la encuesta estructurada aplicada a la muestra de la población de adultos y adultos mayores entre 20 a 79 años que se relacionan con el servicio de salud pública bucal del hospital de Chinácota, el 45 % expresó que durante su jornada diaria siempre tiene tiempo para el cuidado de su boca, el 50 % estableció que casi siempre, mientras que el 5% indicó que nunca o casi nunca cuenta con disponibilidad de tiempo (ver Figura 10).

Figura 10

Datos comparativos de la ENSAB IV (2014) y la Encuesta a personas de Chinácota (2021)



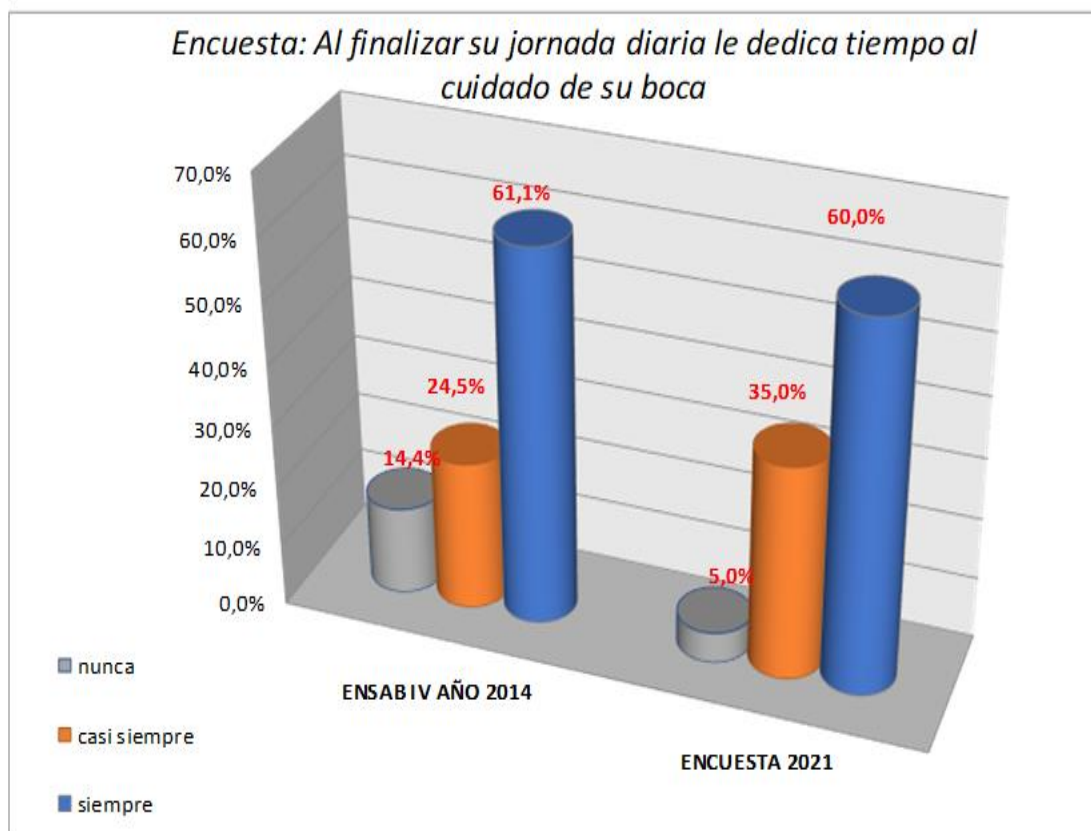
Fuente : Elaboración propia del autor

Por otra parte, se observó en el ENSAB IV que el 61.1% de los adultos y adultos mayores de 20 a 79 años estableció que al finalizar su jornada diaria siempre le dedicaba tiempo al cuidado de su boca, el 24.5% aseguró que casi siempre le dedicaba tiempo, mientras que el 14.4% manifestó que nunca o casi nunca le dedicaba tiempo al cuidado de su boca (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014b).

De modo similar, los datos de la encuesta estructurada a una muestra de la población de adultos y adultos mayores entre 20 a 79 años que se relacionan con el servicio de salud pública bucal del hospital de Chinácota, reportó que al finalizar su jornada diaria el 60% siempre le dedicaba tiempo al cuidado de su boca, el 35% casi siempre le dedicaba tiempo, mientras que el 5% nunca o casi nunca le dedicaba tiempo al cuidado de su boca, lo que sugirió posibles falencias en asimilar la importancia que tiene el autocuidado de la salud bucal para evitar la aparición de las patologías bucodentales (ver Figura 11).

Figura 11

Datos comparativos de la ENSAB IV (2014) y la Encuesta a personas de Chinácota (2021)



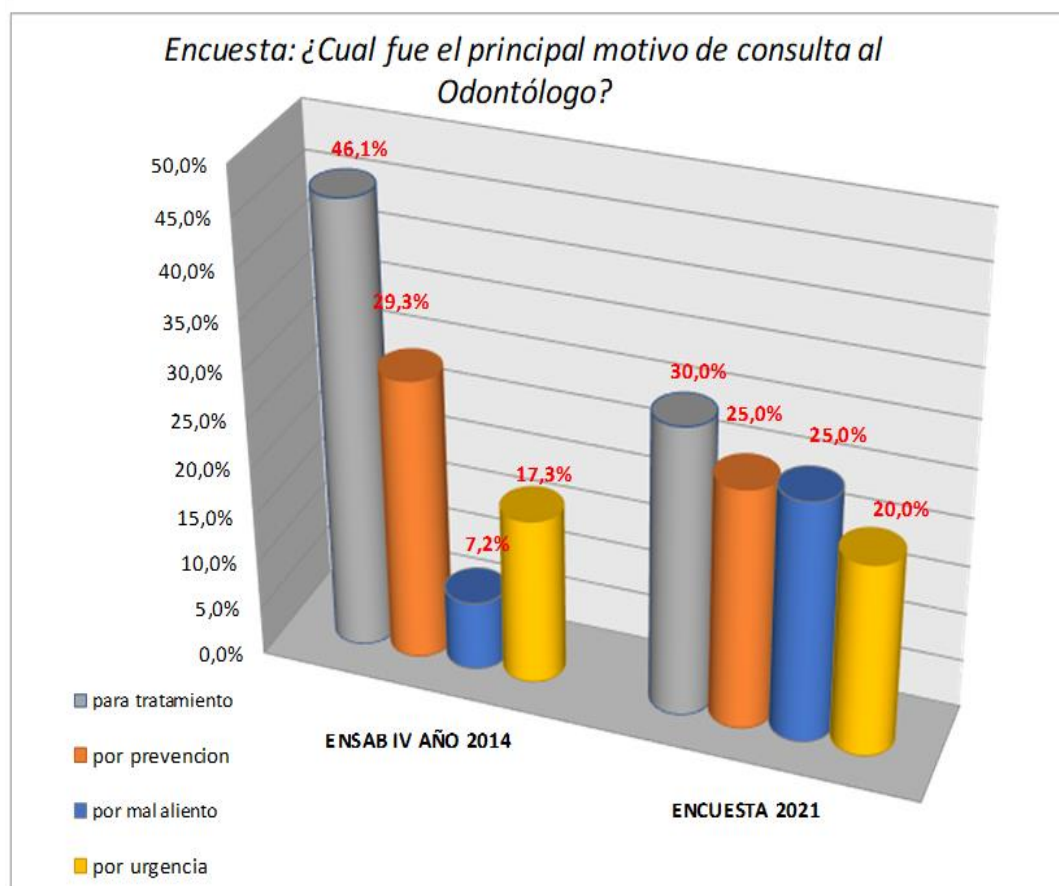
Fuente : Elaboración propia del autor

También, el análisis de la ENSAB IV respecto a la población entre los 20 y 79 años, manifestó que el principal motivo de asistencia a consulta odontológica se debió en un 46.1% para que le realizaran tratamiento curativo, seguido del 29.3% que expresó que asistió por razones preventivas, en tanto el 17.3% manifestó que asistió a consulta por motivos de urgencia (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014b).

Asimismo, la encuesta estructurada aplicada a una muestra de la población de adultos y adultos mayores entre 20 a 79 años que se relacionan con el servicio de salud pública bucal en el hospital de Chinácota, indicó que el principal motivo de asistencia a consulta consistió en un 30% para que le realizaran tratamiento curativo, seguido del 25% que expresó razones de mal aliento, el 25% asistió para prevenir enfermedades, en tanto el 20% manifestó que fue por motivos de consulta de urgencia (ver Tabla 9 y Figura 12).

Figura 12

Datos comparativos de la ENSAB IV (2014) y la Encuesta a personas de Chinácota (2021)



Fuente : Elaboración propia del autor

Tabla 9

Datos comparativos de ENSAB IV (2014) con la Encuesta a personas de Chinácota (2021)

Comparación datos de la ENSAB IV con la Encuesta Estructurada aplicada en Chinácota a personas entre los 20 y 79 años

	ENSAB IV (2014)	ENCUESTA (2021)
Pertenece a una organización social en el barrio, localidad, lugar de 1 estudio o trabajo	16,2%	25,0%
Pertenece a organizaciones que desarrolla actividades relacionadas 2 con la salud general	28,4%	30,0%
Pertenece a organizaciones que desarrolla actividades relacionadas 3 con la salud bucal	12,8%	15,0%
Requiere Usted del uso de una prótesis dental para poder realizar 4 su masticación y su labor diaria	41,7%	50,0%
Si necesita la prótesis dental, ha podido Usted realizar el 5 tratamiento de su prótesis	34,2%	30,0%
Si necesita la prótesis, el motivo por la que no se la ha podido 6 realizar es por falta de recursos económicos	77,7%	60,0%
7 A usado Usted prótesis dental después de los 20 años	29,0%	30,0%
8 Utiliza Usted la prótesis mientras duerme	79,3%	83,3%
9 Usar prótesis dental le dificulta la ingesta de alimentos	70,9%	66,7%
10 Usar prótesis dental le dificulta su labor diaria	36,0%	33,3%
11 Usted cambia su cepillo dental antes de los 2 meses	24,0%	20,0%
12 Usted cambia su cepillo dental entre los 2-3 meses	35,9%	40,0%
13 Usted cambia su cepillo dental entre los 3-6 meses	31,8%	35,0%
14 Usted cambia su cepillo dental después de los 6 meses	8,3%	5,0%
15 Índice de COP en el adulto y adulto mayor	10,5%	20,0%
16 Prevalencia de caries en la población adulta y adulta mayor	55,8%	50,0%
17 Porcentaje de edentulismo total en personas mayores de 65 años	32,9%	35,0%
18 Se le ha negado el servicio de salud bucal en algún momento	6,8%	10,0%
Quando asiste al Odontólogo su tratamiento requerido es profilaxis 19 y control de placa	24,8%	20,0%
Quando asiste al Odontólogo su tratamiento requerido es retiro de 20 calculos supragingivales	20,4%	25,0%
Quando asiste al Odontólogo su tratamiento requerido es 21 promoción en educación de la salud bucal	16,4%	10,0%
Quando asiste al Odontólogo su tratamiento requerido es 22 operatoria dental	21,1%	25,0%
Quando asiste al Odontólogo su tratamiento requerido fue por una 23 urgencia debido al dolor	17,3%	20,0%

Fuente: Datos comparativos ENSAB IV con Encuesta en Chinácota - Elaboración propia del autor

Estos datos sugieren que las personas conocían que es fundamental asistir a consulta de odontología, pero tenían inconvenientes para interiorizar el cómo colocar en práctica las recomendaciones que recibían respecto a las actividades de promoción y de prevención de enfermedades bucales en el respectivo hospital de la región.

Al revisar los conceptos de la población adulta (20 a 79 años) de la ENSAB IV con respecto a las posibles razones por las cuales se da la caries dental, el 70% manifestó que se debe a la mala higiene oral, el 19.3% se lo atribuyó al consumo de dulces, el 10.1% aseguró que es debido a la mala alimentación y el 0,6 expresó que se debió a otras condiciones (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014b).

Igualmente, la encuesta estructurada aplicada a la muestra de la población de adultos y adultos mayores entre 20 a 79 años que se relacionan con el servicio de salud pública bucal en el hospital de Chinácota, respecto a la pregunta de las razones por las cuales aparece la caries dental, el 60 % manifestó que es debido a la mala higiene oral, el 20% expresó que se debe al consumo de dulces, el 10% consideró que se debe a la mala alimentación y un 5% manifestó que se debe a otras como a infecciones en la boca (ver Tabla 10).

Lo que sugirió que la población de la región conocía las causas de su enfermedad bucodental, pero tenía graves falencias en lograr interiorizar la importancia de su autocuidado y de la responsabilidad de usar todos los elementos que le permitían mantener la salud bucodental.

De otro lado, la ENSAB IV afirmó que el 92.9% de la población de 20 a 79 años conocía que las enfermedades de la boca afectaban la salud general, el 79.5% expresó que era consciente que las alteraciones en el cuerpo generaban problemas en boca, mientras que el 60.2% aseguró que la salud bucal era responsabilidad exclusiva de las personas, en tanto el 38.2% manifestó que la salud de la boca, era una responsabilidad compartida entre la persona y el estado (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014b).

Del mismo modo, la encuesta estructurada aplicada a la muestra de la población de adultos y adultos mayores entre 20 a 79 años que se relacionan con el servicio de salud pública bucal en el hospital de Chinácota, declaró que el 70 % de las personas pensaba que las enfermedades de la boca afectaban la salud general, mientras que el 75 % expresó que las alteraciones en el cuerpo producían problemas en su boca. Además, el 65 % aseguró que la salud bucal era responsabilidad de las personas, en tanto el 30 % manifestó que el cuidado bucal, era responsabilidad compartida entre la persona y del estado (ver Tabla 10 y Anexo B).

Tabla 10

Datos comparativos de ENSAB IV (2014) con la Encuesta a personas de Chinácota (2021)

<i>Comparación datos de la ENSAB IV y la Encuesta Estructurada aplica en Chinácota a personas entre los 20 y 79 años</i>		
	ENSAB IV (2014)	ENCUESTA (2021)
1 Durante su jornada diaria tiene tiempo para el cuidado de su boca		
a siempre	63,8%	45,0%
b casi siempre	26,2%	50,0%
c nunca	9,9%	5,0%
2 Al finalizar su jornada diaria le dedica tiempo al cuidado de su boca		
a siempre	61,1%	60,0%
b casi siempre	24,5%	35,0%
c nunca	14,4%	5,0%
Ha tenido problemas para ser aceptado a un grupo social o a un		
3 empleo por el aspecto de su boca		
a si	2,9%	20,0%
c no	97,1%	80,0%
4 Cuando fue la última vez que fue a consulta con el Odontologo		
a antes de 1 año	56,0%	65,0%
b entre 1 a 2 años	16,7%	25,0%
c hace mas de 2 años	23,2%	10,0%
5 Cual fue el principal motivo de consulta al Odontologo		
a para tratamiento	46,1%	30,0%
b por prevencion	29,3%	25,0%
c por mal aliento	7,2%	25,0%
c por urgencia	17,3%	20,0%
6 El servicio prestado en la consulta de Odontologia se realizo en		
a la IPS privada de la red de servicio de su EPS	59,8%	15,0%
b consulta particular	32,4%	25,0%
c en la red pública	7,8%	60,0%
7 Cual es la causa de que se produzca caries dental en sus dientes		
a mala higiene oral	70,0%	60,0%
b consumo de dulces o sustancias azucaradas	19,3%	20,0%
c mala alimentacion	10,1%	10,0%
d otras	0,6%	5,0%
8 Cual considera es el motivo de que le sangre la encia		
a por cepillarse mal o no cepillarse	30,9%	40,0%
b por tener caries	12,3%	15,0%
c por cepillado fuerte	18,9%	20,0%
d no sabe	25,0%	10,0%
e por infecciones	13,1%	15,0%
Considera Usted que los problemas de su boca afectan la salud		
9 general		
a si	92,9%	75,0%
b no	7,1%	25,0%
Considera Usted que las enfermedades de su cuerpo afectan la		
10 salud de su boca		
a si	79,5%	70,0%
b no	20,5%	30,0%
11 Considera Usted que la salud de su boca es responsabilidad de		
a la persona	60,2%	65,0%
b del Estado	0,0%	5,0%
c Del Estado + la persona	38,2%	30,0%
12 Que debe hacer para el cuidado de su boca		
a Usar crema dental, seda dental, cepillo y enjuague	47,5%	45,0%
b asistir en forma regular al Odontólogo	42,0%	30,0%
c sana alimentación	10,0%	10,0%

Fuente: Datos comparativos ENSAB IV con Encuesta en Chinácota - Elaboración propia del autor

Estos datos sugirieron que parte de la población encuestada todavía asumía que el estado seguía siendo responsable del deterioro de su salud, por lo que se recomienda enfatizar en la población que asiste a los programas de atención primaria que el cuidado y la protección de la estructura bucodental es responsabilidad de la persona, por consiguiente, es esencial que entienda que como ciudadano, debe asumir su autocuidado y el de su familia, apoyados en los controles periódicos que programa el área de salud odontológica.

Los datos recolectados también sugirieron que la muestra que representaba a la población de la región, tenía falencias en interiorizar el autocuidado de su salud bucodental, por lo que se recomienda implementar las asambleas comunitarias para analizar la problemática de salud bucodental en las localidades, en lo posible con el apoyo del personal técnico de los entes territoriales y del área de salud pública bucal del hospital de Chinácota.

De modo similar, los datos demostraron que el porcentaje de edentulismo total en personas mayores de 65 años con respecto a la muestra es del 35%, cifra muy similar al promedio reportado por el estudio del ENSAB IV del 2014, lo que sugiere que después de 8 años de implementación del PDSP, no se ha logrado controlar la pérdida del tejido dental en las personas adultas y adultas mayores, es decir, que las políticas públicas de salud bucal implementadas en la región de Chinácota deben revisarse con el apoyo del talento humano formado en competencias de salud pública bucal, para identificar cuáles son las condiciones de salubridad que ayudan a reducir las patologías bucodentales que causan la pérdida del tejido dental de la población (ver Tabla 9).

Igualmente, al revisar la encuesta estructurada de la muestra tomada a las personas adultas y adultas mayores (20 a 79 años) de la región de Chinácota, sobre que entiende por tener una boca sana, se apreció que la relevancia para ellos es que no tengan caries (40%) ni mal aliento (30%) lo que en sumatoria da un 70% (ver Anexo B), situación que puede controlarse a través de los programas de atención primaria en salud que diseña el ente territorial.

Por esta razón, se sugiere verificar la capacitación de los programas de promoción de la salud y de prevención de enfermedades bucodentales por parte de la coordinación en salud pública bucal en la ESE Hospital Regional Sur Oriental, para que la población modifique el comportamiento que tiene sobre el autocuidado de su salud bucal después de cada comida y por supuesto para que se coordine en lo posible con la participación de las asambleas comunitarias,

el seguimiento de las citas de control de su comunidad con el profesional de la salud bucal del hospital (ver Anexo B).

Del mismo modo, al analizar la encuesta estructurada realizada en la muestra de la población adulta y adulta mayor (20 a 79 años) de la región de Chinácota, se apreció que ellos tenían dificultades para realizar el cuidado bucodental, porque el 40% de la muestra manifestó que solo cambiaba el cepillo dental cuando observó que el cepillo estaba muy sucio (ver Anexo B). También, se observó que el principal motivo para no consultar a los especialistas en Odontología para mejorar el aspecto de su boca, consistía en la falta de recursos económicos (65%) y el no tener una red de especialistas en la región que atendiera esos servicios NO PBS (15%), lo que representaba el 80% (ver Anexo A).

Es fundamental evaluar y controlar los programas de la valoración de las personas y comunidades sobre el cuidado y autocuidado de la salud bucal y en particular sobre la participación y compromiso de las personas de la región en el diseño de la política pública bucal del municipio de Chinácota.

Además, todos los esfuerzos para mejorar el sector salud se han centrado en reformas que buscan mejorar la condición estructural, financiera y operativa del modelo de gestión en salud basados en los tratamientos curativos de las personas, mientras que las estrategias de salud pública preventiva con la participación de los ciudadanos, se ha descuidado por parte de los gobiernos distritales, departamentales y municipales, lo que no ha permitido el cumplimiento de los objetivos planteados por el PDSP, por el contrario, lo que se observa es un evidente deterioro de las patologías bucodentales a nivel del municipio de Chinácota.

De manera que, la sugerencia de propuesta de mejora del modelo de gestión en salud pública bucal en el municipio de Chinácota, es replantear políticas de participación comunitaria y de asociación e integración de la red pública hospitalaria con otras redes de cooperación regional de servicio odontológico, con el objetivo, de eliminar la fragmentación histórica del servicio de salud bucal que ha existido en la región, debido al alto costo que implican los tratamientos especializados de la recuperación de la salud bucodental.

La participación social a través de asambleas comunitarias es un derecho que la persona adquiere en cualquier democracia, es una conquista colectiva de la población, por eso se convierte en un proceso que termina generando unos resultados negativos o positivos en la sociedad y, por lo tanto, en un modelo de gestión y administración en salud pública bucal.

Es un proceso porque las personas deben involucrarse con el impulso del Estado en la toma de decisiones de políticas públicas de salud, deben formarse en los programas que afectan su calidad de vida para aportar soluciones viables a la problemática que sufre la región.

Es un resultado, porque cuando se le permite a la población poder participar en la toma de decisiones de planes, programas y proyectos de salud bucal, se les capacitan para que la región se desenvuelva con mayor autonomía, logrando una mayor estabilidad y prosperidad en sus regiones, lo que requiere el municipio de Chinácota para reducir las patologías bucodentales que lo están afectando.

En resumen, es esencial que el ente territorial promueva la participación permanente de la población de Chinácota como veedores en el diseño y aplicación de políticas públicas de salud bucal y en propuestas que mejoren la infraestructura y la tecnología del área de salud bucal del Hospital Regional Sur Oriental, por ejemplo, en proponer la adquisición de una alta tecnología, como la adquisición de una aparatología que facilite poder tomar ayudas diagnósticas complementarias como Radiografías Panorámicas y en lo posible Tomografías Axiales Computarizadas (TAC) que es un aparato complementario que utiliza rayos X, para apoyar tratamientos que requiere la población que solicita servicios de salud bucal en la región.

8. Conclusiones

Es fundamental precisar que el personal de salud oral del Hospital Regional Sur Oriental de Chinácota, sí desarrolla las actividades de control de placa y profilaxis como estrategia de los programas de atención primaria en salud bucal. Lo que se observa son falencias en la interiorización de la información respecto al cuidado de la estructura bucodental en las personas, lo que sugiere revisar la metodología empleada en las actividades de promoción de la salud y de prevención de enfermedades, para lograr impactar en los pacientes la responsabilidad que tienen como ser social, del autocuidado de su salud bucodental.

Los datos recolectados en la encuesta de la población de la región del municipio de Chinácota del año 2021, demuestran falencias importantes en el compromiso por parte de las personas por conservar su salud bucodental y por participar en forma activa en las decisiones de políticas públicas de salud bucal de su región.

De manera que, los resultados de la encuesta estructurada sí permiten analizar, caracterizar e identificar el modelo de gestión y administración del servicio de salud pública bucal del municipio de Chinácota, Norte de Santander del año 2021.

En cierto modo, facilita caracterizar la magnitud de las enfermedades que afectan la salud bucodental de la población de la región y, de modo similar, caracterizar la participación activa de la comunidad en las políticas públicas de salud bucal del municipio.

Por eso, se hace necesario implementar de forma continua los programas de atención primaria en salud bucal, con el apoyo formativo de profesionales o instituciones de experiencia en evaluación de políticas públicas de salud bucal, para reforzar el compromiso del autocuidado pertinente tanto a la población como al personal técnico que cumple la labor de higienista dental.

Es esencial que se promuevan acuerdos administrativos entre la coordinación de salud pública del municipio de Chinácota y la ESE Hospital Regional Sur Oriental, para fomentar la capacitación de profesionales y de personal técnico de la salud bucal, lo que generaría compromisos de mejoras del cuidado de la salud bucodental de la población de la región.

Uno de los mayores desafíos que afronta el programa de atención primaria en salud del municipio de Chinácota, consiste en lograr la integración del equipo de salud bucal con el equipo de salud de medicina general a través de un trabajo multidisciplinario coordinado con la dirección de salud pública tanto del hospital como del ente territorial, lo que permitiría promover

en forma continua el autocuidado de la salud bucodental y de la salud en general de la población del municipio de Chinácota.

En consecuencia, se propone la necesidad de identificar las enfermedades de la cavidad bucal y su impacto en la calidad de vida de las personas, debido a que existen estudios que demuestran una clara evidencia científica entre salud bucal y salud sistémica en las personas, lo que contribuye a lograr una mayor tranquilidad financiera de la familia.

De manera que, es vital que el ente territorial estimule acuerdos programáticos a través de asambleas comunitarias entre los actores del sistema de salud en el municipio de Chinácota, con el apoyo técnico de la secretaria de salud del departamento, de la coordinación de salud pública del municipio, de la coordinación de salud pública de la ESE Hospital Regional Sur Oriental de la región y de la dirección de salud pública del Instituto Nacional de Salud (INS), para armonizar la agenda de las políticas públicas en salud bucal, que respondan a los contextos regionales que sufre la población de Chinácota.

En resumen, el estudio promueve la profundización en temas respecto a las características del modelo de gestión y administración en salud pública bucal que se desarrolla en el ente territorial de Chinácota, lo que facilita identificar falencias del modelo y, por lo tanto, da las herramientas para proponer mejoras del actual modelo, como una forma de contribuir a garantizar el goce efectivo de la población al derecho fundamental de su salud bucodental.

9. Recomendaciones

Teniendo en cuenta el análisis de los datos comparativos efectuados, a continuación, se formulan las recomendaciones para proponer mejoras del modelo de gestión y administración en salud pública bucal que se está desarrollando en el municipio de Chinácota, en Norte de Santander, a saber:

- 1) Es fundamental caracterizar e identificar los programas que tienen relación con la valoración de las personas y comunidades sobre el cuidado y autocuidado de la salud bucal y en particular sobre la participación y compromiso de las personas de la región en el diseño de las políticas públicas bucales del municipio de Chinácota.
- 2) Es esencial impulsar el fortalecimiento de las capacidades individuales y colectivas de la población de la región de Chinácota, mediante mecanismos administrativos de participación e integración social de las comunidades, promovidas por la coordinación de salud pública y de prosperidad social de los entes territoriales de la región, con el objetivo de apoyar el compromiso ciudadano en el diseño de políticas de salud bucal que permita reducir las desigualdades sociales del que se observan en el sector salud de la región.
- 3) Es prioritario que la población intervenga en identificar las falencias del modelo de gestión en salud pública, para impulsar el compromiso de las comunidades en construir propuestas integrales de salud pública que mejoren la atención y el servicio de la red de prestadores de salud bucal ante el ente territorial. Esta participación activa de las personas genera compromisos de cooperación regional que apoyan la vigilancia de los programas de salud bucodental y que estimulan el autocuidado de la salud bucodental en los adultos y adultos mayores tanto a nivel individual como en lo colectivo.
- 4) La coordinación de salud pública del municipio de Chinácota, debe impulsar actividades en la población de su región, a través de asambleas comunitarias locales, para poder informar a las personas sobre la red de cooperación de prestadores de servicios de salud bucal de su EPS o la de su entidad territorial, porque los estudios demuestran que, a mayor información respecto a los planes de servicios, horarios y apoyos tecnológicos de la red, mayor probabilidad de acceso a todos los servicios consignados en el PBS del modelo de gestión en salud bucal.

- 5) Se recomienda realizar reuniones de integración por parte de la coordinación de salud pública del municipio con la dirección de salud pública de la ESE Hospital Regional Sur Oriental de Chinácota, para diseñar en conjunto estrategias que faciliten que la población pueda desplazarse a sus consultas de salud bucal y, de modo similar, poder apoyar la adquisición de los elementos básicos de higiene oral que se necesitan para que las personas puedan mantener su salud bucodental.
- 6) Ante la expansión de los tratamientos odontológicos en el PBS por parte del MSPS de Colombia en el año 2021, se recomienda que la coordinación de salud pública del municipio se responsabilice de organizar los recursos físicos, humanos y tecnológicos de la región rural de Chinácota mediante acuerdos con los actores del sistema, con los profesionales de la salud bucal y con la participación activa de las comunidades en el municipio, para contribuir a conseguir un envejecimiento tranquilo y sin incertidumbres económicas para la persona, la familia y la comunidad.
- 7) Establecer en el modelo de gestión y administración en salud pública bucal del municipio de Chinácota la conservación y protección de todos los elementos de la cavidad bucal, la cual debe medirse a partir de los programas de atención primaria en salud y de los tratamientos completos odontológicos especializados, logrados a partir de acciones integradas e integrales de una red articulada de servicios, lo que implica un importante repensar del profesional de la odontología y de la dirección de salud de los entes territoriales.

10. Bibliografía

- Aroca, G. J. (2017). *Propuesta de un modelo de gestión de salud de la nefritis lúpica basado en la problemática clínica y su impacto socio-sanitario en la región caribe colombiana* (Ediciones Universidad Simón Bolívar, Ed.; Editorial Mejoras). Facultad de Ciencias de la Salud. <https://doi.org/https://doi.org/10.17081/bonga.1187>
- Ayala, J. (2014). La salud en Colombia: más cobertura pero menos acceso. *Documentos de Trabajo Sobre Economía Regional. Banco de La República - Centro de Estudios Económicos Regionales (CEER) - Cartagena, 204*, 1–45. https://www.banrep.gov.co/sites/default/files/publicaciones/archivos/dtser_204.pdf
- Bellander, L., Andersson, P., Wijk, H., & Hägglin, C. (2021). Oral assessment and preventive actions within the swedish quality register senior alert: Impact on frail older adults' oral health in a longitudinal perspective. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 18*(24), 1–16. <https://doi.org/10.3390/ijerph182413075>
- Botero, J., Medina, D., Arellano, M., & Echeverri, C. (2021). Evaluación del sistema de salud colombiano: una revisión en el marco de la ley estatutaria en salud de 2015. In *Centro de Estudios Económicos ANIF*. <https://www.anif.com.co/wp-content/uploads/2021/08/anif-doc-final-def.pdf>
- Bots-VantSpijker, P. C., Van der Maarel-Wierink, C. D., Schols, J. M., & Bruers, J. J. M. (2021). Assessed and perceived oral health of older people who visit the dental practice, an exploratory cross-sectional study. *PLOS ONE, 16*(9), 1–17. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0257561>
- Calvo, J., Chávez, E. M., & Jones, J. (2016). Financial Roadblocks to Oral Health for Older Adults. *Generations: Journal of the American Society on Aging, 40*(3), 85–89. <https://www.ingentaconnect.com/contentone/asag/gen/2016/00000040/00000003/art00016?crawler=true&mimetype=application/pdf>
- Cayetano, M. H., Carrer, F. C. de A., Gabriel, M., Martins, F. C., Pucca, G. A., & Araujo, M. E. (2019). Política Nacional de Saúde Bucal Brasileira (Brasil Sorridente): Um resgate da história, aprendizados e futuro. *Universitas Odontológica, 38*(80). <https://doi.org/doi.org/10.11144/javeriana.uo38-80.pnsb>
- Chiesi, F., Grazzini, M., Innocenti, M., Giammarco, B., Simoncini, E., Garamella, G., Zanobini, P., Perra, C., Baggiani, L., Lorini, C., & Bonaccorsi, G. (2019). Older People Living in Nursing Homes: An Oral Health Screening Survey in Florence, Italy. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 16*(18), 1–12. <https://doi.org/10.3390/ijerph16183492>
- Congreso de Colombia. (2011). *Ley 1438 de 2011. Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. 19 de enero de 2011*. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/LEY%201438%20DE%202011.pdf

- Congreso de Colombia. (2015). *Ley Estatutaria 1751 de 2015. Por la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. 16 de febrero de 2015.*
https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf
- Congreso de la República de Colombia. (1993). *Ley 100 de 1993. Por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral y se crean otras disposiciones. 23 de diciembre de 1993.*
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-100-de-1993.pdf>
- Congreso de la República de Colombia. (2015). *Ley 1753 de 2015. Por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018. 9 de junio de 2015.*
<https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Normograma/Ley%201753%20de%202015.pdf>
- Costa de Araújo, G., Kusma, S. Z., Moysés, S. J., & Roncalli, A. G. (2021). Implantação da Política Nacional de Saúde Bucal e sua influência sobre a morbidade bucal em capitais brasileiras na primeira década do século XXI. *Cadernos de Saude Pública*, 37(12), 1–15.
<https://doi.org/10.1590/0102-311X00320720>
- Couttolenc, B., & Dmytraczenko, T. (2013). Brazil's Primary Care Strategy. In *The World Bank* (pp. 1–40). The World Bank's Universal Health Coverage Studies Series (UNICO).
file:///C:/Users/bibliotecapuj/Downloads/BrazilUNICOcasestudy.pdf
- Crocombe, L. A., Goldberg, L. R., Bell, E., & Seidel, B. (2017). A comparative analysis of policies addressing rural oral health in eight English-speaking OECD countries. *Journal of Rural and Remote Health Research*, 1–12.
- Delgado-Peñaloza, S. M., & Ortiz-Piedrahita, V. (2022). Bases para la estructuración de un modelo en salud rural en Arauca. *Revista de Salud Pública*, 24(3), 1–7.
<https://doi.org/10.15446/rsap.v24n3.103746>
- Departamento Nacional de Planeación. (2017). Evaluación de procesos y resultados de la implementación del Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS) en el Guainía- Informe de Resultados de la Evaluación. *G/ Exponencial Firma Consultora*, 1–384.
https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Sinergia/Documentos/Evaluacion_Modelo_Integral_Atencion_Salud_MIAS_Guainia%20_informe.pdf
- Díaz, L. A. (2020). La Corrupción en el Sector de Salud en Colombia [Tesis de posgrado, Universidad Nacional Abierta y a Distancia (UNAD)]. In *Escuela de Ciencias Jurídicas y Políticas de la UNAD- Especialización en Gestión Pública*.
<https://repository.unad.edu.co/bitstream/handle/10596/37629/ladiazde.pdf?sequence=3>
- ESE Hospital Regional Sur Oriental de Chinácota. (2023). *Página oficial ESE Hospital Regional Sur Oriental de Chinácota*. Consultado 10 de Octubre de 2023.
<https://esesuroriental.gov.co/nosotros/2/>
- Gil, J. C., & Acosta, N. (2021). Participación social para la construcción de un modelo integral de salud con poblaciones rurales. *Revista de Ciencias Sociales*, 27(4), 1–13.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8145540>

- Gómez, C. E. (2017). *Propuesta de una asignatura electiva en Bioética y Cuidados paliativos para estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Simón Bolívar para el año 2018* [Tesis de posgrado, Universidad de la Sabana].
<https://intellectum.unisabana.edu.co/bitstream/handle/10818/34959/Monograf%c3%ada%20bio%c3%a9tica%20y%20cp%20.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Jiménez-Barbosa, W. G., & Acuña, J. S. (2022). Inclusion of oral health procedures funded by the Colombian government and possible effects on Dentistry's practice. *Health Care Management and Professional Practice Issues*, 41, 1–15.
<https://doi.org/10.11144/javeriana.uo41.iohp>
- Ladera, M. I., & Medina, C. G. (2023). La salud bucal en América Latina : Una revisión desde las políticas públicas. *Salud, Ciencia y Tecnología*, 1–11.
<https://doi.org/10.56294/saludcyt2023340>
- López, I., Urrea, J., & Navarro, D. (2006). Aplicación de la Teoría de Restricciones (TOC) a la gestión de facturación de las Empresas Sociales del Estado, ESE. *Innovar*, 16(27), 91–100.
<https://revistas.unal.edu.co/index.php/innovar/article/view/19178/20123>
- Mahoney, M. E., Potter, J. L. L., & Marsh, R. S. (2007). Community participation in HIA: Discords in teleology and terminology. *Critical Public Health*, 17(3), 229–241.
<https://doi.org/10.1080/09581590601080953>
- Ministerio de Salud y de Protección Social. (2016). Política de Atención Integral en Salud. *Repositorio Institucional Digital Minsalud (RID)*, 97.
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais-2016.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2006). *Resolución 3577 de 2006. Plan Nacional de salud bucal. Septiembre 28*, 1–15.
[https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCIÓN 3577 DE 2006.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCIÓN%203577%20DE%202006.pdf)
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2013). Plan Decenal de Salud Pública (PDSP), 2012-2021. *Prosperidad Para Todos*, 12–538.
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/PDSP.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2014a). *Hacia un nuevo modelo de salud: Porque los colombianos tenemos derecho a un servicio de salud oportuno y con calidad*. 11.
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/COM/abc-nuevo-modelo-salud-enero-2014.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2014b). *IV Estudio Nacional de Salud Bucal (ENSAB IV)- Situación en Salud Bucal*.
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENSAB-IV-Situacion-Bucal-Actual.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). *Rutas integrales de atención en salud-RIAS 2016*. 1–24.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/05-rias-presentacion.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2017). *Modelo Integral de Atención en Salud - MIAS. Plan de capacitación sectorial.*

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/01-pais-mias-capacitacion-sectorial.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2021a). *Modelo de asistencia técnica regional unificado para la implementación del Plan Decenal de Salud Pública PDSP, 2012 - 2021.*

1–53. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/1/ASISTENCIA%20TECNICA%20PDSP.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2021b). *Resolución 2292 de 2021. Por la cual se actualizan y establecen los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC). 23 de diciembre de 2021.*

https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%202292%20de%202021.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (2022a). *Plan Decenal de Salud Pública-PDSP 2022-2031. abril 2022.*

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/documento-plan-decenal-salud-publica-2022-2031.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2022b). *Propuesta de redefinición de características de operación de hospitales públicos.*

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PSA/estudio-oferta-servicios-primarios-hospitales-publicos.pdf>

Mohammadi, J., Hines, S. &, & Kay, F. (2015). Effectiveness of professional oral health care intervention on the oral health of residents with dementia in residential aged care facilities : a systematic review protocol. *JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, 13(10), 110–122. <https://doi.org/10.11124/jbisrir-2015-2330>

Molina-Marín, G., Álvarez-Ochoa, P. A., & Oquendo-Lozano, T. (2014). La salud pública en la agenda de los gobiernos municipales de seis ciudades colombianas, periodos 2008-2011 y 2012-2015. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 13(27), 56–79.

<https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgyps13-27.spag>

Molina-Marín, G., Ramírez-Gómez, A., & Oquendo-Lozano, T. (2018). Cooperación y articulación intersectorial e interinstitucional en salud pública en el modelo de mercado del sistema de salud colombiano, 2012-2016. *Revista de Salud Pública*, 20(3), 286–292.

<https://doi.org/10.15446/rsap.v20n3.62648>

Otálvaro, G. J., Zuluaga, S. M., Jaramillo Delgado, G., Ternera Pulido, J. H., & Sandoval Valencia, S. (2019). Políticas de salud bucal en Colombia. Tendencias y puntos críticos para la garantía del derecho a la salud. *Universitas Odontológica*, 38(80).

<https://doi.org/10.11144/javeriana.uo38-80.psbc>

- Páez, G. N., Jaramillo, L. F., Franco, C., & Arregocés, L. (2013). Estudio sobre el modo de gestionar la salud en Colombia. *Estudio Del Ministerio de Salud y Protección Social En Colombia*, 1–164.
[https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/AS/gestionar la salud en Colombia.pdf](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/AS/gestionar%20la%20salud%20en%20Colombia.pdf)
- Pereira dos Santos, A. C., Lucas, S. D., Zina, L. G., Pinto, R. D. S., & Barreiros, M. I. (2019). Factors associated with the inclusion of oral health technicians into the public health service in Brazil. *Human Resources for Health*, 17(1), 2–10.
[https://doi.org/doi.org/10.1186/s12960-019-0371-7](https://doi.org/10.1186/s12960-019-0371-7)
- Pinzón, L. V. (2019). *Modelos de atención en salud bucal para la primera infancia: Revisión Temática*. [Tesis de pregrado- INVBOCA Universidad el Bosque]
https://repositorio.unbosque.edu.co/bitstream/handle/20.500.12495/2477/Pinzon_Falla_Laura_Vanessa_2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Remuzgo, M., & Remuzgo, S. E. (2022). *Gestión de políticas públicas de salud bucal desde la perspectiva de los operadores y gestores locales en Ate-Vitarte y Santa Anita, 2017*. 22(3), 48–59. [https://doi.org/https://doi.org/10.24265/horizmed.2022.v22n3.06](https://doi.org/10.24265/horizmed.2022.v22n3.06)
- Salazar, A. (2014). *La Instrumentalización del derecho fundamental a la salud a través de la prestación del servicio público* [Tesis de posgrado, Universidad Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario]. <https://repository.urosario.edu.co/server/api/core/bitstreams/60f0d798-09e9-4aeb-83f5-609d72c87f10/content>
- Schumacher, T. L., Alston, L., Wakely, L., Latter, R., Squires, K., Heaney, S., & Brown, L. J. (2022). Characterizing the Health of Older Rural Australians Attending Rural Events: Implications for Future Health Promotion Opportunities. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(5), 1–15.
[https://doi.org/doi.org/10.3390/ijerph19053011](https://doi.org/10.3390/ijerph19053011)
- Silva de Souza, T., & Roncalli, A. (2007). Saúde bucal no Programa Saúde da Família: uma avaliação do modelo assistencial. *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro*, 23(11), 2727–2739.
<https://www.scielo.br/j/csp/a/dWWFKyHp7G5jVB8zxrVXsZf/?format=pdf&lang=pt>
- Suárez, L. F., Puerto García, S., Rodríguez, L. M., & Ramírez, J. (2017). La crisis del sistema de salud colombiano: una aproximación desde la legitimidad y la regulación. *Rev. Gerencia En Políticas de Salud, Bogotá, Colombia*, 16(32), 34–50.
<https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps16-32.cssc>
- Suaza, T. M. (2018). *Propuesta de un modelo de gestión de conocimiento para una IPS pública de 1 nivel de atención establecida en el municipio de Toguiú (Boyacá)* [Tesis de posgrado, Pontificia Universidad Javeriana].
https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/35394/Trabajo%20de%20Grado_Maurel%20Suaza_28062018.pdf?sequence=3&isAllowed=y

- Teixeira, L. G., De Lacerda, J. T., Nickel, D. A. & Traebert, J. (2016). Proposta de um modelo de avaliação da atenção pública à saúde bucal da criança TT - Proposal of a model for the evaluation of public oral health care for children TT - Propuesta de un modelo de evaluación de la atención pública a la salud oral de niños. *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro*, 32(3). http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2016000300701
- Uprimny, R., & Durán, J. (2014). Equidad y protección judicial del derecho a la salud en Colombia. *Políticas Sociales Serie 197- CEPAL- Publicación de Las Naciones Unidas*, 1–70. https://www.cepal.org/sites/default/files/publication/files/36758/S2014181_es.pdf
- Vaca, C. (2015). El plan de beneficios de Colombia ¿Qué lecciones nos deja? *División de Protección Social y Salud - Banco Interamericano de Desarrollo* , 1–15. <https://doi.org/https://doi.org/10.18235/0000210>

Anexo A

Encuesta estructurada sobre la experiencia de la salud bucal en el municipio de Chinácota

Encuesta sobre la experiencia de la salud bucal en el municipio de Chinácota año 2021					
Nombre:	Edad	Sexo	M - F - Otro	Muestra:	20
				cantidad de la muestra	%
1	Ha asistido a programas de promoción y prevención de enfermedades en el municipio y/o en el hospital de la región?				
	a si			16	80%
	b no			4	20%
2	En cuanto al cuidado de su salud bucodental diario				
	a siempre tiene tiempo para el cuidado de su boca			12	60%
	b casi siempre tiene tiempo			7	35%
	c Nunca tiene tiempo para el cuidado de su boca			1	5%
3	Ha tenido problemas para ser aceptado en un grupo social por el aspecto de su boca?				
	a siempre			4	20%
	c nunca			16	80%
4	Ha tenido problemas para ser aceptado en un trabajo por el aspecto de su boca?				
	a siempre			4	20%
	c nunca			16	80%
5	Considera que el problema de su boca se debe a:				
	a dientes faltantes			7	35%
	b dientes en malposicion			5	25%
	c dientes manchados y sucios			1	5%
	d mal aliento			7	35%
	e otros			0	
6	Ha asistido a consulta Odontológica alguna vez en su vida				
	a siempre			17	85%
	b regularmente			3	15%
	c nunca				
7	Su atención por Odontología la realizó en :				
	a La IPS de la red de su EPS			3	15%
	b Por particular			5	25%
	c en IPS pública (hospital)			12	60%
8	Cuales son los elementos que debe emplear para el cuidado de su boca?				
	a crema dental +cepillo+seda dental+enjuague			10	50%
	b cepillo dental +crema			2	10%
	c asistir en forma regular al Odontologo			6	30%
	d sana alimentacion			2	10%
	e todas las anteriores			0	0%

Fuente: Elaboración propia del autor considerando datos del ENSAB IV del 2014

<i>Encuesta sobre la experiencia de la salud bucal en el municipio de Chinácota año 2021</i>						
Nombre:	Edad	Sexo	M - F - Otro	Muestra:	20	
				cantidad de la muestra	%	
9	Requiere Usted del uso de una prótesis dental para poder realizar su masticación y su labor diaria					
	si			10	50%	
	no			10	50%	
10	Si necesita la prótesis dental, ha podido Usted realizar el tratamiento de su prótesis					
	si			6	30%	
	no			14	70%	
11	Si necesita la prótesis, el motivo por lo que no se ha podido realizar es por falta de recursos económicos					
	si			12	60%	
	no			8	40%	
12	Usted considera que la secretaria de salud o su EPS debería ofrecerle otro tratamiento dental adicional					
	a si			17	85%	
	b no			3	15%	
13	Cuál tratamiento adicional requeriría?					
	a Prótesis dentales			5	25%	
	b Ortodoncia			6	30%	
	c Periodoncia			6	30%	
	d Cirugía Oral y Maxilofacial			3	15%	
	e Endodoncia			0		
14	Porque requeriría ese tratamiento adicional de Odontología?					
	a Por la falta de dientes			6	30%	
	b por mal aliento en su boca			6	30%	
	c por tener malposición dental			5	25%	
	e se lo recomienda el Odontólogo			3	15%	
15	Cuál es la causa de que se produzca caries dental en sus dientes?					
	a por mala higiene de su boca			12	60%	
	b por consumir alimentos con azúcar (dulces)			4	20%	
	c por no asistir a control con el Odontólogo			2	10%	
	d por una mala alimentación			1	5%	
	e otras			1	5%	

Fuente: Elaboración propia del autor considerando datos del ENSAB IV del 2014

<i>Encuesta sobre la experiencia de la salud bucal en el municipio de Chinácota año 2021</i>						
Nombre:	Edad	Sexo	M - F - Otro	Muestra:	20	
				cantidad de la muestra	%	
16	Cuál es la causa de que le sangren las encías ?					
	a por mala higiene oral o no cepillarse			8	40%	
	b por caries dental			3	15%	
	c por infecciones en la boca			3	15%	
	d no lo sabe			2	10%	
	e por cepillarse fuerte			4	20%	
17	Considera que las enfermedades de su boca pueden producir enfermedades en su cuerpo					
	a sí			14	70%	
	b no			6	30%	
18	Considera Usted que las enfermedades de su cuerpo afectan la salud de su boca					
	a sí			15	75%	
	b no			5	25%	
19	Cuál es el motivo de porqué no consulta al especialista en Odontología para mejorar su aspecto					
	a Falta de dinero			13	65%	
	b No hay en la región			3	15%	
	c falta de tiempo			2	10%	
	d no lo considera necesario			2	10%	
20	Usted pertenece a una organización social en el barrio, localidad, lugar de estudio o trabajo que promueva actividades de interés para su comunidad					
	a sí			5	25%	
	b no			15	75%	
21	Usted pertenece a organizaciones que desarrollan actividades sobre la salud bucal en la región					
	a sí			3	15%	
	b no			17	85%	
22	Usted pertenece a organizaciones que desarrollan actividades sobre la salud general en la región					
	a sí			6	30%	
	b no			14	70%	
23	El hospital, la alcaldía o el consejo municipal de su región lo ha invitado a reuniones para conocer su experiencia en el cuidado de su salud bucal					
	a sí			4	20%	
	b no			16	80%	

Fuente: Elaboración propia del autor considerando datos del ENSAB IV del 2014

Anexo B

Encuesta estructurada sobre modo de vida y salud bucal de la población de Chinácota

<i>Encuesta sobre modo de vida y salud bucal de la población de Chinácota a personas entre los 20 y 79 años</i>			
Nombre	EDAD:	SEXO: M- F-OTRO	
1	En su opinión, ¿Qué es tener una boca sana?	Cantidad muestra	%
a	no tener caries ni los dientes dañados	8	40,0%
b	tener los dientes blancos y parejos	2	10,0%
c	no tener mal aliento	6	30,0%
d	cuidarse usando los elementos de aseo para la boca	2	10,0%
e	no tener sangrado en las encías	2	10,0%
2	¿Hace cuánto tiempo que tiene la prótesis/dentadura actual?		
a	menos de 1 año	2	10,0%
b	entre 1 y 9 años	10	50,0%
c	entre 10 y 20 años	6	30,0%
d	mas de 20 años	2	10,0%
3	¿Durante su jornada diaria tiene tiempo para el cuidado de su boca?		
a	nunca	1	5,0%
b	casi nunca	0	0,0%
c	casi siempre	10	50,0%
d	siempre	9	45,0%
4	¿Después de finalizar su jornada diaria usted le dedica tiempo al cuidado de su boca?		
a	nunca	1	5,0%
b	casi nunca	0	0,0%
c	casi siempre	7	35,0%
d	siempre	12	60,0%
5	¿Por el aspecto de su boca alguna vez usted ha perdido la oportunidad de conseguir un empleo o de ser aceptado en un grupo social?		
a	si	5	25,0%
b	no	15	75,0%
6	¿Cuál es la razón para usar los servicios del consultorio particular (que no hace parte de la red de la EPS)		
a	la atencion es más rápida	6	30,0%
b	me queda mas cerca	5	25,0%
c	necesitaba tratamiento que la EPS no cubre	4	20,0%
d	no me gusta la atención que me brinda la EPS	5	25,0%
7	¿Considera que el estado de su boca ha afectado negativamente sus relaciones con otras personas ?		
a	si	12	60,0%
b	no	8	40,0%

Fuente: Elaboración propia del autor considerando datos del ENSAB IV de 2014

<i>Encuesta sobre modo de vida y salud bucal de la población de Chinácota a personas entre los 20 y 79 años</i>			
Nombre	EDAD:	SEXO: M- F-OTRO	
8	Cree Usted que la salud bucal es responsabilidad de:		
a	del Estado	1	5,0%
b	de cada persona	13	65,0%
c	del Estado y la persona	6	30,0%
d	ninguna de las anteriores		
9	Cuando ha solicitado el servicio de salud bucal se lo han negado		
a	si	5	25,0%
b	no	15	75,0%
10	Cual razón le han proporcionado para no atenderlo en el hospital cuando requiere el servicio de salud bucal		
a	no hay cita disponible en el momento	2	10,0%
b	no estar afiliado al Sistema de salud	2	10,0%
c	El tratamiento no lo cubre el plan de beneficios en salud	6	30,0%
d	siempre me atienden	10	50,0%
11	¿Por qué razón decide cambiar el cepillo de dientes?		
a	cuando las cerdas han perdido la forma	5	25,0%
b	cuando se ve sucio	8	40,0%
c	cuando lastima la encía	3	15,0%
d	periodicamente sin importar su uso	4	20,0%
12	Cuando fue la última vez que fue a consulta con el Odontologo		
a	antes de 1 año	13	65,0%
b	entre 1 a 2 años	5	25,0%
c	hace mas de 2 años	2	10,0%
13	Cual fue el principal motivo de consulta al Odontologo		
a	para tratamiento	6	30,0%
b	por prevención	5	25,0%
c	por mal aliento	5	25,0%
d	por urgencia	4	20,0%
14	Conoce Usted cual es la red prestadora de los servicios de salud bucal de su EPS o la de su entidad territorial		
a	si	4	20,0%
b	no	16	80,0%

Fuente: Elaboración propia del autor considerando datos del ENSAB IV de 2014