

LA SALUD BUCAL ES UN PRIVILEGIO DE CLASE SOCIAL

Ritba Camila Peñuela Munévar

**Universidad El Bosque
Facultad de Medicina
Especialización en Salud Familiar y Comunitaria
Bogotá
2020**

LA SALUD BUCAL ES UN PRIVILEGIO DE CLASE SOCIAL

Ritba Camila Peñuela Munévar

Directora: Irene Parra-García

Trabajo de Grado para Optar por el Título de Especialista en Salud Familiar y Comunitaria

**Universidad El Bosque
Facultad de Medicina
Especialización en Salud Familiar y Comunitaria
Bogotá
2020**



La Universidad EL BOSQUE no se hace responsable de los conceptos emitidos por los investigadores en su trabajo, solo velará por el rigor científico, metodológico y ético del mismo en aras de la búsqueda de la verdad y la justicia

Agradecimientos

“El agradecimiento es la memoria del corazón” –Lao Tse

Mi más sincero gesto de agradecimiento a mi familia por el constante apoyo y cariño incondicional. A mis docentes y amigos de la Universidad el Bosque, a mi asesora de investigación por haberme brindado una mano amiga, orientación y conocimientos en el proceso de este trabajo.

Resumen y palabras clave

El nivel socioeconómico es considerado como el determinante social con mayor influencia en el estado de la salud bucal de las familias y comunidades de Colombia. Este ensayo se centra en describir el impacto que tiene en la salud bucal, en lo económico y social. Considerando que la salud es parte fundamental del estado de la salud bucal. Participan en la salud bucal diferentes determinantes, educativos, culturales, económicos y sociales que integran el contexto de cada familia y su comunidad y la forma de reorganización frente al proceso de salud-enfermedad. Se concluye la fuerte influencia del nivel socioeconómico en la capacidad de las familias y comunidades en el acceso a tratamientos y actividades específicas en la prevención de enfermedades bucales, además de los rituales y creencias como una alternativa de menor costo.

Palabras clave: salud bucal, salud familiar, determinantes sociales de la salud, derecho a la salud, calidad de vida, nivel socioeconómico y enfermedades bucales.

Abstract y key words

Socioeconomic level is considered as the social determinant with the greatest influence on the oral health status of families and communities in Colombia. This essay focuses on describing the impact it has on health, economically and socially. Considering that general health is a fundamental part of the state of oral health. Different determinants, educational, cultural, economic and social, that integrate the context of each family and its community and the way of reorganization facing the health-disease process, participate. It concludes the strong influence of the socioeconomic level on the capacity of families and their community in access to specific treatments and activities in the prevention of oral diseases, in addition to rituals and beliefs as a lower cost alternative.

Key words: oral health, family health, social determinants of health, right to health, quality of life, socioeconomic status and oral diseases

La salud bucal es un privilegio de clase social

La salud bucal es parte fundamental de la salud. Esta es definida por La Asociación Dental de Canadá “como un estado en el que las estructuras dentó faciales se relacionan entre si y generan un bienestar entre lo físico, mental y social” (1). La salud bucal fortalece la calidad de vida a través de la funcionalidad y la estética, además de ser un derecho para todos (2). Este concepto, está determinado por las condiciones culturales y socioeconómicas en las que se desarrolla cada persona y su familia (3). La familia se considera un factor protector ante las tensiones de la vida cotidiana, incluidas las enfermedades bucales. En la familia se forman hábitos, creencias y valores destinados al mantenimiento de la salud y la capacidad de utilizar mecanismos que proporcionen salud y bienestar (4).

El estado de salud bucal está condicionado por el nivel socioeconómico de la persona (3). El nivel socioeconómico bajo tiene un patrón repetitivo en el que la pobreza contribuye a aumentar el consumo de azúcar en su dieta, disminuye el uso de elementos de higiene bucal, presenta una baja capacidad económica para acceder al servicio odontológico y aumenta las enfermedades, lo que genera mayor pobreza al afectar la productividad del individuo (5).

La caries y las periodontopatias son alteraciones progresivas de origen multifactorial, entre ellos bacterias que destruyen el tejido de los dientes y su sostenimiento (6). Pueden presentarse en todos los momentos del ciclo vital. En Colombia aproximadamente el 47,7% de la población presenta alguna de estas enfermedades (7). Son las enfermedades bucales más comunes y representan un reto para la salud familiar y comunitaria dado que permite identificar las condiciones específicas de una comunidad para aplicar estrategias que contribuyan con la calidad de vida, el bienestar y el fortalecimiento de acciones colectivas e individuales en áreas de la vida cotidiana, incluida la familia (8).

A continuación, se relacionan conceptos fundamentales para la salud bucal y los determinantes sociales en salud de las familias y comunidades, la estrecha relación del nivel socioeconómico con el

estado de salud bucal, de qué forma las creencias populares y rituales intervienen en el bajo nivel socioeconómico y preservan la salud bucal. Se describen las coberturas en odontología y los lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social-Minsalud. Y se finaliza con la descripción de la influencia de los indicadores económicos en la salud bucal.

Salud bucal y determinantes sociales en salud

La Asociación Dental de Canadá define la salud bucal “como un estado en el que las estructuras dentó faciales se relacionan con el sistema estomatognático y genera un bienestar entre lo físico, mental y social” (1). Es decir, las personas se auto perciben de forma positiva al disfrutar la vida, poder hablar, masticar, saborear la comida, alimentarse y participar de relaciones sociales. Además, transmitir emociones a través de su expresión facial contribuye con la calidad de vida y bienestar. En Colombia, esta idea de salud bucal es posible por el alto número de costumbres destinadas al autocuidado de la población (1).

Este concepto difiere al de la Organización Mundial de la Salud - OMS que establece (9): para gozar de bienestar y calidad de vida es necesaria la total ausencia de dolor oro facial, caries, Edentulismo, defectos congénitos como labio leporino o paladar hendido, enfermedad periodontal o cáncer oral. Se considera esta definición como insuficiente ya que se debe tener en cuenta la percepción de salud que tiene cada individuo y si esto limita sus capacidades y cómo repercute en su bienestar psicosocial (4). En efecto es de vital importancia conocer la salud bucal de Colombia de forma colectiva, en este caso a nivel nacional.

En Colombia se cuenta con el Estudio Nacional de Salud Bucal - ENSAB IV, cuyo objetivo es describir las condiciones en salud bucal de los colombianos, acercarse a los determinantes sociales en salud, para la construcción de políticas, planes y proyectos. Como se observa en la Tabla 1 la caries aumenta con el incremento de edad y a su vez incrementa el número de dientes perdidos (7). La caries es una enfermedad destructiva del tejido de los dientes (10). y la prevalencia de la pérdida total o parcial de los dientes por enfermedad, se conoce como Edentulismo (11).

Tabla 1. Prevalencia por edades de enfermedades bucales en Colombia 2014 (7).

AÑOS	Prevalencia de caries (%)	índice COP (promedio de dientes) (#)	Prevalencia de Edentulismo Parcial (al menos un diente perdido) (%)	Prevalencia de Edentulismo Total (%)
1 año	5,89	0,19		
3 años	43,77	1,85		
5	52,20	2,82		
12	37,45	1,51		
15	44,49	2,35	15,28	0
18	47,79	3,17	19,67	0
Entre 20 y 34	52,81	5,98	45,49	0-
Entre 35 y 44 años	64,73	11,05	82,69	0,50
Entre 45 y 64 años	61,11	15,25	95,32	7,43
Entre 65 y 79 años	43,47	20,55	98,90	32,87

Fuente: Estudio Nacional de Salud Bucal (ENSAB IV) (7).

Así mismo, a los cinco años de edad existe una prevalencia de caries del 52,2%. Debido al alto número de dientes cariados en los primeros años de vida, se infiere que no hay un acompañamiento familiar que reafirme las prácticas de autocuidado durante estos años. A partir de los 20 años hay pérdida de dientes a causa de la grave extensión de la lesión cariosa. Como se observa en la tabla 1, hay un promedio de 5,9 dientes cariados, obturados y perdidos por persona en este rango de edad. Además del enfoque de campañas en pro de la salud bucal destinado mayormente a población infantil y escolar, y se ha dejado de lado la educación en jóvenes y adultos (7).

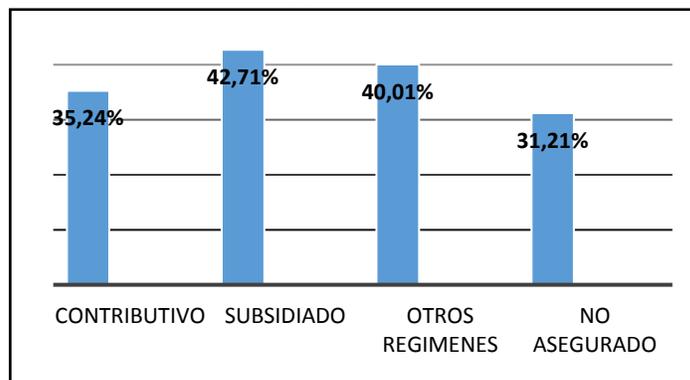
Por otra parte, según el ENSAB IV la prevalencia de enfermedad periodontal indica un 21,9% a los 18 años de edad, para el grupo entre 35 y 44 años de edad la prevalencia de periodontitis moderada es de 48,2%, el grupo entre 45 a 64 años presenta un 20,3% y por último el grupo entre 65 y 79 años presenta un porcentaje de 25,9% de enfermedad periodontal (7).

Igualmente, El ENSAB IV identificó que no se brinda información para aumentar los conocimientos en cuidados bucales, entre ellos: técnicas de cepillado y uso de seda dental, controles periódicos por

odontología, dieta saludable y baja en alimentos pegajosos. Al mismo tiempo, buena parte de la población en Colombia no cuenta con los recursos sociales y económicos para poner en práctica estos cuidados. Especialmente la población en condiciones de vulnerabilidad, por ejemplo, quienes viven en áreas rurales, alejados de centros de atención en salud y con bajos recursos, niños menores de 5 años con historia de caries y adultos mayores sin acompañamiento en el autocuidado, personas con baja capacidad económica para acceder a bienes y servicios en salud bucal (7). Por esta razón, se asocian las variables económicas con la aparición de enfermedades bucales que afectan el estado de tejidos y de soporte.

Por otro lado, en la Grafica 1 se observa que de acuerdo al régimen de afiliación al sistema general de seguridad social en salud- SGSSS, el porcentaje de enfermedad periodontal es menor en el régimen contributivo con un 35,24% comparado con el régimen subsidiado que corresponde a un 42,71%. Al mismo tiempo el 40,01% de las personas presentan enfermedad periodontal, a pesar de estar afiliadas a otros regímenes en salud. Este resultado podría ser un reflejo de la baja capacidad económica en la salud bucal de los colombianos. Por tanto, es necesario indagar cuales podrían ser las causas asociadas para que exista mayor prevalencia de estas patologías en las personas que pertenecen al régimen subsidiado y como se pueden prevenir (7).

Grafica 1. Índice de extensión de Enfermedad Periodontal según régimen de afiliación en la población de 18,20 a 79 años en Colombia- ENSAB IV (7).



Fuente: IV Estudio nacional de salud bucal, ENSAB IV (7).

La Comisión de Determinantes Sociales de la Salud - CDSS de la OMS afirma que en la salud bucal influyen de forma significativa las “circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud, la falta de acceso o acceso inadecuado a los servicios y los estilos de vida” (12). Es decir, la salud bucal está determinada por el contexto de los individuos y sus colectivos tanto como el resto de la salud. Por ello para la epidemiología social europea, la clase social, la posición económica y la estructura social se identifican como determinantes estructurales de la salud, asociados a condiciones de naturaleza macro con respecto a lo político, económico, social y gubernamental (13).

El Informe Lalonde en 1974 expone los siguientes cuatro grupos de determinantes de la salud tras un estudio epidemiológico (14):

- Medio Ambiente
- Estilos De Vida
- Biología Humana
- Atención Sanitaria

De acuerdo al grupo de determinantes sociales de la salud, las comunidades constituyen grupos socioeconómicos, que de acuerdo a los riesgos o procesos beneficiosos propios tendrán una calidad de vida producto de su forma de producir y consumir. Lo que dará como resultado diversos perfiles y patrones de salud para cada grupo social (15). En la IPS Universitaria de Medellín se encontró que los factores determinantes de la salud general de los individuos y comunidades influyen en la salud bucal. Se han enfocado en actividades de demanda inducida que contribuyan con la promoción de la salud y la

prevención de la enfermedad, por lo cual la salud bucal toma un papel importante dentro de las Políticas Públicas Nacionales (16).

Los estudios en Colombia coinciden con la relación entre los determinantes sociales de la salud, especialmente el nivel socioeconómico y el resultado de la salud bucal. Tal como lo indica el estudio realizado en niños menores de seis años en la comuna 20 de Cali Tabla 2. En los niños afiliados al régimen subsidiado y contributivo la presencia de caries fue el principal motivo para buscar atención odontológica. También hay una estrecha relación entre el hacinamiento y el desarrollo de enfermedades bucales. Debido a los pocos recursos económicos, el sometimiento permanente a la carencia social, económica y ambiental (17).

Tabla 2. Análisis de la oferta de los servicios por caries según la afiliación y los determinantes sociales en niños menores de 6 años (17).

VARIABLE	Ingreso	Educación	Hacinamiento	Vivienda	Edad	Trabajo	Caries	Total	N
CARIES									
NO AFILIADO	27,4			33,3	42			100	3
SUBSIDIADO	1,6		11,9				86.	100	
CONTRIBUTIVO	2,2	36,6				6,4	54,8	100	
TOTAL	1,8		9,5				88,8	100	

Fuente: Estudio de fichas de salud familiar de las familias intervenidas en la comuna 20 de Cali, 2011 (17).

La CDSS y el Observatorio Nacional de Salud Bucal en Medellín, plantean que las condiciones sociales, culturales, económicas, educativas de los padres o cuidadores de los niños, al igual que la baja presencia de un adulto en el fortalecimiento de acciones de autocuidado en los niños, el bajo acceso a servicios odontológicos y/o elementos de higiene bucal, aumenta la oportunidad de desarrollar enfermedades bucales (17). Hace que el número de dientes cariados y obturados sea mayor en el estrato uno que el cinco (18).

Por otra parte, Restrepo y col. Llevaron a cabo un estudio en 120 niños menores de seis años de preescolar en Anapoima, Cundinamarca. Dicho estudio consistió en aplicar una encuesta a las familias de los niños donde se encontró relación entre la caries de los niños y las bajas condiciones socioeconómicas de las familias (19). Al mismo tiempo Gussy y Col. Realizaron un estudio sobre el nivel de conocimiento de buenas prácticas bucales en una zona rural de Victoria, Australia. Se pidió a los padres de niños entre 1 y 2 años que viven en áreas rurales identificar la causa más importante de caries en los niños. Como resultado la mayoría de los encuestados seleccionaron (20):

1. No limpiar los dientes todos los días
2. Aperitivos dulces y bebidas entre comidas
3. El 10% de encuestados pensaban que la infección por bacterias era la causa principal de la caries.
4. Menos del 10% de los encuestados creen que el uso de biberón causa caries

Teniendo en cuenta el último estudio nombrado, considera que los niños presentan caries por vivir en el área rural y tener un nivel socioeconómico bajo. Además, sugiere que poseer conocimientos de las posibles causas de las enfermedades bucales y no contar con los recursos económicos, aumenta el riesgo de desarrollar las mismas y afecta la calidad de vida de las familias (20).

Salud bucal de familias y comunidades

La salud familiar se define por la OMS como el conjunto total de salud de cada uno de los miembros (21). Al mismo tiempo, se considera un equilibrio entre los elementos internos y externos que componen el grupo y la capacidad de la familia, para adaptarse y superar eventos como la enfermedad (22). Este conjunto de personas que constituyen una familia es considerado un punto intermedio entre lo individual y lo colectivo, por lo cual es un medio favorable o desfavorable para el desarrollo de salud, enfermedad y contribución con los determinantes sociales (23).

La salud bucal es uno de los componentes menos trabajados en salud familiar. Dado que está pensada a partir de lo biológico, desde la promoción acentuada en enfermedad. “La salud bucal al igual que la odontología, se encuentra fragmentada y súper especializada con un énfasis asistencial que ha perdido conexión entre el individuo, la colectividad y su entorno” (24). Como hallazgo se sigue asumiendo que la salud bucal está basada en la idea de morbilidad y comorbilidad y es importante por su enfoque bioclínico (24).

Conviene resaltar la influencia familiar en las prácticas de cuidado bucal aprendidas en el hogar o en la comunidad (25). Son precisamente las familias y comunidades quienes establecen prácticas de autocuidado frente a los posibles riesgos en salud bucal. Muchas de estas prácticas están relacionadas con sus creencias personales, por tanto, pueden considerarse parte del ritual familiar (26). Esto se relaciona con el ritual de prácticas de autocuidado, a partir del modelo decir, mostrar y hacer, (padres o cuidadores), enseñan actividades enfocadas a mejorar la salud bucal (27).

De igual modo la Psiquiatría, considera que participar en rituales familiares, forma y conforma al individuo, lo sostiene y mantiene un equilibrio entre los acontecimientos de la vida. El ritual busca mejorar la salud bucal, mediante prácticas culturales. “Funciona como un elemento para mantener y crear la estructura social de familias y comunidades” (28). A partir de su aplicación se forja una identidad y se fundamentan hábitos y costumbres, dentro del cual hay un tiempo destinado al autocuidado durante el cepillado y este ayuda al proceso de responsabilidad y educación (29). El ritual en salud es considerado como un simbolismo que utiliza la administración de hierbas, magia o religión con el fin de sanar enfermedades (28).

De la misma manera las creencias populares durante varios años han sido de ayuda a la hora de prevenir y tratar enfermedades bucales, además de influir en la calidad de vida de las comunidades. Debido a la experiencia del grupo social que la práctica, y su efecto positivo se han difundido en las personas y se siguen poniendo en práctica (30). Las costumbres y creencias son consideradas erróneas a

partir de la medicina científica, aunque igualmente se consideran útiles para la vida. Lo anterior afirma que las creencias populares y los rituales familiares tienen mejor efecto en la promoción de la salud, debido a su enfoque comunitario y familiar. Es pensado como una actividad cultural con mayor efecto en necesidades de la salud (31).

No tener en cuenta la importancia de las creencias populares como ayuda en la prevención y promoción en salud bucal, explica la falta de educación en el proceso formativo como profesionales de la salud en el área de culturas médicas tradicionales y la implementación del enfoque intercultural establecido en la Política de Atención Integral en Salud-PAIS (26).

Se describen las siguientes creencias populares de la salud bucal más comunes en las comunidades (30):

- Durante el embarazo, el feto sustrae todo el calcio de la gestante. Lo que podría causar la pérdida de los dientes sin importar las prácticas de autocuidado. Esto conlleva a las mujeres embarazadas ser conscientes de aumentar la frecuencia de hábitos y controles por odontología (30).
- Los adultos mayores hacen uso de hierbas medicinales y la extracción total de los dientes, como acción curativa frente al dolor dental o como alternativa de mejor accesibilidad económica. Esto le permite mejorar sus síntomas temporalmente, hasta conseguir una atención odontológica (32).
- Algunos padres de familia de bajo nivel socioeconómico, tienen la creencia de tratar el dolor dental de los niños mediante oraciones o uso de enjuagues a base de plantas medicinales. La mayoría de padres creen que no es importante el cuidado de los dientes de los niños por su proceso de exfoliación (25).

Salud bucal como un derecho y cobertura en seguridad social.

Se identifica la salud bucal como un derecho. Es “dependiente e indispensable para el ejercicio de otros derechos humanos” (33). Para poder disfrutar de este, es necesario contar con el siguiente conjunto de bienes, servicios y condiciones (33):

-Atención sanitaria oportuna y apropiada para la satisfacción de la salud bucal. Mediante un tratamiento adecuado, y la prevención de enfermedades bucales.

- La educación para la adquisición de conocimientos en autocuidado para el individuo y la familia.

- El acceso a agua limpia y potable, y las condiciones sanitarias adecuadas, son aspectos claves en procesos del cuidado de la salud bucal.

- Una nutrición adecuada baja en alimentos azucarados y pegajosos disminuye el riesgo de desarrollar enfermedades como la caries.

La bioética al igual que los derechos humanos considera la salud bucal como un bien público. tiene por conceptos claves la equidad, igualdad y justicia (33). Además, su deber es proteger y asegurar en igualdad de condiciones el derecho a la salud, incluyendo la salud bucal (34). La bioética reconoce este derecho basado en “la visión del paciente como un ser holístico” (35). Incorporado por múltiples derechos y contextos. La satisfacción del derecho a la salud bucal permite “alcanzar la sobrevivencia humana basada en la dignidad” (35).

De igual modo la calidad de vida está directamente relacionada con la capacidad de poseer un conjunto de bienes, servicios y condiciones que propendan el derecho a la salud bucal (36). La calidad de vida está conformada por un conjunto de elementos que influyen en el bienestar social. Como la percepción subjetiva acompañada de valores, el contexto cultural, socioeconómico y el “grado de satisfacción con la boca y la funcionalidad” (2). El déficit en salud bucal como el dolor dental, acompañado de la pérdida de múltiples dientes, inflamación y sangrado de las encías, entre otras condiciones. Afectan la calidad de vida de los individuos, sus familias y comunidades (36).

Legislación de salud bucal en Colombia

La salud en Colombia está regulada por el Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS. Este sistema tiene lineamientos en atención en salud bucal establecidos en la Resolución 3280 del 2018

por Min Salud, cuyo propósito es operar la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud. Estos lineamientos técnicos se enfocan en el ciclo vital y la frecuencia de procedimientos clínicos. Además, dejan rezagada la prevención al dirigir la educación para la salud bucal al grupo familiar con alguna situación que lo amerite o requiera profundizar en el cuidado (37).

El SGSSS establece cobertura universal del servicio de salud en Colombia a través del Plan Obligatorio de Salud –POS. Este es un conjunto de servicios básicos a los que todo ciudadano tiene derecho, establecidos en la Resolución 3512 del 2019 (38). Sobre la atención en salud bucal el POS incluye la consulta odontológica programada, urgencias e interconsulta con ciertas especialidades, así como los procedimientos de endodoncia, operatoria dental, odontopediatría, cirugía bucal y maxilofacial, y rehabilitación (6): Únicamente mediante prótesis mucoso portadas totales. Todo lo que está cubierto está pensado como atención a ciertas condiciones de salud que se consideren vitales (38).

La cobertura universal está pensada a través de dos regímenes: contributivo para aquellos que trabajan y aportan a su afiliación y la de sus familias, y subsidiado cuya afiliación es cubierta por el Estado a través de diferentes sistemas de compensación. La única diferencia de la cobertura de los regímenes de afiliación es el tratamiento mediante prótesis dentales mucoso portadas totales. Para el régimen contributivo son cubiertas para los cotizantes con un ingreso base de cotización igual o inferior a dos salarios mínimos legales mensuales vigentes -SMLMV. Mientras que para que el régimen subsidiado la cobertura es para todos los afiliados (38).

Sin embargo, el mayor inconveniente es que la cobertura del POS excluye los siguientes procedimientos por ser considerados estéticos (38):

- “Periodoncia (excepto el Detartraje supra gingival, alisado radicular campo cerrado y el drenaje de colección periodontal)
- Implantología

- Prótesis parcial (dentomucosoportada o puentes)
- Tratamientos de ortodoncia
- Blanqueamiento dental
- Enjuagues bucales, cremas dentales, cepillos y seda dental”

Dado el alto costo de los procedimientos considerados estéticos, las familias de bajo o medio nivel socioeconómico optan por tomar tratamientos más asequibles como lo es la extracción completa de sus dientes (39). Por esta razón la prevalencia de Edentulismo va en aumento según los resultados del ENSAB IV. Sumado a los altos costos de los tratamientos estéticos, y la falta de recursos económicos se interfiere el derecho a la salud bucal, la calidad de vida y las funciones normales del sistema estomatognático (7).

En Colombia además de estas barreras de acceso provocadas directamente por la legislación, existen otras barreras que intensifican la desigualdad en el derecho a la salud relacionadas con (40): escasa infraestructura, materiales y personal en centros de atención en salud; grandes distancias y costos entre los hogares al centro de atención, oferta de servicios de baja calidad, recursos disponibles según tipo de afiliación; demoras en la programación de las citas y desconfianza de los pacientes hacia los profesionales en salud (40).

Lo que esto desencadena es el aumento de alternativas de tratamiento no reguladas que pueden cumplir su cometido, pero también pueden provocar daños mayores en la salud y la integridad de las personas. Como es representado en la Tabla 3, ante la imposibilidad de acceder a servicios de salud, las familias y comunidades de bajos niveles socioeconómicos toman alternativas de autocuidado y tratamiento que tomen en cuenta sus creencias y rituales o simplemente deciden no actuar frente a la situación, lo que es uno de los mayores riesgos (40).

Tabla 3. Alternativa a la demanda por servicios médicos (40).

Alternativa a la demanda	% de personas
Uso de remedios caseros	34,9
Auto receta	29,3
Boticario, farmaceuta, droguista	21,8
Nada	10,7
Consulta a un tegua, empírico, curandero, yerbatero, comadrona	2,4
Asistió a terapias alternativas (acupuntura, esencias florales, musicoterapias, homeópatas, etc.)	0,9
Total	100

Fuente: (40).

Para las comunidades y poblaciones con alto riesgo de adquirir enfermedades bucales, como lo son (7): aquellas personas que viven en zona rural, alejadas de centros de salud y presentan un bajo nivel socioeconómico, aquellas que no cuentan con la capacidad económica de adquirir bienes y servicios en salud bucal, entre otras. Ha sido necesario repensar una solución a sus problemas en salud y hacer uso de alternativas como las nombradas anteriormente, debido al alto costo de los procedimientos odontológicos considerados estéticos (7). En definitivo es necesario tener en cuenta los determinantes sociales en salud de familias y comunidades para identificar las desigualdades en cuanto a servicios odontológicos y de esta forma superar las barreras de acceso (40).

Nivel socioeconómico y su relación con la salud bucal

El nivel socioeconómico es uno de los determinantes sociales con mayor influencia en la salud bucal (5). A partir del contexto económico y la clase social se ejerce una influencia en el estado de salud bucal de las comunidades (41). Es decir, a partir del acceso a bienes y servicios se determina el disfrute del derecho a la salud bucal, la calidad de vida y la reproducción social (42). Existen varios indicadores de medición para el nivel socioeconómico en Colombia, entre estos se encuentra (5):

Estrato socioeconómico: es una caracterización de los productos, bienes y servicios de las sociedades. Se reconoce como un intento de clasificación según la posibilidad de acceso. Al mismo tiempo es una estratificación donde se caracteriza la inserción económica del hogar y la disponibilidad de los recursos económicos (41). La desigualdad entre los estratos socioeconómicos sugiere inequidades y dificultades para acceder a la atención en servicios odontológicos. Hay una sugerente brecha en el número de dientes cariados y obturados en el estrato uno comparado con el cinco. Por tanto, se relaciona con la alta capacidad de acceso a programas de salud bucal en estratos altos (43).

De igual manera se asocia el bajo nivel socioeconómico con el desinterés del autocuidado, el mal uso de elementos de aseo personal y bucal, se incrementa el riesgo de desarrollar enfermedades bucales y la baja posibilidad de acceder a un servicio que prevenga o trate adecuadamente. Es evidente que el deterioro de la salud bucal está relacionado con la ausencia de prácticas de cuidado bucal. En relación con las desigualdades socioeconómicas generalizadas, ingresos bajos, baja posición social y desempleo. Estos posibles factores no permiten un control por odontología dada la prioridad de cada familia con pocos recursos económicos como lo es la alimentación diaria y el rebusque (44).

Ingresos económicos: Es la manera en que los hogares obtienen sus ingresos y como los distribuye. A través del Índice de Gini, Colombia muestra una desigualdad del 58,6. Esto sugiere inequidad en la distribución de los ingresos entre las cabeceras municipales, los centros poblados y áreas rurales dispersas, y su distribución constante durante el tiempo (45). Esta desigualdad ubica a Colombia en el puesto 75 entre 177 países, al mismo tiempo en la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos 2006-2007 tabla 4 se encontró que el 59,9% de los hogares en Colombia ganaba menos de dos (SMLMV), lo cual indica que más de la mitad de la población no tiene un ingreso económico alto (46).

Tabla 4. Distribucion de ingresos por rango salarial-2006-2007 (46).

Rango de salarios	% de hogares
Total nacional	100
Menos de 1 salario mínimo	32,1
De 1 a menos de 2 S.M	59,9
De a 2 a menos de 3 S.M	14,0
De 3 a menos de 4 S.M	8,2
De 4 a menos de 5 S.M	5,2
De 5 a menos de 6 S.M	3,0

Fuente: DANE, encuesta nacional de ingresos y gastos 2006-2007 (46).

Se considera que el salario bajo del individuo y su familia está asociado con el desarrollo de enfermedades bucales. Teniendo en cuenta la carencia económica, influye de forma negativa en la calidad de la alimentación, bajo acceso a elementos de higiene bucal, servicios y tratamientos de rehabilitación por ser considerados estéticos y de alto costo en la consulta privada. Además, se destaca la alta influencia de los comportamientos negativos y hábitos nocivos en salud bucal que hacen que las patologías bucales incrementen en número (35).

Se sustenta que la experiencia de caries y enfermedades bucales es mayor en un 91% en niños cuyos padres no reciben un salario, porcentaje significativamente alto comparado con la experiencia de caries del 75% en niños cuyos padres si reciben un sueldo, lo que coincide con la idea central de este ensayo en el que la atención en salud bucal es un privilegio al que muy pocos en Colombia pueden acceder, y por ende se pierde la calidad de vida y bienestar. De igual importancia, los datos de pobreza e indigencia en Colombia no están distribuidos equitativamente (42).

De acuerdo con la Dirección Nacional de Planeación hay un 49,2% de pobreza y un 14,7% de indigencia. La Encuesta Nacional de Demografía y salud establece indicadores basados con la disponibilidad de los recursos en el hogar, pero habla de un 51,5% de pobreza. El Centro de Estudios Económicos Regionales confirma la situación de pobreza en Colombia valorando aspectos como los ingresos y otros indicadores comparativos (43).

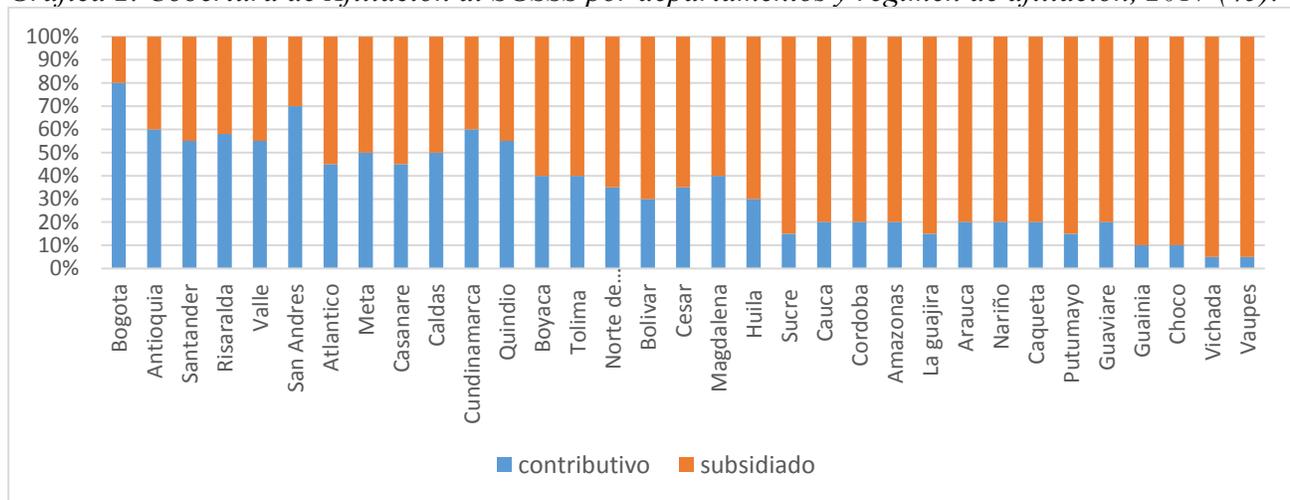
De este modo el 14,7% de personas que se encuentran en estado de indigencia no tienen las mismas oportunidades en cuanto a bienestar social y protección en salud. La falta de recursos económicos y la imposibilidad de afiliación a un régimen en salud, dificultan el acceso a elementos básicos de higiene bucal, crema dental y cepillo, atención odontológica, agua limpia y potable, asentamiento en condiciones sanitarias no adecuadas. La carencia de estos elementos afecta las prácticas de cuidado, calidad de vida, y el derecho a la salud bucal. Se considera necesaria la integración a programas de promoción y prevención en salud, a personas en gran estado de vulnerabilidad en términos funcionales, sociales, psicológicos, para la expresión general de bienestar y salud (43).

Nivel de Educación: la educación está relacionada con la capacidad económica y el acceso a servicios educativos (4). El nivel de escolaridad bajo en madres, padres y abuelos, se asocia significativamente con el desarrollo de enfermedades bucales en los niños a su cuidado. La mayoría de los cuidadores presentan incompleta la primaria y la secundaria (47). Este incremento se asocia con el desconocimiento de las causas de enfermedades bucales o la baja capacidad económica para llevar a cabo actividades que propendan las prácticas de higiene bucal. Un mayor nivel de educación puede desempeñar un doble papel protector en la salud bucal. Por una parte, los conocimientos permiten participar del cuidado bucal, y de igual forma permite una mejor inserción en el trabajo u ocupación. Por lo que genera mayores ingresos y de esta forma adquirir servicios y bienes que favorezcan la salud bucal y general (42).

Cobertura de afiliación al SGSSS: Es un indicador del nivel socioeconómico, de acuerdo con el (SGSSS), asociado a la capacidad de pago y de ingresos económicos. Para el 2017 el 90,54% de la población del país se encontraba afiliada. Como se observa en la Grafica 3, Hay un porcentaje similar al de afiliados al régimen subsidiado comparado con el régimen contributivo. En la mayoría de los departamentos de Colombia, el mayor porcentaje de afiliados pertenece al régimen subsidiado (45). Como se ha hablado anteriormente el régimen de afiliación está relacionado con el alto número enfermedades bucales (48).

En el régimen subsidiado, otros regímenes y personas no afiliadas hay mayor presencia en el aumento de enfermedades bucales. Dadas las escasas capacidades para asumir el transporte, el consumo de elementos en salud bucal, copagos y demás gastos que trae la atención en salud. Por tanto, la pobreza es la barrera más relevante en el hecho efectivo del derecho a la salud y el acceso a la atención (49).

Grafica 2. Cobertura de Afiliación al SGSSS por departamentos y régimen de afiliación, 2017 (45).



Fuente: Análisis de situación en salud ASIS, 2017 (45).

La distribución inequitativa de los recursos económicos pone a más de la mitad de la población colombiana en la pobreza. Concretamente la inequidad en salud se convierte en un problema para los más pobres por tener menor posibilidad de acceder a la atención en salud, por los obstáculos que el bajo nivel socioeconómico genera en la adquisición de servicios odontológicos (49).

La razón por la cual el nivel socioeconómico está asociado a la salud bucal y general se conoce como “un factor importante en el constructo teórico multidimensional que cubre circunstancias financieras y sociales” (50). Estas circunstancias socioeconómicas se miden a través de indicadores que representan dimensiones que no pueden ser iguales para todos, debido a las diferencias propias de cada familia y comunidad (50).

Conclusiones

Al tratar de explicar la definición de salud bucal, la OMS centró su concepto en el aspecto clínico. Por lo que no tiene en cuenta los determinantes en salud que condicionan la aparición y el desarrollo de las patologías bucodentales (33). Para complementar el concepto de salud bucal es necesario tener en cuenta las condiciones en las que vive cada persona y la influencia en el bienestar de cada familia y comunidad (9). De esta manera se visibiliza a la salud bucal como un reflejo de las inequidades socioeconómicas, en las que se incluye el SGSS y las coberturas en odontología (16).

Adicionalmente las inequidades socioeconómicas acompañadas de otros determinantes sociales de la salud indican diferencias importantes entre las clases sociales. En este sentido, el estado de salud de las comunidades depende de las estrategias que consideren las condiciones de vida que miden los indicadores económicos (35). De igual forma, los indicadores económicos limitan el acceso a la atención, especialmente a los afiliados al régimen subsidiado (7). El nivel socioeconómico y la educación influyen en el estado de salud bucal. El aislamiento social y económico afecta la comunicación y la vida social. De modo que afecta el bienestar y la calidad de vida (16). Esto concuerda con la idea de la salud bucal como un privilegio para la clase social.

El gradiente social en salud sugiere que el mal estado de salud de la población se relaciona con la desigualdad de la condición social. Se centra en los grupos socioeconómicos y explica la desigualdad a través de indicadores como el nivel de ingreso, nivel de educación, clase social, régimen de afiliación. A través de los cuales la salud se distribuye de manera desigual. Además, acepta la asociación entre el estado de salud bucal y el nivel socioeconómico. Dado que las personas con nivel socioeconómico bajo no tienen la capacidad para acceder y disfrutar de mayor número de bienes y mejores servicios (50).

Recientemente las políticas públicas en salud de Colombia, han tomado en cuenta las diferencias socioeconómicas y los determinantes sociales en salud como actividad de promoción y prevención de enfermedades (16). Además de integrar un enfoque familiar y comunitario. A pesar de implementar este enfoque, se establece como hallazgo que en los lineamientos en salud bucal no se siguen las recomendaciones e instrucciones del reconocimiento de los determinantes sociales de la salud en sus procesos y actividades establecidos por la PAIS (26).

De igual manera los lineamientos en salud bucal establecidos por Min Salud se consideran carentes de actividades que incentiven al autocuidado y la intervención familiar y comunitaria en salud bucal. no toman en cuenta las creencias populares y rituales como mecanismos adaptativos en la salud (37). El uso de rituales y creencias como el uso de medicinas naturales para el dolor dental, hierbas medicinales como enjuague bucal, el aumento en la frecuencia del cepillado por razones distintas a la caries. Han surgido como medida de prevención en salud bucal de bajo costo (28). Es decir, estas prácticas populares llevan a cabo la autogestión familiar y auto resuelven problemas cotidianos como puede llegar a ser un dolor dental, antes de poder acceder a la atención odontológica (26). Por otro lado, El reconocimiento de la salud bucal como derecho favorece el empoderamiento de las comunidades y familias frente a los cambios fisiológicos o del SGSS (49).

Aunque las enfermedades bucales no son causa de mortalidad, interfieren en el bienestar y la calidad de vida de las familias. Al prolongar estados de dolor se impide la función normal del sistema estomatognático. De esta forma se afecta el componente funcional, estético y holístico (2). El ENSAB IV, señala que la presencia de enfermedades bucales es directamente proporcional a la edad. A partir de los 5 años de edad hay un alto porcentaje de caries, hasta llegar al rango entre los 65 y 79 años de edad. En este último rango aumenta la prevalencia de dientes perdidos por caries. Se observa el índice de dientes cariados, obturados y perdidos de 20 dientes por persona, Tabla 1. Estos datos son la muestra de

la falta de cuidado en la salud, y el reto para quienes trabajan en pro de la salud bucal, de tomar en cuenta los determinantes sociales en salud, específicamente los que establecen un grado de vulnerabilidad, carencia social y económica (7).

Se relaciona el aumento progresivo de las enfermedades bucales con la falta de educación a padres y cuidadores y la falta de recursos económicos para evitar el progreso y aparición de enfermedades bucales en niños a su cuidado desde edades tempranas (7). Lastimosamente poseer conocimientos de las posibles causas de enfermedades bucales, no es suficiente si no se cuenta con los recursos económicos que respalden la adquisición de bienes y servicios en salud. De esta forma, se asocia con el incremento de patologías bucales que afectan la calidad de vida y el bienestar de las familias (20).

Referencias Bibliográficas

1. Canadian Dental Association. Uniform System of Codes and List of Services. Ottawa: CDA, 2001. Disponible en: www.cda-adc.ca/en/oral_health/complications/index.asp
2. Urrea SA, Suárez AA, Vergel FL, Orozco CL, Herrera ÉE, López AP, Gómez EJ. Calidad de vida y salud bucal: Perspectiva de adultos mayores atendidos en la red hospitalaria pública de Medellín, Colombia. Gerencia y Políticas de Salud. 2015 Dec 9;14(29).
3. Ramírez MD, Paniagua SS, Hernández JD, Beltrán HS, Reyes Durán JF, Acosta Torres LS. Componentes culturales que influyen en la salud bucal. Salud (i) ciencia (Impresa). 2015:294-300.
4. Ayuda-Pascual R, Llorente-Comi M, Martos-Pérez J, Rodríguez-Bausá L, Olmo Remesal L. Measurements of stress and family impact in the parents of children with autism spectrum disorders before and after taking part in a training programme. Rev Neurol. 2012; 54(1): S73-80.
5. Ortiz F, Rosas G, Gómez N, Simg A, Bonfiglio V, Oloarte M, Factores socioeconómicos y salud bucal en la comunidad de Mapachapa Veracruz, Rev. N° 16 Art 168, 2017; 5(1) 12-15.
6. Esparza SF, Galaviz LA, Vázquez BH, Rosas CY, Fonseca CG. Estado nutricio, Caries y Enfermedad Periodontal en Adolescentes de Zacatecas. Investigación Científica. 2019 Nov 19;13(1):14.
7. Ministerio de Salud. IV Estudio Nacional de Salud Bucal ENSAB IV. Situación en Salud Bucal. Para Saber Cómo Estamos y Saber Qué Hacemos. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENSAB-IV-Situacion-Bucal-Actual.pdf>
8. Feizi A, Aliyari R, Roohafza H. Association of perceived stress with stressful life events, lifestyle and sociodemographic factors: a large-scale community-based study using logistic quantile regression. Comput Math Methods Med. 2012; 12:12- 24. doi:10.1155/2012/151865
9. Bucodental OMS. Centro de Prensa. Nota Informativa N 318. Febrero 2007. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/es/>
10. López ME, Prevención Dental; unidad docente interdisciplinaria de ciencias de la salud, facultad de odontología, Veracruz 1986, (online) Disponible en: <http://cdigital.uv.mx/bitstream/123456789/30075/1/Lopez%20Ramirez.pdf>

11. Matarrita Quirós F, Edentulismo en el área de Barranca Puntarenas, Universidad Latinoamericana de Ciencia y Tecnología;2010 (online) Disponible en: <http://bb9.ulacit.ac.cr/tesinas/publicaciones/040456.pdf>
12. World Health Organization. Closing the gap in a generation. Health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: WHO; 2008 Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/en/
13. Arellano OL, Escudero JC, Moreno LD. Los determinantes sociales de la salud: una perspectiva desde el Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales sobre la Salud, ALAMES. Medicina Social. 2008 Nov 9;3(4):323-35.
14. Villar Aguirre M. Factores determinantes de la salud: Importancia de la prevención. Acta méd. peruana [Internet]. 2011 Oct [citado 2020 Ene 21]; 28 (4): 237-241. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S172859172011000400011&lng=es
15. Breilh J, Granda E. Investigación de la salud en la sociedad: Guía pedagógica sobre un nuevo enfoque del método epidemiológico. Investigación de la salud en la sociedad: Guía pedagógica sobre un nuevo enfoque del método epidemiológico 1982. Ecuador. Centro de Estudios y Asesoría en Salud.
16. Duque-Duque VE, Tamayo-Castrillón J, Echeverri-Cadavid PA, Gutiérrez-Osorio AY, Sepúlveda-Correa D, Giraldo-Ramírez O, Agudelo-Suárez AA. Calidad de vida relacionada con la salud bucal en adultos mayores que consultan a la IPS Universitaria de Medellín y sus factores asociados. Rev. CES Odont. 2013; 26(1) 10-23.
17. García Zapata LM, Bergonzoli G. Impacto de la Estrategia de Salud Familiar en la consulta odontológica en menores de 6 años de una Red de Salud Pública de Santiago de Cali. Acta Odontológica Colombiana 2014;4(2):21-28.
18. Ramírez BS, Martínez CM, López V. Funciones esenciales de la salud pública y sus implicaciones sobre la salud bucal colectiva [monografía en internet]. Medellín: Universidad de Antioquia, Observatorio Nacional de la Salud Bucal y la Práctica Odontológica; 2008. Disponible en: <http://onsb.udea.edu.co/>

19. Restrepo-Pérez LF, Usuga-Vacca MV, Cortes A, Rodríguez-Gómez JC, Ortega-Mora JF, Roa-López CA et al. Relationship between social determinants in the family and tooth decay in preschool children from Anapoima, Cundinamarca. *Rev Fac Odontol Univ Antioq*. 2018; 30(1): pp.-pp. DOI: <http://dx.doi.org/10.17533/udea.rfo.v30n1a6>
20. Gussy MG, Waters EB, Riggs EM, Lo SK, Kilpatrick NM. Parental knowledge, beliefs, and behaviors for oral health of toddlers residing in rural Victoria. *Aust Dent J*. 2008; 53(1): 52-60. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1834-7819.2007.00010.x>
21. OMS, Índices estadísticos de la salud de la familia. Informe de un Comité de Expertos. Serie de Informes Técnicos; No. 587. Ginebra: OMS; 1976
22. González Benítez I. Reflexiones acerca de la salud familiar. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. 2000 Oct;16(5):508-12.
23. Ortiz Gómez MT, Louro Bernal I, Jiménez Cangas L, Silva Ayzaguer LC. La salud familiar: caracterización en un área de salud. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. 1999 Jun 1; 15:303-9. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251999000300014&lng=es.
24. Díaz Cárdenas S, Tirado Amador LR, Vidal Madera Anaya M. Odontología con enfoque en salud familiar. *Revista Cubana de Salud Pública*. 2014; 40:397-405.
25. Navarro Viadero KJ, Navarro Viadero MT, Palacio González Y. Creencias y prácticas populares relacionadas en salud oral en adultos mayores del municipio de Pivijay magdalena (barrio las casitas, las mirellas y el jagüey) (Doctoral dissertation, Universidad del Magdalena).
26. Ministerio de Salud y Protección Social. Política de atención integral en salud, PAIS. 2015
27. De los Ángeles Ramírez M, Paniagua SS, de la Fuente Hernández J. Componentes culturales que influyen en la salud bucal. 2015(21): 294-300.
28. Borobio D. Ritos en familia y transmisión. *Familia: Revista de ciencias y orientación familiar*. 2001(22):11-26.
29. Bedoya Bernal LÁ, Rodríguez Higuera LJ. Rituales familiares: Un espacio de análisis desde la experiencia de familias con hijos con discapacidad cognitiva. *Trabajo Social UNAM*. 2015(9):123-38.
30. Rengifo HA. Beliefs about the oral health in pregnant women in three Colombian cities. *Rev. Fac Odontol Univ Antioq* 2009; 20(2): 171-178.

31. Zambrano RE. La familia indígena timote y sus prácticas de salud bucal. Costumbres, creencias y valoraciones. Fermentum. Revista Venezolana de Sociología y Antropología. 2009;19(56):518-29.
32. Luna E, Aristizabal C, Arango AC, Betancur PA, Mejía PN, Ramírez OC. Factores sociales, culturales e históricos que influyeron en la pérdida dental de adultos mayores. Valle de Aburra 2000. CES Odontología. 2001;14(1):13-8
33. Rueda Martínez G, Albuquerque A. La salud bucal como derecho humano y bien ético. Revista latinoamericana de Bioética. 2017 Jan;17(1):36-59.
34. Ferrer Lues M. Equidad y Justicia en Salud: implicaciones para la Bioética. Acta bioethica. 2003;9(1):113-26.
35. Martínez GR, Albuquerque A. El derecho a la salud bucal en la Declaración de Liverpool. Revista Bioética. 2017 Aug;25(2):224-33.
36. Bastidas XA. Relación de calidad de vida y salud oral en la población adolescente. CES Odontología. 2018 Oct 1;31(1):38-46.
37. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución No. 3280 de 2018; 158-164 Disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolución No. 3280 de 20183280.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolución%20No.%203280%20de%2020183280.pdf)
38. Ministerio de Salud Y protección social, Todo lo que usted debe saber sobre el plan de beneficios POS,2014
39. Pazmiño Rivera MF. Influencia del nivel socio-económico en el Edentulismo parcial en una población adulta de 40-50 años tratada en el Centro de Atención Odontológica UDLA (Bachelor's thesis, Quito: Universidad de las Américas, 2017.).
40. Ayala-García J, Ayala-García J. La salud en Colombia: más cobertura, pero menos acceso. Documentos de Trabajo Sobre Economía Regional y Urbana; No. 204. 2014 Jul 2.
41. Regidor E. La clasificación de clase social de Goldthorpe: marco de referencia para la propuesta de medición de la clase social del grupo de trabajo de la Sociedad Española de Epidemiología. Revista Española de Salud Pública. 2001; 75:13-22.
42. Otálvaro Castro GJ, Franco Cortés ÁM, Ochoa Acosta E, Ramírez Puerta S, Escobar Paucar G, Agudelo Suárez AA, Hernández Paternina G, Manrique N. Inequidades en salud de la primera infancia en el municipio de Andes, Antioquia, Colombia: un análisis desde la epidemiología crítica.

43. Suárez AA, Herrera EM. La salud bucal colectiva y el contexto colombiano: un análisis crítico. Gerencia y Políticas de Salud. 2009 Jun 1;8(16).
44. Ortega Quintero CE, Rodas Avellaneda CP. Relación de los factores de riesgo psicosocial y riesgo a caries en adolescentes gestantes y lactantes de Villavicencio.
45. Ministerio de salud y protección social, análisis de situación de salud – ASIS 2017
46. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos. Colombia. 2006-2007.
47. Díaz-Cárdenas S, González-Martínez F. Prevalencia de caries dental y factores familiares en niños escolares de Cartagena de Indias, Colombia. Revista de salud pública. 2010; 12:843-51.
48. Ramírez-Puerta BS, González-Patiño E, Morales-Flórez JL. Experiencia de caries dental en población de 25, 35, 45, 55 y 65 años edad, Medellín (Colombia) 2011. Rev. CES Odont. 2013; 26(2) 36-48
49. Gallego-Gómez CL, Franco-Cortés ÁM. Procesos determinantes del acceso a odontología en niños y niñas durante la primera infancia. Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud. 2019 Jun; 17 (1): 193-206.
50. Medina-Solís CE, Maupomé G, Pelcastre-Villafuerte B, Ávila-Burgos L, Vallejos-Sánchez AA, Casanova-Rosado AJ. Desigualdades socioeconómicas en salud bucal: caries dental en niños de seis a 12 años de edad. Revista de investigación clínica. Agosto de 2006; 58 (4): 296-304.