

Derecho a la atención odontológica segura y de calidad: análisis de la Política de Salud Oral de Bogotá 2011-2021*

Right to safe and quality dental care: analysis of the Oral Health Policy of Bogotá 2011-2021*

Gabriela Rueda Martínez ¹

Aline Albuquerque ²

RESUMEN

El objetivo es analizar la Política de Salud Oral de Bogotá, a fin de comprender su contenido, específicamente en relación a la calidad de los cuidados odontológicos y a la seguridad del paciente. Este examen busca verificar si la anterior política contempla estos elementos como componentes fundamentales del derecho a la salud. La calidad y la seguridad del paciente se constituyen en preocupación para la bioética y para los derechos humanos, porque que la garantía de prácticas clínicas seguras, materializa el máximo respeto a la dignidad del paciente. La Política analizada establece la prioridad de avanzar en la garantía del derecho a la salud oral; sin embargo, su propio marco normativo y estrategias no colocan al paciente como núcleo esencial de dichas actividades, ya que las acciones propuestas no se refieren al derecho de los pacientes a la atención segura. El enfrentamiento de los desafíos en calidad y seguridad, no se articula con las normatividades ya implementadas en el país. Fueron identificadas disonancias con relación a las bases teóricas de la calidad, exponiendo una definición limitada a la prestación del servicio. Las políticas públicas, incluyendo las de salud oral, tienen un carácter dinámico, dirigido a la garantía de los derechos humanos, en este sentido, es recomendable que, todas ellas, se fundamenten en la Bioética y que se adopte como marco de referencia el derecho a la salud, con el propósito de garantizar la totalidad de sus elementos y, por lo tanto, el respeto de la salud como bien ético.

PALABRAS CLAVE:

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

ABSTRACT

The objective of this article is to analyze from human rights perspective, the Oral Health Policy of Bogotá for the decade 2011-2021, in order to understand its content, specifically in relation to the quality of dental care and the safety of the patient. This examination seeks to verify whether said Policy contemplates these dimensions as fundamental elements of the right to health. The quality and safety of the patient constitute a concern for bioethics and for human rights, because the guarantee of safe clinical practices materializes the respect for the dignity of the patient. The Policy analyzed establishes the priority to advance the guarantee of the right to oral health, however, its own normative framework and strategies do not place the patient as an essential nucleus of these activities. The confrontation of the challenges in quality and safety, is not articulated with the regulations already implemented in the country. The dissonances were identified in relation to the theoretical bases of quality, exposing a limited definition to the provision of the service, without considering the adequacy of the social determinants of health. Public policies have a dynamic character, aimed at guaranteeing human rights, in this sense, it is recommended that they be based on bioethics and that the right to health should be adopted as a reference framework, with a view to guaranteeing all of its elements and, consequently, respect for a decent living.

KEY WORDS:

Right to health, bioethics, patient safety, public policies, oral health.

* Artículo original de *reflexión*, resultado de investigación para la tesis doctoral titulada "Seguridad de los pacientes en odontología: reflexiones bioéticas a partir de la perspectiva del derecho a la salud", realizado en el Programa de Posgrado en Bioética de la Universidad de Brasilia.

¹ Odontóloga de la Universidad Santo Tomás Bucaramanga. Especialización en Periodoncia y Medicina Oral de la Universidad del Bosque. Magister en Bioética, de la Universidad de Brasilia.
E-mail: gruedamartinez@gmail.com

² Pos-doctora en Derechos Humanos. Facultad de Ciencias de la Salud. Posgrado en Bioética de la Universidad de Brasilia.
E-mail: alineoliveira@hotmail.com

Citación sugerida

Rueda G, Albuquerque A. Derecho a la atención odontológica segura y de calidad: análisis de la Política de Salud Oral de Bogotá 2011-2021. *Acta Odontol Col* [en línea] 2017,7(1): 41-63 [fecha de consulta: dd/mm/aaaa]; Disponible desde: <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/actaodontocol>

Recibido 28 de noviembre de 2016

Aprobado 30 de marzo de 2017

Publicado 1 de enero de 2017

Introducción

La presente revisión teórica busca examinar, desde la perspectiva de la Bioética y los derechos humanos, la Política de Salud Oral de Bogotá con participación social para el decenio 2011-2021 (1), adoptada por la Alcaldía Mayor de Bogotá y la Secretaría de Salud Distrital, con el objetivo de establecer si la calidad de los cuidados odontológicos y la seguridad del paciente son elementos del derecho a la salud. Es importante resaltar que la alusión a estos elementos se encuentra en el segundo eje estructural propuesto en la Política, denominado, "modelo de gestión y atención de los servicios de salud oral".

Los referentes teóricos de esta investigación es la Observación General n. 14 de 2000 (2), adoptada por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas (CDESC). Este instrumento normativo es reconocido como el principal documento internacional de referencia del derecho a la salud (3). Adicionalmente, será considerado el documento "Quality of care: a process for making strategic choices in health systems" (4), adoptado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), agencia que ha liderado la promoción de la calidad y de la seguridad del paciente a nivel global. Cabe destacar que, en este análisis no serán considerados los avances de la implementación de dicha Política, ya que se pretende examinar únicamente su contenido formulado.

El derecho a la salud consiste en el disfrute de una gama de servicios, bienes e instalaciones disponibles, accesibles, aceptables y de buena calidad que se establecen como fundamentales. Cabe aclarar que la definición de este derecho no se limita a los cuidados en salud, sino que, involucra también el disfrute de condicionantes sociales, tales como el acceso al agua potable, condiciones sanitarias y de vivienda apropiadas, adecuadas ambientes de trabajo, acceso a la educación e informaciones relacionadas con salud (2).

La selección de la calidad de los cuidados odontológicos y de la seguridad del paciente en salud buco-dental, como elementos a ser estudiados en este artículo, se justifica en la escasez de literatura académica referida en documentos internacionales sobre el tema (5, 6), además, se suma la necesidad de contribuir con una revisión teórica de carácter crítico sobre el abordaje de estos elementos del derecho a la salud en el marco de una Política de Salud Oral. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud -OMS, la calidad continúa configurándose como una preocupación seria, que involucra una amplia variedad de estándares entre cada sistema de salud (4). A su vez, la seguridad del paciente ha sido catalogada como problema de salud pública a nivel global, hecho que implica el aumento de los costos en salud, tanto para el individuo como para la sociedad (7). La investigación académica realizada en Colombia, demostró que la baja calidad es una de las causas de la falta de utilización de los servicios de salud general, entre las personas que cuentan con afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (8).

Con base en estas razones, la calidad de los cuidados odontológicos y la seguridad del paciente, se constituyen en preocupación para la bioética y para los derechos humanos, pues la garantía de prácticas clínicas seguras, materializa el máximo respeto a la dignidad del paciente; valor que ha sido considerado parámetro central de estos campos del conocimiento (9).

La concepción de calidad que orienta el análisis de este artículo se basa en la adoptada en la Observación General n.14 de 2000, que la define como "la adecuación de las instalaciones, bienes y servicios, bajo el punto de vista científico y medico" (2). Para esto es requerida la capacitación de

los profesionales de salud, medicamentos científicamente aprobados, equipo hospitalario adecuado y condiciones sanitarias apropiadas y seguras, incluyendo el agua potable.

Los Relatores Especiales sobre el derecho a la salud de las Naciones Unidas, han expuesto la asociación entre la adecuada calidad de los cuidados en salud y la seguridad del paciente (10); de hecho, sistemas de salud que ofrecen servicios de alta calidad, deben cumplir con su atributo, la seguridad, es decir, que la prestación de los cuidados minimice los riesgos y daños al paciente a un mínimo aceptable (4).

Para el alcance del objetivo, este artículo se encuentra dividido de la siguiente forma: primero, será abordado el marco normativo colombiano en salud bucal; en seguida, serán expuestas acepciones sobre la seguridad del paciente y su incorporación en la agenda de salud de este país y por último, será ejecutado el análisis de la Política de Salud Oral de Bogotá, bajo la perspectiva del referencial del derecho humano a la salud. Cierra el artículo la exposición de las conclusiones.

Importa señalar que esta revisión teórica fue realizada siguiendo el método de análisis de prácticas discursivas con producción de sentidos, propuesto por Spink y Gimenes (11), método usado en el campo de la psicología social, cuyo enfoque es el lenguaje utilizado. El análisis de prácticas discursivas permite la comprensión de los sentidos, los cuales, se construyen cotidianamente. Así, la Política de Salud Oral de Bogotá, consiste en prácticas discursivas, generadas por una autoridad regional, dirigida a actores sociales de la salud oral en esta ciudad.

La razón en la que se fundamentó la selección de este método, es que va más allá del simple procesamiento de las informaciones. Implicando un posicionamiento de las autoras de este artículo, frente a los conceptos y teorías expuestos en la referida Política.

Los pasos ejecutados en la aplicación de este método fueron tres. Primero, fue realizada una lectura a profundidad de la Política y una breve presentación de su contenido. Segundo, fueron elaborados mapas de asociación de ideas, que consisten en instrumentos de visualización del proceso de análisis de las prácticas discursivas; estos mapas facilitan la identificación de los repertorios lingüísticos, entendidos como "términos, conceptos y figuras del lenguaje que enmarcan la construcción de los sentidos" (11). Igualmente, los mapas de asociación de ideas permiten la aproximación a las categorías, relacionadas con el objetivo de este artículo y con el marco referencial del derecho a la salud. De este modo, la categorización general que orientó esta revisión fue: a) Contenido del derecho a la salud (determinantes sociales), b). Elementos del derecho en mención y c) Obligaciones estatales. Destáquese que, en cada una de estas categorías generales se enfatizaron las cuestiones asociadas directamente con la calidad de los cuidados odontológicos y la seguridad del paciente. Tercero, fueron realizados interpretaciones y comentarios sobre cada repertorio lingüístico.

Marco normativo de la salud bucal en Colombia

Considerando el propósito de demarcar el panorama de la reglamentación en salud bucal, será revisado brevemente el contenido del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 (12), documento adoptado por el Ministerio de Salud y Protección Social, definido como un pacto social que establece la actuación articulada entre sectores públicos, privados y comunitarios para crear condiciones que garanticen el bienestar de la población y el goce efectivo del derecho a la salud.

Nótese que en el marco conceptual de este documento son presentados abordajes correspondientes a la satisfacción de este derecho; por ejemplo, son considerados los determinantes sociales de la salud, el enfoque diferencial y el enfoque poblacional. Adicionalmente, es aludida la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos (DUBDH), de la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, Ciencia y Cultura, UNESCO; esta, es reconocida como "un instrumento clave que orienta la toma de decisiones complejas en salud pública" (12).

El Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 busca "lograr la equidad en salud y el desarrollo humano" de todos los colombianos y colombianas mediante ocho dimensiones prioritarias y dos transversales, que representan aquellos aspectos fundamentales que, por su magnitud o importancia, se deben intervenir, preservar o mejorar para, así, garantizar la salud y el bienestar de todos los colombianos, sin distinción de género, etnia, ciclo de vida, nivel socioeconómico o cualquier otra situación diferencial. Este Plan expone seis dimensiones prioritarias y la salud bucal está incluida en la dimensión denominada "vida saludable libre de condiciones evitables no transmisibles", que objetiva la promoción e implementación de políticas para el control de las enfermedades bucales, así como, fortalecer la capacidad del país de monitorear las políticas y las intervenciones en salud pública, de acuerdo con el marco normativo global sobre las patologías no transmisibles (12). Es importante aclarar que el Plan Decenal de Salud Pública usa el término salud bucal, y no, salud oral. La diferencia entre estos dos términos, radica en que la salud oral, busca trascender lo orgánico y fisiopatológico, y visibilizar no sólo la boca como parte del cuerpo sino como parte del desarrollo humano.

Así, se establecieron metas puntuales en salud bucal, primero, alcanzar 20% de la población sin caries, enfatizando niños y adolescentes. Segundo, alcanzar 20% de la población mayor de 18 años sin pérdida dentaria, asociada a enfermedad periodontal. De hecho, el IV Estudio Nacional de Salud Bucal (ENSAB) (13), publicado en 2014, reveló reducción en la prevalencia de caries, de 57% a 37% en la población de 12 años. El patrón de disminución de esta patología, también se registró en adultos jóvenes y adultos mayores (13).

Adicionalmente, el Plan Decenal de Salud Pública propone metas colectivas, que influyen en la adecuada salud oral de la población. Estas metas son dirigidas concretamente a la reducción del tabaquismo y alcoholismo, incrementar el consumo de alimentos saludables, disminución de la obesidad en niños, jóvenes y gestantes, fomento de la actividad física en colegios de la red pública y, finalmente, promoción de las prácticas de autocuidado en salud oral desde la primera infancia (12).

Considerando estas metas, cabe resaltar algunos datos sobre el marco situacional en salud oral, específicamente, con respecto a la enfermedad periodontal. El Estudio Nacional en Salud Bucal -ENSAB IV, demostró un aumento de esta patología en todas las edades, en contraste con los datos del ENSAB III, es decir, hubo incremento de 50% a 73% de la población. El estudio encontró razones que justifican esta situación; por ejemplo, las acciones en promoción y prevención en salud bucal, priorizan a los niños y no tienen continuidad en la población de jóvenes y adultos. Por otro lado, las personas no siempre disponen de informaciones y de recursos económicos para mejorar su salud bucal (13).

Considerando este escenario, la literatura académica defiende que las enfermedades bucales no son comprendidas como problemas de salud pública (14), siendo abordadas a partir de intervenciones individuales. Este hecho se suma a la falta de reglamentación del derecho a la salud bucal

en Colombia; el Proyecto de Ley 176 de 2014 (15, 16), que pretendía establecer este derecho, fue archivado en razón de presentar conceptos divergentes con la Ley 1751 de 2015, que reglamenta el derecho a la salud, y con el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. Estas divergencias consistieron en que las definiciones expuestas en el referido Proyecto de Ley, "no son acordes al enfoque y líneas operativas definidas en el Plan Decenal de Salud Pública" (16). Adicionalmente, se explica que este Proyecto de Ley "no mantiene uniformidad en el uso de conceptos como el de salud bucal, establecido por el Ministerio de Salud y Protección Social" (16).

Llama la atención la falta de unanimidad en relación al concepto y utilización de términos en el campo de la odontología, evidente en la presentación de este Proyecto de Ley. Es posible interpretar que esta discrepancia tiene un impacto en el abordaje de las patologías buco-dentales en Colombia, afectando la comprensión de estas condiciones desde una perspectiva colectiva.

En este punto es importante delinear el panorama de las políticas públicas en salud bucal en Colombia. El país contó con Planes Nacionales de Salud Bucal, elaborados en 1996, 1998 y 2005 (17). Este último, enfatizó la salud bucal como componente de la salud general, sin embargo, no formuló estrategias que respaldaran esta afirmación, perpetuando la concepción asistencialista de las patologías buco-dentales (17, 18). A partir de la Resolución 3577 de 2006, adoptada por el Ministerio de la Protección Social, fueron establecidas directrices para un nuevo Plan Nacional de Salud Bucal, que consisten en acción participativa, calidad y acceso (17).

A pesar de la existencia de estas normativas, es conocido que en Colombia, el Sistema de Salud, no considera la prestación de servicios especializados de odontología en el Plan de Beneficios, tal como establecido en el Artículo 35, parágrafo 3 de la Resolución 5592 de 2015 (19), normativa que excluye los tratamientos de periodoncia, ortodoncia, implantes dentales y dispositivos protésicos en boca; todavía, prescribe la exclusión del suministro de cepillos, crema, enjuague y seda dental.

Colombia no cuenta con una Política Nacional de Salud Bucal, por tanto, el enfrentamiento de patologías que son problemáticas para todo el país, es limitado a políticas públicas de ámbito de actuación meramente local. Esta afirmación se basa en datos divulgados en el IV ENSAB, que demuestran la distribución de las enfermedades buco-dentales, por ejemplo, la prevalencia de caries en dentición permanente es mayor en las regiones Atlántica y Oriental (67% y 61% respectivamente); en relación a la prevalencia de edentulismo parcial, sobresalen la ciudad de Bogotá y la región Pacífica (73% y 76% respectivamente) y con respecto a la prevalencia de edentulismo total, aparecen nuevamente Bogotá y la región Pacífica, con porcentaje de 7% (13). Obsérvese que las patologías buco-dentales son distribuidas en todo el país, por tanto, urge la formulación de una política nacional en salud bucal.

Es necesario resaltar avances regionales en relación a estas políticas. Es el caso de la Política de Salud Bucal de Medellín 2013-2022 (20), que contó con un proceso participativo de formulación, conformado por más de cuarenta instituciones y organizaciones sociales. Igualmente, instancias académicas, como la Facultad Nacional de Salud Pública, formó parte activa de dicha propuesta.

En la misma línea, la Facultad de Salud de la Universidad del Valle, también reconoció la necesidad de formular e implementar políticas costo-efectivas orientadas a la disminución de las inequidades en salud bucal. Este reconocimiento se reflejó en la elaboración de recomendaciones al Ministerio de Salud y Protección Social, resaltando la urgencia de incorporar los tratamientos de periodoncia dentro de los planes ofrecidos por el Estado, especialmente, para las mujeres embarazadas y los

pacientes diabéticos, condiciones interrelacionadas con la severidad de la enfermedad periodontal (21). Teniendo en cuenta estos antecedentes y datos en salud bucal, a continuación serán abordadas las propuestas en seguridad del paciente en Colombia.

Seguridad del paciente en la agenda de salud colombiana

Colombia es signataria de los desafíos mundiales propuestos en el marco de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. Esta iniciativa global adoptada en el año 2004, promueve el reconocimiento y el compromiso político entre los Estados miembros, con vistas a la formulación de políticas y prácticas que optimicen la seguridad del paciente. En Colombia, se registran estrategias gubernamentales en este campo, dirigidas por el Ministerio de Salud y Protección Social, las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) (22). A continuación serán explicadas.

Antes de comenzar con la exposición de las estrategias colombianas en seguridad del paciente, cabe referir un antecedente, la Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud, adoptada en 2005 por el Ministerio de Protección Social, cuyo propósito es garantizar el acceso y mejorar la calidad de los servicios de salud, así como, optimizar la utilización de los recursos. En este sentido, la calidad es considerada uno de los ejes a partir de los cuales se desarrollan las propuestas de esta directriz (23).

En el año 2008, el Ministerio de Salud y Protección Social promulgó el marco conceptual de la Política de Seguridad del Paciente (24). La instancia que lidera la implementación de esta Política es el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud (SOGCS), definido como "el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios (...)" (25).

Además de la creación de políticas institucionales, este marco conceptual establece la disminución de los riesgos en los cuidados de salud y la prevención de la ocurrencia de eventos adversos. Otro de sus objetivos es educar a los pacientes y sus familias en el reconocimiento de factores que promuevan su seguridad. Este objetivo confluye con el primer principio orientador referido en el documento; el enfoque de la atención centrada en el paciente (24).

Por otra parte, otra normativa relacionada a la seguridad del paciente, es la Resolución 2003 de 2014, del Ministerio de Salud y Protección Social, que define condiciones de inscripción y habilitación de los servicios de salud. La referida Resolución exige que las instituciones dispongan de un sistema de información de eventos adversos, a fin de conseguir acreditación y habilitación. Con efecto, en el país existe obligación de que las instituciones de salud establezcan estructura, programas y políticas para ejecutar procesos clínicos seguros (26).

Adicionalmente, esta Resolución presenta un "manual de inscripción de prestadores y habilitación de servicios de salud", que consiste en un instrumento que señala los requisitos mínimos para ofrecer cuidados seguros. De este modo son demarcados estándares de habilitación de obligatorio cumplimiento, que se aplican a las siguientes áreas: talento humano, infraestructura, dotación, medicamentos, dispositivos médicos e insumos, procesos prioritarios, historia clínica y registros (26).

La Resolución 2003 de 2014 presenta prescripciones específicas para los servicios odontológicos y establece como proceso prioritario disponer de un programa de seguridad del paciente como condición para la prestación de estos cuidados. Igualmente, establece disposiciones normativas a considerarse durante la atención odontológica, por ejemplo, para la realización de procedimientos quirúrgicos bajo sedación con óxido nitroso, el profesional deberá contar con certificado de formación en este campo y además, deberá estar acompañado de personal de apoyo, encargado de la administración de este medicamento y monitorear los signos vitales del paciente (26).

Adicional a esta Resolución, el Ministerio de Salud y Protección Social creó el Observatorio de Calidad en la Atención de Salud (27), que funciona basado en dos ejes: gestión de la información y gestión del conocimiento sobre calidad. La gestión de la información se fundamenta en los indicadores de calidad, generados a partir de criterios propuestos por las IPS, Empresas Administradoras de Planes de Beneficios y Direcciones Territoriales de Salud. En lo relativo a la gestión del conocimiento, se procura la integración de contenidos sobre herramientas de aprendizaje organizacional, que faciliten la implementación de acciones para mejorar la calidad.

En el ámbito de esta instancia, fueron publicados tres documentos orientadores, dirigidos a las IPS. A continuación, serán presentados en forma breve.

Primero, la "Guía Técnica de Buenas Prácticas Clínicas para la seguridad del paciente en la Atención en Salud" (28) que establece orientaciones dirigidas a los servicios hospitalarios, bien como, a las instancias administrativas del Sistema de Salud. Esta Guía fomenta la apropiación de conceptos necesarios para implementar programas sobre seguridad del paciente; así, estos programas, deben incorporarse a la política de calidad de cada institución. Además define los componentes del programa de seguridad del paciente, enfatizando la gestión y la planeación estratégica institucional, que procura la adopción de comportamientos seguros en los profesionales.

El segundo documento se tituló, "Evaluación de la frecuencia de eventos adversos y monitoreo de aspectos claves relacionados con la seguridad del paciente, que consiste en una herramienta educativa dirigida a los profesionales de la salud, para medir la seguridad del paciente en cada institución (29).

Finalmente, el "Modelo pedagógico", busca fomentar espacios de diálogo con los profesionales de salud en el cotidiano de su desempeño laboral, con el fin de que cumplan con las disposiciones de la Guía de Buenas Prácticas Clínicas, ya aludida (30).

Además de estos tres documentos, fueron publicados dieciséis materiales instructivos dirigidos a los profesionales de salud, sobre procesos asistenciales seguros, abarcando, la detección y prevención de infecciones, identificación correcta de los pacientes y de las muestras de laboratorio, seguridad en la utilización de medicamentos, entre otros. Todos estos materiales instructivos han sido desarrollados considerando el contexto hospitalario (27).

Adicional a las iniciativas a nivel nacional, también se registran otras a nivel local. En 2011 fue presentado el Programa Distrital de Seguridad del Paciente por parte de la Secretaría Distrital de Salud, que contó con el apoyo técnico de la Organización Panamericana de la Salud (OPAS) y de la OMS (31). Este Programa propuso la ejecución de las siguientes actividades: creación de un sistema con el objetivo de registrar y analizar seguimiento a los eventos adversos en las instituciones de salud. En este sentido, fueron realizados cursos de capacitación dirigidos a los profesionales de

salud y funcionarios de hospitales, clínicas e instancias administrativas del Sistema de Salud. Se constata además, la formulación del sistema de notificación de eventos adversos, para que de este modo, sea construida la base de datos sobre seguridad del paciente de la ciudad (31).

Otra actividad consistió en la realización de eventos académicos con el propósito de promover la seguridad del paciente, incorporando la participación del Ministerio de Salud y Protección Social, sociedades científicas y representantes de las instituciones prestadoras de salud. Finalmente, se impulsó la publicación de libros en torno a este tema, especialmente, en relación a cuidados en enfermería seguros (31).

Ante este escenario, es posible verificar la promoción de estrategias gerenciales, institucionales y técnicas para la implementación de la seguridad del paciente en Colombia, delimitadas en la Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud, la Política de Seguridad del Paciente y la Resolución 2003 de 2014 y en las gestiones realizadas por el Observatorio de Calidad en la Atención de Salud.

Considerando este conjunto de políticas y acciones, en la siguiente sección será presentada la Política de Salud Oral de Bogotá.

Política de Salud Oral con participación social para el decenio 2011-2021

Esta sección será subdividida en dos partes, la primera, presentará el contenido de esta Política y su constitución; la segunda, será expuesta la revisión teórica.

Conformación y contenido

La dinámica de las políticas de salud oral en Bogotá inició en 2001, año en que fue formulado el primer documento, sin embargo, su materialización fue efectuada en 2004. Algunas líneas de trabajo registradas desde 2004 hasta 2011 son, promoción de la salud oral en colegios, guarderías e instituciones de protección para niños y adolescentes; formulación de Guías de Práctica Clínica en enfermedades buco-dentales y la implementación del *Subsistema de Vigilancia Epidemiológica en Salud Oral* (SISVESO).

Se debe tener en cuenta que Bogotá desde hace más de 15 años, de manera simultánea a la definición e implementación de la política de Salud Oral, ha venido construyendo el concepto de Salud Oral en el que han participado los diferentes actores y sectores que están comprometidos con el tema. Se hace referencia a la Salud Oral y no bucal como ha sido tradición ya que busca trascender lo orgánico y fisiopatológico, y visibilizar no solo la boca como parte del cuerpo sino como parte del desarrollo humano que permite construir o destruir lo que se quiere o lo que se tiene, atributo propio del ser humano; por esto, define que Salud Oral es más que dientes sanos y encías rosadas, es un indicador del bienestar y la calidad de vida de las personas, que pasan por lo político, económico, social y cultural. Incide de forma importante en los procesos fisiológicos y en las relaciones sociales, desde la comunicación, el desarrollo del lenguaje, la expresión de los sentimientos y afectos. La Salud Oral reconoce al ser humano individual y colectivo desde su integralidad y centra la atención en las personas con sus características relacionadas durante el curso de vida, de los procesos de identidad – diversidad, de las condiciones y situaciones".

En el año 2011 fue adoptada la Política de Salud Oral a ser analizada en este artículo. Esta norma abarca un periodo de diez años, con el objeto de que sus líneas estratégicas de acción tengan continuidad, sin importar el cambio del gobierno en la ciudad. La Secretaria Distrital de Salud es la institución que formula, ejecuta y evalúa las políticas del sector salud en Bogotá (32).

La justificación que sustenta la selección de esta Política es que, Bogotá además de presentar una alta prevalencia de edentulismo total y parcial, fue la primera ciudad que inició la formulación, asesoría y asistencia técnica para la implementación de políticas con el objeto de solucionar las problemáticas de las enfermedades buco-dentales en la población y la superación de las inequidades en grupos sociales específicos (33). Estos grupos son los desplazados por la violencia; según la Consultoría para los Derechos Humanos y los Refugiados (CODHES), Bogotá se constituye en receptora de víctimas de la violencia de todo el país (34). Adicionalmente, examinar si la Política de Salud Oral de Bogotá, establece la calidad de los cuidados odontológicos y la seguridad del paciente, como elementos del derecho a la salud, es una propuesta innovadora que facilita una aproximación al entendimiento de este derecho por parte de la autoridad en salud de la ciudad.

Para comprender la concepción del derecho a la salud oral, adoptado en esta Política, es conveniente evaluar críticamente su contenido. El examen de los repertorios lingüísticos de esta Política, revelará si es coherente con las necesidades de la población, especialmente, en lo relacionado a la calidad de los cuidados odontológicos y la seguridad del paciente. Importa destacar que el análisis de las cuestiones bioéticas relacionadas a la vida y la salud debe trascender y expandirse a los contextos político, económico, social y cultural de las personas. Para tanto, es necesario abordar el contenido de las políticas públicas de salud.

Las políticas públicas son definidas como "acciones intencionales con objetivos a ser alcanzados (...) e involucra procesos de formulación, implementación, ejecución y evaluación" (35). Su formulación e implementación son resultado de la interacción de una red dinámica de actores que disponen de informaciones y percepciones diversas sobre determinada problemática social y que no siempre comparten un interés en común (36).

La Política de Salud Oral de Bogotá se divide en dos grandes partes: la primera se denomina "marco de referencia", conformada por los ámbitos normativo, político, situacional y conceptual asociados a la realidad de salud bucal en la ciudad. La segunda parte presenta su estructura, constituida por cuatro ejes: gestión de la política de salud bucal, modelos de gestión y atención de los servicios en salud bucal, fortalecimiento de la gestión del talento humano odontológico y finalmente, producción y circulación del conocimiento (1). En este artículo, la norma será presentada siguiendo esta misma subdivisión.

Marco de referencia

Esta sección establece el contexto político, normativo, situacional y conceptual de la Política.

El marco normativo presentada varias definiciones de salud, por ejemplo, "la salud es un bien al cual se puede tener acceso o no" (1). También se define salud como un indicador del desarrollo social y humano. Adicionalmente, alude el concepto de salud adoptado por la OMS, enfatizando que esta concepción, está interconectada a aspectos subjetivos como la cultura, creencias e identidad.

En relación al derecho a la salud, se establece que consiste en un compromiso de las naciones, asociado con "la distribución del ingreso, la seguridad social y la protección social, bien como, con la disposición de los servicios (...), programas y acciones en salud pública (1). De este modo, la Política registra que este derecho requiere de Leyes, instituciones y políticas para su disfrute. Cabe destacar que los elementos del derecho a la salud son referidos como "criterios para evaluar el respeto al derecho a la salud" (1).

El marco político presenta algunas aserciones sobre las inequidades en salud y resalta que los determinantes sociales de la salud indican diferencias substanciales entre los grupos poblaciones, destacándolos como factores determinantes de las desigualdades entre países y dentro de ellos. En este sentido, menciona que la mejoría de la salud de los pueblos vulnerables, depende de las estrategias de acción que consideren los determinantes sociales. Los determinantes sociales de la salud oral referidos en la norma son la pobreza, bajo nivel educativo, falta de creencias, tradiciones y cultura en este campo (1).

Establece que los servicios de salud oral son considerados referencia para evaluar el desempeño del sistema de salud, especialmente, en relación a la equidad. Esta concepción se fundamenta en que las patologías buco-dentales son de carácter crónico, hecho que exige la adherencia prolongada del paciente a los servicios; además, estas enfermedades afectan principalmente grupos sociales desfavorecidos económica y socialmente (1). Esta afirmación se interconecta con la asociación irrefutable entre las enfermedades de la boca y las patologías de carácter sistémico y crónico, por ejemplo, diabetes, condiciones cardiovasculares y enfermedades pulmonares obstructivas; ha sido sustentado que los factores de riesgo compartidos como la dieta y el tabaquismo, influyen en el desarrollo de las referidas enfermedades, lo cual, refuerza la idea de que la salud oral es un componente esencial para alcanzar una adecuada calidad de vida.

El marco político de la Política en análisis presenta nociones sobre la participación social en salud y proclama la necesidad de ampliarla en el ámbito odontológico, con vistas a garantizar la vinculación activa de la población, incluyéndola en tareas de diseño, planeación, implementación y seguimiento de la Política. En este sentido, se afirma que "la acción colectiva orientadora de la Política debe ser capaz de garantizar el derecho a la salud bucal" (1).

Nociones sobre diversidad y enfoque diferencial en campo de la salud oral también fueron incorporadas al marco político, definiéndolas como "acciones afirmativas adecuadas a las particularidades de los grupos poblacionales (1). Por tanto, los servicios de salud deberán responder a las necesidades diferenciales, considerando particularmente a las personas en situación de discapacidad, pueblos indígenas y desplazados.

Con respecto al marco situacional, la Política presenta el crecimiento poblacional de Bogotá desde el año 2005 y las proyecciones hasta 2020; igualmente, trata sobre la transición demográfica entre los años 2000 y 2010, demostrando la tendencia al aumento progresivo de su población adulta mayor, hecho que demanda el fortalecimiento de los programas y servicios dirigidos a este grupo. En este punto se alude al fenómeno de la migración forzada que hace a Bogotá, la principal receptora de desplazados del país (1).

El marco situacional se presenta un análisis de la salud oral en Bogotá, formulada a partir de fuentes tales como los Estudios Nacionales de Salud Bucal (ENSAB) y los datos del Subsistema de Vigilancia Epidemiológica de Salud Oral (SISVESO). En las patologías se incluye la descripción

de los datos sobre caries, enfermedad periodontal, fluorosis y labio y paladar fisurado. Adicionalmente, se exponen las características de los servicios de salud de la ciudad, explicando los tipos de contratación y la oferta de servicios odontológicos. Un dato que llama la atención, publicado en un estudio piloto del SISVESO en el año 2007, consiste en que "cerca de la mitad de los niños y niñas con edades hasta los nueve años, nunca habían visitado el odontólogo" (1). Este dato revela inequidades en el acceso a los servicios odontológicos en la población infantil. En este sentido, de acuerdo con el ENSAB III y sus indagaciones sobre representaciones sociales en salud oral, se determinó que 29% de los padres y cuidadores de niños considera que la dentición temporal no necesita de cuidados, en razón de que son dientes que van a desaparecer.

En relación al marco conceptual de la Política de Salud Oral de Bogotá, se aluden conceptos sobre el enfoque de derechos; se afirma que dicha norma asume este enfoque a fin de "enfrentar (...) y resolver los problemas de exclusión, inequidad y pobreza extrema" (1). En esta línea, se presentan conceptos sobre salud oral, promoción de la salud y calidad de vida. Finalmente, se exponen los principios orientadores de la norma; equidad, integralidad y participación social.

Estructura de la Política de Salud Bucal de Bogotá

En la segunda parte del documento se presentan cuatro ejes que integran consideraciones temáticas, problematización y líneas estratégicas de acción.

El primer eje denominado "gestión de la política de salud bucal", problematiza la existencia de disonancias entre las propuestas de las líneas de acción y la ejecución de la Política; estas disonancias consisten en, respuesta social fragmentada a los problemas de salud oral en la ciudad, débil incorporación de la participación social y comunitaria en la Política y los limitados avances en el trabajo intersectorial e interinstitucional. Para tanto se establecen estrategias en gestión, a nivel distrital y local, movilización social por la salud oral, fortalecimiento institucional para la acción intersectorial e interinstitucional por la salud oral y finalmente, gestión de los enfoques de equidad y diferencial en la Política; el objetivo de esta última estrategia es "desarrollar una línea de acción transversal en la Política que asegure la permanencia del enfoque de equidad y diferencial" (1).

El segundo eje, titulado "modelos de gestión y atención de los servicios en salud bucal", problematiza la persistencia de indicadores de enfermedades buco-dentales, por encima del promedio nacional, que se distancia de las metas propuestas en la ciudad. En este sentido, se explica que hay un retroceso en salud oral, ocasionado por la magnitud y extensión de los daños en algunas poblaciones. Estas fragilidades consisten en la persistencia de barreras de acceso y oportunidad de los servicios, falta de adherencia a las Guías de Práctica Clínica, falta de integralidad en la atención, insuficiente desarrollo de los programas de educación en salud, entre otros (1). Es decir, se evidencian pocos avances en la promoción y prevención y adicionalmente, baja capacidad resolutive de los servicios de salud, que son ocasionados por problemas estructurales del Sistema de Salud y por la forma como son desarrollados los programas de salud oral en la ciudad. En respuesta a dicha problematización, se proponen líneas de acción que involucran la gestión de los servicios de salud oral, un nuevo modelo de atención en salud oral basado en premisas ético-valorativas y políticas, mejoramiento de la calidad de los servicios de salud oral, y finalmente, diseño e implementación de sistemas de información y vigilancia epidemiológica.

En lo relativo al tercer eje denominado "fortalecimiento de la gestión del talento humano", se exponen problemáticas que tocan a los profesionales de la odontología, por ejemplo, condiciones

laborales precarias, tipos de contratación y relación desproporcional entre el número de profesionales, lugares de trabajo y necesidades de la población. Así, son propuestas líneas estrategias que se fundamentan en la dignificación de las condiciones laborales, prevención de las enfermedades y accidentes profesionales, educación continuada y fortalecimiento de la relación docencia-servicio (1).

El cuarto eje titulado "producción y circulación del conocimiento", expone la problemática de los escasos de grupos de investigación en las facultades de odontología del país, capaces de garantizar la producción del conocimiento estable, en concordancia con las demandas del campo de la salud oral. En este sentido, describe el campo científico odontológico como "discontinuo, atomizado y fragmentado (...) (1). Se cuestiona sobre la falta de recursos estatales para el financiamiento de las investigaciones y la inexistencia de alianzas para la generación del conocimiento e innovación tecnológica. En las estrategias de acción se delimita la creación y captación del conocimiento en salud bucal y su socialización y democratización.

Habiendo presentado el contenido de la Política de Salud Oral de Bogotá, a continuación, será expuesto el análisis de sus prácticas discursivas.

Mención a la calidad como elemento del derecho a la salud

En el marco político del documento se expone el siguiente enunciado:

Accesibilidad, disponibilidad, aceptabilidad y calidad son criterios con los cuales se puede evaluar el respeto al derecho a la salud (...). Contar con sistemas de salud que atiendan los ciudadanos sin distinción de clase social, raza, religión, género u otras condiciones sociales, es requisito para una vida colectiva digna (1)

Una afirmación vinculada con este enunciado se presenta como sigue

Circunstancias como (...) la inseguridad alimentaria, (...) la mala calidad de la vivienda (...), constituyen factores determinantes de la mayoría de las desigualdades entre los países con respecto al estado de salud, enfermedades y mortalidad de sus habitantes. Para mejorar la salud de las poblaciones más vulnerables del mundo y fomenta la equidad sanitaria, son necesarias nuevas estrategias de acción que consideren estos factores sociales que influyen en la salud (1).

Obsérvese que se expresa el derecho a la salud, sus elementos constitutivos y los determinantes sociales, con énfasis en la necesidad de intervención, con vistas a la superación de las inequidades. Destáquese en este repertorio, la referencia a la calidad de los determinantes sociales, asociada directamente a la seguridad del paciente, es decir, se manifiesta una visión ampliada del derecho a la salud, tal como establecido en la Observación General n. 14, que no se restringe a la calidad de los cuidados en salud. Esta última es presentada en el siguiente fragmento del marco político:

Las barreras que impiden la atención de salud buco-dental equitativa esté al alcance de la población en las Américas son, entre otras [...] la calidad deficiente de la atención de salud buco-dental (1).

Así, se reconoce que la precaria calidad de los cuidados odontológicos es una característica de la atención deficiente y desigual, que a su vez, indica dificultades en la promoción de salud bucal, a pesar de ser reconocida como componente de la salud general. Es posible constatar que la perspectiva de calidad en la práctica odontológica, expresada en estos párrafos, confluye con la adoptada en la Observación General n.14.

En el mismo sentido, la alusión a la calidad como elemento del derecho a la salud, se expresa en el objetivo de la Política, que propone:

Lograr una condición de salud oral a través de la promoción y generación de prácticas sociales protectoras [...] por medio del abordaje de los determinantes sociales y del fortalecimiento del ejercicio de la ciudadanía [...] que garantice el acceso y la calidad en los servicios de salud del Distrito Capital (1).

En este objetivo es posible identificar la confluencia de los tres ejes del derecho a la salud propuestos en la Observación General n.14: los deberes del Estado, concretamente, la obligación de realizar el derecho a la salud; los determinantes sociales y sus elementos. Sin embargo, en estos últimos, no se incorporó la aceptabilidad y la disponibilidad, contrariando las alusiones al enfoque diferencial en salud bucal, expuestas en el marco político de la norma. En este punto se pierde la continuidad del referencial del derecho a la salud en la Política y por tanto del alcance de la dignidad humana.

Reglamentación sobre calidad y seguridad del paciente incorporada en la política pública

Es conveniente enfocar el marco normativo de la Política en examen. Una norma asociada al tema de la calidad, que fue contemplada es el Decreto 3518 de 2006 (37), que:

Crea y reglamenta el Sistema de Vigilancia en Salud Pública. Este Decreto determina conceptos y aspectos operativos básicos del Sistema Nacional y sirve de referente para el Subsistema de Vigilancia Epidemiológica en Salud Oral SISVESO (1).

El Subsistema de Vigilancia Epidemiológica en Salud Oral, tiene el propósito de contribuir con la mejoría de la calidad de la atención odontológica de la población en Bogotá, por medio del análisis epidemiológico de la situación de salud oral, con vistas a orientar a los profesionales de la odontología en la toma de decisiones para la preservación de la misma. Este Subsistema es una estrategia de vigilancia epidemiológica que registra pacientes, identificando en ellos sus enfermedades, de acuerdo con su edad y régimen de afiliación al Sistema de Salud. Así es posible conocer si el paciente necesita de atención y tratamientos.

Es un proceso de monitoreo continuo y sistemático de los eventos de interés en salud oral y la identificación y análisis de los determinantes sociales y de calidad de vida; lo que permitirá obtener información actualizada del comportamiento de los eventos objeto de vigilancia y otras patologías que afectan la cavidad oral, además permitirá la medición permanente de los índices epidemiológicos, utilizados para la identificación del estado de salud oral y la orientación de las intervenciones necesarias a la población, a nivel individual y colectivo.

Igualmente, fue considerado el Decreto 1011 de 2006, que establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud (25), instancia orientada a generar, mantener y mejorar la

calidad de los servicios de salud en el país y que lidera la implantación de la Política de Seguridad del Paciente (24); no obstante, esta Política no fue incluida en el marco normativo de la Política en análisis.

Definición y características de calidad

El segundo eje estructural de la Política de Salud Oral, presenta la definición de calidad, en los siguientes términos

Calidad se define como la prestación de servicios de salud accesibles, equitativos, con un nivel profesional óptimo que toma en cuenta los recursos disponibles y consigue la adhesión y satisfacción del usuario (1).

Esta concepción fue extraída del Decreto 1011 de 2006 del Ministerio de la Protección Social, aludido anteriormente. En seguida, son expuestas las características de la calidad: accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad.

Se constata que esta definición se limita a la prestación del servicio de salud, sin considerar la calidad de los determinantes sociales de la salud oral; es decir, este concepto no refiere que la calidad implica la adecuación científica de las instalaciones, bienes y servicios de salud oral. A su vez, no se enfatiza que la calidad también impone el disfrute de condiciones sanitarias apropiadas y seguras. . En consecuencia, la definición presentada, no converge con el concepto establecido por la Observación General n.14 (2), ni con el proclamado por la OMS (4), en la medida que, la acepción de calidad referida en la Política, involucra a otros elementos del derecho a la salud, tales como accesibilidad y disponibilidad y no destaca a la calidad como la adecuación científica de los profesionales, medicamentos, equipos e instalaciones de salud.

Además, en este concepto de calidad, se verifica la utilización del término "usuario", que evoca la relación con el servicio, pero no con el paciente, manifestando que esta Política de Salud Oral está dirigida al funcionamiento del servicio odontológico, y no a la protección de los derechos de los pacientes que utilizan este servicio (38). Usuario, se distancia del término paciente, que es aquel que presenta un problema de salud, que lo hace buscar ayuda. Este término paciente tiene dos connotaciones en el proceso terapéutico: su vulnerabilidad y su centralidad, es decir, es el paciente, quien comparte junto al profesional de salud, las deliberaciones sobre el curso de su patología, evolución y tratamientos (38).

La Política en análisis presenta las características de la calidad. Es notoria la inclusión de la calidad, en consonancia con lo adoptado por el CDESC y por la OMS; no obstante, se verifica que estas características mencionadas en la Política, no coinciden completamente con lo establecido por estas instancias internacionales. Es decir, las alusiones a la efectividad, eficiencia, equidad y servicios centrados en el paciente, no fueron referidas. En lugar de ello, fueron presentadas otras características como oportunidad, pertinencia y continuidad. A continuación, serán expuestos sus significados, con el propósito de delimitar si tienen o no relación con la calidad:

Oportunidad: es la posibilidad del usuario de obtener los servicios que requiere, sin atrasos que coloquen en riesgo su salud bucal

Pertinencia: grado en el cual los usuarios obtienen actividades, intervenciones y procedimientos odontológicos que requiere, de acuerdo a la evidencia científica.

Continuidad: es el grado en el cual las personas reciben las actividades, procedimientos e intervenciones en salud bucal requeridas, por medio de una secuencia lógica y racional de las actividades, con base en el conocimiento científico (1).

Considerando los conceptos sobre calidad expuestos por la OMS y por el CDESC, es posible constatar, que la noción de oportunidad presentada en la Política, incorpora a la accesibilidad, al destacar la obtención de los servicios en un tiempo razonable. La pertinencia implica la concepción de efectividad, en la medida que, afirma la prestación de los servicios basados en la necesidad de las personas, siguiendo la evidencia científica. A su vez, la continuidad, implica la disponibilidad de instalaciones, bienes y servicios, a fin de que ellos puedan ser prestados llevando una secuencia lógica. Por lo tanto, se observa que la oportunidad y continuidad, están directamente asociados a otros elementos del derecho a la salud, -accesibilidad y disponibilidad-. La pertinencia está más relacionado a la calidad, resaltando los cuidados en salud consonantes con las necesidades.

Protocolos y guías para la seguridad del paciente en odontología

En la exposición de la problemática correspondiente al segundo eje de la Política, fueron identificados obstáculos asociados a la calidad de los cuidados odontológicos y a la seguridad del paciente, conforme enunciado en el siguiente párrafo:

Presencia de eventos adversos producto del incumplimiento de las Guías de Bioseguridad, tales como el lavado de las manos, uso de máscara y procesos de esterilización de los insumos odontológicos. Los problemas de seguridad son relacionados a fallas en el sistema de información, en especial, al mal diligenciamiento de las historias clínicas (1).

Los errores de diligenciamiento de las historias clínicas, entendidos como la falta de registro de las informaciones sobre la salud general del paciente y legibilidad de estas informaciones, están siendo superados a través de esfuerzos del Ministerio de Salud y Protección Social y del Ministerio de Tecnologías de la Información y de las Comunicaciones. Estas instancias impulsan la iniciativa "sistema de salud unificado de Cundinamarca", que implementa el servicio de historia clínica electrónica en 23 hospitales del Departamento, favoreciendo la digitalización de las informaciones sobre los pacientes en un software especializado. Otros departamentos de Colombia ya están incorporando esta tecnología (39).

En relación a las Guías de Bioseguridad, cabe explicar que facilitan la estandarización de los procesos asistenciales odontológicos y ofrecen parámetros que unifican criterios sobre tratamientos y son consideradas "herramientas de calidad, desarrolladas en la perspectiva de la odontología basada en la evidencia 40).

En este contexto, son disponibles guías de práctica clínica en salud bucal para la mujer gestante (41) y la guía de bioseguridad (40). En esta última se unifican los protocolos y normas básicas para el control de la transmisión de infecciones en el consultorio odontológico. Es sabido que hay tres

vías de contaminación en la práctica odontológica: de paciente a profesional, de profesional a paciente y de paciente a paciente (40). Así, esta guía está dirigida a estos actores.

A pesar del incumplimiento de las Guías de Bioseguridad registrado en la Política, se propone la elaboración de guías de atención centrada en las personas, integrando cuestiones biológicas y sociales, incluyendo la población de desplazados, minorías étnicas y persona con discapacidad física y/o intelectual. La búsqueda de estas guías en el *website* de la Secretaría de Salud Distrital y del Ministerio de Salud y Protección Social, no arrojó resultados. Por otra parte, fueron utilizados los siguientes descriptores en las plataformas digitales para la búsqueda de estos documentos "guía salud oral minorías étnicas + Bogotá", "guía salud oral desplazados + Bogotá", "guía salud oral personas con discapacidad + Bogotá". Sin embargo, no fueron encontradas dichas guías.

La Política enfatiza que las redes de prestación de servicios de salud oral deben:

Promover el análisis de alternativas y desarrollo de acciones en red que busquen [...] mejorar la adherencia de los profesionales de la salud a las Guías de Práctica Clínica, a la historia clínica unificada y a las normas de bioseguridad. Entre las alternativas se deberá incluir que la Secretaría Distrital de Salud, realice procesos de capacitación de las Guías de Práctica Clínica, en los cuales se explique sus funciones en la gestión clínica, su flexibilidad, efectividad e impacto [...]. Deberán ser garantizadas las condiciones financieras y materiales para que las Guías de Práctica Clínica sean implementadas (1).

A pesar de esta iniciativa, la Política no enfatiza la responsabilidad de los odontólogos de evitar causarles daño a sus pacientes, a través de la aplicación de las Guías. Además, no resalta valores éticos básicos, para que el profesional y su equipo de trabajo apliquen los protocolos establecidos, favoreciendo la concientización de los riesgos durante la prestación del servicio. De este modo, la Política debe propender para que los profesionales de la odontología, sean conscientes de que la aplicación de estas Guías es una obligación ética. La simple explicación y socialización de su contenido manifiesta que la seguridad de los pacientes en odontología, es limitada a la aplicación de un *check-list* y no es comprendida como el derecho a la atención odontológica segura, necesaria para alcanzar el derecho a la salud bucal. Considerando el carácter dinámico de las políticas públicas de salud y que a través de ellas, el Estado materializa sus prioridades en estrategias, con el objetivo de responder a las necesidades de la población, es plausible inferir que mecanismos para la socialización de las guías de práctica clínica en Bogotá, por sí solos, no son medidas suficientes para prevenir daños y eventos adversos en odontología y alcanzar la protección del derecho a la salud oral.

Calidad de los bienes e instalaciones odontológicas

Adicional a la ambigüedad conceptual de calidad expuesta en la Política, se alude a la presencia de inadecuaciones de las áreas físicas de atención y del instrumental odontológico, imprescindible para la atención calificada. Esta problemática se expresa en la siguiente afirmación:

Dentro del proceso de habilitación que realizaron los hospitales, fueron evidentes problemas de infraestructura, de instrumental odontológico y servicio de mantenimiento. Una nueva propuesta de modelo de atención en salud oral,

debe considerar la adecuación de las áreas físicas actuales y la dotación de instrumental odontológico necesario para garantizar la prestación de servicios de salud oral I, con altos niveles de calidad (1).

Por consiguiente, fue propuesta estrategia que pretende mejorar las condiciones de infraestructura y tecnología de la atención odontológica de los hospitales de la red pública, expresadas en la siguiente forma:

Realizar diagnóstico de necesidades de infraestructura y equipos, análisis técnico, administrativo y financiero de los dispositivos médicos a ser adquiridos [...], realizar el proceso de adquisición, realizar la instalación de los equipos, inicial el protocolo de mantenimiento y control (1).

Partiendo del entendimiento que la mala infraestructura de las instalaciones y el deterioro del instrumental son potenciadores generadores de riesgos y eventos adversos para los pacientes, es cuestionable que esta propuesta se presente desarticulada de las acciones sobre seguridad del paciente, establecidas a nivel local. Es decir, es imprescindible que la solución de esta problemática se integre al Programa distrital de Seguridad del Paciente de la Secretaría Distrital de Salud (31), que objetiva la reducción del riesgo y el alcance de instituciones prestadoras de servicios de salud más seguras.

Condiciones laborales de los profesionales de la odontología

El tercer eje que configura la Política analizada se denomina "fortalecimiento de la gestión del talento humano" y presenta la siguiente consideración:

La Política de Salud Bucal de Bogotá, en su propósito por mejorar la situación de salud bucal de la población [...] con miras a garantizar el derecho a la salud, [...] requiere [...] que el talento humano odontológico (profesionales, auxiliares, promotores, agentes comunitarios), debe estar formado e instruido, y contar con condiciones laborales óptimas que le permitan responder con altos niveles de calidad [...] a las problemáticas de salud bucal en el Distrito Capital (1).

Las precarias condiciones de trabajo de los odontólogos, su baja continuidad laboral y la falta de equipos de adecuada calidad, referidas en la Política, son obstáculos que impiden ofrecer un servicio calificado, que permita proteger al paciente de daños y eventos adversos. Importa resaltar la reciprocidad entre la seguridad del paciente y los derechos de los profesionales de salud. Con efecto, la fatiga y el stress son factores que impactan en la mayor ocurrencia de errores durante la atención (7). Para enfrentar esta situación son propuestas las siguientes líneas estratégicas: dignificación de las condiciones laborales, prevención de enfermedades y accidentes profesionales, educación continua y permanente del talento humano y fortalecimiento de la relación docencia/servicio (1). Resáltese que, la educación continua, presenta las siguientes propuestas de acción:

Calificación permanente del talento humano odontológicos del Distrito Capital, en temáticas relacionadas a las áreas administrativas, investigativas, de salud pública [...], bioseguridad y éticas [...]. El proceso de calificación se puede realizar a través de cursos y espacios de socialización de experiencias (1).

Obsérvese que la capacitación de los profesionales y la mejoría de sus condiciones de trabajo, propuestas en esta Política, convergen con la prescripción de la Observación General n.14, que establece la adecuada formación profesional para asegurar que los bienes, servicios e instalaciones de salud sean de buena calidad. No obstante, la Política enfoca la seguridad del profesional y la optimización de la calidad de los servicios, sin mencionar soluciones inter sectoriales para la seguridad del paciente; es decir, la influencia de la adecuada capacitación de los profesionales de la odontología en la prevención de errores y eventos adversos en la prestación de servicios, no fue señalada en este eje estructural. Esta afirmación orienta a la reflexión sobre la responsabilidad ética y legal de los profesionales de salud en la consideración de los intereses del paciente, dentro de los cuales aparece la calidad de los cuidados. Adicionalmente, el Estado tiene el deber de proveer bienes, instalaciones y servicios odontológicos calificados y seguros.

Se constata además, en este repertorio lingüístico la alusión al término "bioseguridad", que abarca el control de riesgos derivados de la utilización de biotecnologías modernas; estos riesgos se asocian a la vida y la salud de las personas, animales, plantas y medio ambiente (42). En este sentido, la bioseguridad involucra sectores diversos y repercute en otras áreas del conocimiento. Este término se distingue de la seguridad del paciente, que enfoca la reducción de riesgo de daños innecesarios, relacionados con la atención en salud (4).

Conclusiones y recomendaciones

Fue constatado que, no obstante la Política de Salud Oral de Bogotá establece la prioridad de avanzar en la garantía del derecho a la salud oral y de asumir el enfoque de derechos con el propósito de reducir la exclusión social y las inequidades en este campo, su propio marco normativo y estrategias formuladas no colocan al paciente como núcleo esencial de dichas actividades., por tanto, se afirma que los elementos calidad y seguridad del paciente, no son considerados desde la perspectiva del derecho a la salud.

La Política en análisis expone una seria problemática que compromete la seguridad del paciente en el ámbito odontológico, particularmente por la evidencia de la falta de seguimiento de los protocolos de prevención de infección por parte de los profesionales, deterioro del instrumental y equipos odontológicos y fallas en la infraestructura. Considerando que las políticas públicas son acciones organizadas de los gobiernos para responder a los problemas que perjudican el disfrute de la salud oral de la población, en esta investigación fue demostrado que la superación de las dificultades en este campo, no se articula con las normatividades sobre seguridad del paciente, ya implementadas en el país, por ejemplo, la Política de Seguridad del Paciente, adoptada en 2008. Destáquese, que la seguridad del paciente odontológico no ha sido integrada a las acciones en gestión del conocimiento, impulsadas por el Ministerio de Salud y Protección Social. Cabe mencionar que el mejoramiento de estándares de calidad y seguridad del paciente se coadunan al deber estatal de proteger el derecho a la salud, que implica el control riguroso del Estado sobre las instalaciones, bienes y servicios de salud, incluyendo la salud buco-dental.

Adicionalmente, las concepciones y estrategias adoptadas no se refieren al derecho de los pacientes a la atención segura, necesaria para garantizar la satisfacción del derecho a la salud oral. Destáquese el hecho de que en el marco normativo se enfatiza el deber de los servicios de salud de responder a las necesidades diferenciales. En la Política examinada, no fueron aludidas acciones concretas dirigidas a optimizar la calidad y la seguridad en la prestación del servicio odontológico

de las personas con deficiencia física y/o intelectual, pueblos indígenas y desplazados, considerando las particularidades que cada grupo presenta. En este mismo sentido, estrategias sobre calidad y seguridad del paciente, dirigidas a las mujeres, niños menores de cinco años y adultos mayores, tampoco son presentadas, limitándose a la adopción de guías o protocolos de atención por sujetos. Otros grupos que deben ser incluidos en el enfoque diferencial son los pacientes con enfermedades sistémicas y personas privadas de la libertad poblaciones que también demandan inclusión en las acciones de las políticas públicas de salud oral más allá de la formulación de protocolos de atención.

Por otro lado, fueron identificadas disonancias en relación a las bases teóricas de la calidad, exponiendo una definición limitada a la prestación del servicio, sin considerar la adecuación de los determinantes sociales de la salud. Además, fue verificada la inclusión de características de la calidad que no se asocian directamente con este elemento, sino que, se relacionan a otros elementos del derecho a la salud, tales como la accesibilidad y la disponibilidad. El concepto y características de la calidad, son divergentes de las premisas adoptadas por el CDESC y por la OMS, lo que significa incoherencia teórica con estas autoridades. Estas diferencias conceptuales son relevantes en razón de que pueden influenciar negativamente la construcción de estrategias para optimizar la calidad. Con base en estos hallazgos, se afirma que la Política de Salud Oral de Bogotá, no considera la calidad y la seguridad del paciente como elementos del derecho a la salud.

Las políticas públicas tienen un carácter dinámico, dirigido a la garantía de los derechos humanos, en este sentido, es recomendable que su formulación e implementación esté fundamentada en la Bioética, porque acciones en promoción, prevención y rehabilitación en salud oral, ofrecidas bajo los preceptos de la calidad y de la seguridad del paciente, son consideradas necesidades esenciales de la población, que hacen parte del derecho a la salud y que le permiten realizar otros derechos. Además, el Estado tiene la obligación ética de cumplir, respetar y proteger este derecho. Cabe anotar que la salud es considerada un bien ético, es decir, es un aspecto concreto del bienestar de los seres humanos, vinculado a la vida y a las condiciones que la hacen digna, cuyo alcance está determinado por la cooperación entre las personas. Así, la bioética tiene como objetivo la protección de los bienes éticos, entre ellos, la salud, propósito esencial de la acción humana, indispensable para alcanzar una vida digna (43).

Bibliografía

1. **Alcaldía Mayor de Bogotá, D.C Gobierno de la ciudad, Secretaria Distrital de Salud.** Política de salud oral con participación social para el decenio 2011-2021. [en línea] 2011 [fecha de consulta 15 de octubre de 2015] Disponible en <http://www.saludcapital.gov.co/SUBS/Documents/Pol%C3%ADtica%20de%20Salud%20oral.pdf>
2. **United Nations Economic and Social Council.** The right to the highest attainable standard of health. General Comment # 14, 2000, Geneva [en línea] 2000 [fecha de consulta 15 de marzo de 2016] Disponible en http://apps.who.int/disasters/repo/13849_files/o/UN_human_rights.htm
3. **Albuquerque A.** Direito à saúde: conteúdo, essencialidade e monitoramento. Revista CEJ 2010; 48: 92-100

4. **World Health Organization.** Quality of care A process for making strategic choices in health systems [en línea] [fecha de consulta 20 de julio de 2016] Disponible en http://www.who.int/management/quality/assurance/QualityCare_B.Def.pdf
5. **Perea-Pérez B, Santiago-Sáez A, García-Marín F et al.** Seguridad del paciente en odontología: plan de gestión de riesgos sanitarios en odontología. [en línea] [fecha de consulta 20 de julio de 2016] Disponible en <http://pendientedemigracion.ucm.es/centros/cont/descargas/documento23390.pdf>
6. **Bailey E, Tickle M, Campbell S, et al.** Systematic review of patient safety interventions in dentistry. *BMC Oral Health* 2015; **15**:152
7. **Albuquerque A.** La seguridad del paciente según la perspectiva de los derechos humanos: un estudio de la actuación de autoridades sanitarias de Brasil. [en línea] [fecha de consulta 12 de abril de 2016] Disponible en <http://proqualis.net/dissertacao/seguran%C3%A7a-do-paciente-%C3%A0-luz-dos-direitos-humanos-um-estudo-sobre-pol%C3%ADtica-nacional-de>
8. **Vargas-Lorenzo I, Vázquez-Navarrete M.L, Mogollón-Pérez A.** Acceso a la atención en salud en Colombia. *Revista Salud Pública* 2010; **12** (5): 701-712
9. **Andorno R.** Bioética y dignidad de la persona. Madrid: Ternos; 1998
10. **United Nations General Assembly.** Human Rights Council. Promotion and protection of all human rights, civil, political, economic, social and cultural rights, including the right to development. Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of health, Paul Hunt. Annex mission to glaxosmithkline [en línea] [fecha de consulta 20 de julio de 2016] Disponible en http://www.who.int/medicines/areas/human_rights/A_HRC_11_12_Add_2.pdf
11. **Spink M J, Gimenes M G.** Práticas discursivas e produção do sentido: apontamentos metodológicos para análises de discursos sobre a saúde e a doença. *Saúde e Sociedade* 1994; **3**(2): 149-171
12. **Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social.** Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. [en línea] [fecha de consulta 10 de marzo de 2016] Disponible en <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Plan%20Decenal%20-%20Documento%20en%20consulta%20para%20a%20probaci%C3%B3n.pdf>
13. **Colombia Ministerio de Salud y Protección Social.** IV Estudio Nacional de Salud Bucal metodología y determinación social de la salud. [en línea] [fecha de consulta marzo 18 de 2016] Disponible en <http://www.udea.edu.co/wps/wcm/connect/udea/03274f99-bceb-4ff3-9b60-512f01be47f6/ENSABIVMetod.pdf?MOD=AJPERES>
14. **Agudelo-Suarez A, Martínez-Herrera E.** La salud bucal colectiva y el contexto colombiano: un análisis crítico. *Rev Gerenc Polit. Salud* 2009; **8**(16): 91-105

15. **Congreso de Colombia.** Proyecto de Ley 176 de 2014 Cámara. Por medio del cual se establece el Derecho Fundamental a la Salud Oral en Colombia y se dictan otras disposiciones. [en línea] [fecha de consulta 2 de agosto de 2016] Disponible http://www.imprenta.gov.co/gacetap/gaceta.mostrar_documento?p_tipo=05&p_numero=176&p_consec=40704
16. **Informe de ponencia negativa para primer debate al Proyecto de Ley 176 de 2014 Cámara.** [en línea] [fecha de consulta 2 de agosto de 2016] Disponible http://www.imprenta.gov.co/gacetap/gaceta.mostrar_documento?p_tipo=2098&p_numero=176&p_consec=41886
17. **Martínez E, Agudelo A A, Viñas Y, et al.** Alcances y limitaciones del flúor en la política pública de salud bucal en Colombia. *Revista Gerencia y Salud* 2007; 6(13): 34-44.
18. **Ministerio de Protección Social.** Dirección General de Gestión de la Demanda en Salud. Plan Nacional Salud Bucal 2005-2008. http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2009/OH_COL_PlanNacSalBuc2005.pdf
19. **Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social.** Resolución 5592 de 24 de diciembre de 2015. Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación del Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. [en línea] [fecha de consulta 21 de marzo de 2016] Disponible https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%205592%20de%202015.pdf
20. **Alcaldía de Medellín, Universidad de Antioquia.** Lineamientos de Política Pública de Salud Bucal Medellín, 2013-2022 [en línea] [fecha de consulta 21 de marzo de 2016] Disponible en <http://www.udea.edu.co/wps/wcm/connect/udea/6f16d8c0-aa89-49f5-8d35-948c1d041c8c/Lineamientos.pdf?MOD=AJPERES>
21. **Ramírez J H, Contreras A.** ¿Se debe considerar a la enfermedad periodontal un problema de salud pública en Colombia? *Editorial Colombia Médica* 2007; 38 (3): 181-182
22. **Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud-Oficina Regional para las Américas, Colombia.** Enfermería y seguridad de los pacientes. [en línea] [fecha de consulta 12 de marzo de 2016] Disponible http://www.paho.org/col/index.php?option=com_content&view=article&id=1465:enfermeria-y-seguridad-de-los-pacientes&catid=796:paltex-contents
23. **Colombia, Ministerio de la Protección Social.** Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud. 2005 [en línea] [fecha de consulta 12 de marzo de 2016]. Disponible en <https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Documents/Politica%20Nacional%20de%20Prestaci%C3%B3n%20de%20Servicios%20de%20Salud.pdf>
24. **Colombia.** Ministerio de la Protección Social. Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente. Diseño e impresión, 2008. 52 p.

25. **Colombia, Presidencia de la República.** Decreto 1011 de 3 de abril de 2006. Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. [en línea] [fecha de consulta 3 de marzo de 2016]. Disponible <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=19975>
26. **Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social.** Resolución 2003 de 28 de mayo de 2014. Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de servicios de salud. [en línea] [fecha de consulta 12 de enero de 2016] Disponible en https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%202003%20de%202014.pdf
27. **Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social.** Observatorio de calidad de la atención en salud. [en línea] [fecha de consulta 11 de abril de 2016] Disponible en <http://calidadensalud.minsalud.gov.co/EntidadesTerritoriales/SeguridaddelPaciente/PaquetesdeBuenasPr%C3%A1cticas.aspx>
28. **Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social.** Seguridad del paciente y la atención segura. Paquetes instruccionales guía técnica "buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud". [en línea] [fecha de consulta 12 de enero de 2016] Disponible <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Guia-buenas-practicas-seguridad-paciente.pdf>
29. **Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social.** Evaluación de la frecuencia de eventos adversos y monitoreo de aspectos claves relacionados con la seguridad del paciente. Paquetes instruccionales Guía técnica "Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud. Versión 2.0. [en línea] [fecha de consulta 1 de abril de 2016] Disponible <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Evaluar-frecuencia-eventos-adversos.pdf>
30. **Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social.** Modelo pedagógico. Paquetes instruccionales Guía técnica "Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud. Versión 2.0. [en línea] [fecha de consulta 1 de abril de 2016] Disponible en <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Modelo-pedagogico.pdf>
31. **Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud-Oficina Regional para las Américas, Colombia.** Presentación del Programa Distrital de Seguridad del Paciente. [en línea] [fecha de actualización: 16 de noviembre de 2011; fecha de consulta 11 de enero de 2016] Disponible en http://www.paho.org/col/index.php?option=com_content&view=article&id=1345:presentacion-del-programa-distrital-de-seguridad-del-paciente&Itemid=554
32. **Alcaldía Mayor de Bogotá.** Decreto 507 de 6 de noviembre de 2013. [en línea] [fecha de consulta 15 de febrero de 2017] Disponible en http://www.saludcapital.gov.co/Documents/Decreto_507%20Estructura%20SDS.pdf

33. **Malambo-Martínez R N.** Análisis de la política de salud oral de Bogotá: fase de formulación 2011 [Trabajo de grado para optar título de magister en salud pública] Bogotá: facultad de medicina, maestría en salud pública, Universidad Nacional de Colombia, 2015.
34. **Consultoría para los derechos humanos y el desplazamiento CODHES.** Desplazamiento forzado intraurbano y soluciones verdaderas Bogotá, Quibdó y Cúcuta [en línea] [fecha de consulta 2 de septiembre de 2016] Disponible en <https://pt.scribd.com/document/234384634/Desplazamiento-Intraurbano-y-Soluciones-Duraderas-II>
35. **Costa S, Nickel D, Borges C M, et al.** Política Nacional de Saúde Bucal e bioética da proteção na assistência integral. Revista Bioética 2012; 20(2):342-348
36. **Arroyave-Alzate S.** Las políticas públicas en Colombia. Insuficiencias y desafíos. Revista FORUM; 2011, 1 (1): 95-110
37. **Decreto 3518 de 2006.** Por el cual se crea y reglamenta el sistema de vigilancia en salud pública y se dictan otras disposiciones. [en línea] [fecha de consulta 12 de abril de 2016] Disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=21859>
38. **Albuquerque A.** Direitos humanos dos pacientes. Curitiba: Juruá Editora, 2016. 288 p.
39. **Colombia, Ministerio de Tecnologías da Información y de las Comunicaciones.** Con el apoyo del gobierno nacional, Cundinamarca implementa el proyecto de historia clínica electrónica. [fecha de actualización 30 abril de 2015; fecha de consulta 3 de septiembre de 2016] Disponible en <http://www.mintic.gov.co/portal/604/w3-article-9187.html>
40. **Alcaldía Mayor de Bogotá.** Guía práctica clínica bioseguridad. [en línea] [fecha de consulta 12 de abril de 2016] Disponible <http://www.saludcapital.gov.co/DSP/Documentos%20Salud%20Oral/Gu%C3%ADa%20de%20Pr%C3%A1ctica%20Cl%C3%ADnica%20en%20Salud%20Oral%20-%20Bioseguridad.pdf>
41. **Alcaldía Mayor de Bogotá.** Guía práctica clínica salud oral paciente gestante. [en línea] [fecha de consulta 12 de abril de 2016] Disponible <http://www.saludcapital.gov.co/DSP/Documentos%20Salud%20Oral/Gu%C3%ADa%20de%20Pr%C3%A1ctica%20Cl%C3%ADnica%20en%20Salud%20Oral%20-%20Paciente%20Gestante.pdf>
42. **Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura.** Bioseguridad [en línea] [fecha de consulta 19 de octubre de 2015] Disponible en <http://www.fao.org/biodiversity/asuntos-intersectoriales/bioseguridad/es/>
43. **Albuquerque A.** Interface entre bioética e direitos humanos: perspectiva teórica, institucional e normativa. [Tesis de Doctorado] Brasília: Programa de pós-Graduação em Bioética, Universidade de Brasília. 2010.