



**Prácticas Institucionales que han orientado los Estudios Nacionales de Morbilidad oral – Salud bucal en Colombia (1965-2014): Una aproximación desde el Neoinstitucionalismo.**

**Fredy Fabián Pardo Romero**

**Universidad Nacional de Colombia  
Doctorado interfacultades en salud pública  
Bogotá, Colombia 2020**

**PRÁCTICAS INSTITUCIONALES QUE HAN ORIENTADO LOS ESTUDIOS  
NACIONALES DE MORBILIDAD ORAL – SALUD BUCAL EN COLOMBIA  
(1965-2014): Una aproximación desde el Neoinstitucionalismo.**

**Fredy Fabián Pardo Romero**

Tesis presentada como requisito parcial para optar al título de:  
**Doctor en Salud Pública**

Director de Tesis:

LUIS JORGE HERNANDEZ – PhD en Salud Pública  
Profesor Asociado – Universidad de los Andes

Codirector:

RAFAEL ANTONIO MALAGÓN OVIEDO - PhD en salud Pública  
Departamento de Salud Colectiva – Facultad de odontología UN

Línea de Investigación:

Políticas Públicas en Salud

Grupo de Investigación:

Salud Colectiva

**Universidad Nacional de Colombia**  
**Doctorado interfacultades en salud pública**  
**Bogotá, Colombia 2020.**

**PRÁCTICAS INSTITUCIONALES QUE HAN ORIENTADO LOS ESTUDIOS  
NACIONALES DE MORBILIDAD ORAL – SALUD BUCAL EN COLOMBIA  
(1965-2014): Una aproximación desde el Neoinstitucionalismo.**

**INSTITUTIONAL PRACTICES THAT HAVE GUIDED NATIONAL STUDIES ON  
ORAL MORBIDITY – ORAL HEALTH IN COLOMBIA (1965-2014): An approach  
from Neo-institutionalism.**

**Resumen**

A lo largo de la historia de Colombia, se han realizado cuatro estudios nacionales de morbilidad oral – salud bucal: el primero entre 1965 y 1966 denominado *Investigación Nacional de Morbilidad Oral*, como componente incluido dentro del Estudio de Recursos Humanos para la Salud y Educación Médica en Colombia; el segundo, realizado entre 1977 y 1980, se hizo en el marco del *Estudio Nacional de Salud*, el cual incluyó un componente de *Morbilidad Oral*; el tercero fue el *Estudio Nacional de Salud Bucal* o ENSAB III, llevado a cabo entre 1998 y 1999; y el cuarto estudio fué realizado en dos fases, la primera de diseño en 2009 y la segunda de ejecución implementada entre 2013 y 2014, este último se denominó Cuarto *Estudio Nacional de Salud Bucal* o ENSAB IV.

La presente investigación se centró en el estudio de las prácticas de la institución de salud en Colombia y la manera como estas inciden en la forma de hacer los estudios de morbilidad oral - salud bucal en el país. La *institución* ministerial es entendida en este marco de referencia como un conjunto de prácticas, procesos y rutinas que definen un factor de orden, de construcción de sentido que a su vez se desarrolla en un determinado entorno organizativo y que incide directamente en la actuación desarrollada por los distintos actores implicados, dirigiendo y limitando su comportamiento, pero también atribuyendo posibilidades de participación/acción a determinado tipo de profesionales que se “acoplan” con los fines últimos de la hegemonía institucional; la definición propuesta permite dar respuesta a la pregunta

de investigación que orienta este estudio: ¿Cuáles prácticas institucionales (Ministeriales) han incidido en la forma de desarrollar los estudios nacionales de morbilidad oral – salud bucal en Colombia? Esta es una aproximación realizada para intentar comprender la manera en que las lógicas institucionales inciden en los diseños y orientaciones generales de los mencionados estudios. En otras palabras, ¿Cuál es el papel de las instituciones, -en este caso el Ministerio de Salud- en la producción y reproducción de una manera particular de entender los fenómenos en salud y de intervenir sobre ellos?

Por lo anterior, es pertinente hacer mención al enfoque neoinstitucional introducido por March y Olson en 1984, el cual brinda herramientas útiles que permiten precisamente analizar el papel de la institución ministerial para entender su incidencia en la modulación de sus estudios e investigaciones. Se usan en este trabajo categorías teóricas tomadas del enfoque neoinstitucional en sus vertientes histórica, sociológica y discursiva tales como: *arreglos institucionales*, *comunidades del discurso* y *dependencia de la trayectoria*, las cuales contribuyen a explicar cómo se configuran las relaciones de poder al interior de la institución y también ponen en evidencia las denominadas fuerzas inerciales, estas a su vez explican ciertos amarres institucionales que determinan unas formas específicas de hacer, de pensar y de asumir los problemas de salud bucal.

Metodológicamente este trabajo se organizó en cuatro fases: 1) Análisis documental de los estudios nacionales; 2) Exploración de ideas, percepciones y vivencias de los actores involucrados en los Estudios Nacionales, abordados mediante entrevista semiestructurada y entrevista en profundidad para explorar aspectos relacionados con el diseño, la metodología, los resultados de los estudios y la participación de diferentes actores en los mencionados estudios; 3) Fase de análisis, integración de fuentes, interpretación, síntesis y conclusiones; y por último, 4) Elaboración y sustentación del informe final de investigación.

**Palabras clave:**

Neoinstitucionalismo, dependencia de la trayectoria, comunidad del discurso, arreglos institucionales, prácticas institucionales, relaciones de poder, encuestas poblacionales.

**Resume**

Throughout the history of Colombia, four national studies of oral morbidity - oral health have been carried out: the first between 1965 and 1966 called the National Investigation of Oral Morbidity, as a component included in the Study of Human Resources for Health and Medical Education. The second, carried out between 1977 and 1980, was carried out within the framework of the National Health Study, which included a component on Oral Morbidity; the third was the National Oral Health Study or ENSAB III, carried out between 1998 and 1999; and the fourth study was carried out in two phases, the first of design in 2009 and the second of execution implemented between 2013 and 2014, the latter being called the Fourth National Study of Oral Health or ENSAB IV.

The present investigation focused on the study of the practices of the health institution in Colombia and the way in which they affect the way of carrying out studies of oral morbidity - oral health in the country. The ministerial institution is understood in this frame of reference as a set of practices, processes and routines that define a factor of order, of construction of sense that in turn is developed in a certain organizational environment and that directly affects the performance developed by the different actors involved, directing and limiting their behavior, but also attributing possibilities of participation/action to certain types of professionals who "fit" with the ultimate goals of institutional hegemony. The proposed definition allows us to answer the question research that guides this study: What institutional (Ministry) practices have influenced the way of developing national studies of oral morbidity - oral health in Colombia? This is an approximation carried out to try to understand the way in which institutional logic affects the designs and general orientations of the aforementioned studies. In other words, what is the role of the

institutions -in this case the Ministry of Health- in the production and reproduction of a particular way of understanding health phenomena and intervening on them?

Therefore, it is pertinent to mention the neo-institutional approach introduced by March and Olson in 1984, which provides useful tools that allow precisely analyzing the role of the ministerial institution to understand its incidence in the modulation of their studies and research. In this work, theoretical categories taken from the neo-institutional approach in its historical, sociological and discursive aspects are used, such as: institutional arrangements, discourse communities and path dependency, which help to explain how power relations are configured within the institution and they also highlight the so-called inertial forces, these in turn explain certain institutional moorings that determine specific ways of doing, thinking and assuming oral health problems.

Methodologically, this work was organized in four phases: 1) Documentary analysis of the national studies; 2) Exploration of ideas, perceptions and experiences of the actors involved in the National Studies, approached through a semi-structured interview and an in-depth interview to explore aspects related to the design, methodology, results of the studies and the participation of different actors in the mentioned studies; 3) Phase of analysis, integration of sources, interpretation, synthesis and conclusions; and finally, 4) Preparation and support of the final research report.

**Keywords:**

Neoinstitutionalism, path dependency, discourse community, institutional arrangements, institutional practices, oral health, population surveys, power relations.

## Contenido

<b>PRÁCTICAS INSTITUCIONALES QUE HAN ORIENTADO LOS ESTUDIOS NACIONALES DE MORBILIDAD ORAL – SALUD BUCAL EN COLOMBIA (1965-2014): Una aproximación desde el Neoinstitucionalismo.....</b>	<b>3</b>
<b>Contenido.....</b>	<b>7</b>
<b>Lista de cuadros y tablas.....</b>	<b>8</b>
<b>Lista de figuras.....</b>	<b>9</b>
<b>Lista de siglas y abreviaturas .....</b>	<b>9</b>
<b>1. ASPECTOS GENERALES DE LA INVESTIGACIÓN .....</b>	<b>11</b>
1.1 Planteamiento del problema de Investigación: .....	11
1.2 Objetivos.....	15
1.2.1 Objetivo general: .....	15
1.2.2 Objetivos específicos: .....	15
1.3 Marco teórico y conceptual de referencia .....	16
1.3.1 Institucionalismo y neoinstitucionalismo .....	16
1.3.2 Prácticas Ministeriales.....	28
1.3.3 Modelos de salud pública.....	30
1.3.4 Enfoques epidemiológicos .....	40
1.3.5 Salud - Salud Oral – Salud Bucal – salud pública: aclaración de conceptos.....	52
1.3.6 Las encuestas/estudios poblacionales de Salud Bucal y los enfoques epidemiológicos .....	55
1.3.7 Compromisos Nacionales e Internacionales en Salud bucal:.....	60
1.4 Diseño metodológico .....	65
1.4.1 Primera fase.....	69
a) Relectura de cada una de las encuestas nacionales de morbilidad oral - salud bucal,.....	69
c) Consulta a expertos .....	69
d) Diseño y validación de instrumentos de recolección de la información.....	70
e) Aplicación de entrevistas semiestructuradas a actores participantes .....	70
f) Transcripción de cada una de las entrevistas .....	71
1.4.2 Segunda fase .....	71
1.4.3 Tercera fase .....	71
En esta fase se construye la sistematización y análisis de cada una de las entrevistas y de los documentos.....	71
1.4.4 Cuarta fase.....	72
1.4.5 Quinta fase.....	72
1.5 Consideraciones éticas de la Investigación: .....	75
<b>2. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS .....</b>	<b>76</b>
2.1 Los actores se alinean en la formulación y ejecución de una investigación nacional en salud.....	77
2.1.1 La Investigación Nacional de Morbilidad Oral (1965-66): El punto de partida .....	79
2.1.2 La Odontología Sanitaria: un referente conceptual .....	89
2.1.3 La Escuela de Salud Pública en la UdeA .....	93
2.1.4 El Ministerio de Salud Pública .....	97

2.1.5 El Plan General de Desarrollo de Lleras Camargo.....	102
2.1.6 La Organización Panamericana de la Salud – OPS en el contexto de la Alianza para el progreso .....	104
2.1.7 La salud pública y el mandato de la Alianza para el Progreso .....	107
2.2 Vuelve y juega: se ejecuta una actualización .....	115
2.2.1 Estudio Nacional de Salud - Morbilidad Oral 1977-80: una actualización. ....	117
2.2.2 El Ministerio de Salud Pública y el Sistema Nacional de Salud (SNS) .....	129
2.2.3 El Plan de Desarrollo Social, Económico y Regional 1975 -1978: Para Cerrar la Brecha.....	132
2.2.4 La organización Panamericana de la Salud.....	136
2.3 Una batalla perdida: el estudio que no pudo ser .....	140
2.3.1 Tercer Estudio Nacional de Salud Bucal (ENSAB III): un esfuerzo por ver más allá de la morbilidad.....	141
2.3.2 El Ministerio de Salud en el “nuevo marco jurídico para la salud” .....	156
2.3.3 El “Salto Social” Plan Nacional de Desarrollo 1994 -1998. ....	160
2.3.4 La Organización Panamericana de la Salud .....	162
2.4 Tensiones en la ejecución de un enfoque innovador.....	165
2.4.1 Cuarto Estudio Nacional de Salud Bucal (ENSAB IV): un nuevo enfoque teórico metodológico .....	167
2.4.2 El Ministerio de Salud y Protección Social .....	185
2.4.3 De la “seguridad democrática” a la “Prosperidad democrática”: Planes de Desarrollo 2006 – 2010 y 2010 – 2014. ....	190
2.4.4 La OPS/OMS y el Modelo de los Determinantes Sociales de la Salud .....	192
2.5 Los Estudios Nacionales de Morbilidad Oral – Salud Bucal: Un abordaje comparativo .....	201
<b>3. A MANERA DE DISCUSIÓN: PRÁCTICAS MINISTERIALES EVIDENCIADAS EN LOS ESTUDIOS NACIONALES DE MORBILIDAD ORAL – SALUD BUCAL</b> .....	<b>204</b>
<b>4. CONCLUSIONES</b> .....	<b>211</b>
<b>5. RECOMENDACIONES FINALES</b> .....	<b>213</b>
<b>6. BIBLIOGRAFÍA</b> .....	<b>215</b>
<b>ANEXOS</b> .....	<b>233</b>
Anexo N°1. Consentimiento informado .....	233
Anexo N° 2. Guía de entrevista a actores clave .....	234
Anexo N°3. Matriz con preguntas orientadoras para la implementación de entrevistas semiestructuradas. ....	235
Anexo N° 4. Contrastación de criterios para el plan de análisis a partir de abordajes utilizados en los diferentes modelos epidemiológicos.....	238
Anexo N°5. Matriz identificación de actores clave .....	241
Anexo N°6. Fuentes de información principales consultadas .....	245
Anexo N°7. Relación entre objetivos específicos y fuentes de información consultadas.....	246
Anexo N° 8. Matriz Comparativa de estudios Nacionales de Morbilidad Oral – Salud Bucal realizados en Colombia (1965-2014).....	247

### Lista de cuadros y tablas



<b>Cuadro N°1.</b> Eras en la Evolución de la epidemiología Moderna.....	40
<b>Cuadro N°2.</b> Comparación de criterios plan de análisis a partir de abordajes utilizados en los diferentes modelos epidemiológicos.....	46
<b>Cuadro N°3.</b> Relación entre objetivos específicos y fuentes de información consultadas.....	69
<b>Cuadro N°4.</b> Aproximación comparativa entre las características metodológicas del estudio propuesto en la fase de diseño y los ajustes realizados en la ejecución del ENSAB IV.....	172
<b>Tabla N°1.</b> Situación de salud bucal en Colombia y su relación con las metas mundiales de la OMS “Salud para todos en el año 2000”.....	59
<b>Tabla N°2.</b> Comparación de metas propuestas en “salud oral” en el “Plan Nacional de Salud Pública 2007-10” y los resultados evidenciados en el ENSAB IV.....	61
<b>Tabla N° 3.</b> Matriz Comparativa de estudios Nacionales de Morbilidad Oral – Salud Bucal realizados en Colombia (1965-2014) .....	204

### Lista de figuras

<b>Figura 1.</b> Descripción analítica de las categorías tomadas del enfoque Neoinstitucionalista histórico, discursivo y sociológico.....	26
<b>Figura 2.</b> Esquema analítico para mostrar la incidencia de las practicas institucionales sobre los Estudios Nacionales de Morbilidad Oral – Salud Bucal...72	

### Lista de siglas y abreviaturas

ENSAB IV: Cuarto Estudio Nacional de Salud Bucal.  
 UN: Universidad Nacional de Colombia  
 UdeA: Universidad de Antioquia.  
 PAIS: Política Integral de Atención en Salud.  
 ENSAB III: Tercer Estudio Nacional de Salud Bucal.  
 PUJ: Pontificia Universidad Javeriana.  
 SEI: Sistemas Especializados de la Información  
 CENDEX: Centro de Proyectos para el desarrollo.  
 Min. Salud: Ministerio de Salud y Protección Social  
 ENSIN: Encuesta Nacional de Situación Nutricional

FOC: Federación Odontológica Colombiana  
ACFO: Asociación Colombiana de Facultades de Odontología.  
UV: Universidad del Valle.  
INS: Instituto Nacional de Salud  
SABE: Salud, Bienestar y Envejecimiento.  
ENSIN: Encuesta Nacional de Situación Nutricional.  
RIPS: Registro Individual para la Prestación de Servicios de Salud.  
CAP: Encuesta de Conocimientos, Actitudes y Prácticas.  
PAIS: Política de Atención Integral en Salud.  
MIAS: Modelo Integral de Atención en Salud  
RIAS: Rutas Integrales de Atención en Salud.  
ALAMES: Asociación Latinoamericana de Medicina Social.  
APS: Atención Primaria en salud.  
CEPAL: Comisión Económica para América Latina y el Caribe  
DC. Distrito Capital  
DSS: Determinación Social de la Salud  
DsSS: Determinantes Sociales de la Salud  
ESE: Empresa Social del Estado  
FDI: Federación Dental Internacional  
MSL: Medicina Social Latinoamericana  
ODM: Objetivos del Milenio  
OMS: Organización Mundial de la Salud  
OPS: Organización Panamericana de la Salud  
SC: Salud Colectiva  
SDS: Secretaria Distrital de Salud  
SGSSS: Sistema General de Seguridad Social en Salud

**PRÁCTICAS INSTITUCIONALES QUE HAN ORIENTADO LOS ESTUDIOS  
NACIONALES DE MORBILIDAD ORAL – SALUD BUCAL EN COLOMBIA  
(1965-2014): Una aproximación desde el Neoinstitucionalismo**

## 1. ASPECTOS GENERALES DE LA INVESTIGACIÓN

### 1.1 Planteamiento del problema de Investigación:

En Colombia se ha realizado cuatro estudios nacionales de morbilidad oral – salud bucal. El primero fue denominado *Investigación Nacional de Morbilidad Oral* realizado entre 1965 y 1966, y fue considerado como uno de los componentes del Estudio de Recursos Humanos para la Salud y Educación Médica en Colombia. El segundo fue el *Estudio Nacional de Salud* realizado entre 1977 y 1980, que incluyó un componente de *Morbilidad Oral*; a este le siguió el *III Estudio Nacional de Salud Bucal* o ENSAB III que se llevó a cabo entre 1998 y 1999 y el más reciente el *Cuarto Estudio Nacional de Salud Bucal* o ENSAB IV que se realizó en dos fases: el diseño del estudio en 2009 y la ejecución entre 2013 y 2014.

La revisión documental inicial me permitió establecer que, tanto el primero como el segundo estudio respondieron a las ideas propuestas bajo el modelo y enfoque clásico - tradicional de la salud pública y la epidemiología: la relación causa-efecto y la identificación de factores de riesgo. Los estudios posteriores ENSAB III y IV buscaron innovar e implementar nuevas propuestas y enfoques de salud pública; sin embargo, a pesar de estos esfuerzos prevaleció el enfoque clásico-tradicional de los dos primeros estudios. Si bien, dicho enfoque favoreció que los resultados mostrados fueran muy similares desde el punto de vista de su orientación conceptual y metodológica, a pesar de las ideas innovadoras propuestas especialmente en el ENSAB IV, que fué diseñado desde un enfoque epidemiológico crítico denominado de la “determinación social del proceso salud-enfermedad”, el cuarto estudio no logró incidir en la forma en que el Ministerio de Salud y Protección Social, institución “dueña” del estudio, apropió y gestionó los resultados.

Tanto en el ENSAB III como en el ENSAB IV el Ministerio asimiló y gestionó en el marco de sus competencias tan solo los datos clásicos relacionados con la

morbilidad oral, invisibilizando los análisis relacionados con el componente cualitativo de la investigación, los análisis de desigualdades pudieron haberse desarrollado con mayor profundidad y además la relación entre clase social y situación de salud bucal quedo bastante invisibilizada en el informe final, la cual era especialmente relevante en el ENSAB IV. De igual forma, se dejó de lado la discusión y los posibles aportes para la salud bucal que hubieran podido surgir desde la perspectiva crítica de la epidemiología y de la salud pública, vigentes en los debates actuales de la Salud Colectiva y la Medicina Social Latinoamericana.

Esta situación evidencia cómo el Ministerio de Salud y Protección Social, institución rectora de la salud en el país, se mostró refractaria a sus propios procesos, en tanto aprobó el diseño de los estudios que propusieron en su momento ideas innovadoras en la forma de pensar y de abordar los problemas de salud bucal, pero que al final del proceso no recibió el apoyo institucional necesario para lograr un nuevo horizonte en la comprensión de la salud bucal de los colombianos y, por el contrario, *tomó solo aquellos datos de morbilidad que resultaban funcionales para sustentar la implementación de medidas específicas costo-efectivas en ciertos grupos poblacionales.*

Es por esto que el interés central de esta investigación es el estudio de las prácticas ministeriales, con el fin de analizar a partir de ellas la forma de desarrollar y entender la salud. Por lo tanto, para este caso, la pregunta es por el papel que juega una institución como el Ministerio de Salud y la Protección Social, como estructura capaz de producir y reproducir ciertas “prácticas” en el amplio campo de la salud, las cuales son tomadas como formas referentes de pensar y hacer lineamientos en salud. Para esta investigación se entiende la *institución ministerial* como un *conjunto de prácticas, procesos y rutinas que definen un factor de orden, de construcción de sentido que a su vez se desarrolla en un determinado entorno organizativo y que incide directamente en la actuación desarrollada por los distintos actores implicados, dirigiendo y limitando su comportamiento, pero también atribuyendo posibilidades de participación/acción a determinado tipo de profesionales que se*

*“acoplan” con los fines últimos de las prácticas referentes en salud. Es decir, se parte del análisis de la institución ministerial como acervo del hacer y agente determinante en la producción y reproducción de un saber y de un tipo de práctica. En el caso particular que nos ocupa y haciendo especial énfasis en los estudios de salud bucal, es fundamental dedicar un espacio que permita examinar la institución ministerial como escenario de reproducción de prácticas para explicar por qué los estudios, aunque desarrollados a lo largo de cinco décadas, siguen siendo básicamente el mismo en cuanto a sus apuestas metodológicas se refiere, pese a haberse introducido orientaciones y enfoques complementarios e incluso distintos a los desarrollados desde la epidemiología clásica-tradicional. Dada esta situación, la pregunta que surge de esta parte es ¿Por qué la institución ministerial genera resistencia para desarrollar apuestas metodológicas diferentes?*

El anterior interrogante fue, por lo tanto, el que me llevó a indagar sobre cómo fueron desarrollados cada uno de los estudios, poniendo el foco en los procesos de configuración institucional en cada uno de los momentos en que estos fueron formulados para, posteriormente, identificar las “prácticas” de actuación y establecer para cada momento las influencias más determinantes, tanto al interior de la institución ministerial como fuera de esta. Por consiguiente, es menester entender el concepto de *práctica institucional* desde una aproximación sociológica, como una *actividad que se realiza con frecuencia, pero además es una intervención, una intencionalidad, algo que discurre sobre la realidad y que además muestra narrativas argumentativas y regulaciones de contexto como características principales, estas últimas toman forma en el presente estudio a través del contexto histórico - sanitario específico y de un contexto normativo.*

Es importante resaltar en la definición anterior que una práctica es una intencionalidad, una intervención, algo que discurre sobre una realidad y por lo tanto, la práctica institucional tiene una narrativa argumentativa que va a ser determinada en gran medida por las siguientes categorías: *arreglos institucionales, comunidades del discurso y dependencia de la trayectoria.* Las cuales surgen a

partir del enfoque neoinstitucional en sus vertientes histórica y discursiva las cuales fueron escogidas por aportar categorías de análisis útiles para el entendimiento de la configuración de las prácticas institucionales dominantes.

El Neoinstitucionalismo como enfoque teórico metodológico planteado inicialmente por March y Olsen en la década de los 80 del siglo XX, desde sus diferentes vertientes: histórica y discursiva; ofrece herramientas útiles para esta investigación en lo relacionado al análisis de las prácticas institucionales, a partir de las categorías mencionadas anteriormente: *arreglos institucionales*, (la forma como la institución se acomoda de acuerdo a los intereses de los tomadores de decisiones y también en lo relacionado con los mecanismos de reclutamiento de actores), *comunidades del discurso* (instituciones que aportan elementos conceptuales para abordar la situación problema y la generación de ideas), *dependencia de la trayectoria* (*hace referencia a un acumulado histórico en el que se inscribe una política y a una secuencia de decisiones tomadas con anterioridad que inciden en el resultado final*), las anteriores categorías permiten plantear explicaciones entre ideas e intereses que generan fuerzas inerciales al interior de la institución ministerial y que terminan incidiendo en la orientación de los estudios, es decir, que estos se hayan desarrollado de cierta manera y no de otra diferente.

Es así como el enfoque Neoinstitucional en sus vertientes discursiva e histórica me ha proporcionado categorías pertinentes para el análisis de las prácticas ministeriales, en su vertiente más reciente el llamado *neoinstitucionalismo discursivo*, por ejemplo, se da relevancia al papel de las ideas y de las interacciones discursivas en la formulación de las políticas públicas. Por otro lado el neoinstitucionalismo histórico analiza procesos de largo plazo y como las decisiones tomadas en el pasado tienen un efecto directo en la forma como los procesos se desarrollan a través del tiempo, por consiguiente, las variantes y adecuaciones mencionadas aportan elementos útiles en el análisis del objeto de investigación.

Teniendo en cuenta los aspectos mencionados anteriormente, la pregunta principal de esta investigación es:

***¿Cuáles prácticas ministeriales han incidido en la forma en que se han orientado los estudios nacionales de morbilidad oral – salud bucal realizados en Colombia?***

## **1.2 Objetivos**

### ***1.2.1 Objetivo general:***

Identificar y describir las prácticas ministeriales que han influido en el diseño y ejecución de los estudios nacionales de morbilidad oral - salud bucal realizados en Colombia.

### ***1.2.2 Objetivos específicos:***

Identificar y describir el contexto histórico - sanitario en que se diseñaron y ejecutaron los estudios nacionales de morbilidad oral – salud bucal realizados en Colombia.

Identificar y describir los actores participantes y las prácticas institucionales que guiaron la formulación de los estudios nacionales de morbilidad oral – salud bucal.

Describir y comparar los diseños y resultados presentados en el informe final de los estudios nacionales de morbilidad oral – salud bucal.

### **1.3 Marco teórico y conceptual de referencia**

Existen diferentes formas y aproximaciones para el análisis de las instituciones, algunos de los cuales se basan en el institucionalismo y neoinstitucionalismo, este último en sus diferentes vertientes: histórica, sociológica y discursiva.

#### **1.3.1 Institucionalismo y neoinstitucionalismo**

El institucionalismo es un enfoque proveniente de las ciencias sociales y los estudios organizacionales, que se caracteriza por centrar su análisis en las formas en las que las instituciones determinan la estructura social y el comportamiento político. Esto significa que la política, así como los programas de acción pública no se pueden comprender escindidos del contexto en el que tienen lugar (Steinmo, 2001). En su acepción más amplia, dicho enfoque constituye un marco de interpretación que considera que las reglas establecidas, las prácticas y las estructuras duraderas, son fundamentales para explicar el mundo social, porque al estar integradas a la esfera pública dirigen el flujo de la vida en comunidad. Por esa razón, una preocupación fundamental dentro de esta perspectiva consiste en los procesos por los que este tipo de estructuras se erigen como pautas autorizadas para el comportamiento social (creación, difusión y adopción). Además, aunque su atención se centra en la conservación de la estabilidad y el orden, la teoría institucional también busca comprender los procesos de conflicto, reforma y cambio de las estructuras normativas (Lawrence & Shadnam, 2008).

Los orígenes de esta tradición se pueden remontar hasta la antigüedad. Por esta razón, en obras como la *Política* de Aristóteles es posible encontrar una preocupación sobre qué tipo de instituciones producirían los mejores resultados desde el punto de vista de la vida en comunidad. Sin embargo, en la modernidad, los mayores desarrollos al respecto se darían a partir de los planteamientos de Rousseau, quien consideraba que los comportamientos naturales de pensadores como Hobbes y Locke le atribuían al hombre, el ansia por la búsqueda de riquezas, sin ser esta un rasgo universal; pero si un producto de la sociedad, sus normas e instituciones. Es decir que la ley y la costumbre se presentaban como los elementos



que forjaban las preferencias de los seres humanos (Immergut, 1998). Posteriormente, durante la segunda mitad del siglo XIX y principios del siglo XX, con el desarrollo de la Sociología como disciplina de estudio se presentaron los primeros intentos sistemáticos de teorizar, qué son las instituciones y cómo influyen en la acción colectiva (Lawrence & Shadnam, 2008). Aquí se encuentran los trabajos de pensadores como Emile Durkheim y Max Weber, quienes más adelante tendrían una gran influencia en el desarrollo del denominado *neoinstitucionalismo*, al poner de manifiesto la existencia de arreglos que van más allá de lo legal.

Durkheim señalaba, que las instituciones eran sistemas simbólicos propios de la interacción humana que aglutinaban conocimientos y creencias, además de encontrarse dotadas de autoridad moral y estar respaldadas por sanciones de tipo religioso. Esto último en la medida en que, en el caso de las instituciones, la representación colectiva cumpliera la misma función que los rituales y las ceremonias para los sistemas religiosos, es decir, la función de reproducir creencias. Por su parte, aunque Weber no utilizó el concepto de *institución*, su concepción acerca de los sistemas de reglas se encontraba cerca de la acepción actual del término. Así, según el pensador alemán, toda acción sería social en la medida que, dependiendo de las creencias y sistemas culturales imperantes, el actor le atribuye un significado determinado (Lawrence & Shadnam, 2008). Adicionalmente, este autor examinó la manera en la que la estructura organizativa de la burocracia y su institucionalización impactaban todo el ámbito social. *El punto que subyace a todo esto es que los contextos institucionales moldean la acción al promulgar reglas con niveles de visibilidad variable, que son dadas por sentadas por todos los actores.*

Es importante anotar que lo que ha sido considerado como institucionalismo “tradicional” se encuentra estrechamente ligado a la aparición de la Ciencia política como campo de estudio definido a inicios del siglo XX. Por este motivo, tal y como lo señala Steinmo (2001), los primeros politólogos se hallaban tan interesados en las instituciones que, durante sus desarrollos primigenios, la ciencia política remitía

al análisis de las formas de gobierno. Durante esta época los trabajos solían ser más descriptivos que analíticos y se hizo un gran énfasis en la política comparada, la cual consistía en estudios configurativos de las diferentes estructuras legales, administrativas y políticas. Este enfoque dominaría la disciplina en Estados Unidos y Gran Bretaña hasta la década de los 50, momento en que se produjo un vuelco hacia una disciplina más científica, la que adoptó un enfoque deductivo basado en la búsqueda de las leyes generales y los fenómenos que subyacen a la acción política. Así, se empezó a argumentar, por ejemplo, que la caída de la democracia liberal en la Alemania de entreguerras demostraba que el devenir político era influido por elementos más importantes que las instituciones formales de gobierno, las que deberían tomar un papel secundario. En su reemplazo, se proponía un enfoque capaz de tener en cuenta elementos como el comportamiento de los actores políticos, sus formas de asociación y de presión, así como la opinión pública.

Un rasgo interesante de esa primera etapa del institucionalismo en la ciencia política es que, dicha etapa, está determinada o establecida por una orientación normativa. Por esta razón, como disciplina angloestadounidense muchos de los politólogos de inicios del siglo pasado concibieron su labor estrechamente relacionada a la búsqueda de los arreglos institucionales que hacían de Estados Unidos un Estado moderno en su desarrollo, en comparación con los demás países. Todo ello con miras a encontrar una serie de estructuras formales y reglas de gobierno que pudieran ser replicadas con el mismo éxito en otros lugares del mundo (Farr, 2007). De esta manera, los estudios se solían construir sobre un marco que intentaba evaluar qué tan bien se desempeñaban ciertas instituciones con las formas de gobierno democráticas o los principios del llamado *gobierno responsable*.

En este sentido, Marsh y Stoker (1998) señalan que el institucionalismo solía pronunciarse sobre las causas y consecuencias de las instituciones políticas y adoptar una defensa comprometida de los valores propios de la democracia liberal, sobre todo aquella desarrollada en Gran Bretaña, conocida como *Democracia Westminster*. Este modelo era portador de un acuerdo sobre las ventajas que

suponía un partido de gobierno disciplinado, una oposición institucionalizada y una burocracia neutral. De hecho, a menudo los estudios dentro de esta perspectiva se concentraban en los factores que explicaban la pervivencia de este tipo de esquemas y los peligros que suponía la modificación de los mismos.

En resumen, se suponía que el comportamiento político, presente también al interior de las organizaciones, estaba determinado por una serie de reglas y procedimientos formales. La tarea de los estudiosos en el área consistía, entonces, en trazar cuáles de esos arreglos resultaban más favorables desde el punto de vista del gobierno y el sector público (Bell, *Institutionalism: old and new*, 2002). En virtud de ello, Peñas (2010) menciona que el institucionalismo era un enfoque circunscrito al “deber ser” de la política, que hundía sus apreciaciones en una mezcla de conceptos morales, juicios de valor, discusión normativa e información descriptiva.

Cabe señalar que la reacción ante lo que era considerado como el viejo institucionalismo se caracterizó por su interés en el comportamiento observable y la manera en la que este llevaba a las personas a tomar ciertas decisiones (revolución behaviorista o conductista), en lugar de las estructuras formales de gobierno. Por ello, se hizo hincapié en la importancia de la comprobación empírica y los modelos provenientes de las ciencias naturales para explicar la manera de actuar de los individuos y su relación con el sistema político, desde el punto de vista más objetivo posible. Es decir que, quienes defendían el abandono de las estructuras formales compartían un fuerte sentimiento de insatisfacción frente a la utilidad de los análisis descriptivo-institucionales, así como una creencia de que “debían existir o podían ser desarrollados métodos o procedimientos adicionales que pudieran aportar a la ciencia política proposiciones empíricas y teorías de naturaleza sistemática, comprobadas por observaciones más estrechas, más directas y más rigurosamente controladas de los acontecimientos políticos” (Dahl, 1954, pág. 92). De hecho, una de las críticas más reiteradas a los institucionalistas residía en el hecho de que estos terminaban materializando las instituciones, considerándolas virtualmente aparte de los individuos que hacían parte de ellas.

Sin embargo, tal y como lo resalta Steinmo (2001), el interés por las instituciones nunca desapareció del todo; por el contrario, en el contexto estadounidense, analistas como Greenstein, Ekstein y Huntington siguieron examinando las instituciones políticas y sus efectos en la organización social. Su premisa consistía en que era imposible comprender lo que el gobierno y la administración pública hacían, o dejaban de hacer, sin remitirse específicamente a las estructuras a través de las cuales actuaban. Adicionalmente, en el campo de la política comparada, el enfoque centrado en el Estado siempre se mantuvo vigente, por lo que las investigaciones relacionadas solían sugerir que los resultados de los distintos *programas e iniciativas de gobierno no solo eran moldeados por actores específicos, sino también por su posición en el Estado.*

### **Neoinstitucionalismo: el retorno a las instituciones**

De cualquier modo, a partir de los años 80 se comenzó a experimentar cierto interés en el retorno a las instituciones como objeto de análisis, situación que encuentra su explicación en una serie de factores diversos. En primer lugar, se hizo evidente que el enfoque conductista era portador de ciertas limitaciones, al reducir todos los fenómenos políticos a las consecuencias agregadas de las decisiones de los individuos que actuaban movidos por su propio interés. En segundo lugar, la crisis del petróleo ocurrida durante la década anterior trajo de vuelta la importancia de los factores institucionales para explicar por qué los países obtuvieron respuestas diferentes a desafíos económicos y políticos similares. En tercer lugar, a pesar de las predicciones que hacían eco de su desaparición, las instituciones políticas, económicas y sociales se habían hecho cada vez más grandes y complejas (Bell, *Institutionalism: old and new*, 2002).

A pesar de todo, Steinmo (2001) aclara que los nuevos estudiosos de las instituciones no tardaron en descubrir que la estructura formal del Estado era un concepto demasiado amplio y que si querían ser tomados en serio debían tener en cuenta su entramado complejo de instancias y desglosarlas. Además, si las

instituciones eran importantes, resultaba pertinente preguntarse por aquellas instituciones que se hallaban más allá de los límites de lo formal. Es por esta razón que uno de los rasgos distintivos de los enfoques neoinstitucionalistas radica en que sus exponentes ya no se circunscriben a las reglas de procedimiento, los dispositivos de decisión, las rutinas y la forma de las organizaciones; sino que también indagan sobre elementos como “las creencias, paradigmas, culturas, tecnologías y saberes que sostienen, elaboran y a veces contradicen esas reglas y rutinas” (Roth, 2018, pág. 95). Enfoque que recuerda los desarrollos propios de la sociología desde finales del siglo XIX.

De acuerdo con lo anterior, Bell (2002) menciona que el impacto del neoinstitucionalismo ha sido tan amplio que la mayor parte de las disciplinas relacionadas con el ámbito de lo social cuentan con su propia versión del mismo. Así, en Economía, por ejemplo, ha habido una importante cantidad de estudios que cuestionan la escuela neoclásica y se centran en la forma en la que las instituciones posibilitan la toma de decisiones y la agregación de las preferencias de los individuos. Desde esta perspectiva, las instituciones son importantes porque ayudan a reducir los costos de transacción y la incertidumbre, además de hacer cumplir contratos y acuerdos. Es por esta razón que se crean mecanismos, como la empresa, en la cual se internalizan ciertas formas de transacción y se hace frente a los problemas del libre mercado. Dentro de esta corriente se encuentran los trabajos de North, Williams y Zald (Vargas, 2008).

Por su parte, la Sociología hace hincapié en la forma en la que la vida institucional establece normas, orientaciones, convenciones y prácticas que se dan por sentado entre todos los miembros del cuerpo social e influyen en su comportamiento, a menudo de manera sutil. El eje principal del asunto reside en comprender la relación entre las interacciones sociales y las estructuras formales e informales que permean permanentemente al individuo, A este grupo pertenecen los trabajos realizados por DiMaggio y Powell (Bell, Institutionalism: old and new, 2002). Pero en lo que concierne a la ciencia política, tal y como se vio anteriormente, se ha producido un

renovado interés en la manera en la que los *arreglos institucionales* dan forma al *comportamiento, el poder y las preferencias de los actores*.

Es así como, lo que subyace a todas las corrientes del neoinstitucionalismo es la creencia de que las instituciones son un factor fundamental para la definición del marco en el cual se desarrollan los comportamientos individuales, la acción colectiva o las políticas públicas. De ahí que lo que se busque analizar sean las condiciones de producción y reproducción de las instituciones y cómo estas, a su vez, influyen en las dinámicas sociales, permitiendo pensar el Estado desde la interacción (Roth, 2018). En palabras de Prezworski (2004) *el neoinstitucionalismo consta de dos proposiciones básicas: la primera, referida al hecho de que las instituciones importan (Institutions Do Matter) debido a que influyen las normas, creencias y acciones y, por lo tanto, dan forma a los resultados; y la segunda, concerniente a la endogeneidad de este tipo de estructuras, pues su forma y funcionamiento dependería de las condiciones en las que emergen y perduran*.

Con todo, hay aspectos de este conjunto de teorías que todavía no logran ser resueltos. Uno de ellos se refiere a la observación de que, si la **endogeneidad** es fuerte, las instituciones no podrían tener una eficacia causal propia. Dicho de otra manera, esto significa que, si el contexto da forma a las instituciones y estas son la expresión de los efectos causales de tales condiciones, entonces no tendrían ningún papel autónomo que desempeñar. Por eso, para Prezworski (2004), el principal reto de las investigaciones en el área consiste en cómo distinguir los efectos de las instituciones, de las condiciones que las originan. A su vez, Bell (2002) anota que analíticamente no existe una distinción clara entre los conceptos de institución y organización, siendo útil considerar a esta última, al menos de manera provisional, como un componente dentro de un arreglo institucional más amplio. Esto es, que las organizaciones serían una respuesta a la estructura institucional de las sociedades.

### ***Neoinstitucionalismo de la elección racional***

Por otro lado, fruto de las tradiciones disciplinares nombradas anteriormente, han surgido distintas escuelas que se denominan neoinstitucionalistas. Una de estas es el neoinstitucionalismo de la elección racional, enfoque que se basa en gran medida en la economía y adopta una perspectiva según la cual los actores se comportan como individuos egoístas que buscan maximizar su utilidad. No obstante, se asume que las preferencias son moldeadas por el contexto institucional en el que se persiguen las metas egoístas. De ahí que dicho contexto sea visto como una especie de “caja conductual” que produce incentivos y desincentivos. Cabe agregar que los autores, dentro de la elección racional, consideran que las instituciones no solo son una causa importante de la conducta, sino también un efecto; pues los actores las construyen con propósitos racionales y las van cambiando para dar forma a sus objetivos.

### ***Teoría de la agencia***

Cabe agregar que dentro de la tradición del neoinstitucionalismo económico también se incluye la teoría de la agencia, la cual pretende explicar las razones que hay detrás de la existencia de la empresa como institución. Así, en lugar de considerar esta estructura como un ordenamiento jerárquico de las actividades económicas, esta corriente conceptúa a la organización como una forma especial de aplicación de la institución social que es el contrato (Rodríguez, 1999). Esto sucede debido a que al interior de la empresa es posible encontrar un *agente*, quien es una persona que actúa en nombre de otra denominada *principal*. Aunque estos dos siempre buscan maximizar su interés particular, el agente no siempre tenderá a actuar en beneficio del principal, por lo que resulta necesario establecer mecanismos de incentivos y control cristalizados en el contrato, herramienta que, a pesar de introducir ciertos costos, sirve para poner en consonancia los objetivos de todos los individuos con los de la empresa (Mackenzie, Buitrago, Giraldo, Parra, & Valencia, 2013). Para ello, existe una aplicación potencial de estas categorías de análisis al ámbito del Estado y la política pública.

### **Neoinstitucionalismo histórico**

Por su parte, el neoinstitucionalismo histórico bebe de los enfoques procedentes de la ciencia política tradicional y está interesado en explicar los motivos que están detrás de una situación específica. Por eso, los académicos que se sitúan dentro de este enfoque señalan que no se puede explicar un resultado histórico particular sin tener en cuenta la forma en la que las instituciones políticas han moldeado los procesos circundantes. Así, el interés de los neoinstitucionalistas históricos estaría en explicar primero un hecho consumado (por ejemplo, por qué los Estados europeos tienen un sistema de salud pública más robusto que el estadounidense), para luego indagar las causas de ello. Además, como lo destaca Roth (2018), el enfoque histórico se centra en la necesidad de comprender el Estado desde una perspectiva amplia, por tal razón, sus exponentes tienden a prestar especial atención a la denominada “*Dependencia del Sendero o de la trayectoria*” (*Path Dependence*). Este concepto hace referencia a la “existencia de movimientos acumulativos que “cristalizan los sistemas de acción y las configuraciones institucionales propias de una política pública o subsistema particular” (Roth, 2018, pág. 98). En otras palabras, el resultado de una política estaría determinado por el acumulado histórico del contexto en el que se inscribe y una secuencia de decisiones tomadas con anterioridad, y no solo de las condiciones contemporáneas. En suma, el institucionalismo histórico se presenta como un enfoque en el que los arreglos institucionales, al igual que las acciones y decisiones que se producen dentro de estos, se hallan condicionados por los arreglos del pasado y no tanto por los intereses y las preferencias de los actores. Esto en la medida que la generación y solución de conflictos, los acuerdos entre individuos, así como la estructura de los resultados son elementos que persisten a través del tiempo (Vargas, 2008).

### **Neoinstitucionalismo sociológico**

Relacionado con el enfoque anterior, el neoinstitucionalismo sociológico se aproxima al análisis de la forma en la que las instituciones, entendidas como sistemas de símbolos, pautas cognoscitivas y patrones morales, que interactúan con las acciones individuales, el Estado y la sociedad. Aquello implica que el entorno



institucional en el que tiene lugar la acción de los individuos condiciona la naturaleza de su comportamiento, pese a que estos pueden tener una orientación claramente instrumental (elección racional). Dicho de otra manera, el entorno institucional en el que tiene lugar la acción de los individuos condiciona la naturaleza de su comportamiento. (Hall y Taylor, 1996 citados en Córdova, 2017). Además, es desde esta orilla que aparece el concepto de **isomorfismo** acuñado por DiMaggio y Powell, *el cual señala que, aunque las organizaciones surgen de diferentes maneras, se vuelven similares conforme se van desarrollando, ya que el contexto institucional las empuja a ser parecidas entre sí.*

Existen tres tipos de isomorfismo institucional: *normativo, coercitivo y mimético*. El primero hace referencia a las imposiciones provocadas por las comunidades profesionales y otros organismos de acreditación educativa que establecen **estándares que deben ser observados en un campo determinado**. El segundo es el resultado de las **presiones formales e informales, ejercidas por otras organizaciones en el área, las entidades gubernamentales y las mismas expectativas culturales de la sociedad**. El tercero se relaciona con la **tendencia de las organizaciones a imitar la estructura de otras, durante momentos de incertidumbre, bajo la creencia de que esto resulta beneficioso** (Lawrence & Shadnam, 2008).

### **Neoinstitucionalismo discursivo**

Por último, Reynares (2016) manifiesta que, aunque las tres corrientes neoinstitucionalistas principales (elección racional, histórico y sociológico) admiten la posibilidad de cambio en las instituciones, a partir de modificaciones en el contexto en el que operan; un vacío de las mismas consiste en que no ofrecen herramientas para comprender las dinámicas de transformación que se originan al interior de la institución. Antes bien, bajo estos esquemas la transformación “se explica por otras instancias de lo social, dejando a la institución tan solo la posibilidad de adecuarse a las nuevas circunstancias o decaer” (Reynares, 2016, pág. 204). Para subsanar este vacío, durante las últimas décadas se ha propuesto una nueva perspectiva denominada neoinstitucionalismo discursivo, el cual hace

*énfasis en el papel de las ideas y los discursos para explicar los procesos de transformación institucional.* Desde esta corriente las trayectorias discursivas y los marcos de ideas se consideran como variables explicativas, que permiten comprender las particularidades bajo las cuales este tipo de transformaciones se llevan adelante.

Un aspecto interesante del enfoque discursivo consiste en que permite integrar múltiples actores no estatales en el proceso de transformación institucional. Así como el discurso posee una dimensión colaborativa, mediante la cual ciertos colectivos como las coaliciones de apoyo (*Advocacy Coalitions*) y las comunidades epistémicas (*Epistemic Communities*) aparecen como actores que ayudan a construir la legitimidad de las propuestas de transformación. Todo ello, por medio de la exposición de críticas y comentarios a los resultados alcanzados con las formas institucionales existentes (Schmidt, 2010 citado en Reynares, 2016).

Lo anterior significa que el discurso se alza como una herramienta clave para la configuración de los proyectos institucionales, que gracias a su carácter interpretativo permite coordinar distintos tipos de actores, quienes despliegan una importante batería de habilidades comunicativas para posicionar una visión particular acerca de la orientación que deberían tener elementos como los programas de gobierno (Reynares, 2016). De hecho, dentro de esta perspectiva, el *discurso aparece como el mecanismo privilegiado mediante el cual las ideas toman forma y se materializan dentro de las instituciones políticas.* Además, su estudio se torna especialmente relevante en el contexto de los regímenes democráticos, en los que se supone que este se mueve libremente y desempeña un papel protagónico en el proceso de toma de decisiones (Rodinei, 2011).

Vale la pena destacar que el neoinstitucionalismo discursivo recurre al concepto de *comunidades del discurso (Discourse Communities)* para dar cuenta del proceso mediante el cual los actores, dentro de los diferentes ámbitos organizativos, interpretan, dan forma, recontextualizan e influyen en las políticas; es decir, todo lo

que se da gracias a su capacidad para formar coaliciones de ideas diferentes y a menudo conflictivas. Así las cosas, Wahlström & Sundberg (2018) señalan que este tipo de comunidades pueden ejercer un rol tanto al interior de la arena política, con los actores considerados oficiales; como por medio de canales extraoficiales, entre los actores oficiales y los miembros de la sociedad civil. En el primer caso, formulando el contenido de las ideas y en el segundo, dando forma a los procesos interactivos mediante los que se transmiten dichas ideas.

Por otro lado, el neoinstitucionalismo discursivo también busca equilibrar el papel de las instituciones al señalar que estas son tanto dadas como contingentes. Se dan en el sentido de que los agentes actúan dentro de un contexto institucional específico, pero contingentes en relación con las acciones de quienes las forman (lo que piensan, escriben y hablan). Esto quiere decir que, aunque se reconoce que las instituciones tienen importancia y efectos sobre la realidad social, tampoco se puede negar, a su vez, que las mismas están embebidas por la cultura y la sociedad de la que hacen parte (Wahlström & Sundberg, 2018). Al respecto, Schmidt (2012) anota que las instituciones pueden caracterizarse como estructuras de significado restrictivas y habilitadoras al mismo tiempo, dado su papel interno y externo al individuo.

En suma, entre los rasgos distintivos del neoinstitucionalismo discursivo es posible mencionar: 1) *su énfasis en el contenido de las ideas*, 2) *su preocupación acerca de la forma en la que tales ideas se intercambian y modifican por medio del discurso*, 3) *su entendimiento de las instituciones como restrictivas y habilitadoras*, y 4) *su presunta capacidad para proporcionar información acerca de la dinámica del cambio institucional* (Wahlström & Sundberg, 2018). Con todo, es importante mencionar que este enfoque ha sido objeto de críticas como las de Bell (2011), quien considera que relega a las instituciones a un papel deliberadamente ambiguo, un papel en el que se obvia cualquier cuestionamiento acerca de qué es lo que las constituye.

### **1.3.2 Prácticas Ministeriales**

La presente investigación se basa en el análisis de las prácticas institucionales del Ministerio de Salud, estas últimas como condición que posibilita la formulación de los estudios nacionales de morbilidad oral – salud bucal en Colombia. Dicho esto, es importante entender el concepto de *práctica* institucional desde una aproximación sociológica, *como una actividad que se realiza con frecuencia, pero además es una intervención, una intencionalidad, algo que discurre sobre la realidad y que además muestra narrativas argumentativas y regulaciones de contexto como características principales*, estas últimas toman forma en el presente estudio a través del **contexto histórico - sanitario específico y de un contexto normativo**.

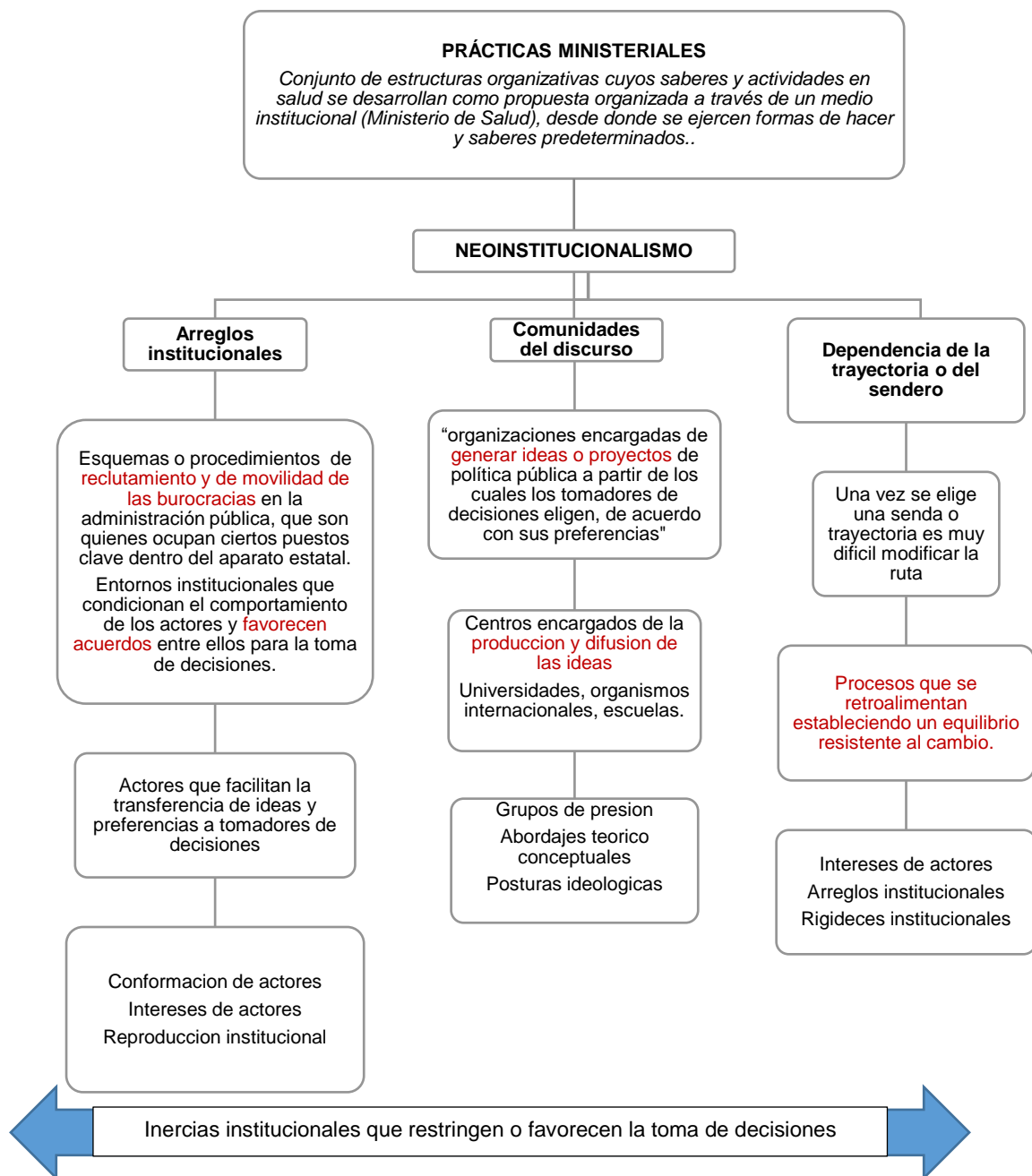
El contexto histórico - sanitario se relaciona con la adopción y adaptación de las políticas internacionales que tienen un impacto evidente en la toma de decisiones a nivel local y por procesos nacionales del orden político - sanitario más general. En cuanto al contexto normativo, este hace referencia a una serie de lineamientos emitidos por la institución ministerial que constituyen una hoja de ruta a seguir por los actores participantes en las encuestas nacionales de morbilidad oral – salud bucal, lo cual se relaciona con lo que se debe hacer o está permitido hacer y con lo que no se debe hacer.

Adicionalmente Fernández, desde la salud colectiva menciona que las Prácticas Institucionales en Salud (PIS) pueden ser entendidas como: *“el conjunto de estructuras organizativas cuyos saberes y actividades en salud se desarrollan como propuesta organizada a través de un medio institucional (Ministerio de Salud), desde donde se ejercen formas de hacer y saberes predeterminados”* (Fernández, 2007).

Para finalizar esta parte, se realiza una aproximación para explicar cuáles prácticas ministeriales han incidido en la forma como se han desarrollado los estudios nacionales de morbilidad oral – salud bucal realizados en Colombia, para lo cual, resultan útiles categorías como arreglos institucionales, comunidad del discurso y

dependencia de la trayectoria, tomadas del enfoque neoinstitucional en sus vertientes histórica, sociológica y discursiva, estas categorías permiten acercarse a la comprensión de los intereses, ideas e inercias al interior de la institución de salud que terminan favoreciendo o restringiendo la toma de decisiones.

Figura 1. Descripción analítica de las prácticas ministeriales a través de categorías tomadas del enfoque neoinstitucionalista histórico, sociológico y discursivo.



Fuente: adaptación del autor de acuerdo a información disponible en (Farfán, 2007; March & Olsen, 2008; Pierson, 2000; Pierson & Skocpol, 1997)

### **1.3.3 Modelos de salud pública**

El término *modelo* es polisémico, es decir que tiene varios significados, pero en general se ha utilizado para indicar algo o alguien que es punto de referencia para imitarlo o reproducirlo. No obstante, también se entiende como un esquema teórico de un sistema o de una realidad compleja (una representación a escala de alguna cosa) (RAE., 2015), el cual se implementa generalmente a manera de formulación conceptual en la que se incluyen elementos representativos de un aspecto de la realidad, presentados de forma flexible a modo de categorías teóricas, que permiten llevar a cabo intervenciones prácticas (Cabrera, 2004).

Por otro lado, el término *enfoque* corresponde a la “asociación y manera de considerar los problemas, un repertorio metodológico y un vocabulario interpretativo”(Deubel, 2008). En este trabajo se describen las apuestas conceptuales y metodológicas propuestas desde diferentes enfoques epidemiológicos como herramientas operativas para medir la situación de salud bucal como la ***epidemiología clásica- tradicional, la social europea y social latinoamericana- crítica.***

Es importante empezar por realizar una descripción general de los modelos principales en salud pública, los cuales han sido formulados desde diferentes corrientes de pensamiento para el abordaje del proceso salud-enfermedad.

#### ***Modelo canadiense***

Diferentes autores, desde mediados del siglo XIX en Europa van más allá de la concepción de salud solo como morbilidad o estado patológico observado en el individuo por pérdida del equilibrio interno en su fisiología y en este contexto científicos sociales como Alison, Villerme, Virchow y Engels entre otros, describieron la relación entre factores socioeconómicos desfavorables y enfermedad. En este

mismo sentido, Henry Sigerist ya en la década de los años 40 del siglo XX en Estados Unidos hace aportes importantes para la definición del concepto de “promoción de la salud” resaltando la integralidad del mismo e incorporando elementos importantes en términos de: *“lograr el acceso de la población a buenas condiciones de trabajo, educación adecuada, espacios para la cultura física y la recreación, y un descanso apropiado”*.

Un avance importante en esta lógica se evidencia en 1974, cuando el gobierno de Canadá, con base en los postulados teóricos realizados por dos políticos canadienses Marc Lalonde y Lafambroise, socializó el denominado *“Informe Lalonde”* en las conferencias panamericana y mundial de la salud. En este informe se definió un campo conceptual y comprehensivo para el análisis de la situación de salud y la gestión sanitaria basados en cuatro dimensiones de la realidad denominados *campos de la salud*, entendidos estos como el espacio en el que interactúan factores **determinantes de la salud** como: la biología humana, el medio ambiente, los estilos de vida y la forma como se organizan los sistemas y servicios de salud (Watt, 2005). Posteriormente, en 1976 Alan Dever médico epidemiólogo, con base en estas propuestas, construye el denominado *Modelo epidemiológico para el análisis de una política sanitaria* el cual explica el proceso salud-enfermedad con base en principios de multicausalidad relacionados con factores de riesgo (Dever, 1976).

La cuestión que suscita lo mencionado anteriormente es: ¿A qué hacen referencia los factores determinantes de la salud en este modelo? Para responder a esta pregunta, conviene retomar esos cuatro factores determinantes de la salud de la población y de los individuos. El primero de ellos es *la biología humana*, en la cual se incluyen todos los aspectos relacionados con la salud física y mental desarrollados en el cuerpo humano, esto implica la herencia genética, el proceso de maduración y envejecimiento de la persona, donde los factores genéticos se relacionan con diferentes problemas de salud de tipo infeccioso, cardiovasculares,

metabólicos, neoplásicos, mentales, cognitivos y conductuales (Giraldo et al., 2010; OMS/OPS., 2005).

El segundo factor es *el medio ambiente*, el cual involucra fenómenos relacionados con la salud que son externos al cuerpo humano, sobre los cuales las personas no tienen o presentan poco control. El tercero hace referencia a *los estilos de vida*, estos son entendidos como el *conjunto de decisiones que las personas toman acerca de su salud y sobre las cuales se posee algún grado de control*, incluye la conducta del individuo, sus creencias, valores, bagaje histórico y percepción del mundo, actitud frente al riesgo y su visión de salud futura, capacidad de comunicación, de manejo del estrés y de adaptación y control sobre circunstancias de su vida que determinan sus preferencias y estilo de vivir. Sin embargo es importante resaltar que estas conductas y estilos de vida van a estar condicionados por contextos sociales que los moldean y restringen (Alvarez, 2012; OMS/OPS., 2005).

El cuarto y último factor determinante de la salud es *la forma como se organizan los sistemas y servicios* en aspectos como promoción, protección y recuperación de la salud y de prevención, control y tratamiento de la enfermedad en una población; los cuales van a ser determinantes del estado de salud de dicha población. También es importante mencionar lo relacionado al acceso económico, geográfico y cultural a los servicios de salud al igual que la cobertura, oportunidad y calidad de los servicios de salud.

Los anteriores desarrollos se constituyeron en un insumo importante para que en 1986, se realizara la conferencia internacional de *Promoción de la Salud*, la cual reunió alrededor de 200 delegados de 38 países y dio origen a la denominada *Carta de Ottawa* (1986), en la cual se definió la promoción de la salud como: “*el proceso para proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma*” ([Http://Www.Paho.Org/Hq/Index](http://www.Paho.Org/Hq/Index), 2015; Restrepo & Málaga, 2002). Sin embargo, se crítica la anterior definición debido a



que no se especifica de quién es la responsabilidad del suministro de los “medios necesarios” y el alcance de los mismos, responsabilizando a cada individuo del cuidado de su salud.

En la Carta de Ottawa se proponían cinco áreas estratégicas para su aplicación: 1) *la construcción de políticas públicas saludables*; 2) *la creación de entornos o ambientes que favorecieran la salud (ambientes físicos, sociales, económicos, políticos, culturales)*; 3) *el fortalecimiento de la acción comunitaria y la participación social*; 4) *el desarrollo de habilidades personales para el fomento de la salud (estilos de vida)*; y por último, 5) *la reorientación de los servicios de salud* (Restrepo & Málaga, 2002).

Es así como, a partir de estos avances, la *promoción de la salud* se asume como una estrategia orientada hacia el desarrollo de procesos y actividades individuales o grupales con el fin de modificar conductas de riesgo y adoptar estilos de vida saludables, para así mejorar la calidad de vida de los individuos y las comunidades; constituyéndose desde finales de los 80s del siglo XX en una política pública sanitaria de carácter internacional (Alvarez, 2012; Eslava, 2006; Restrepo & Málaga, 2002).

Otras características para resaltar de este modelo son que individualiza la atención; se enfoca en afectar en mayor medida estilos de vida, es netamente positivista; culpabiliza al enfermo, es decir, asume la enfermedad como responsabilidad de cada uno y se centra en las conductas y los comportamientos.

En cuanto a los aspectos metodológicos del modelo canadiense, este se apoya en el análisis estadístico para realizar inferencias a nivel poblacional utilizando principalmente técnicas de tipo cuantitativo y la investigación a través de encuesta. Además, esta corriente epidemiológica “trata de mantenerse como una disciplina empírica y se presenta como un campo neutral y libre de valores, sustentada en una teoría de la naturaleza biológica humana ahistórica y ajerárquica, en donde los

fenómenos relacionados con la salud de las poblaciones se asumen de forma semejante y son cuantificables” (Breilh, 2008; Parra, Hernández, & López-Arellano, 1999; Parra, Hernández, Durán A, et al., 1999).

Sin embargo, dependiendo de la escuela de pensamiento desde la que se aborde la promoción de la salud, se dan diferentes interpretaciones a esta: para algunos se confunde con acción preventiva y se la homologa a cuestión de educación sanitaria, lo cual ha llevado a limitar sus alcances (Eslava, 2006). En contraposición, otra corriente de pensamiento más constructivista define la promoción de la salud como acción sociopolítica que involucra no solo al sector de la salud, sino que trasciende más allá vinculando a otros sectores, sus representantes son el Estado canadiense y algunos europeos, quienes han desarrollado experiencias más integrales y multisectoriales. Sin embargo, estos enfoques se quedan cortos en sus alcances en el sentido que se limitan a identificar algunos de los determinantes distales, intermedios y proximales al individuo, pero las intervenciones propuestas se reducen, en el mejor de los casos, a *modificar estilos de vida y mejorar acceso y calidad en la prestación de servicios de salud, pero sin proponer intervenciones tendientes a modificar los determinantes estructurales* (Hancock, 2011; O’Neill et al., 2000).

### ***Modelo OMS – Comisión de Determinantes Sociales de la Salud - (CDSS)***

La Organización Mundial de la Salud (OMS) puso en marcha en 2005 la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (CDSS), con el fin de “analizar datos científicos sobre posibles medidas e intervenciones en favor de la equidad sanitaria y promover un movimiento internacional en este sentido” esta comisión estuvo representada por académicos de diferentes centros universitarios principalmente de Europa y su objetivo principal fue recoger la evidencia disponible sobre la relación entre determinantes sociales, económicos y culturales y resultados adversos en salud con el fin de formular políticas a favor de la equidad en salud. Es así como desde la OMS se definen los determinantes sociales de la salud como “aquellos factores biológicos, ambientales, sociales, políticos, económicos y culturales que

inciden, determinan y condicionan la salud-enfermedad de la población” (Berlinguer, 2007; Mejía, 2013; World Health Organization (WHO) - CDSS., 2008).

En el informe final de esta comisión en 2008 se reconocen las inequidades en salud como aquellas desigualdades injustas, innecesarias y evitables que favorecen resultados contrarios al objetivo mismo de la salud y que conducen al deterioro no solo físico y mental, sino también social y económico de las personas. Se asume esta inequidad como resultado de la forma como la población crece, vive, trabaja y envejece y del modelo de salud mediante el cual se prestan los servicios de atención; lo cual favorece la exposición y vulnerabilidad diferencial de diversas comunidades conduciendo a resultados adversos en poblaciones con mayores necesidades y menor capacidad de pago. De tal forma que, para la (CDSS, 2008) “la mala salud de los pobres, el gradiente social de salud dentro y entre los países y las desigualdades sanitarias están provocadas por una distribución desigual, a nivel mundial y nacional, del poder, los ingresos, los bienes y los servicios”. Adicionalmente se enfatiza en que: “esa distribución desigual de experiencias perjudiciales para la salud no es, un fenómeno natural, sino el resultado de una combinación de políticas y programas sociales deficientes, arreglos económicos injustos y una mala gestión política”(World Health Organization (WHO) - CDSS., 2008), los cuales forjan contextos situacionales idóneos para que dicha desigualdad se presente en mayor o menor medida, impactando significativamente en la calidad de vida de las personas.

En dicho informe se definen ámbitos esenciales de las condiciones de vida y se identifican factores sociales estructurales e intermedios subyacentes que influyen en esas condiciones, por lo que es preciso intervenir. Dentro de los *determinantes o factores estructurales se incluyen el contexto socioeconómico y político, políticas macroeconómicas, gobernanza, posición socio-económica, estructura social y clase social*. En los determinantes intermedios se encuentran circunstancias materiales (condiciones de vida y de trabajo, disponibilidad de alimentos), factores psicosociales, sistema de salud, educación, ocupación, ingreso, relaciones de

género y de etnia; y otros factores más proximales de carácter individual y biológico (estilos de vida del individuo, edad, sexo y factores genéticos) (Diderichsen et al., 2002; World Health Organization (WHO) - CDSS., 2008). Además, en el informe final de la CDSS se exponen una serie de recomendaciones generales y principios de acción que pueden ser sintetizados de la siguiente manera:

1. Mejorar las condiciones de vida, es decir, las circunstancias en que la población nace, crece, vive, trabaja y envejece.
2. Luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos; esto es, los factores estructurales de los que dependen las condiciones de vida, a nivel mundial, nacional y local.
3. Medir la magnitud del problema, analizarlo y evaluar los efectos de las intervenciones, es decir, ampliar la base de conocimientos, dotarse de personal capacitado en materia de determinantes sociales de la salud y sensibilizar a la opinión pública en ese aspecto (Organización Mundial de la Salud (OMS)., 2011; World Health Organization (WHO) - CDSS., 2008).

Entre las características principales de este modelo hare mención a las siguientes, que en mi opinión merecen ser resaltadas: i) Ideológicamente está basado en la medicina social anglosajona y la epidemiología social anglosajona enfocada en investigar aspectos sociales de la causalidad de la enfermedad en función del conjunto de patologías, proponiendo al estrés como la mediación entre lo social y lo biológico (Breilh, 2013; O. López et al., 1999). ii) Enfatiza en el mejoramiento de nivel de educación, de empleo y de ingresos, a través de la formulación e implementación de políticas macroeconómicas, sociales y públicas, lo que conducirá al mejoramiento de las condiciones de salud (Torres, 2008). iii) Identifica unos determinantes estructurales e intermedios y propone solo ajustes a las estructuras de la sociedad, pero sin transformar el Statu Quo imperante, iv) además es constructivista en el sentido que propone compartir la responsabilidad de la

enfermedad entre el enfermo y el Estado, v) además, se resaltan cuatro mecanismos identificados que desempeñan un papel fundamental en la generación de inequidades en salud: la estratificación social, la exposición diferencial, la vulnerabilidad diferencial y las consecuencias diferenciales en salud (Organización Mundial de la Salud (OMS)., 2011).

### ***Modelo Histórico – Social***

Este se fortalece a partir del Movimiento Latinoamericano de Medicina Social surgido en México en la década de los 70s del siglo XX y posteriormente del Movimiento de la Salud Colectiva brasileño, en los cuales se desarrollaron una serie de planteamientos teóricos y epistemológicos centrados en categorías políticas y sociológicas marxistas en oposición al positivismo (Iriart et al., 2002; Linares - Pérez & López - Arellano, 2008; Tajer, 2003; Waitzkin et al., 2001a, 2001b). Dentro de este contexto el proceso salud-enfermedad se muestra como una expresión de condiciones de vida históricamente determinadas, que dependen de formas de organización social de la producción y que generan diferencias en la calidad de vida de los grupos humanos (Breilh, 2003). Desde esta perspectiva, diferentes autores han desarrollado propuestas progresistas para el abordaje del proceso salud-enfermedad, no obstante, abordaré con más detalle el *Enfoque basado en la “Salud Colectiva”* por su influencia a nivel latinoamericano y su implementación concreta en el Sistema Único de Salud de Brasil.

### **Enfoque basado en la “Salud Colectiva”**

Algunos países latinoamericanos han mostrado avances en la búsqueda de una construcción colectiva más integral de la salud, un referente en este aspecto es Brasil, en donde hasta mediados de los 80s del siglo XX, el modelo hegemónico estuvo basado en el mercado de la salud que privilegió la práctica privada y el individualismo (Alba Nickel et al., 2008; P. Narvai, 2006). Sin embargo, el Movimiento de la reforma sanitaria en Brasil a partir de la organización y la

movilización social, condujo a la promulgación de una Constitución Política con un enfoque de derechos que favoreció la creación e implementación del Sistema Único de Salud en 1988 (SUS) (Pucca et al., 2009; Rennó Junqueira et al., 2008); este cambio epistemológico y metodológico se logró en este país a partir de la medicina social y la salud colectiva. Debido a que el eje principal de este estudio es la forma como las prácticas institucionales han influido en la manera de abordar la salud bucal en Colombia, a continuación introduzco algunos autores que se posicionan desde la llamada la Salud Bucal Colectiva – SBC al respecto, Narvai señala cómo desde este enfoque, se propone una *ruptura epistemológica* con la odontología de mercado, pues para la SBC esto implicaba desarrollar una Praxis que debe romper dialécticamente con la práctica odontológica hegemónica (Capel Narvai & Ferreira, 2010; P. Narvai, 2006). Tal ruptura requería el desarrollo de trabajos en odontología que partieran de las necesidades de las personas y que, oponiéndose a la lógica del mercado, rompiera con el statu quo caracterizado fundamentalmente por la mercantilización de los servicios y por el mantenimiento del monopolio de acceso a los recursos odontológicos al servicio de las elites (S. C. Lima, 2012; P. Narvai, 2006).

Un aspecto común por resaltar entre Colombia y Brasil es que, en este último también se han llevado a cabo cuatro encuestas epidemiológicas nacionales de salud bucal; la primera formulada por parte del Ministerio de Salud se llevó a cabo con una gran muestra de población de las ciudades capitales en el año 1986. Una segunda encuesta nacional de salud bucal fue llevada a cabo en 1996, la tercera en 2003 y la cuarta en 2010 (Pucca et al., 2009); mostrándose importantes avances y mejoría en los indicadores de caries donde se redujo el CPO-D en los niños/as de 12 años de 6,7 en 1986 a 2,1 en 2010 (P. C. Narvai et al., 2006). En la encuesta de 2010 participaron múltiples instituciones y organizaciones odontológicas, incluyendo la organización odontológica brasileña y sus seccionales regionales, varias universidades y departamentos de salud estatales y municipales, y alrededor de 2000 profesionales entre odontólogos y auxiliares provenientes de 250 municipios (Ministerio da Saúde., 2012).

Un salto importante en cuanto a la atención de necesidades en salud bucal de los brasileños se dio en 2004 mediante la formulación de la política nacional de salud bucal *Brasil Sonriente*, la cual significó la recuperación de los derechos de los ciudadanos brasileños al acceso del cuidado en salud bucal a través de programas gubernamentales; transformando el abandono histórico y acogiendo las directrices trazadas para el sistema de salud brasileiro de descentralización, equidad, universalidad e integralidad (Alba Nickel et al., 2008; Ministerio da Saúde., 2004; Nascimento et al., 2009; Pucca et al., 2009; Silva Paim & Matos Soares, 2011). Esta política abarco un conjunto de actividades a nivel individual y colectivo que incluyeron aspectos como: la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. Se resalta el hecho de que esta política se desarrolló mediante participación democrática, utilizando grupos de trabajo y enfocándose en las poblaciones que aceptaron el desafío de cuidar su salud bucal dentro de las dinámicas regionales, articulando y fortaleciendo los equipos de salud bucal dentro de la estrategia de salud familiar, aumentando estos equipos de 4.261 en 2002 a 22.139 equipos en 2012 e incrementándose también el número de profesionales, de 40.000 a 82.000 (Nascimento et al., 2009; Soares, 2012).

Adicionalmente, mediante esta política se crearon los centros de especialidades odontológicas y los laboratorios de prótesis dental a lo largo y ancho de la vasta geografía brasileña (M. F. de Lima & da Silva, 2012; Pedrazzi et al., 2008), pero lo más importante fue que se fortaleció la acción intersectorial con la participación de acciones y programas, los cuales recibieron grandes aportes de diferentes ministerios (justicia, educación, deporte, salud, ministerio de las ciudades, etc.) solucionando de esta manera, en mayor proporción, las necesidades de salud bucal de la población brasileña de acuerdo a diferentes niveles de complejidad, independientemente de la capacidad de pago de la población (S. C. L. Chaves, 2012; Moysés et al., 2013; Pucca et al., 2009).

### **1.3.4 Enfoques epidemiológicos**

A continuación, se describen los principales enfoques epidemiológicos propuestos para la comprensión del proceso salud-enfermedad, los cuales han estado influenciados por el modelo biológico–curativo, cuyo alcance es limitado y centrado en la identificación de factores de riesgo y en demostrar relaciones causales. De igual forma, se expone la epidemiología social desde donde se muestran alternativas más integrales que incluyen en el análisis los determinantes sociales de la salud, los cuales condicionan e inciden significativamente en el ya mencionado proceso, salud-enfermedad, de las comunidades.

#### ***Enfoque epidemiológico clásico o convencional:***

Mediante este enfoque se busca analizar la asociación existente entre dos o más variables, como una expresión empírica del fenómeno, a partir de una serie de herramientas estadísticas. Dicho objetivo pretende ser alcanzado realizando un contraste de hipótesis, a partir de combinaciones lineales y logarítmicas de variables provenientes de atributos fragmentarios de individuos, buscando realizar extrapolación de la dinámica del fenómeno a nivel poblacional.

La epidemiología clásica principalmente ha buscado las causas de la enfermedad en factores específicos del ambiente y conductas de los individuos; el modelo causal ha buscado las explicaciones en la unicausalidad de la teoría de los gérmenes y en la multicausalidad de la *red de causación*, la que supone que diferentes factores de riesgo, biológicos y conductuales, interactúan como causas de la enfermedad (A. V. Diez Roux, 1998). Desde esta perspectiva se individualiza y biologiza el objeto de estudio<sup>1</sup> realizando un análisis principalmente de tipo biológico centrado en la enfermedad y limitado a nivel individual o subindividual, empezando por identificar las “causas” de la enfermedad como factores de riesgo asociados a *estilos de vida* y *conductas personales* perjudiciales, cuya responsabilidad depende de cada uno, pues, dichos factores son considerados como opciones libres de los individuos y

---

<sup>1</sup> El objeto de estudio de la epidemiología clásica es la distribución de las enfermedades y los factores causales o de riesgo asociados a esas enfermedades.



están disociados de contextos sociales que los delimitan y restringen. En consecuencia, “los hechos referentes a la sociedad y los fenómenos sociales han de explicarse exclusivamente por las características de los individuos” (A. V. . Diez Roux, 1998).

Es así como esta corriente o modelo utiliza la asociación causal definida como aquella relación entre dos categorías de eventos, en la que se observa que un cambio en la frecuencia de uno (causa) se asocia a una alteración en el otro (efecto); en donde la explicación de causalidad acude a categorías como *causa necesaria y suficiente*, la denominada *triada ecológica* (Leavell y Clark), las *causas componentes* (Rothman) o las llamadas *cadena de causalidad* (Mac Mahon). Asimismo, se apoya en el análisis estadístico para realizar inferencias a nivel poblacional utilizando principalmente técnicas de tipo cuantitativo y la investigación a través de encuesta, empleando ante todo medidas como prevalencia e incidencia para cuantificar la morbilidad oral.

El abordaje realizado desde la epidemiología tradicional-clásica aporta evidencias, pero es insuficiente debido a que su alcance se limita a realizar descripciones de las condiciones de morbilidad oral de la población y de los factores de riesgo asociados, sin visibilizar determinantes de tipo socioeconómico, cultural o político, que favorezcan resultados adversos en salud bucal en las poblaciones menos favorecidas. Desde este enfoque, aspectos sociales y económicos de la población son asumidos como variables adicionales en el mismo nivel de las biológicas, abordadas de forma fragmentada e incluidas en las encuestas como ingreso, nivel de escolaridad, estrato socioeconómico, etc (Pardo R & Hernández, 2018). En este enfoque se asume a la epidemiología como disciplina auxiliar de la clínica o disciplina diagnóstica en la administración sanitaria, de tal forma que, las estrategias preventivas y prácticas en salud pública derivadas de este abordaje se dirigen hacia la población general o subgrupos poblacionales buscando promover cambios en los factores de riesgo asociados a la patología oral (hábitos de higiene oral y nutricionales deficientes, tabaquismo, consumo de alcohol, acceso restringido a los

servicios de atención, etc.) (O. López et al., 1999; Petersen, 2005; Petersen et al., 2005).

En síntesis, esta corriente epidemiológica “intenta mantenerse como una disciplina empírica, como un campo neutral, libre de valores, sustentada en una teoría de la naturaleza biológica humana, ahistórica y ajerárquica...donde todos los fenómenos relacionados con las poblaciones tienen un abordaje semejante y son cuantificables” (O. López et al., 1999). Adicionalmente, este modelo está ubicado dentro del paradigma positivista de investigación, los positivistas asumen que existe una realidad objetiva que no depende de la observación humana para existir y que los fenómenos naturales son básicamente regulares y ordenados, donde el investigador puede acercarse al objeto de investigación de forma objetiva, es decir, “libre de valores”. Finalmente, la metodología que utiliza esta corriente es, en general, de tipo experimental-manipulable, pues se basa en comprobación de hipótesis, de igual forma, utiliza principalmente métodos cuantitativos y modelos matemáticos y estadísticos refinados (Denzin & Lincoln, 2005), los cuales son funcionales a la medición de la cantidad de enfermedad observable y sus factores de riesgo asociados en tiempo, lugar y persona.

### ***Epidemiología social:***

Una alternativa a la epidemiología clásica para el abordaje de la salud bucal es la epidemiología social. Esta se caracteriza por investigar explícitamente los determinantes sociales del proceso salud-enfermedad a nivel colectivo, es decir, a nivel de grupos sociales (Krieger, 2001a). Dentro de la epidemiología social se pueden reconocer dos corrientes principales: la epidemiología social europea - anglosajona y la epidemiología social latinoamericana (epidemiología crítica) (Almeida-Filho & Barreto, 2012; Breilh, 2008).

### **Epidemiología social europea (Anglosajona):**

La epidemiología social anglosajona acompaña el estudio de las relaciones entre salud y un amplio rango de factores sociales tales como raza, clase social, género, políticas sociales y otros (Harper & Strumpf, 2012).

Algunos de los trabajos pioneros en este campo se pueden identificar desde finales del siglo XIX, cuando ya Engels en Inglaterra en su trabajo relacionado con el impacto de la industrialización sobre la salud *The Condition of the Working Class in England*, “evidenciaba una alta mortalidad entre los pobres, asociada a unas condiciones de vida precarias de la clase operaria y alertaba acerca de las influencias deletéreas de las privaciones sufridas en la infancia sobre la salud en la edad adulta”. También en el siglo XIX se destacan otros trabajos como los de Virchow y Snow los cuales también asocian la relación directa entre condiciones de vida deletéreos y los procesos de enfermedad aumentados (Krieger, 2001b).

En efecto, la epidemiología ha evolucionado en sus conceptos y métodos desde el siglo XVIII, nutriéndose de los avances de otras disciplinas, para permitir el reconocimiento de sus investigaciones como uno de los pilares para el surgimiento de la ciencia moderna (Morabia, 2004). Es así como los conceptos aportados más recientemente por Susser y Susser plantean la evolución de la epidemiología a través de una serie de “Eras”, cada una de estas enmarcada en su propio paradigma, las cuales conducen al planteamiento de enfoques causales en epidemiología, estas son (Mervin Susser & Susser, 1996):

- 1) La era de las estadísticas sanitarias: con su paradigma, el miasma;
- 2) La era de la epidemiología de las enfermedades infecciosas: con su paradigma, la teoría del germen.
- 3) La era de la epidemiología de las enfermedades crónicas: con su paradigma, la caja negra.
- 4) La ecoepidemiología y las denominadas cajas chinas.

En el cuadro N° 1 se resumen los enfoques analíticos y preventivos abordados por cada una de las eras, al igual que el período histórico de mayor influencia y el paradigma en el cual se sustenta cada una de las eras propuestas en la evolución de la epidemiología social europea según Susser y Susser.

**Cuadro N° 1. Eras en la evolución de la epidemiología social**

<b>Era Periodo histórico</b>	<b>Paradigma</b>	<b>Enfoque analítico</b>	<b>Enfoque preventivo</b>
Estadísticas sanitarias: primera mitad del siglo XIX.	<b>Miasma:</b> envenenamiento por emanaciones tóxicas provenientes del suelo, aire y agua.	Demuestra agrupamiento por morbilidad y mortalidad.	Sellamiento de drenajes y sistemas de alcantarillado, y recolección de basuras.
Epidemiología de enfermedades infecciosas: segunda mitad del siglo XIX y primera mitad del siglo XX.	<b>Teoría del germen:</b> agentes infecciosos específicos relacionados a una enfermedad específica.	Aislamiento y cultivo en laboratorio de los sitios enfermos, transmisión experimental y reproducción de las lesiones.	Limitar la transmisión por medio de vacunas, aislamiento de afectados y tratamiento con antibióticos.
Epidemiología de las enfermedades crónicas: segunda mitad del siglo XX.	<b>La caja negra:</b> unidad autocontenida. Su proceso interior está oculto para el observador. Exposición relacionada al evento sin ser necesariamente un patógeno.	Razón de riesgo de exposiciones a nivel individual en poblaciones.	Control de factores de riesgo modificando estilos de vida, agentes o medio ambiente.
Ecoepidemiología: siglo XXI.	<b>Cajas chinas:</b> grupo de cajas contenido en una	Análisis de determinantes y de resultados a	Aplicación de la información y la tecnología biomédica a

	<p>sucesión de cajas más pequeñas.</p> <p>Relaciones dentro y entre estructuras localizadas organizadas en diferentes niveles (celular, individual, poblacional).</p>	<p>diferentes niveles de organización: dentro y a través de diferentes contextos usando nuevos sistemas de información y nuevas técnicas biomédicas.</p>	<p>diferentes niveles de intervención, desde lo molecular hasta lo contextual.</p>
--	---	--	--

Fuente: Adaptado por el autor de acuerdo a información disponible en (C. Hernández et al., 2012; Mervin Susser & Susser, 1996; Mervyn Susser & Susser, 1996).

La ecoepidemiología es una propuesta realizada por Susser y Susser donde se aborda el proceso salud-enfermedad en diferentes niveles de complejidad; se propone el concepto de *determinante* como un factor que favorece la aparición de un resultado, a su vez se muestra la existencia de factores contribuyentes e interacciones entre factores causales (Mervyn Susser & Susser, 1996). A través de la ecoepidemiología y el paradigma de las cajas chinas los autores proponen complementar el universalismo de las ciencias físicas con el ecologismo de las ciencias biológicas; donde cada sociedad es influenciada por sus circunstancias económicas, políticas y culturales, así como, por la mezcla de personas, clima y topografía (Mervyn Susser & Susser, 1996). Planteándose de esta forma la complejización de las explicaciones en el proceso salud -enfermedad mediante la determinación de causas múltiples hasta llegar a un pensamiento sistémico<sup>2</sup> (Mervin Susser, 1991) complejo, mediante el análisis de determinantes y resultados en diferentes niveles de organización (biológico, clínico y social).

Alfredo Morabia, en su libro *A History of Epidemiologic Methods and Concepts* (2011) muestra cómo, a partir de ciertos momentos históricos, los conceptos de la

---

<sup>2</sup> Definido el sistema como un conjunto de factores conectados unos con otro de forma coherente; los cuales no existen de forma aislada.

epidemiología han ido evolucionando. Esta constitución progresiva de métodos y conceptos con el propósito de evaluar los determinantes de la salud que constituyen el núcleo central del pensamiento epidemiológico dice él, se ha desarrollado desde finales del siglo XVIII a partir de dos ideas clave: el pensamiento poblacional y la comparación de grupos. Para esto, Morabia toma de Piaget el concepto de *desarrollo evolutivo del niño*, caracterizado por una serie de etapas que se van superando hasta llegar al estado de la madurez y lo utiliza para proponer cuatro fases en la evolución de la epidemiología (Morabia, 2004):

- 1) **Epidemiología preformal:** se produce un desarrollo en diferentes disciplinas y ciencias, que preparan el camino hacia el pensamiento poblacional, sin que este dé aun señales propias de su existencia.
- 2) **Epidemiología temprana:** desarrollada en el siglo XIX con la introducción en la disciplina del pensamiento poblacional y la comparación de grupos.
- 3) **Epidemiología clásica:** inicia en la década de los 40s del siglo XX y su investigación está encaminada a observar el comportamiento de las enfermedades crónicas.
- 4) **Epidemiología moderna:** asociada al refinamiento en los métodos matemáticos y estadísticos, se refina adicionalmente la visión reduccionista que consiste en aislar una asociación sencilla fuera de su contexto complejo (Morabia, 2004, 2013).

Por otro lado, hacia principios del siglo XXI, la epidemióloga Nancy Krieger, menciona tres teorías principales invocadas por los epidemiólogos sociales contemporáneos, estas son: teoría psicosocial, producción social de la enfermedad y/o economía política de la salud y teoría ecosocial con sus marcos de trabajo multinivel relacionados. La *teoría psicosocial* dirige la atención hacia las respuestas biológicas endógenas en las interacciones humanas, la *producción social de la enfermedad y/o economía política de la salud* aborda, de forma explícita, los determinantes políticos y económicos del proceso salud–enfermedad dejando la biología en un segundo plano; la *teoría ecosocial y otros marcos de referencia multinivel* buscan integrar explicaciones sociales y biológicas mediante una

perspectiva dinámica histórica y ecológica con el objetivo de desarrollar nuevas ideas relacionadas con la distribución de los determinantes de la enfermedad en la población y sobre las inequidades sociales en salud (Krieger, 2001c). No obstante, estas teorías difieren principalmente en la forma como ellas integran las explicaciones sociales y biológicas y en sus recomendaciones para la acción.

Adicionalmente, desde la epidemiología social, varios autores durante las últimas décadas del siglo XX han utilizado modelos diagramáticos para realizar aproximaciones al entendimiento de los determinantes sociales de la salud y de las inequidades en salud, estos presentan las siguientes características en común: el abordaje de los problemas por capas a diferentes niveles, el entendimiento de multiplicidad de vías y la posibilidad de influencias recíprocas entre estas. Estos modelos representan las partes que componen un proceso complejo como el de salud-enfermedad y sus determinantes, sus interrelaciones y las relaciones temporales entre sus componentes, evitándose abordajes simplificados que se reducen al análisis enfocado en un nivel de influencia (House, 2002; GA Kaplan et al., 2000; Linch, 2000; Marmot, n.d.).

Ahora bien, estos abordajes metodológicos en diferentes niveles de análisis, muestran avances en la superación de modelos lineales de regresión mediante la utilización de herramientas estadísticas de análisis multinivel (individuales y sociales) las cuales, para el tema que nos atañe, son aplicadas a los problemas de salud bucal con el objetivo de mostrar diferencias en salud entre los diversos grupos poblacionales de acuerdo a factores sociales, económicos, culturales e inequidades en el acceso y uso de los servicios, conforme a la posición socioeconómica (Bernabé & Marcenes, 2011; Costa et al., 2012; Freire et al., 2014; Guarnizo-Herreño et al., 2013; Sabbah et al., 2009; Tchicaya & Lorentz, 2014; Vettore et al., 2014) sin embargo los análisis se quedan cortos la mayoría de las veces debido a que, las mediciones se centran con frecuencia en el efecto del ingreso, la educación y la ocupación y en la fuerza de asociación entre aspectos

como control del trabajo y clase social ocupacional (Berkman, 2004; A. V. . Diez Roux, 1998; A. V. Diez Roux, 2007; George a. Kaplan, 2004; Vianna et al., 2013).

### **Epidemiología social latinoamericana (Epidemiología crítica):**

Desde finales de la década de los 70s en Ecuador, Breilh y Granda han desarrollado una propuesta teórica sobre la determinación social de las enfermedades, basada en postulados marxistas, según, los planteamientos de estos autores su propuesta se basa en:

*“La aplicación de las leyes del materialismo histórico para el estudio de la determinación y distribución los cuales son considerados fundamentos de la epidemiología, con el objetivo de superar esa visión pragmática, escudriñar en los estratos más profundos de la estructura social de donde parten la determinación de los grandes procesos, desmitificar el fetichismo de la igualdad de los hombres ante el riesgo de enfermar, y describir la génesis de la distribución por clases de los hombres y de los perfiles patológicos que los caracterizan”* (Barradas B et al., 2012).

Para Breilh (2013) “la epidemiología es un terreno de lucha de ideas, de disputa sobre cómo enunciar la salud y cómo actuar, y esa disputa obedece a intereses sociales encontrados” (Breilh, 2013). Las categorías más importantes desarrolladas dentro de esta propuesta son: la determinación social de la salud, la reproducción social y el metabolismo sociedad-naturaleza (Breilh, 1998, 2003, 2010). La categoría de *la determinación social*, según Breilh, desarrolla una crítica del paradigma empírico-funcionalista de la epidemiología y propone una herramienta para trabajar la relación entre la reproducción social, los modos de vivir, de enfermar y de morir. Se proponen tres dimensiones (general, particular y singular) para la determinación social las cuales actúan sobre la sociedad, los grupos y los individuos, a través de un orden general que pretende transformar la estructura económica-política y cultural de la sociedad, y así intervenir en el metabolismo sociedad-naturaleza, en un orden particular que se centra en los *modos de vivir* de los grupos sociales y en un orden singular enfocado en los estilos de vida de los individuos (Breilh, 1998, 2013).



Otra representante de esta corriente de pensamiento, Cristina Laurell, propone desde la epidemiología social latinoamericana el proceso salud-enfermedad concebido como un proceso social que asume características distintas en los grupos humanos según su inserción específica en la sociedad, lo cual obliga a hacerse cargo de la complejidad e integralidad del hecho epidemiológico y a reconocer las dimensiones social y bio-psíquica de la salud/enfermedad como proceso colectivo (Laurell & Noriega, 1989). Este a su vez se define como la forma histórica específica del proceso bio-psíquico humano que caracteriza a los distintos grupos sociales (Laurell & Noriega, 1989).

Por otro lado, Almeida Filho representante de la llamada “*salud colectiva*” (2012) en relación a los conceptos de *perfil epidemiológico de clase social* y *nexo biopsíquico*, emitidos desde la medicina social latinoamericana para sustituir el concepto de *riesgo*, el cual es clave para la epidemiología contemporánea, menciona que estas nociones por ahora son igual de insatisfactorias a las existentes. Asimismo, agrega que tanto Laurell como Breilh “construyen edificios teóricos tan amplios que ponen en duda la capacidad metodológica de la ciencia humana contemporánea para cumplir metas tan ambiciosas” (Almeida-Filho & Barreto, 2012).

En síntesis, bajo la perspectiva de la epidemiología social latinoamericana se propone el estudio de la producción de la salud-enfermedad colectiva a partir del análisis de la determinación social y de categorías como: *reproducción social*, *proceso de trabajo*, *proceso de consumo*, *perfil reproductivo de clase* (tomadas a partir del materialismo histórico) (Breilh, 2003). Estas categorías en contraposición a la causalidad probabilística, derivada del abordaje de los llamados *factores de riesgo* en donde lo social es entendido como un factor etiológico adicional, reduciendo lo poblacional a la sumatoria de características tomadas de los individuos (Breilh, 2013; O. López et al., 1999). Es así como se reconoce que la operacionalización de las categorías de análisis implica la descomposición del concepto general en categorías intermedias. Finalmente, este modelo emplea como principales herramientas metodológicas las entrevistas, los grupos focales y los

análisis de discurso y de contenido; considerando a la encuesta como un instrumento de utilidad limitada, observándose una predilección por los análisis de tipo cualitativo sobre los cuantitativos (Breilh, 2013).

**Cuadro N° 2.** Comparación de criterios plan de análisis a partir de abordajes utilizados en los diferentes modelos epidemiológicos.

	Epidemiología clásica	Epidemiología social	
		E. Social anglosajona	E. Social latinoamericana
Participación de actores	Estudios Estadocéntricos. La participación comunitaria es mínima; esta limitada a la información de datos.	Se comparte participación entre sociedad civil, academia e instituciones gubernamentales.	Basada en la participación activa de la comunidad en el suministro de la información, análisis e intervención.
Población y Territorio	Población como agregado de individuos; asumiendo las propiedades de las partes como base del comportamiento del todo.  Territorio: como territorio geográfico considera el espacio geográfico como un elemento estático, que existe como base natural de la vida social, en la cual se producen relaciones externas (entre sociedad y espacio) y sobre el cual se distribuye la enfermedad.	En el territorio se desarrollan, producen y reproducen los determinantes sociales como una construcción social que trasciende el espacio físico y permite un acercamiento a la lectura de necesidades sociales y la articulación de sus respuestas, las cuales apuntan a transformar las condiciones inequitativas, injustas y evitables dentro del mismo.	Población – sociedad entendida no como la suma de las individualidades que luego se relacionan formalmente (por medio de la estadística), sino como el resultado de la relación de procesos económicos, políticos y culturales en los cuales tiene lugar la vida de individuos y grupos, que operan como un todo y están por encima de las circunstancias y voluntades individuales.  El territorio como producto histórico y social donde se dan intercambios simbólicos

			y culturales, prácticas de producción y de consumo que determinan la formación de subjetividades.
Categorías de análisis	Indicadores de daño (Índice CPO-D, índice de extensión y severidad, índice de Russell, índice periodontal comunitario, índice periodontal comunitario de necesidad de tratamiento) Factores de riesgo: hábitos, higiene oral (índice de higiene oral).	Análisis de Inequidades.	Producción, reproducción, consumo, perfiles de producción/deterioro. Dominios general, singular particular. Perfil epidemiológico de clase (procesos protectores Vs procesos destructivos).
Operacionalización de clase social	Medición por medio de proxies a partir de variables como estrato socioeconómico, ingresos, instrucción, etc.	Formas de propiedad y de trabajo de la sociedad y sus conexiones mediante la producción, distribución y el consumo de bienes, servicios e información. Situación estructural de la persona dentro de la economía como empleador, empleado, autoempleado o desempleado y como propietario o no de capital, tierras u otras	A través de la categoría de inserción social indagada a partir de aspectos como: (a) Lugar en el aparato productivo; (b) Relaciones técnicas (frente a los medios de producción); (c) Relaciones de propiedad (papel en la organización del trabajo); (d) Relaciones de distribución (cuota de la riqueza de que disfrutan).

		formas de inversión económica. (Posición socioeconómica).	Explora la relación entre reproducción social y modos de vivir, de enfermar y de morir.
Plan de análisis	Descriptivo: se limita a mostrar indicadores de daño. Perfil epidemiológico de salud oral.	Explicativo: visibiliza inequidades, pero no las interpreta. No propone medidas para corregirlas. Diagnostico en salud bucal (identificación de determinantes sociales estructurales e intermedios).	Interpretativo: desde la determinación social propone una transformación de las estructuras sociales. Análisis de la situación en salud bucal (relaciona los determinantes con los daños).
Problematización	VARIABLES sueltas no jerarquizadas	Incluye análisis de contextos.	Se realiza narrativa para relacionar variables.

Fuente: elaboración del autor con base en la información disponible en: (Almeida- Filho et al., 2009; Almeida Filho, 1992, 2007; Breilh, 2000, 2004, 2013; García-ruiz et al., 2010; Krieger, 2001c, 2002; Loewenson et al., 2014; Ministerio de la Protección Social. República de Colombia., 2011; Pardo R & Hernández, 2018; Tapella, 2007).

### **1.3.5 Salud - Salud Oral – Salud Bucal – salud pública: aclaración de conceptos.**

A partir de un acuerdo social en torno a la visión de la salud como derecho fundamental a cargo del Estado, surgido en el marco de la reconstrucción de Europa después del desastre ocasionado por la II guerra mundial, se define el concepto de *salud* por parte de la Organización Mundial de la Salud - OMS (1946) como “el estado de completo bienestar, físico, mental y social y no solo la ausencia de enfermedad”. Esta definición es acogida por varios países que avanzaron hacia un modelo de Estado de bienestar en el que la salud se constituye como un derecho humano fundamental, ejemplos de dichos Estados son la (social democracia de países escandinavos, el Estado de Bienestar anglosajón y algunos países bajo la

influencia Bismarckiana) (Guarnizo-Herreño et al., 2013; Martínez et al., 1998; Organización Mundial de la Salud, 2014).

Por otro lado, el concepto de *morbilidad* es definido por la OMS como “toda desviación subjetiva u objetiva de un estado de bienestar” (OMS., 2009). Es decir, un conjunto de signos y/o síntomas que presenta el individuo y que permiten etiquetarlo con uno o varios diagnósticos diferenciales asociado a diferentes patologías. En la salud bucal tradicionalmente se han caracterizado dos patologías como las de mayor prevalencia en la población mundial la caries dental y la enfermedad periodontal las cuales generan malestar, pérdida de la función, alteración de los hábitos alimenticios, disfunción en las relaciones interpersonales, deterioro de la calidad de vida e incapacidad en los individuos que las padecen.

La salud bucal forma parte del completo bienestar biopsicosocial del ser humano; sin embargo, esta ha sido entendida como un asunto reducido a problemas de la boca de manera individual, como una responsabilidad de quien está enfermo y por consiguiente se aborda como una parte desligada del todo, excluyendo aspectos sociales, culturales, económicos que determinan los modos y la calidad de vida del ser humano (P. Narvai, 2006). Para la OMS, la noción de *salud bucal* va más allá de tener los dientes sanos, pues dicha organización resalta que la salud bucal “es una parte de la salud general esencial para el bienestar de las personas, e implica estar libre de dolor orofacial crónico, de cáncer de boca y faringe, de alteraciones en los tejidos blandos de la boca (lengua, encías y mucosa oral), de defectos congénitos como lesiones y fisuras del labio y/o paladar, y de otras enfermedades que afecten el complejo craneofacial” (Petersen, 2003). No obstante, para Narvai & Frazao (2008), *salud bucal* se entiende como:

*“un conjunto de condiciones objetivas (biológicas) y subjetivas (psicológicas), que posibilitan al ser humano realizar funciones como masticación, deglución, fonación, (también por la dimensión estética inherente a la región anatómica); ejercer una adecuada autoestima y relacionarse socialmente sin inhibiciones. Esas condiciones deben corresponder a una ausencia de enfermedad activa en niveles tales que faciliten al individuo ejercer las mencionadas funciones de manera adecuada y le*

*permitan sentirse bien, contribuyendo de esa manera para su salud general” (P. C. Narvai & Gomes Filho, 2012; P. Narvai & Frazao, 2008).*

En este proyecto se asumen los conceptos de *bucal* y *bucalidad* como lo relacionado a funciones esenciales realizadas con la boca, tomando como argumento los aportes teóricos realizados con la ayuda de las ciencias sociales por diferentes autores latinoamericanos y colombianos al debate para el desarrollo de conceptos como *bucalidad*, *bucal* y *salud bucal*; los cuales están relacionados con el sistema estomatognático propio de la odontología. Por otro lado, *oral* y *oralidad* hacen “referencia más al lenguaje, a la palabra, una forma comunicativa y por consiguiente más afines a otras profesiones” (Beltrán, 2011; Fagundes, 2009; P. Narvai, 2006) y por consiguiente no son del alcance del presente trabajo.

Otros autores latinoamericanos como Carlos Botazzo definen *bucalidad* como un arreglo teórico metodológico, para el cual son esenciales las labores relacionadas con la masticación, el lenguaje y el erotismo; identificados como consumo del mundo para sobrevivir en el plano natural (masticar), como producción y consumo de palabras (lenguaje) y como relación amorosa y producción de actos sexuales orales (erótica). Para este autor:

*“la boca no aparece como un órgano más, sino que establece un territorio, con la cual desarrollamos múltiples funciones como actividades todas ellas sociales e inmersas en una cultura, porque con ella hablamos, masticamos, deglutimos, comemos, salivamos, degustamos los alimentos a través del gusto y la conformación del bolo alimenticio, deglutimos e iniciamos la digestión, besamos, gozamos placenteramente ...” (Botazzo, 2006).*

Por otro lado el término *salud pública* es un término polisémico, es decir, sin un significado unívoco y para Gómez R, (2002) tiene implicaciones como saber es decir en el desarrollo de conceptos, también en el “qué hacer” y como hecho público (Gómez, 2002). Las concepciones derivadas según este autor se configuran como instrumentos políticos con profundas repercusiones sobre el bienestar común debido a su aplicación en el diseño y gestión de políticas públicas. Para Navarro V,

(1998) una definición válida para salud pública es aquella actividad encaminada a mejorar la salud de la población (Navarro, 1997). Por su parte, Martínez F, (1998) define la salud pública como “una ciencia socio sanitaria, una disciplina que participa de la complejidad de **integrar ciencia biológica y ciencia social** – enfermedad como fenómeno biosocial colectivo- y además posee una orientación inequívoca hacia la acción consciente social, igualmente colectiva (Martínez et al., 1998).

### ***1.3.6 Las encuestas/estudios poblacionales de Salud Bucal y los enfoques epidemiológicos***

Se realizó una exploración inicial en bases de datos como Pubmed/Medline, Biblioteca Virtual de la Salud (BVS), Scielo Citation Index, EBSCO y Web of Science a través de los buscadores en línea de la Universidad Nacional de Colombia y de la Pontificia Universidad Javeriana sedes Bogotá y de la literatura disponible en buscadores de libre acceso como Google académico (Google Scholar), con el objetivo de encontrar investigaciones similares que abordaran los enfoques epidemiológicos subyacentes en las encuestas nacionales de salud bucal en el contexto internacional. Una primera búsqueda fue realizada en febrero de 2015 utilizando como términos clave: proceso salud–enfermedad, determinantes sociales, modelos teóricos, encuestas poblacionales, salud bucal; posteriormente se realizaron diferentes combinaciones de los descriptores mediante el operador booleano AND. En cuanto a la búsqueda, es importante aclarar que esta no se limitó a ciertas fechas de publicación, lo cual permitió encontrar un total de 298 documentos; luego de la lectura de los títulos y de los resúmenes de los artículos iniciales para determinar la validez, pertinencia y utilidad de estos, solo ocho artículos se seleccionaron debido a que abordaban algunas de las características de interés para el proyecto.

Una segunda búsqueda en español, portugués e inglés fue realizada en marzo de 2015 utilizando las mismas bases de datos de la búsqueda anterior, pero con diferentes términos clave; dichos términos fueron: modelos epidemiológicos,

encuestas poblacionales, salud bucal y salud oral. Una vez más se realizaron diferentes combinaciones de los términos clave utilizando el operador booleano AND, dicha búsqueda tampoco se limitó a las fechas de publicación. En esta nueva búsqueda se incluyeron aquellos artículos disponibles en texto completo, encontrándose 146 artículos en Pubmed/Medline, 81 artículos en la Web of Science, 25 artículos en Scielo Citation Index, 25 artículos en la Biblioteca Virtual de la Salud (BVS) y 12 artículos en EBSCO. Varios de los artículos fueron reportados simultáneamente en dos o más de las bases de datos consultadas. Al igual que en la búsqueda inicial, se realizó una selección mediante la lectura de los títulos y los *Abstracts* de los artículos seleccionándose finalmente 11, los cuales hacen referencia principalmente a las encuestas nacionales de salud bucal realizadas en Brasil desde 1986 hasta 2010; abordando principalmente temas particulares como tendencias de caries dental, inequidades sociales y enfermedad periodontal, inequidades sociales y pérdida de dientes, y limitaciones de los estudios de fluorosis en las encuestas transversales; tomando estos temas de manera fragmentada con enfoque en ciertos grupos de edad del ciclo vital humano.

Adicionalmente, se realizó una exploración en los repositorios institucionales de diferentes universidades latinoamericanas como: Escuela Nacional de Salud Pública Sergio Arouca ([www.arca.fiocruz.br](http://www.arca.fiocruz.br)); Universidad de Sao Paulo ([www.usp.br](http://www.usp.br), [www.cruesp.sibi.usp.br](http://www.cruesp.sibi.usp.br)); Universidad Federal do Rio de Janeiro ([www.ufrj.br](http://www.ufrj.br)); Universidad Federal de Bahía ([www.ufba.br](http://www.ufba.br)); Pontificia Universidad Católica de Chile ([www.uc.cl](http://www.uc.cl)); Universidad de Chile ([www.uchile.cl](http://www.uchile.cl), [www.repositorioslatinoamericanos.uchile.cl](http://www.repositorioslatinoamericanos.uchile.cl)); Instituto Nacional de Salud Pública de México ([www.insp.mx](http://www.insp.mx)); Universidad Nacional Autónoma de México ([www.unam.mx](http://www.unam.mx), [www.rad.unam.mx](http://www.rad.unam.mx)); Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco ([www.xoc.uam.mx](http://www.xoc.uam.mx)); Universidad de Buenos Aires ([www.uba.ar](http://www.uba.ar)); Universidad de Antioquia – Facultad Nacional de Salud Pública ([www.arcaudea.edu.co](http://www.arcaudea.edu.co)); Universidad Nacional de Colombia ([www.unal.edu.co](http://www.unal.edu.co), [www.bdigital.unal.edu.co](http://www.bdigital.unal.edu.co)); Universidad del Valle ([www.univalle.edu.co](http://www.univalle.edu.co), [bibliotecadigital.univalle.edu.co](http://bibliotecadigital.univalle.edu.co)).



En estos repositorios se buscaron tesis de doctorado y de maestría en salud pública o en epidemiología que se relacionaran con enfoques epidemiológicos para abordar los problemas de salud. No se encontró ningún documento que abordara exactamente el tema de esta investigación; sin embargo, se seleccionaron seis tesis de doctorado, la mayoría de ellas realizadas por estudiantes de universidades brasileñas. Estas abordaron principalmente los siguientes aspectos: calidad de vida y salud bucal; cambios en las prácticas odontológicas de los odontólogos, a partir de su inserción en el equipo de salud interdisciplinario de la familia; contribución de la salutogénesis para la promoción de la salud bucal; determinación social de la atención odontológica de mujeres gestantes; salud bucal en la perspectiva de usuarios del Sistema Único de Salud (SUS) en la ciudad de Sao Paulo y finalmente una investigación que realizó un abordaje a aspectos metodológicos de la encuesta SB Brasil 2003: *“Salud bucal en Brasil: corrección y complementación del diseño muestral en la encuesta SB Brasil 2003 y su aplicación en el estudio sobre uso de servicios odontológicos”*. Esta investigación incluyó tres componentes: en primer lugar se identificaron de forma detallada los problemas encontrados en la base de datos Salud Bucal Brasil 2003 (SB Brasil 2003), a partir del cálculo de los pesos muestrales y la consideración de formas para su corrección; un segundo elemento incluyó la descripción de las actividades de recuperación de la información necesaria para calcular los pesos muestrales, el método usado para el cálculo de los pesos y las técnicas para la calibración de estos; en tercer lugar, a partir del banco de datos de la encuesta SB Brasil 2003 mediante un análisis multivariado, se identificaron factores asociados a desigualdades en la utilización de los servicios odontológicos en Brasil en diferentes grupos de edad: 15-19 años, 35-44 años y 65-74 años (De Sousa Queiroz, 2009).

Otro de los artículos localizados en estas búsquedas y que aborda algunos elementos relacionados con este trabajo de investigación fue el publicado por Roncalli, de Souza y Peres (2012), en esta investigación los autores realizan una revisión de literatura y consulta de los documentos relacionados con experiencias de encuestas epidemiológicas nacionales realizadas por el Ministerio de Salud en

Brasil. Adicionalmente los autores mencionados, realizan un análisis de los principales indicadores que pueden ser producidos, basándose en los datos de las encuestas de salud bucal, con el objetivo de presentar y discutir la experiencia brasileña con las encuestas nacionales de salud bucal y además discutir acerca del uso de los datos en modelos de vigilancia (Roncalli et al., 2012). En este documento se contrastan de forma descriptiva algunas características de los cuatro levantamientos epidemiológicos realizados en Brasil, utilizando las siguientes categorías de análisis: un escenario político sanitario, un escenario epidemiológico, características metodológicas, articulación con política de salud, capilarización a Estados y municipios y la incorporación de la metodología. Para complementar, utilizan el índice CPO-D como indicador compuesto por varios elementos y que se aplica en diferentes edades del ciclo vital y posteriormente los investigadores proceden a su desagregación en cada uno de sus componentes (C: cariado, P: perdido por caries, O: obturado, restaurado) para hacer una contrastación con los datos de SB Brasil 2003 entre las regiones nordeste y sudeste de Brasil y con el promedio nacional (Roncalli et al., 2012).

Finalmente, estos autores resaltan algunos aspectos que permiten, según ellos, usar las encuestas poblacionales de salud bucal como elementos fundamentales en la estructuración de las políticas de salud. Esos aspectos son: 1) Los estudios nacionales posibilitan el contraste de resultados con las condiciones de vida de las poblaciones, permitiendo conocer la distribución de los factores de riesgo y la percepción de las personas respecto a su estado de salud; 2) Contribuyen con el control social al permitir a los usuarios de los servicios de salud manifestar su opinión respecto a estos servicios; y 3) Permiten evaluar las políticas implementadas comparando patrones de salud entre áreas geográficas y además realizando estudios de costo-efectividad (Roncalli et al., 2012).

Narvai y Col (2012) realizaron una revisión y análisis del proyecto SB Brasil 2010 con el objetivo de presentar los principales aspectos metodológicos de este proyecto, a fin de registrar el desarrollo histórico acumulado en esa área, colaborar

en la superación de las dificultades que se encontraron y, además, contribuir con el perfeccionamiento y consolidación del proyecto *Salud Bucal Brasil - SB Brasil*. En este trabajo los autores realizan una descripción de las características de la muestra y de la participación de actores institucionales y no institucionales en el proyecto nacional y de las condiciones clínicas examinadas, para lo cual resaltan los autores el seguimiento a las recomendaciones establecidas por la OMS en el Manual de Instrucciones Básico para Levantamientos Epidemiológicos en Salud Bucal – cuarta edición. Se menciona que, además de la aplicación de los índices tradicionales para la evaluación de daño, se aplicó un cuestionario que incluía preguntas orientadoras relacionadas a la caracterización socioeconómica, utilización de servicios odontológicos, morbilidad bucal autoreferida y autopercepción de salud bucal. Finalmente, los autores destacan como aspectos positivos de este proyecto el uso de las tecnologías y el desarrollo de un software especial para el ingreso de datos; el hecho de que los equipos de campo fueron formados por profesionales del Sistema Único de Salud (SUS); el trabajo desarrollado en equipo entre las secretarías estatales y las municipales en cuanto a la capacitación y apoyo logístico a los equipos de campo y, por último, un avance en relación a las anteriores encuestas (1986, 1996, 2003). Sin embargo, al mismo tiempo se consideró como un desafío la estrategia de entrenamiento y calibración para lograr mantener un mismo estándar de diagnóstico en aproximadamente mil equipos que trabajaron en la recolección de la información en 177 municipios (P. Narvai et al., 2012).

Lorenzo, Álvarez, Blanco y Peres (2013), realizan una revisión de la metodología del estudio titulado *Primer relevamiento nacional en salud bucal en población joven y adulta uruguaya*, llevado a cabo en 2010-11 bajo la coordinación de la Facultad de Odontología de la Universidad de la República y articulando como apoyo en el análisis de la situación de salud al recién instalado Sistema Nacional Integrado de Salud (2008). En este trabajo se hace una descripción de aspectos tales como diseño, selección y calibración de la muestra; igualmente, se describen las condiciones clínicas evaluadas mediante indicadores tradicionales tales como: caries dental, lesiones de la mucosa, pérdida dental, condición periodontal y

maloclusiones, y finalmente, se desarrolla un cuestionario relacionado con condiciones socioeconómicas, factores de riesgo, uso de servicios de salud y autopercepción en salud bucal. Por último, se resalta como conclusión la importancia del “relevamiento como herramienta epidemiológica basal de valor para realizar comparaciones con otros estudios, para el diseño de una estrategia de vigilancia, y como contribución en la mejora de atención a la salud bucal” (Lorenzo et al., 2013).

Crisóstomo, de Sousa, Teixeira (2009), realizan una crítica a la encuesta de Salud Bucal SB Brasil 2003, debido a que según los autores el proceso de muestreo nunca se concluyó y por consiguiente las estimativas producidas a partir de estos datos no son representativas de la población brasileña. Para la corrección de esta situación proponen realizar una estimación de pesos muestrales y la identificación de otras variables como unidades primarias de muestreo y selección de estratos, por medio de la recuperación de datos registrados en los informes producidos durante la encuesta, así como de la información disponible en el Instituto Brasileño de Geografía y Estadística y en el Ministerio de Educación y Cultura. Sin embargo, se resalta cómo el proyecto SB Brasil 2003 incluyó una gama más amplia de datos relacionados con la situación socioeconómica, autoevaluación de salud bucal y acceso a los servicios odontológicos en comparación con las encuestas previas. Adicionalmente, se realizaron exámenes clínicos y se obtuvieron mediciones mediante indicadores de daño, cuyo propósito era compararlas con las metas de salud bucal propuestas por la OMS para el año 2000 (De Sousa et al., 2009).

### **1.3.7 Compromisos Nacionales e Internacionales en Salud bucal:**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) junto con la Federación Dental Internacional (FDI), en 1981 establecieron unas metas relacionadas a salud bucodental en el marco de la política sanitaria *Salud para todos en el año 2000* (7). La cual incluía una serie de metas y compromisos nacionales con el fin de permitir el acceso de toda la población a los servicios de atención en salud de acuerdo con las necesidades individuales de las personas.

En relación con los compromisos internacionales adquiridos por el país en el marco de estas metas se destacan las siguientes: 1) 50% de la población de 5-6 años libres de caries; 2) Índice CPO - D menor a 3 a los 12 años; 3) 85% de la población de 18 años con dentición completa; 4) 75% de la población de 35-44 años con 20 o más dientes presentes; y 5) 50% de los individuos de 65 o más años con 20 o más dientes (Dentición funcional).

Al relacionar estas metas con los resultados del ENSAB III publicado en 1999; se evidenció que a los 5 años el 54,8% de la población examinada presentaba prevalencia de caries y a los 6 años este porcentaje se aumentó a 60,6%, además se observaron desigualdades al desagregar la muestra de acuerdo a la zona urbana en comparación a la rural; por estrato socioeconómico y por regiones y subregiones. En cuanto al índice CPO-D el promedio mostrado a los 12 años fue de 2,3 evidenciando cumplimiento de esta meta; sin embargo, si se revisa por regiones, Orinoquia y Amazonia presentan en promedio 3,3 y Bogotá 3,1. De tal manera que vemos como en este caso la observación de solo el promedio enmascara la realidad evidenciada en ciertos territorios donde aún no se cumple con esta meta básica.

Adicionalmente, se observó cómo la población de 15-19 años presentó su dentición completa en el 92,4% para el maxilar superior; pero solo en el 84,5% en los maxilares inferiores. Este resultado es preocupante si se relaciona con la población de 35-44 años, donde solo el 26,8% presenta su dentición completa en el maxilar superior y el 24,3% en la mandíbula; y en los mayores de 55 años, donde el 71% de la población usaba prótesis total en el maxilar superior y el 63,3% en la mandíbula.

Al contrastar estas metas con los resultados del ENSAB IV la situación parece mostrar el mismo patrón con relación a una mejoría en la prevalencia e historia de caries a edades tempranas del ciclo vital; sin embargo, no ocurre lo mismo en relación con las pérdidas dentales y conservación de denticiones funcionales en

adultos y adultos mayores, donde aún existen altas tasas de edentulismo (perdida parcial o total de los órganos dentales) y las metas aparentemente no se han cumplido.

En la tabla N°1 se expone una descripción de la situación de morbilidad bucal mostrada por el “Tercer estudio Nacional de Salud Bucal - ENSAB III y el Cuarto Estudio Nacional de Salud Bucal - ENSAB IV” en relación con las metas propuestas por la OMS y la FDI para el año 2000.

**Tabla N° 1.** Situación de salud bucal en Colombia y su relación con las metas mundiales de la OMS: “Salud para todos en el año 2000”.

Grupo de edad	Metas OMS	ENSAB III	ENSAB IV
5 años	50% de niños libres de caries.	39,6% de niños a esa edad libres de caries. No cumplida	Experiencia de caries a esa edad 62,24% y el 52,38% reporta prevalencia de caries. No cumplida
12 años	Índice CPO-D ≤ 3	2.3 Cumplida	1.51 Cumplida
18 años	85% de la población debe tener su dentición completa.	En el grupo de 15-19 años el 92,4% presenta dentición completa en el maxilar superior y 84,5% en el maxilar inferior. No se puede determinar con la información disponible si la meta se cumplió o no.	80,3% de los jóvenes de 18 años presentan dentición completa. No cumplida
35-44 años	75% de los individuos con 20 o más dientes.	En el maxilar superior solo 26,8% presenta dentición completa; además, el 31,2% de esta población necesita prótesis y 41,9% usa prótesis. En el maxilar inferior el 24,3% presenta su dentición completa; 66,5% necesita prótesis y 9,2% usa prótesis. Adicionalmente, más de la mitad de las personas que usan prótesis, es	El 82,69% de los adultos de esta edad son edéntulos parciales y cerca del 2% han perdido todos sus dientes. En promedio se han perdido 4,14 dientes en este grupo del ciclo vital humano.

		decir el 58,6%, requieren cambio de la misma en el maxilar superior y el 45,1% de la población en el maxilar inferior. Información insuficiente para determinar el cumplimiento o no de esta meta.	Información insuficiente para determinar el cumplimiento o no de esta meta.
65 años o más.	50% de los individuos con 20 o más dientes (Dentición funcional).	Solo el 6,8% de las personas mayores de 55 años presentan su dentición completa. En el maxilar superior el 29,6% necesita prótesis y el 63,5% usa prótesis; de estos, el 55,1% requiere cambio de la prótesis. En el maxilar inferior el 61,7% de la población necesita prótesis; mientras que el 31,5% usa prótesis y de estos que la usan, el 56% requiere cambio de la misma. Información insuficiente para determinar el cumplimiento o no de esta meta.	98,9% son edéntulos parciales y el 32,87% son edéntulos totales. En promedio se han perdido 19,97 dientes. Aparentemente no cumplida

Fuente: Elaboración del autor de acuerdo a información disponible en (República de Colombia. Ministerio de salud., 2013; República de Colombia. Ministerio de salud y Protección Social., 2015).

A nivel nacional mediante el decreto 3039 del 10 de agosto de 2007 se adoptó el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010; el cual incluyó la salud oral dentro de las diez prioridades de salud en el país. Dentro del tercer objetivo denominado *Mejorar la salud oral* se proponen las siguientes metas: 1) Lograr un índice COP promedio a los 12 años de edad que esté por debajo de 2,3 tomando como línea base dicho valor, de acuerdo al ENSAB III; 2) “Lograr y mantener los dientes permanentes en el 60% de los mayores de 18 años”, teniendo como línea base un 50,2% de acuerdo a ENSAB III (*Decreto 3039 de 2007. “Por El Cual Se Adopta El Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010”.*, 2007). Adicionalmente, dentro de la línea de política N°4 denominada *Vigilancia en salud y gestión del conocimiento*, del objetivo tercero de este mismo decreto se propone el diseño y ejecución de la IV Encuesta Nacional de salud Bucal, la cual fue diseñada por la Universidad de Antioquia en 2009 y ejecutada en 2014 por la unión temporal CENDEX de la Universidad Javeriana y SEI (Servicios Especializados de la Información).

En la tabla N° 2 se realiza una comparación entre las metas propuestas en el *Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010* en relación con el concepto de *salud oral* y los resultados mostrados en el ENSAB IV.

**Tabla N°2.** Comparación de metas propuestas en *salud oral* en el *Plan Nacional de Salud Pública 2007-10* y los resultados evidenciados en el ENSAB IV.

<b>Metas Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010</b>	<b>ENSAB IV</b>	<b>Estado de la meta</b>
Índice COP a los 12 años menor a 2,3.	1.51	Cumplida
“Lograr y mantener los dientes permanentes en el 60% de los mayores de 18 años”	El 68,41% de los mayores de 18 años han perdido al menos un diente. Por grupos de edad del ciclo vital humano: A los 18 años: 19,67% Entre 20-34 años: 45,49% Entre 35 – 44 años: 82,69% Entre 45-64 años: 95,32% Entre 65-79 años: 98,9%	No cumplida

Fuente: Elaboración del autor de acuerdo a información disponible en (*Decreto 3039 de 2007. “Por El Cual Se Adopta El Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010”.*, 2007; República de Colombia. Ministerio de salud y Protección Social., 2015).

Al analizar los compromisos nacionales e internacionales establecidos por el país se observa que los planteamientos permanecen anclados en la idea morbicéntrica de la política, el enfoque epidemiológico del riesgo, bajo un enfoque predominantemente biologicista de la enfermedad y además, sin reconocer las mediaciones existentes entre modos, condiciones y estilos de vida que condicionan unos desenlaces favorables o adversos en la salud de la población.



#### 1.4 Diseño metodológico

La presente investigación es una Descripción interpretativa con perspectiva cualitativa y una orientación constructivista y naturalista basado en el análisis de las prácticas institucionales del Ministerio de Salud, las cuales toman forma en el presente estudio a través del contexto histórico sanitario y político específico y de un contexto normativo.

El contexto sociohistórico se relaciona con la adopción y adaptación de las políticas internacionales que tienen un impacto evidente en la toma de decisiones a nivel local y por procesos nacionales del orden sociopolítico más general. En cuanto al contexto normativo, este hace referencia a una serie de lineamientos emitidos por la institución ministerial que constituyen una hoja de ruta a seguir por los actores participantes en las encuestas nacionales de morbilidad oral – salud bucal, lo cual se relaciona con lo que se debe hacer o está permitido hacer y con lo que no se debe hacer.

A su vez, se evidencian unas narrativas argumentativas que van a depender de manera directa de unos *arreglos institucionales, comunidades del discurso y una dependencia de la trayectoria*, categorías tomadas del enfoque neoinstitucional sociológico, discursivo e histórico, que explican los saberes y formas de hacer, propiamente dominantes de la institución en un momento determinado - Figura 1. *“Descripción analítica de las prácticas ministeriales a través de categorías tomadas del enfoque neoinstitucionalista sociológico, histórico y discursivo”*.

En cuanto a los estudios de caso, estos son definidos como “investigaciones a profundidad de una sola entidad o de una serie reducida de entidades. La entidad puede tratarse de individuos, familias, grupos, instituciones u otras unidades sociales, el investigador que realiza el estudio intenta comprender los fenómenos más importantes para la historia, el desarrollo o la atención de una entidad o de sus problemas (Polit & Hungler, 2000).

El término *estudio de caso* cubre un amplio espectro de campos y enfoques, que para Neiman y Quaranta, (2006) “puede comprender desde análisis teóricos y de carácter macro-históricos hasta investigaciones empíricas sociológicas e incluso etnográficas” para estos autores el caso o los casos de un estudio pueden estar constituidos por un hecho, un grupo, una relación, una institución, una organización, un proceso social, o una situación o escenario específico, construido a partir de un determinado y siempre subjetivo y parcial, recorte empírico y conceptual de la realidad social, que conforma un tema y/o problema de investigación. Tendiendo a focalizar en un número limitado de hechos y situaciones, para poder abordarlos con la profundidad requerida, en aras de una mejor comprensión holística y contextual (Vasilachis et al., 2006).

Por sus características los estudios de caso son no experimentales, pues el investigador obtiene abundante información descriptiva y se suele examinar relaciones entre procesos o analizar tendencias en el trascurso del tiempo mediante abordajes multimétodos. Una prioridad de este tipo de estudio es generar conocimientos sobre el caso específico examinando fenómenos sociales que no se han estudiado lo suficiente, proporcionando con frecuencia evidencias acerca de relaciones no abordadas previamente (Polit & Hungler, 2000).

Para algunos de los autores, una de las contribuciones a resaltar de los estudios de caso es lo relacionado con su capacidad para participar en la generación teórica de tipo analítica a partir de tres formas principales: a) el descubrimiento teórico en un contexto más inductivo que lleva a generar una teoría fundamentada; b) la extensión teórica que más que generar una nueva teoría extiende la formulación teórica existente a nuevas o diferentes categorías sociales, contextos o procesos; y c) el refinamiento teórico que involucra la modificación de una perspectiva teórica existente, o aspectos de esta, con material de los casos (Snow & Trom, 2002).

Es así como, para el presente estudio, se incluyen fuentes primarias y secundarias de la información. Las primeras surgen a partir de una entrevista semiestructurada

realizada a actores clave. Las segundas parten de una relectura de los estudios nacionales de morbilidad oral – salud bucal y de realizar una búsqueda en archivos para analizar documentos como, por ejemplo, planes de desarrollo, planes y programas de salud pública y políticas sanitarias internacionales que incidieron en los discursos dominantes de la institución y que terminaron moldeando la forma como se diseñaron y ejecutaron los estudios de morbilidad oral – salud bucal.

Adicionalmente, se tomaron unas dimensiones de análisis del enfoque neoinstitucional de tipo sociológico, discursivo e histórico con el objetivo de identificar las características de la institución de salud que permitió el desarrollo de las prácticas institucionales particulares que se observaron en el diseño y ejecución de cada uno de los estudios nacionales de morbilidad oral – salud bucal, y posteriormente se realizó una triangulación de datos obtenidos a través de fuentes primarias y secundarias de información, la cual consistió en cotejar la información suministrada por los actores entrevistados con la información disponible en las fuentes documentales de archivo consultadas, con el propósito de validar la información.

Debido a la complejidad del objeto de estudio, se requiere de un enfoque flexible que interprete y explique las prácticas institucionales que han orientado las encuestas nacionales mediante el conocimiento teórico y el hacer cotidiano de reconstrucción e interpretación del análisis de criterios, contextos y de actores implicados, por lo que esto se llevó a cabo a través de la revisión de fuentes primarias y secundarias de información mediante una aproximación de carácter cualitativo.

La investigación cualitativa nos ofrece una rica gama de opciones, perspectivas y tradiciones, cada una de las cuales se caracteriza por su propia orientación metodológica y por unos presupuestos teóricos y conceptuales específicos acerca de la realidad. La investigación cualitativa puede ser considerada un proceso de carácter interpretativo basado en diferentes tradiciones metodológicas como, por ejemplo, el estudio de caso (Creswell, n.d.). Entre sus características más

relevantes se pueden considerar las siguientes: a) está fundada a partir de una posición filosófica que es ampliamente interpretativa en el sentido de que se interesa en las formas en las que el mundo social es interpretado, comprendido, experimentado y producido; b) se basa en métodos de generación de datos flexibles y sensibles al contexto social en el que se producen y c) es sostenida por métodos de análisis y explicación, que abarcan la comprensión de la complejidad, el detalle y el contexto (Vasilachis et al., 2006).

En otras palabras, la investigación cualitativa es considerada como un acto interpretativo que “explica, define, clarifica, elucida, ilumina, expone, parafrasea, descifra, traduce, construye, aclara, descubre, resume” (Morse, 2003), es decir permite abordajes más integrales a los problemas de salud y una mayor flexibilidad en los abordajes metodológicos utilizados lo cual permite ampliar los análisis y las explicaciones a los problemas planteados. De igual forma, este tipo de investigación es caracterizada desde diferentes tradiciones por su evidente capacidad para describir, comprender y explicar los fenómenos sociales (Vasilachis et al., 2006). Según lo menciona Vasilachis, (2006) la investigación cualitativa requiere además de una profunda sensibilidad social, una estricta formación en esta metodología, rigor, sistematicidad, entrenamiento, creatividad y flexibilidad para “volver una y otra vez al campo para afinar, ajustar la pregunta de investigación, reconsiderar el diseño formulado, recolectar nuevos datos, implementar nuevas estrategias de recolección y análisis, revisar y modificar las interpretaciones” (Vasilachis et al., 2006). Es así como a través del paradigma interpretativo el investigador privilegia lo profundo sobre lo superficial, lo intenso sobre lo extenso, lo particular sobre las generalidades, la captación del significado y del sentido interno, subjetivo, antes que la observación exterior de presuntas regularidades objetivas (Morse, 2003).

De acuerdo con lo anteriormente planteado, la presente investigación se realizó en varias fases o etapas de trabajo las cuales permitieron dar cumplimiento a los objetivos propuestos en este proyecto:

### **1.4.1 Primera fase**

Recolección de la información, la cual se llevó a cabo en varios momentos:

**a) Relectura de cada una de las encuestas nacionales de morbilidad oral - salud bucal**, teniendo en cuenta aspectos como: diseño de la encuesta, participación de actores en su diseño y ejecución, enfoques conceptuales y metodológicos (muestra utilizada, variables utilizadas, plan de análisis usado, población) (ver anexos 3 y 4).

b) Revisión documental en archivo de: políticas sanitarias internacionales y nacionales formuladas en cada uno de estos momentos, planes de desarrollo de cada uno de los gobiernos correspondientes, leyes, decretos y resoluciones; formuladas en cada época en que se llevaron a cabo estos estudios (ver anexo 6)

**c) Consulta a expertos** para realizar una conceptualización e instrumentalización de los criterios de análisis.

A partir de criterios preliminares se formularon unas preguntas orientadoras de acuerdo a las categorías propuestas desde el enfoque neoinstitucional, las cuales sirvieron como guía para la elaboración del formato de entrevista el cual contempló explorar puntos de vista relacionados con las categorías de análisis propuestas tales como: i) *arreglos institucionales*: a partir de evidenciar los mecanismos de reclutamiento de los actores participantes en el diseño y ejecución de estos estudios y también de las decisiones que se toman al interior de la institución ministerial y que obedecen a una visión del hacer atravesada por intereses que se mantienen a través del tiempo ii) *Comunidades del discurso*: que son los conceptos e ideas de los cuales se alimentan estos estudios (Políticas internacionales y nacionales, abordaje a la salud en los planes de desarrollo, influencia de organismos internacionales como OPS – OMS en la formulación de los estudios, referentes epistemológicos, conceptuales y metodológicos tenidos en cuenta en el diseño y ejecución de estos estudios); y iii) *Dependencia de la trayectoria*: elementos

conceptuales y metodológicos rutinarios que son mantenidos a través del tiempo, así como, la formación y trayectoria académica de actores participantes (Ver anexos 3 y 5). Con base en lo expuesto anteriormente, se desarrollan los siguientes dos momentos de recolección de información:

**d) *Diseño y validación de instrumentos de recolección de la información*** (construcción de matriz con preguntas orientadoras derivadas de categorías de análisis provenientes del enfoque neoinstitucional - ver anexo 3).

**e) *Aplicación de entrevistas semiestructuradas a actores participantes*** pertenecientes al grupo técnico del Ministerio de Salud y Protección Social, de las universidades o asociaciones científicas y a los responsables del diseño y ejecución de los estudios nacionales de morbilidad oral – salud bucal. Estas entrevistas favorecieron una aproximación flexible a los procesos y a las diversas metodologías y permitió una articulación coherente con la complejidad del objeto de estudio promoviendo la comprensión, interpretación y explicación de estos contextos (Ver Anexo N° 1 y 3).

De acuerdo con lo descrito anteriormente y como resultado del diálogo mantenido y de la lectura reflexiva de los datos emitidos en la entrevista, emergieron nuevos interrogantes que fueron abordados en un segundo momento mediante una entrevista en profundidad.

Asimismo, en relación a las entrevistas semiestructuradas es clave resaltar algunos aspectos importantes con el fin de contribuir con el rigor metodológico al implementar este tipo de instrumentos de recolección de la información: 1) Ser cuidadoso al realizar la redacción de las preguntas debido a que estas deben tener sentido para quienes las responden, de tal forma que sirvan para reflejar su visión del mundo frente a un problema en cuestión como el que nos atañe; 2) Preparar adecuadamente al informante para la realización de la entrevista, esto implica un dialogo informal inicial y compartir con él/ella información pertinente relacionada con

el estudio (Objetivos, pregunta de investigación); 3) Grabar la entrevista en formato de audio y tomar notas durante la realización de esta, con el fin de mejorar la confiabilidad de los datos; 4) Al concluir la entrevista, el entrevistador realizará para los entrevistados una recapitulación de los aspectos importantes de tal forma que estos últimos tengan la oportunidad de aclarar, afinar o corregir el resumen. Una vez realizados estos aspectos metodológicos, se llevó a cabo el último momento, propio de esta primera fase:

**f) *Transcripción de cada una de las entrevistas*** por dos investigadores realizando una lectura y relectura de cada una de ellas. Para este proceso de transcripción fue utilizado el programa *Sound Organizer*, el cual facilita y permite la ejecución de esta tarea de una forma más ágil y amigable. Una vez finalizado este proceso, se programó una segunda sesión con algunos de los actores clave, con el objetivo de profundizar, corregir o aclarar algunos de los aspectos de la misma.

#### **1.4.2 Segunda fase**

En esta fase se desarrollaron los procesos de organización y clasificación de acuerdo al tipo de información (documentos, entrevistas). Los documentos se organizaron de manera cronológica en carpetas y subcarpetas teniendo en cuenta cada uno de los momentos en que fueron formulados los estudios nacionales de morbilidad oral – salud bucal.

En cuanto a los estudios nacionales de morbilidad oral – salud bucal, se les realizó un análisis a profundidad, enfocado en los siguientes aspectos: actores involucrados, contexto sanitario, diseño de la encuesta, enfoques conceptuales y metodológicos abordados en cada estudio y los resultados mostrados (Ver anexos N° 3 y 5).

#### **1.4.3 Tercera fase**

En esta fase se construye la sistematización y análisis de cada una de las entrevistas y de los documentos. La información se ordenó y sistematizó con la

ayuda de una herramienta electrónica como el software *NVivo 12 plus* para la posterior codificación y apoyo en el análisis de la información, a la luz de las categorías de análisis tomadas del enfoque neoinstitucional por parte del investigador principal.

Por otro lado, se llevó a cabo la triangulación de la información recolectada, es decir, la triangulación de datos provenientes de diferentes fuentes (comparación de la información obtenida mediante entrevista con aquellas obtenidas de documentos escritos); y la triangulación de investigadores debido a la participación de investigadores con diferente formación y experiencias diversas (dos investigadores participan en el análisis de la información).

#### **1.4.4 Cuarta fase**

Se elaboran dos artículos a partir de la discusión teórica y metodológica que fundamenta la investigación.

#### **1.4.5 Quinta fase**

Se elabora y sustenta el informe final de investigación.

Para el análisis de los resultados se propone un modelo a partir de categorías teóricas tomadas del enfoque neoinstitucional sociológico, discursivo e histórico como: arreglos institucionales, comunidad del discurso y dependencia de la trayectoria (ver figura N°1).

- a) Los *arreglos institucionales* han sido definidos como “esquemas o procedimientos de reclutamiento y de movilidad de las burocracias en la administración pública, que son quienes ocupan ciertos puestos clave dentro del aparato estatal, es decir, actores que facilitan la transferencia de ideas y preferencias a tomadores de decisiones y además se relaciona con la alineación de intereses en la toma de decisiones” (Taylor & Hall, 1996).



b) La *comunidad del discurso* es entendida como “organizaciones encargadas de generar ideas o proyectos de política pública a partir de los cuales los tomadores de decisiones eligen, de acuerdo con sus preferencias; centros encargados de la producción y difusión de las ideas tales como universidades, organismos internacionales, escuelas de formación” (Roth, 2016); las cuales se han basado en reconocer la importancia de las ideas como elementos determinantes para la construcción, el mantenimiento o el cambio de normas y reglas institucionales.

c) La *dependencia de la trayectoria o del sendero* son “patrones o normas creados que persisten, a menos que exista una fuerza suficiente para remontar la inercia creada al ponerse en práctica un programa”(Peters, 2003).

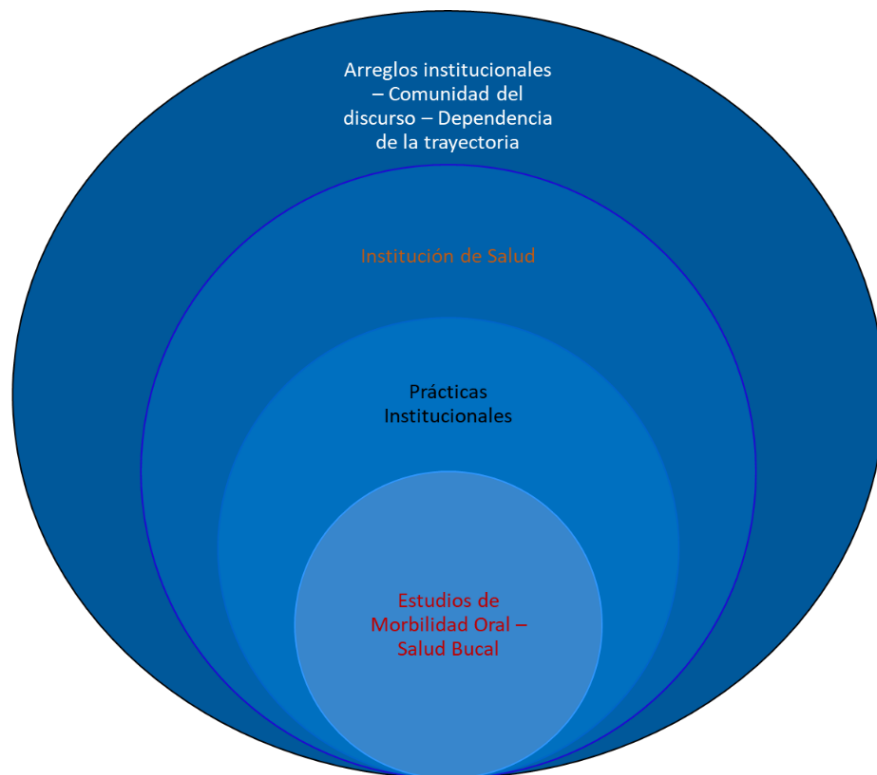
Estas tres categorías teóricas inciden en la configuración de la institución ministerial moldeando un determinado tipo de institución con unas características específicas, las cuales se van a desarrollar mediante unas prácticas determinadas que surgen al interior de la institución y que son asumidas como lineamientos para diseñar y ejecutar proyectos de investigación en salud.

Las anteriores categorías de análisis me permitieron entender formas particulares de hacer y pensar la salud desde la institución ministerial y que se ven reflejadas en las prácticas desarrolladas; entendidas estas desde una aproximación sociológica como una intencionalidad, una intervención, algo que discurre sobre una realidad y que tiene como características una narrativa argumentativa que es regulada de dos maneras: por un lado, a través de un contexto sociohistórico que está relacionado con las políticas internacionales, pero además con procesos nacionales de orden sociopolítico y con apuestas ético políticas; y por otro lado, es regulada por un contexto normativo el cual establece unos lineamientos, unas reglas de juego que deben seguir los actores involucrados.

A partir de estos elementos conceptuales y metodológicos se articula un esquema de análisis para el abordaje e interpretación de los datos.

En la figura N°2 se muestra de manera esquemática como los estudios nacionales de morbilidad oral – salud bucal realizados en Colombia han sido moldeados de una forma envolvente a partir de unas prácticas institucionales, las cuales son producidas y reproducidas por la institución en este caso el Ministerio de Salud, el cual a su vez es producto de un orden configuracional producido al interior de la institución por unos arreglos, unos discursos y unas trayectorias predominantes, que le dan un carácter específico a sus formas de pensar y hacer proyectos de investigación en salud.

**Figura 2.** Esquema analítico para mostrar la incidencia de una serie de factores sobre los estudios nacionales de morbilidad oral – salud bucal



### **1.5 Consideraciones éticas de la Investigación:**

La presente investigación no incluye ninguna intervención sobre seres humanos que impliquen riesgo físico, psicológico o moral para los/las participantes. Esta se acoge a la resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud de la República de Colombia, "por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud". De acuerdo con esta resolución la presente investigación se cataloga sin riesgo para los/las participantes. La información suministrada por los/las participantes se usará única y exclusivamente para el logro de los objetivos de la investigación. Además se asegura la confidencialidad de la información suministrada y el anonimato de los/las participantes.

De acuerdo al principio de autonomía se solicitó a los/las participantes diligenciar un consentimiento informado en el cual se les suministró información adecuada y suficiente acerca del estudio; asimismo, se les mencionó acerca de la posibilidad de abandonar la entrevista en el momento que lo consideraran pertinente.

Para finalizar, es menester mencionar que en todo momento se actuó de acuerdo a los principios éticos de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia establecidos en la resolución mencionada en el párrafo anterior (ver anexo N°1).

## 2. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

Describir algunos elementos del contexto socio sanitario, normativo e institucional, al igual que las narrativas argumentales dominantes en cada uno de los momentos en que fueron formulados estos estudios me permitió, a partir de las categorías como *arreglos institucionales, comunidades del discurso y dependencia de la trayectoria*, provenientes del enfoque neoinstitucional, entender las prácticas ministeriales que incidieron en la forma como estos estudios nacionales fueron diseñados y se ejecutaran de cierta manera.

Los resultados se organizaron en cinco capítulos los cuales fueron:

1. Los actores se alinean en la formulación y ejecución de una Investigación Nacional en Salud.
2. Vuelve y juega: se ejecuta una actualización
3. Una batalla perdida: el estudio que no pudo ser.
4. Tensiones en la ejecución de un enfoque innovador.
5. Los Estudios Nacionales de Morbilidad Oral – Salud Bucal: Un abordaje comparativo.

Los primeros cuatro capítulos están organizados para describir los actores que participaron en cada uno de los estudios nacionales de morbilidad oral salud bucal realizados en Colombia, así como la forma en que fueron reclutados los actores participantes, las apuestas metodológicas y epistemológicas, los resultados mostrados en cada uno de los estudios, las características del Ministerio de salud, los lineamientos formulados desde la OMS/OPS y el contexto normativo y sanitario que facilitaron el desarrollo de los estudios nacionales de una manera particular.

El quinto capítulo realiza una aproximación comparativa de los cuatro estudios para mostrar las continuidades evidenciadas en ellos a través del tiempo y también los esfuerzos por plantear abordajes diferentes.

## **2.1 Los actores se alinean en la formulación y ejecución de una investigación nacional en salud.**

Este primer capítulo se subdivide en 7 partes en la primera de ellas *La Investigación Nacional de Morbilidad Oral (1965-66): El punto de partida*, se muestran varias de las prácticas planteadas desde la institución ministerial para la formación previa del talento humano en áreas relevantes y luego la incorporación del mismo para realizar el análisis de la situación de morbilidad oral a partir de indicadores de prevalencia, la necesidad de incorporar perfiles del talento humano formado en epidemiología y específicamente en áreas como bioestadística, planeación y administración en salud pública, referentes epistemológicos incorporados, las herramientas metodológicas utilizadas, desde la morbilidad oral que temáticas eran las relevantes para poder realizar comparaciones internacionales.

La segunda parte la *Odontología Sanitaria: un referente conceptual*, hace un recorrido sobre las principales ideas planteadas por Mario Chaves y su influencia en la investigación de morbilidad oral 66-67 y se muestra como a partir de la amplia divulgación desde la OPS, estos conceptos fueron incorporados en los planes de estudio de los programas de formación de odontología y salud pública en Brasil y varios países de Latinoamérica y además fueron tomados como cuerpo doctrinal para la consolidación del preventismo el cual toma forma con la creación de los departamentos de Odontología Preventiva y Social en varias escuelas de formación de talento humano en salud en Latinoamérica y esto se da con el apoyo decidido y simultáneo de la OPS y el Ministerio de Salud Pública y la UdeA es llamada a ser pionera en su implementación.

En la tercera parte *La Escuela de Salud Pública en la UdeA* se describen detalles del traslado de la escuela de higiene de la Universidad Nacional de Colombia para Medellín donde se crea la escuela de Salud Pública en la Universidad de Antioquía, la cual surge con fuertes nexos e influencia de la salud pública norteamericana y de la mano de fundaciones como la Ford, Rockefeller, Macy y Kellog, mostrando esta

escuela desde su creación un propósito definido el de formar recurso humano con competencias en planificación y administración.

La cuarta parte *El Ministerio de Salud Pública* hace una descripción de algunas de las características principales de esta institución, desde su creación en abril de 1953, el cual mostró una influencia de la salud pública norteamericana desde sus inicios, además se describen algunas de sus funciones principales (entre ellas la preocupación por el adiestramiento del personal en saberes y prácticas consideradas necesarias) y las permanentes reorganizaciones que presento durante este periodo de tiempo, incluyéndose la estructura organizacional y funciones del Instituto Nacional de salud.

La quinta parte *El Plan General de Desarrollo de Lleras Camargo* muestra algunos elementos del contexto histórico, sanitario y político de la época como el acuerdo que permitió la repartición del poder político entre las elites tradicionales del país durante 16 años y adicionalmente se muestran algunos elementos que se fortalecen mediante la formulación del plan general de desarrollo de Lleras Camargo (1958-1962) cuyo eje principal se centraba en el fortalecimiento de las relaciones de cooperación con los Estados Unidos. En el tema sanitario se relacionan los problemas médicos con condiciones económicas y de acceso adecuado a los servicios de salud.

En la parte 6 *La Organización Panamericana de la Salud – OPS en el contexto de la Alianza para el progreso* se presenta la magnitud del papel alcanzado por este organismo internacional en la difusión entre los países de la región de estrategias internacionales como el tema de planificación de recursos, adiestramiento de recursos humanos y coordinación intersectorial todo lo anterior de acuerdo con lo formulado en políticas internacionales como la Alianza para el progreso y el plan decenal de salud de las Américas. También en esta parte se muestra el liderazgo asumido por la OPS en la primera investigación de morbilidad oral 1965 - 1966 a

través de la publicación de documentos guía, invitación a seminarios y asesorías de expertos.

La última parte de este primer capítulo *la salud pública y el mandato de la Alianza para el Progreso* presenta elementos del contexto histórico, sanitario y político de la época y su influencia en algunas de las políticas en salud pública. Resaltándose el liderazgo de OPS en la implementación de políticas internacionales como la *Alianza para el Progreso* y en particular en la planificación y administración de recursos humanos y económicos, la integración de servicios, el adiestramiento de técnicos para la implementación de esas prácticas y la asesoría a los gobiernos en planes de salud.

### **2.1.1 La Investigación Nacional de Morbilidad Oral (1965-66): El punto de partida**

La Investigación Nacional de Morbilidad Oral fue un componente del *Estudio de Recursos Humanos para la Salud y Educación Médica en Colombia*. Este estudio se llevó a cabo entre 1965 y 1966 en una coyuntura política en los gobiernos del denominado Frente Nacional de Guillermo León Valencia y Carlos Lleras Restrepo, esta investigación estuvo orientada hacia tres campos principales: “la medida de las condiciones de salud, el establecimiento de los recursos necesarios para afrontarlas y la determinación de las modificaciones requeridas en la enseñanza de las ciencias de la salud”(República de Colombia. Ministerio de Salud Pública., 1971). Para dar cumplimiento a los propósitos expuestos anteriormente la investigación se enfocó en los siguientes aspectos: *características y tendencias de la población; los problemas de salud en términos de morbilidad y mortalidad; la estructura, rendimiento y utilización de los recursos institucionales; la disponibilidad, funciones y eficacia de los recursos humanos y los factores sociales y económicos relacionados* (República de Colombia. Ministerio de Salud Pública., 1971). Es importante resaltar los siguientes tres elementos fundamentales en la formulación de este estudio: a) la preocupación por el recurso humano en salud ¿Cuántos

médicos, odontólogos y otros profesionales de la salud había? ¿Dónde estaban ubicados? etc.; b) la medición de morbilidad mediante herramientas estadísticas e indicadores básicos de prevalencia desde una mirada epidemiológica clásica; c) la necesidad de reevaluar la enseñanza de la odontología más allá de la clínica incorporando elementos de la odontología preventiva y sanitaria ¿Qué perfiles se debían fortalecer en la formación del recurso humano en salud?

En la formulación y ejecución del *Estudio de Recursos Humanos para la Salud y Educación Médica en Colombia* del cual hizo parte la *Investigación Nacional de Morbilidad Oral (1965-66)*, fue decisiva la participación de una serie de actores articulados mediante unos arreglos que favorecieron su reclutamiento por parte de la institución encargada de la coordinación del estudio, se evidencia la importancia de la formación del equipo técnico participante en áreas específicas como epidemiología y salud pública con énfasis en temáticas como planeación en salud y bioestadística, promoviéndose becas de formación con este fin en instituciones académicas funcionales a este propósito en el extranjero o en el país. En Medellín, se creó en la Universidad de Antioquía la Escuela Nacional de Salud Pública en la cual se formaron varios de los cuadros directivos del Ministerio de Salud Pública y de las entidades territoriales con énfasis en competencias como planeación y administración en salud pública.

En el siguiente párrafo, que hace parte de la entrevista realizada a uno de los actores participantes en esta primera investigación de morbilidad oral, el profesor nos comenta las trayectorias académicas y los cursos previos en epidemiología requeridos para ser seleccionado como integrante del equipo técnico del estudio:

*“...el estudio de morbilidad oral estaba incluido dentro del estudio general de morbilidad, es decir, de la parte médica de los recursos humanos médicos y odontológicos y de las necesidades de recursos humanos. En la parte del estudio de morbilidad oral a mí me correspondió ser el coordinador, el responsable prácticamente de la orientación del estudio con la colaboración de varios colegas que tenían ya su curso de salud pública y que fueron o que fuimos también*



*preparados para ello por un epidemiólogo muy famoso en los años 60 que fue el doctor Ross...”(Odontólogo, Magister en Salud Pública, participante en el estudio de morbilidad Oral 1965-66).*

Además, se puede confirmar a través de las palabras de este actor participante en este primer estudio de morbilidad oral, la preocupación por parte del Ministerio por determinar la disponibilidad del recurso humano en salud y de realizar una medición de la morbilidad que sirvieran como insumos para formular un “Plan Nacional de Salud y Educación para la Salud”, que permitiera justificar nueva oferta de programas de formación de recurso humano. Adicional, se menciona la necesidad de la formación complementaria de posgrado en Salud Pública y Epidemiología, generalmente realizado en escuelas extranjeras como la Universidad de Sao Paulo o en la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Antioquia, las cuales constituyen una *comunidad de discurso*, es decir, centros de adiestramiento del recurso humano requerido y difusores de ideas en áreas consideradas fundamentales como planificación y administración en salud, bioestadística y epidemiología dirigida al entrenamiento del personal sanitario de la época.

Las trayectorias académicas evidenciadas por varios de los participantes reclutados para esta investigación confluyen con los discursos socializados por la OPS en este período, es decir, se resalta la relevancia de la enseñanza de los aspectos preventivos, sanitarios y sociales de la odontología en los cursos de formación según lo pregona, por ejemplo, el boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana publicado en marzo de 1960 por el Dr. Mario Chaves quién se desempeñaba como Asesor Regional en odontología Sanitaria de la Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud, donde se argumentaba la importancia de conciliar aspectos clínicos, preventivos y sociales en la formación profesional, basados en postulados como la historia natural de la enfermedad de Leavell y Clark a partir de la cual “la salud y la enfermedad debían ser consideradas como expresión de un proceso dinámico, continuo y evolutivo de adaptación del individuo al medio que lo rodeaba” (M. Chaves, 1960).

Desde inicios de los años 60 del siglo XX, se fortaleció la OPS como difusor de ideas y conceptos, lo cual se materializó a través de instituciones académicas tales como la Universidad de Sao Paulo y la Escuela Nacional de Salud Pública en Medellín, que evidencian una preocupación por ir más allá de lo meramente técnico-curativo en odontología y que muestran un interés por posicionar elementos adicionales de carácter preventivo, a partir de postulados como el propuesto por Leavell y Clark; dicho postulado evidencia niveles de salud y enfermedad, es decir, las personas pueden estar más o menos enfermas o más o menos sanas de acuerdo a la capacidad de adaptación individual a factores externos. El propio Mario Chaves en el boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana mencionaba: “es de esperar que con el curso de especialización en salud pública para odontólogos, recientemente creado en la Universidad de Sao Paulo, y con el programa de becas de la Organización Mundial de la Salud para personal docente de esta especialidad, se intensifique el movimiento latinoamericano en pro de otorgar mayor importancia a la enseñanza de los aspectos preventivos, sanitarios y sociales de la profesión” (M. Chaves, 1960). Sin embargo, los que tuvieron algún grado mayor de desarrollo como se muestra más adelante, fueron los aspectos preventivos y sanitarios quedándose en deuda con los aspectos sociales de la odontología.

El equipo que preparó y coordinó el componente de *Morbilidad Oral* de este primer estudio estuvo conformado por profesionales de la salud con formación en salud pública, todos ellos funcionarios del Ministerio de Salud Pública (República de Colombia. Ministerio de Salud Pública., 1971). Varios de ellos habían realizado sus cursos de adiestramiento en salud pública y bioestadística mediante becas en la Universidad de Sao Paulo o en Estados Unidos.

Sobre la formación del recurso humano técnico, uno de los participantes en la investigación de Morbilidad Oral 1966 -1967, acerca de los *arreglos institucionales* que se dieron en la conformación del equipo técnico que estuvo encargado de la formulación y ejecución de esta primera investigación, aportó los siguientes elementos:

*“... pensemos que cuando se dio la tarea del Estudio Nacional de Morbilidad tanto médica como odontológica no tenía Colombia esa experiencia, ni un referente en ningún otro país latinoamericano, entonces surgió del Ministerio de Salud Pública un grupo de personas que estaba integrado por los profesionales más reconocidos en este tipo de estudios como fueron el doctor Carlos Agualimpia, el doctor Alfonso Mejía y el doctor Raúl Paredes, alrededor de este grupo de estas tres personas se crearon subgrupos que trabajaron en diferentes aspectos de lo que comprendía toda esa empresa que era el modelo de investigación a nivel nacional, era una verdadera empresa que cubría muchos campos que pueden leerse perfectamente en la publicación de 1971 y estos entraron en contacto con la Organización Mundial de la Salud, con la Oficina Sanitaria Panamericana y con los Institutos Nacionales de los Estados Unidos y fue así como surgió el apoyo financiero y el apoyo académico – científico” (Odontólogo, Magister en Salud Pública, participante en el estudio de morbilidad Oral 1965-66).*

Así, la OPS se presenta como un actor importante en el reclutamiento del personal asesor de este estudio, el cual contribuye en la creación de un grupo de académicos entre los cuales se destacan los profesores de la universidad de Antioquia con maestría en Salud Pública de la Universidad de Sao Paulo, además el Dr. Darío Restrepo era asesor regional en odontología de la OPS/OMS. El equipo de asesores internacionales en esta primera investigación estuvo encabezado por *Ruth Bothwell* quien se desempeñaba en la División de Salud Dental del Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos; ella fue incorporada a través de la OPS como asesora del estudio, junto a *Luis O. Guimaraes* de la Universidad de Sao Paulo, constituyéndose así esta primera encuesta nacional según lo refieren actores participantes en una empresa de investigación nacional con una destacada participación internacional al servicio de la formulación y ejecución de la situación nacional de morbilidad oral.

En el siguiente fragmento tomado de la entrevista realizada a uno de los participantes en esta primera Investigación Nacional de Morbilidad Oral se resaltan algunos detalles de la conformación, participación y perfiles académicos del equipo de asesores internacionales:

*“... la profesora, la doctora Ruth fue la encargada con el grupo de bioestadísticos del Ministerio de Salud de formar el equipo que construyó, por decirlo de esta manera, toda la metodología y todo el modelo que se desarrolló en el Estudio Nacional de Morbilidad Oral; colaboró también como asesor internacional el doctor Luis Octavio Guimarães, profesor de la Universidad de Sao Paulo en Brasil, profesor de epidemiología bucal; y el Doctor Sergio Luis Rosiello, profesor también del mismo departamento en la Universidad de Sao Pablo” (Odontólogo, Magister en Salud Pública, participante en el estudio de morbilidad Oral 1965-66).*

Adicionalmente, el liderazgo de esta primera investigación de morbilidad oral fue asumido por el Ministerio de Salud Pública y la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina (ASCOFAME), con el patrocinio y asesoría de la fundación “Milbank Memorial” (Fundación filantrópica con sede en Nueva York, fundada en 1905 dedicada principalmente, según se muestra en su página web, a actividades de *análisis, colaboración y comunicación* con énfasis en política de salud estatal) y de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la cual para esta época muestra una preocupación especial por conocer el número de los profesionales de salud y su ubicación con el objetivo de planificar el recurso humano y la educación médica en Colombia. La planificación en salud se posiciona, de la mano de la OPS/OMS, como un elemento importante del discurso institucional y se implementa en la práctica mediante una metodología, creándose centros académicos en Venezuela y Chile para la difusión de la misma.

En el siguiente fragmento que corresponde a la entrevista realizada a un profesor del Doctorado Interfacultades en Salud Pública de la Universidad Nacional de Colombia, se resalta la alineación de diferentes organismos internacionales en la formulación de conceptos e ideas como la *planificación en salud, la integración de los servicios y el desarrollo de la metodología necesaria para su implementación, fortaleciéndose los discursos en esa dirección:*

*“... los organismos de Naciones Unidas y OPS en América Latina pues, empiezan a liderar esas formas de planificación en salud, que si en principio uno ve los documentos tenían la intención de integrar los servicios de salud que estaban fuertemente dispersos, divididos en sectores pues completamente independientes, todo lo que era la asistencia pública a cargo del Estado con una red pública financiada con impuestos, separada completamente de las instituciones de seguridad social con una baja cobertura y una gran desigualdad y esto pues, con un sector privado y un gasto de bolsillo enorme en todos los países y pues, esto dependiendo de la capacidad de pago de las personas, entonces, hay unos documentos en esa época que impulsan, desde ese pacto que se hizo en el 63, impulsan la idea de la integración de servicios y planificación de la salud identificando necesidades de salud de la población y ver entonces cómo se podían ordenar los recursos financieros, los recursos humanos, los recursos institucionales pues para tratar de ordenar un gran servicio de salud... Chile venía avanzando en eso y era un referente importante, se crea en Chile una institución formadora de planificadores en salud lo mismo en Venezuela con la metodología CENDES/OPS y entonces, eso es todo un aparato burocrático internacional tratando de incorporar esta lógica, ese es el contexto y por supuesto los estudios que se hicieron en los distintos países obedecían a eso; yo creo que gran parte de los recursos que se canalizaron allí fueron por OPS, no lo tengo exactamente claro si fue totalmente financiado pero habitualmente era cofinanciación, el Estado ponía una plata OPS ponía otra, a veces buscaban de un organismo una fundación filantrópica (Milbank) que estaba apoyando muchos de estos estudios también, entonces hay que ver cómo se da esa cooperación para generar ese estudio y ASCOFAME queda entonces encargado de hacerlo...” (Profesor UN, Doctorado Interfacultades en Salud Pública)*

Es bajo esta lógica planificadora que el Centro de Estudios de Desarrollo Económico y Social (CENDES) de la Universidad Central de Venezuela se constituye como un centro difusor de esta metodología, razón por la cual la OPS le encarga a este centro de estudios la elaboración de una *“guía para formular programas nacionales y regionales de salud”*; dicha guía fue ampliamente difundida en los diferentes países

de Latinoamérica y se le conoció como *la metodología CENDES/OPS* cuyo objetivo principal era la formación de personal sanitario con competencias específicas en elementos de planificación. Es así como de la mano de OPS desde 1962 se venían dictando estos cursos en Chile a través del Instituto Latinoamericano de Planificación Económica y Social (ILPES); pero en Colombia, este curso se comenzó a dictar desde 1964 en la Escuela Nacional de Salud Pública (ENSP), convirtiéndose esta institución en centro difusor de esta metodología en Latinoamérica y el Caribe mediante el adiestramiento de personal sanitario para la canalización de recursos a través de la propuesta de un sistema integrado de salud (M. y col Hernández, 2002).

Para noviembre de 1968, se publica a través de un boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana un documento en donde se expone la importancia de la planificación en odontología. El Dr. Darío Restrepo Gallego, autor de este documento titulado *Algunas Consideraciones sobre la Formulación de Planes Nacionales de Salud Dental*, basado en su propia experiencia en el ejercicio privado, de la docencia y como asesor regional de la OPS, hace unas recomendaciones clave tanto para la formación del recurso humano en salud como para la planificación de la prestación de servicios, algunas de esas recomendaciones fueron: ***la importancia de la actitud preventiva en el odontólogo como filosofía permanente, la delegación de responsabilidades y actividades en diferentes niveles profesionales y subprofesionales, el énfasis en el objetivo tanto preventivo como curativo del servicio y, finalmente, el fomento del adiestramiento y la educación en los servicios dentales*** (Restrepo G, 1968).

Para esta investigación, se muestra que en la metodología usada se tomó como referente la experiencia de la *National Health Survey* realizada en Estados Unidos por el *National Center for Health Statistics*, basada en una epidemiología clásica para medir la morbilidad a partir de indicadores clínicos de prevalencia. A partir de este referente, en el diseño metodológico de la Investigación Nacional de Morbilidad Oral 1965-66 se **incluyeron variables sociodemográficas y de condiciones socioeconómicas básicas como edad, sexo, zona, región, ingreso económico**

familiar y nivel de instrucción. La información fue recogida mediante la modalidad de entrevistas domiciliarias y exámenes clínicos, entre agosto de 1965 y junio de 1966. En total las entrevistas se aplicaron a 8.669 familias con 51.473 personas y los exámenes clínicos se realizaron a 5.026 personas. El sujeto de la investigación estuvo constituido por una muestra representativa de la población civil no institucional de los departamentos, equivalente al 98% de la población total del país, para esta investigación se deja por fuera de la muestra una extensa área de la geografía nacional, los llamados territorios nacionales, la explicación aparente que se presenta a esta situación fueron las complejas condiciones de acceso a estas regiones apartadas y marginadas que implicaban unos sobrecostos elevados en relación a la relativamente escasa población habitante de estos territorios.

En este primer Estudio Nacional de Morbilidad Oral se evaluaron aspectos como la frecuencia, severidad, causas y consecuencias de los problemas de *morbilidad oral*; basándose solamente en un modelo enfocado en la enfermedad, que tomó para la evaluación la situación de patologías como caries, periodontopatías y anomalías dentomaxilofaciales. Se usaron indicadores de daño para determinar historia de caries, prevalencia e incidencia de caries, tasas de morbilidad y de “mortalidad” dental, esto a partir del análisis fragmentado de los componentes de índices tales como “índice CPO-D” de Klein y Palmer (1938) en dentición permanente y el “índice ceo-d” de Gruebel (1944) para dentición temporal. En el caso de las *periodontopatías* se aplicó el *Periodontal Index* desarrollado por Russell en 1956, el cual aplica una serie de códigos que van de cero (0) a ocho (8) de acuerdo con el grado de afectación de las estructuras de soporte del diente con base al examen visual de la unidad dentogingival; su interpretación se basó en el promedio encontrado en cada individuo de acuerdo a la sumatoria de los códigos sobre el total de dientes examinados.

Se tomaron grupos etarios por edades en rangos de cinco años cada uno, examinados para determinar el porcentaje de dientes de acuerdo con el CPO por sexo, zona, región, ingreso familiar anual e instrucción; las edades analizadas

fueron: 5-14, 15-19, 20-24, 25-29, 30-34, 35-39, 40-44, 45-49, 50-54, 55 y más años, dejando por fuera de esta medición a los menores de cinco años, quienes no eran relevantes pensando en la organización de prestación de servicios restaurativos y de rehabilitación. En cuanto a la prevalencia y severidad de la enfermedad periodontal en personas según sexo, zona, región, ingreso familiar anual e instrucción; los grupos de edad (en años) examinados fueron: 5-19, 20-34, 35-44, 45 y más años; en relación con la necesidad real de prótesis total y parcial en personas según sexo, zona, región, ingreso familiar anual e instrucción, los grupos de edad (en años) examinados fueron: 15-24, 25-34, 35-44, 45 y más años.

De acuerdo con lo anterior es importante resaltar cómo el interés principal de esta investigación de morbilidad oral estuvo centrado en medir la enfermedad oral, a través de la prevalencia de caries dental y periodontopatías y la necesidad de prótesis como indicador de las secuelas de la mutilación ocasionada por estas enfermedades sobre los tejidos bucales. Se observa también cómo, en relación con las edades en esta investigación, parece no ser importante para quienes diseñaron el primer estudio nacional conocer la situación de caries o afectación de los tejidos de soporte del diente en los menores de cinco años, los cuales se invisibilizan en estas mediciones.

En el siguiente párrafo podemos analizar el aporte de un participante en la Investigación Nacional de Morbilidad Oral en relación con el enfoque metodológico implementado:

*“Si era una medicina y una odontología curativa, esencialmente, se presentaba el problema, se atendía el problema. Tanto que los indicadores mostraban por ejemplo en medicina que la gastroenteritis era la enfermedad que dieztaba la población menor de un año y en odontología la exodoncia, la prótesis total, los puentes removibles eran el pan diario, aun en la población que tenía acceso a la odontología por razones culturales, educativas y por razones económicas, o sea que era una odontología esencialmente curativa centrada en la enfermedad. Yo, me gradué en una facultad de odontología considerándola buena dentro de las de Colombia y el tema prevención era un tema mencionado por allá como decir “la eternidad, oh que cosa rara”; entonces predominó ese tipo de odontología y por lo tanto con graves*



*problemas que ni sabíamos cómo contarlos, ni donde estaban, de ahí pues la importancia de la epidemiología. En ese contexto surgió esa cultura curricular de las facultades de odontología y de las facultades de medicina en la estructuración de los micro currículos, de los planes de estudio, unos planes de estudio orientados a un odontólogo curativo por eso cuando llegaron ya estas nuevas ideas causaron sorpresa, oposición y pelea...” (Odontólogo, Magister en Salud Pública, participante en el estudio de morbilidad Oral 1965-66).*

La hegemonía del modelo biomédico de carácter morbicéntrico en las ciencias de la salud favoreció abordajes a la situación de salud exclusivamente desde la morbilidad privilegiando en la medición variables descontextualizadas, las cuales estaban asociadas a la relación causa-efecto y al riesgo en salud tomadas desde la epidemiología clásica y priorizando aspectos como historia de caries, daños a los tejidos de soporte del diente y pérdida de dientes; estas variables fueron analizadas en un nivel subindividual, desconociéndose la situación de salud integral del individuo y, por supuesto, invisibilizándose aspectos sociales y económicos subyacentes al deterioro mostrado por sectores amplios de la población colombiana en la salud oral.

### **2.1.2 La Odontología Sanitaria: un referente conceptual**

En Julio de 1962 la Oficina Sanitaria Panamericana, regional de la Organización Mundial de la Salud con sede en Washington D.C, publicó con la generosa ayuda de la W.K Kellogg que sufragó los costos de la impresión, el libro *La Odontología Sanitaria* versión en español, un documento de 599 páginas que inicialmente había sido publicado en portugués por la Universidad de Sao Paulo, este texto marcó el camino a seguir en la investigación y en la práctica en salud pública en Odontología por más de una década.

En el siguiente párrafo de la entrevista realizada a uno de los actores participantes en la Investigación Nacional de Morbilidad Oral 1965 - 66 se menciona la importancia e influencia de este documento para la época:

*“... el libro de Mario Chaves **Odontología Sanitaria** era la biblia para nosotros en esos momentos, ya nadie lo conoce, yo lo tengo, yo aún lo conservo y para mí es una joya y no lo presto...” (Odontólogo, Magister en Salud Pública, Universidad de Antioquia participante en el estudio de morbilidad Oral 1965-66)*

El autor de este documento es el doctor Mario Chaves quien nació en Brasil y se formó como odontólogo en la Universidad de Sao Paulo, posteriormente fue profesor en la facultad de Higiene y Salud Pública en la misma universidad en la cual diseñó un programa de Odontología sanitaria que estaba dirigido al adiestramiento de recurso humano procedente de diferentes países de Latinoamérica, además el doctor Chaves fue asesor de la Oficina Sanitaria Panamericana con sede en Washington durante varios años. En el prólogo del libro el chileno Abraham Horwitz, director de la *Oficina Sanitaria Panamericana*, mencionaba la importancia de la integración del *dentista* en el grupo de salud pública evidenciando la necesidad de una capacitación adicional al odontólogo para la administración de servicios en salud pública. El doctor Horwitz finaliza su prólogo resaltando la importancia del texto de la *Odontología Sanitaria* como *“un cuerpo de doctrina, una norma de trabajo, una definición clara de la cooperación que el odontólogo sanitario puede proporcionar al administrador de servicios de salud pública”* (Cháves, 1958; M. Chaves, 1962) y además hace un llamado a esta disciplina a cooperar en la elaboración de Planes Nacionales de Salud, al ser considerada como parte de la Salud Pública.

En ese emblemático texto, se estructura la llamada *Odontología Sanitaria* en dos partes; la primera ilustra la *Teoría de la Odontología Sanitaria* cuyos contenidos se organizan en seis capítulos, los cuales según el mismo autor Mario Chaves muestran los siguientes contenidos:

*“En el primer capítulo, se trata de delimitar el ámbito de la odontología sanitaria, en los cuatro capítulos siguientes se resumen los problemas de la odontología sanitaria, los métodos y medios de que se dispone para hacerles frente, los recursos humanos para utilizar estos métodos y medios y, por último, las diferentes formas o sistemas de utilización de los distintos métodos para abordar los problemas de la odontología sanitaria. En el último capítulo de la primera parte, se trata de resumir la teoría de la*

*odontología sanitaria, procurando destacar su carácter universal, así como, la sistematización de los conocimientos empíricos existentes”(M. M. Chaves, 1962).*

La segunda parte aborda la *Práctica de la Odontología Sanitaria* e incluye nueve capítulos en los cuales, en palabras del autor del libro, el concepto de *práctica* se considera, en ese texto, desde el punto de vista del “conjunto de actividades que el odontólogo encargado de la administración de programas de odontología sanitaria lleva o puede tener que llevar a cabo”(M. M. Chaves, 1962), debido a que estas actividades son de naturaleza muy diversa, se incluyeron en esta parte capítulos que, normalmente, no aparecen en los textos de las disciplinas de la salud pública, tales como los relativos a la enseñanza, el adiestramiento y a los trabajos de investigación, reconociendo la importancia de la enseñanza y de las investigaciones para programas amplios de odontología sanitaria. Esta parte termina con un resumen de la situación de la odontología sanitaria en el mundo actual y la exposición de un criterio realista, teniendo en cuenta la situación de la América Latina(M. Chaves, 1962). De tal manera que la obra se consolida como un tratado sobre el alcance de la llamada Odontología Sanitaria como cuerpo doctrinario en las escuelas de formación en odontología y salud pública.

En el siguiente fragmento tomado de la entrevista semiestructurada realizada a uno de los participantes en la primera investigación de morbilidad oral, este comenta sobre la relación e influencia de Mario Chaves y la *Odontología sanitaria* en la reorganización y enfoques conceptuales adoptados en las escuelas de odontología en la región:

*“... Entonces llegué a ese estudio a través del doctor Mario Chaves que era el director de odontología de la Oficina Sanitaria Panamericana, o sea, para América Latina el doctor Mario Chaves fue uno de los fundadores del programa de salud pública y epidemiología de la Universidad de Sao Paulo para odontólogos, por supuesto ahí entró mi relación y mi conocimiento con el doctor Mario Chaves que además fue reforzado por el doctor Darío Restrepo quien fue el primer jefe del departamento de odontología preventiva y social, él fue ex alumno del curso de salud*

*pública para odontólogos de la Universidad de Sao Pablo, alumno del doctor Mario Chaves y a través de estos dos personajes fue mi vínculo con el Ministerio de Salud Pública y enlace para mi trabajo en el Estudio Nacional de Morbilidad Oral haciendo la aclaración de que nunca dejé de ser profesor de la facultad de odontología, simplemente estaba simultáneamente trabajando en el equipo del Ministerio de Salud Pública”. (Odontólogo, Magister en Salud Pública, profesor de la Universidad de Antioquia participante en el estudio de morbilidad Oral 1965-66).*

La gran mayoría del equipo técnico participante de esta primera investigación de morbilidad oral muestra un vínculo estrecho entre la academia como centro difusor de los enfoques conceptuales a implementar y el Ministerio de Salud Pública encargado del reclutamiento del personal técnico, adiestrado en los enfoques funcionales para desarrollar los arreglos formulados de acuerdo con los objetivos planteados.

### ***El Departamento de Odontología Preventiva y Social***

En marzo de 1960 se publica un boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP), en donde el Dr. Mario Chaves, quien para ese entonces se desempeñaba como Asesor Regional en Odontología Sanitaria de la OSP, mostraba su preocupación al evidenciar cómo la enseñanza de la odontología estaba enfocada en formar técnicos capaces de tratar la enfermedad en detrimento de aspectos como el de evitarla (M. Chaves, 1960). En este documento Mario Chaves realiza toda una discusión sobre la necesidad de crear una cátedra o un departamento encargado de la enseñanza de aspectos como la odontología preventiva, sanitaria y social, y también sobre el nombre más adecuado que se le debería dar a la necesidad de incluir en la enseñanza de la odontología todos estos elementos preventivistas, humanistas y sociales (M. Chaves, 1960).

Para la época se menciona también el concepto de la *Odontología preventiva en sentido estricto* y la definen como “parte de la odontología que trata de los medios para prevenir las enfermedades, anomalías y accidentes que pueden afectar a la cavidad oral”; asimismo se menciona también una definición de *Odontología y*

*medicina preventiva en sentido amplio* en la cual incorporan otros elementos como “los medios de atenuar el daño causado y rehabilitar al individuo”, aspectos vinculados tradicionalmente a la dimensión curativa. Además, en el mencionado boletín, Chaves llama la atención sobre la forma, como en las escuelas de Estados Unidos, estaba organizada la enseñanza de la odontología preventiva y la salud pública enfatizando que la primera estaba asociada a diferentes asignaturas a lo largo de la carrera, mientras que la salud pública se enseñaba en general en la mayoría de las escuelas odontológicas de Estados Unidos en un curso aparte durante el último año de la formación profesional (M. Chaves, 1960).

Es así como desde la OPS se apoya y fortalece la idea de la importancia de la creación de departamentos o cátedras de odontología preventiva y social en las diferentes escuelas de odontología en Latinoamérica, elementos que conforman el andamiaje para la configuración del departamento de Odontología Preventiva y Social en la facultad de odontología de la Universidad de Antioquia, donde se constituye una prueba piloto con el objetivo de ser implementado en otras escuelas de odontología a lo largo y ancho de América Latina.

### ***2.1.3 La Escuela de Salud Pública en la UdeA***

El 31 de diciembre de 1963 se firmó por decisión del entonces ministro Santiago Rengifo Salcedo el contrato entre el Ministerio de Salud Pública y la Universidad de Antioquia con el cual se estableció la creación de la Escuela de Salud Pública. Los objetivos principales que motivaron la creación de esta escuela fueron: la formación del recurso humano necesario para el desarrollo de programas de salud pública en el país; investigar problemas de salud pública para orientar las políticas administrativas; prestar servicios directos a la población; y finalmente, ofrecer servicios a otras unidades docentes e investigativas de la UdeA para la planificación y la educación en el campo de la Salud Pública (J. Gil, 2013).

La injerencia de la salud pública norteamericana a través de fundaciones como la Kellog, Rockefeller y Ford es resaltada en este periodo, por autores como Juan Gil

Blas quien, en su libro *Por la Salud del Pueblo*, evidencia el vínculo estrecho entre la UdeA (específicamente en las áreas relacionadas con la salud) en la recepción de ayuda de tipo “económico, política, científica y académica” por parte de Estados Unidos. El autor mencionado manifiesta que esta estrecha relación permitió configurar el nacimiento de la Escuela de Salud Pública con *“un cordón umbilical atado al extranjero”*.

El siguiente fragmento fue tomado del libro *Por la salud del Pueblo* donde se muestra la estrecha colaboración y aportes de las instituciones mencionadas en el párrafo anterior, como financiadores de diferentes programas y actividades académicas en la Universidad de Antioquia:

*“... en 1961 fue creado el primer departamento de Odontología Preventiva y Social, su operación y organización se hizo mediante un convenio entre la Oficina Sanitaria Panamericana, la Fundación Kellog y la UdeA... en su empeño por modernizar la Universidad Ignacio Vélez Escobar logró que la Fundación Kellog colaborara con el intercambio de profesores entre la universidades de Michigan y la de Antioquia... las fundaciones que ayudaron fueron la Ford, la Rockefeller, la Macy y especialmente la Kellog. Esto permitió que la Facultad de Medicina avanzara en su estructuración, seleccionara adecuadamente a sus estudiantes, cambiara los modelos de aprendizaje y reformara sus programas académicos... la vinculación de organismos internacionales permitió la investigación, la capacitación de profesores y la incorporación de modelos gerenciales de gran impacto en la gestión del subsector público de la salud. Entre 1963 y 1964, la Fundación Kellog aportó US\$25.510 para el programa de administración hospitalaria ofrecido a directores de hospitales y asistentes administrativos” (Gil, 2013).*

Entre otros, el Departamento de Odontología Preventiva y Social de la Facultad de odontología fue creado en la Universidad de Antioquia con el acompañamiento y la participación activa de la Fundación Kellog y de la OPS y fue el doctor Mario Chaves uno de los principales asesores enviados desde la Oficina Sanitaria Panamericana con el objetivo de llevar a cabo esta misión.

En la entrevista realizada a uno de los actores participantes en esta primera investigación de morbilidad oral se muestran algunos elementos importantes como que las ideas y conceptos plasmados en el discurso académico estaban enfocados en elementos como el sanitarismo y la prevención, los cuales fueron fundamentales en la configuración de este departamento, y también en los consensos entre actores involucrados mediante los cuales se reconoce la importancia fundamental de adiestrar el recurso humano en áreas consideradas prioritarias como, por ejemplo, la epidemiología:

*“...tuve la oportunidad de conseguir una beca con la Oficina Sanitaria Panamericana para estudiar salud pública y epidemiología bucal en la universidad de Sao Pablo en Brasil; al regresar tuve la suerte y la oportunidad de ser invitado por la Universidad de Antioquia, facultad de odontología, a ingresar como profesor y más suerte aún era la época que se hablaba de la importancia de tener un departamento de Odontología Preventiva y Social teniendo como ejemplo los buenos resultados que habían tenido y que siguen teniendo, inclusive hasta este momento, los departamentos de medicina preventiva y social en las facultades de medicina, esto era muy popular en Latinoamérica inclusive en los Estados Unidos, muchas universidades tenían estos departamentos, en el departamento de odontología preventiva y social prácticamente hice mis primeros pinitos en docencia en la cual permanecí hasta mi jubilación... tuve oportunidad como profesor del departamento de odontología preventiva de hacer investigaciones en municipios de Antioquia especialmente en el aspecto de caries dental y de enfermedad periodontal, allí la experiencia fue más de tipo local en pequeños municipios o un centro que llamamos de estudio de la facultad y que fue luego centro internacional y ejemplo para las demás facultades que fueron formando los departamentos de odontología preventiva y social; en ese orden de ideas y desde el punto de vista histórico, la facultad de odontología de la Universidad de Antioquia fue la primera en Latinoamérica en tener un departamento de odontología preventiva y social con el apoyo financiero y el apoyo científico-técnico de la Oficina Sanitaria Panamericana y de la Fundación Kellogg...” (Odontólogo, Magister en Salud Pública, profesor de la Universidad de Antioquia participante en el estudio de morbilidad Oral 1965-66).*

El objetivo de la Escuela Nacional de Salud Pública fue claro desde el principio, “formación de cuadros burocráticos con competencias en planificación y administración en salud para el Ministerio de Salud Pública”, es así como visiones de la salud pública como la de Hector Abad Gómez, no funcionales a este engranaje de la formación en administración sanitaria, son dejadas de lado para permitir el desarrollo de estos otros enfoques impulsados y auspiciados desde organismos internacionales, lo cual aparentemente se logró en los años posteriores a su creación, pero a costa de la generación de una deuda social creciente. Estos arreglos se muestran a través de las decisiones que se toman y que parecen funcionales a los objetivos trazados desde organismos internacionales.

En el siguiente fragmento un profesor del Doctorado Interfacultades en Salud Pública menciona en una aparte de la entrevista realizada, algunos aspectos históricos que aportan en la comprensión de la lógica planificadora imperante en este periodo:

*“Sí claro, esa es una decisión que se toma en el 63, la antigua escuela de Higiene que estaba ubicada aquí en la facultad de medicina de la Universidad Nacional se traslada para la UdeA y se crea la Escuela Nacional de Salud Pública que va en esta misma dirección, gran cantidad de estudiantes y profesores fueron formados en esta lógica de planificación con esa escuela, en relación con el ILPES el instituto Latinoamericano de Planificación en Salud de Chile y la metodología CENDES/OPS, incluso todos estos profesionales se van y vuelven, se forman allá y vuelven a ocupar cargos en la administración sanitaria del país...” (Profesor Doctorado Interfacultades en Salud Pública UN).*

De esta forma se estructura una especie de puerta giratoria, donde el recurso humano es formado de la mano de organismos internacionales a través de becas en instituciones educativas que se constituyen en *difusores de los discursos oficiales*, las cuales realizan un adiestramiento acorde a las necesidades planteadas por los mencionados organismos con la participación del Ministerio de Salud Pública



y, una vez terminada su formación, puedan articularse laboralmente en los cuadros burocráticos para implementar lo aprendido.

#### **2.1.4 El Ministerio de Salud Pública**

El Ministerio de Salud Pública fue creado por el decreto 984 de Abril 16 de 1953, para esta época ya esta institución evidenciaba una estructura propia y funciones particulares dentro del poder ejecutivo, entre las cuales sobresalían: garantizar el adiestramiento de personal, reglamentar el ejercicio profesional, dirigir la salubridad nacional, organizar la asistencia pública, manteniéndose además funciones de dirección, vigilancia y reglamentación heredadas de la higiene y la asistencia pública (Téllez P, 2011). Para ese entonces el antiguo Ministerio de Higiene se reorganiza administrativamente creando seis departamentos y un gabinete del ministro, a su vez organizado en varias secciones: Asesoría Jurídica, Bioestadística, Consejo Nacional de Práctica Profesional, Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública (SCISP) e Institutos de Investigación. Dentro de estos arreglos institucionales generados al interior del ministerio se resalta el papel protagónico dado al SCISP, el cual estaba encargado de organizar y emitir lineamientos sobre temas como la práctica del talento humano, el desarrollo científico de la salud pública en Colombia y la información sanitaria disponible (Téllez P, 2011). Esta estructura del Ministerio de Salud Pública habría de mantenerse hasta 1960, cuando se presenta una reorganización en el Ministerio con el objetivo de delegar mayores funciones a los entes territoriales para estudiar y solucionar problemas locales.

En el marco de la mencionada reorganización, el 9 de junio de 1960 se publicó el decreto 1423 *“Por medio del cual se reorganiza el Ministerio de Salud Pública y se le adscriben los negocios de que debe conocer”*, a través de este decreto se crea la división de *Administración y Planeación de Entidades Asistenciales* y además se establecen las funciones de cada una de las secciones del mismo. En su artículo primero dicho decreto mencionaba: *“Corresponde al Ministerio de Salud Pública conocer de todos los negocios relacionados con la prevención de enfermedades, la promoción y recuperación de la salud y con la prestación de la asistencia pública,*

*de conformidad con la Constitución, las leyes sobre la materia y las normas del presente estatuto*”, mostrándose a nivel sanitario en los lineamientos formulados la necesidad por afianzar un enfoque preventivista, lo cual se ratifica en varios de los documentos publicados para la época. En cuanto al artículo segundo, párrafo primero, se establecen las condiciones de cooperación con organismos internacionales en los siguientes términos: “La colaboración de entidades internacionales especializadas, tales como la Organización Mundial de la Salud, del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia y del Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública, se regirá por los contratos o convenios celebrados o que se celebren entre dichas entidades y el Gobierno Nacional, sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 1° de este Decreto” (*Decreto-1423-de-1960 “Por El Cual Se Reorganiza El Ministerio de Salud Pública y Se Adscriben Los Negocios de Que Debe Conocer,”* 1961).

Posteriormente se organiza el *Instituto Nacional de Salud* mediante el decreto 643 de 1961, a través del cual se determina su estructura y se formulan las funciones de cada una de las divisiones, subdivisiones y grupos que conforman su estructura. En el literal “g” del artículo tercero se mencionaba: g) Servir de centro de adiestramiento para la formación de personal técnico-científico en los campos de actividades propias del Instituto (*Decreto-643-de-1961- “Por El Cual Se Organiza El Instituto Nacional de Salud,”* 1961), por lo que es importante resaltar cómo las instituciones se muestran muy enfocadas en la relevancia del recurso humano y en su formación en torno a aspectos como la epidemiología, la bioestadística, la planeación y la administración en salud consideradas estas áreas como las fundamentales en el abordaje de la salud.

El marco normativo institucional mencionado favoreció la formulación del Plan Decenal del Ministerio de Salud Pública 1962-1971, el cual según Hernández (2002) tenía como propósito “mejorar la salud colectiva y el bienestar social de los individuos, de las familias y de la comunidad, actuando mediante actividades de prevención y curación realizadas por centros de salud, contra los factores

determinantes y evitables de enfermedad y mortalidad, priorizándose problemas como desnutrición y enfermedades gastrointestinales, inmunoprevenibles y transmisibles relacionadas con problemas ambientales y falta de acceso a servicios de asistencia médica primaria. Se estableció además la meta de dotar a Colombia con 200 centros de salud en 10 años, con el objetivo de concretar en ellos la función fundamental de integrar la prevención y la curación en el nivel local, mediante el desarrollo de actividades de fomento, protección y reparación de la salud a través de programas de higiene materno infantil, saneamiento ambiental, epidemiología y control de enfermedades transmisibles, nutrición, odontología y atención médica (M. y col Hernández, 2002).

Siendo ministro de Salud Pública José Felix Patiño durante el gobierno de Guillermo León Valencia, el Congreso de Colombia publica la ley 12 de 1963 “Por la cual se ordena al Gobierno la elaboración del Plan Hospitalario Nacional, y se dictan otras disposiciones”, mediante el cual se pretendió garantizar la contribución técnica y financiera por parte de la nación en la construcción de hospitales, centros de salud, ancianatos, orfanatos, casas de rehabilitación y asilos. Así como, para las instituciones ya existentes se garantizaba su ampliación, reforma, dotación y sostenimiento. Además, con este Plan se pretendía asegurar “la adecuada organización y crear un criterio unificado en materia de salud pública y asistencia social” a través de: a) La programación de los servicios técnicos y administrativos y la adopción de normas sobre administración y organización; b) La integración de los servicios asistenciales, preventivos, docentes e investigativos; c) La coordinación de las entidades públicas o privadas a través de su clasificación y zonificación (Ley 12 de 1973 “Por La Cual Se Ordena Al Gobierno La Elaboración Del Plan Hospitalario Nacional, y Se Dictan Otras Disposiciones,” 1963).

Al respecto, el profesor del Doctorado Interfacultades en Salud Pública y PhD en historia Dr. Mario Hernández aporta elementos adicionales para recrear la época:

*“...precisamente no había una institucionalidad suficientemente fuerte digámoslo se fortalece en los 60, en ese momento del 66 al 70 el Ministerio de Salud se fortaleció bastante, uno puede encontrar eso inclusive en la reorganización del Ministerio y en las inversiones que se hicieron a partir del Plan Nacional Hospitalario y del Fondo Nacional Hospitalario, todo esto fortaleció mucho la burocracia, la institucionalidad y los hospitales, la red hospitalaria, los centros de salud y toda esa serie de cosas, entonces hubo de todos modos un cambio cualitativo ahí” (Profesor Doctorado Interfacultades en Salud Pública - UN).*

El 19 de diciembre de 1963 el ministro de Salud Pública Santiago Rengifo Salcedo emite el decreto 3224 de 1963 “Por el cual se reorganiza el Ministerio de Salud Pública y se adscriben los negocios que debe conocer”; en su artículo N°5 se mencionan, entre otras, las principales funciones del Ministerio de Salud Pública: a) Hacer la planeación general del Servicio de Salud Pública en el territorio nacional. Y en el literal “f” de este mismo artículo: f) *Programar, ejecutar y supervisar la formación y adiestramiento de personal para el Servicio de Salud Pública.* En el capítulo II de este decreto se mencionaba la organización general del servicio de Salud Pública en tres niveles funcionales con el objetivo de cubrir todo el territorio nacional: nivel nacional, nivel regional y nivel local. Además se crea la **Sección de Odontología** dentro de la División de Atención Médica con las siguientes funciones mencionadas en el artículo 32: a) Estudiar la situación de salud oral y dental y los factores ambientales, socioculturales y nutricionales que influyan sobre ella; b) Elaborar el programa nacional de salud oral y dental dentro del marco del Plan Nacional de Salud y de los planes específicos de Atención Médica y Hospitalaria; y c) Elaborar las normas para la programación y desarrollo de las actividades de salud oral y dental a nivel regional y local y velar por su cumplimiento (República de Colombia (Diario Oficial), 1963). o

Sobre estos arreglos institucionales surgidos de la mano con la reestructuración del Ministerio y enfocados principalmente en los lineamientos para el adiestramiento del recurso humano y la preocupación por la consolidación de los diferentes subsectores, las cuales son evidenciadas a lo largo de este período de

reorganización y ajustes nos comenta un profesor del Doctorado Interfacultades en Salud Pública de la UN lo siguiente:

*“... ese es el periodo de consolidación de la salud pública orientada desde OPS en nuestra institucionalidad, digámoslo así, pero insisto que esto venía siendo muy pequeño, precario, frente a las necesidades del país y no hubo una decisión política de los gobiernos nacionales de invertir seriamente en salud y al contrario, siempre se sostuvo esa segmentación, por allá el seguro social por su lado, los hospitales por el otro, el sector privado creciendo cada vez más por los seguros, la medicina prepagada y toda esta serie de cosas, entonces pues claro que el impacto real de organización, de una gran institucionalidad con perspectiva de garantía del derecho a la salud no se logró en Colombia, a pesar de que para la OPS ese tampoco era el ideal, el ideal era integrar y ahí no se pudo” (PhD en historia, Profesor Doctorado Interfacultades en Salud Pública UN).*

Un par de elementos que son mencionados permanentemente como prioridad son el adiestramiento y profesionalización en Salud Pública del personal, es así, como en este periodo se llevaron a cabo diferentes ofertas académicas por parte del Ministerio de Salud Pública, en estrecha colaboración con el Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública (SCISP), a través de becas de formación en especialización y maestría otorgadas en el exterior al personal de salud principalmente en universidades de Estados Unidos con la participación de la Fundación Rockefeller y de la Fundación Kellogg.

Este talento humano así formado, una vez de regreso al país terminaba generalmente ocupando puestos de relevancia en el aparato sanitario nacional desde donde ejercieron el papel de difusores de las prácticas sanitarias aprendidas (Eslava-castañeda, 2004).

Al respecto, un participante en la Investigación Nacional de Morbilidad Oral y profesor de la Universidad de Antioquia comenta su experiencia:

*“Los Institutos Nacionales de Salud permitieron con becas la presencia de varios profesores que eran formados en diferentes áreas clínicas y de salud pública... y nosotros tuvimos un apoyo muy importante de la Oficina Sanitaria Panamericana a través de becas, de cursos y de viajes; muchos profesores de la facultad de odontología de la universidad de Antioquia y yo sé que del país en general, tuvieron oportunidad de estudiar en Estados Unidos y en otras universidades y yo soy uno de esos ejemplos, tuve la oportunidad de formarme en universidades fuera de Colombia” (Profesor Universidad de Antioquia).*

### **2.1.5 El Plan General de Desarrollo de Lleras Camargo**

En Colombia, un hecho político relevante sucedido hacia finales de los años 50s del siglo XX, fue la convocatoria a un plebiscito en 1957, que terminó siendo más bien un referendo en el cual se sometió a voto popular el articulado correspondiente, aprobándose catorce artículos por mayoría de votos validándose de esta manera una reforma constitucional que permitió la repartición del poder entre liberales y conservadores de forma alternada durante cuatro periodos presidenciales. El denominado *Frente Nacional* se gestó en la coyuntura de la época como una alternativa a la violencia derivada de los partidos políticos y una transición de la dictadura militar hacia la democracia representativa (Hartlyn, 1993). Adicionalmente, durante este periodo se organizaron las dos insurgencias más antiguas del continente en 1964, las Fuerzas Armadas Revolucionaria de Colombia – FARC y el Ejército de Liberación Nacional – ELN (Molano, 2015). Lo cual estuvo asociado, según lo mencionan algunos académicos que han abordado el tema en profundidad, a una reacción de sectores populares y campesinos ante la violencia política creciente en el país y también debido a la forma descarada como las élites políticas de los partidos tradicionales convinieron repartirse el poder durante los siguientes cuatro periodos presidenciales mediante el llamado Frente Nacional (Báez P, 2013).

El primer presidente del Frente Nacional que asumió el poder entre 1958 y 1962 fue Alberto Lleras Camargo, quien ya había estado en la casa de Nariño entre 1945 –

1946 terminando el segundo gobierno de Alfonso López Pumarejo, asimismo, se había desempeñado como embajador de Colombia en los Estados Unidos y también había ejercido como Secretario General de la Organización de Estados Americanos (OEA) (M. y col Hernández, 2002). El 20 de diciembre de 1961 el presidente Alberto Lleras Camargo del Partido Liberal presentó el Programa General de Desarrollo (1961-1964), en el salón Dorado del Club Militar, el cual tuvo como eje central la cooperación de los Estados Unidos a partir de la Alianza para el progreso, con el objetivo de desarrollar la industria nacional y establecer planes de orden social. En este mismo sentido se observó el fortalecimiento de las exportaciones de banano, tabaco, café y algodón como productos agrícolas que en palabras del propio Lleras nos llevarían a superar el subdesarrollo. Según, lo resaltaba Alberto Lleras al presentar el plan de desarrollo, manifestaba que “el círculo vicioso de la economía de los países atrasados solo podía romperse con una ayuda externa otorgada en conjunto para la ejecución de un programa general” (Lleras, 1961). Este plan de desarrollo fue concebido para ser ejecutado durante una década.

En la dimensión salud se resaltaba la evolución del concepto de *salud* definiéndose esta “*como un estado en el que los problemas médicos estaban estrechamente relacionados con las condiciones del medio económico, con la mayor o menor posibilidad de disponer de vivienda cómoda e higiénica, con la mayor o menor extensión de servicios sanitarios*”(Consejo Nacional de Política Económica y Planeación, 1961). Además, se reconocía el importante atraso que experimentaba el país en campañas de salud a la luz de indicadores como la expectativa de vida media al nacer, la cual para esta época no sobrepasaba los cuarenta y cinco años, de igual forma se resaltaba la necesidad de formar mayor número de personal médico y auxiliar sanitario y una adecuada coordinación y tecnificación de los servicios como factor indispensable para lograr un nivel sanitario aceptable (Consejo Nacional de Política Económica y Planeación, 1961).

### **2.1.6 La Organización Panamericana de la Salud – OPS en el contexto de la Alianza para el progreso**

Es importante entender los lineamientos formulados desde la Organización Panamericana de la Salud sobre cómo se debía abordar la investigación en salud, qué perfiles de investigadores eran los más importantes, cuáles eran los conceptos y metodología a utilizar en la investigación en salud y cómo estos factores iban a incidir de manera directa sobre la forma como se realizaron las investigaciones nacionales de morbilidad oral – salud bucal.

Una política internacional que marcó la época fue el producto de la reunión de Punta del Este celebrada en Uruguay en 1961, la cual representó un hito y un punto de inflexión en la política exterior de Estados Unidos en sus relaciones con los países latinoamericanos y esta situación permitió un redireccionamiento en las relaciones entre la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP) y los países de la región.

Según el profesor Mario Hernández, PhD en historia la denominada *Alianza para el Progreso*, implicó para el campo de la salud “una vinculación explícita al desarrollo socioeconómico, el cual sería impulsado por los estados sobre la base de una planificación centralizada y ajustada al mundo capitalista” (M. y col Hernández, 2002); lo cual, según este investigador, tuvo implicaciones importantes en Colombia en aspectos tales como: los servicios de salud, formación de personal en salud y en la erradicación de enfermedades transmisibles.

La influencia ejercida por la OPS en los enfoques y formas de hacer en salud se evidencia en los documentos publicados, donde se plasman los lineamientos a seguir por parte del Ministerio y también en las asistencias y asesorías dadas por personal especializado adiestrado, funcional a estas formas de pensar y hacer en salud.

La anterior idea se refuerza a través de lo manifestado en un fragmento de la entrevista realizada a un profesor del doctorado en Salud Pública de la Universidad



nacional de Colombia (UN) sede Bogotá, quien menciona esa preocupación por la planificación y el uso de los recursos disponibles en estos términos:

*“Eso era lo que OPS promovía en todos los países en ese momento porque hacía parte de los acuerdos que se establecieron en el Plan Decenal de Salud de las Américas que fue en 1963 y que en principio pues partía de la base que se debía hacer una planificación de los recursos disponibles en cada país para tratar de generar una respuesta organizada, mucho mejor que la que se traía... con esa aspiración que fuera dentro del capitalismo, se diera una demostración de que efectivamente se pudieran garantizar los derechos y de esa manera pues combatir todas las condiciones que hacían proclive digamos, revoluciones de carácter socialista como la que había pasado en Cuba...” (Profesor Doctorado Interfacultades en Salud Pública UN).*

Es importante también resaltar el papel asignado a la OPS en la injerencia y asesoría en materia de salud para los diferentes gobiernos de Latinoamérica en esta época y es la *Comisión especial* de la Organización de Estados Americanos (OEA), de la cual era parte la OPS, la que estaba recomendando a los gobiernos de la región la inclusión de *programas de salud pública* catalogados estos como esenciales y complementarios de los económicos, la OPS también desempeñó un papel destacado en la formulación de estos programas. Desde allí se resaltaba la importancia del papel a desarrollar por esta comisión en temas de desarrollo económico y de salud, los cuales estuvieron enfocados en la planeación y el desarrollo como factores fundamentales para mejorar las condiciones de vida de los latinoamericanos:

*“...Se crea la Comisión Especial para Estudiar la Formulación de Nuevas Medidas de Cooperación Económica, reconociendo que la preservación y el fortalecimiento de las instituciones libres y democráticas de las Repúblicas Americanas requieren la aceleración del progreso social y económico en la América Latina en forma adecuada para satisfacer las legítimas aspiraciones de los pueblos americanos a una vida mejor...”(Organization of American States. Council. Special Committee to Study the Formulation of New Measures for Economic Cooperation, 1964).*

En salud se proponen desarrollos específicos, los cuales se recogen en la denominada *Acta de Bogotá* de 1960 en la cual se mencionan los siguientes: el *fortalecimiento y expansión de los servicios nacionales y locales de salud*, la instalación de servicios de suministros de agua, la erradicación de la malaria, así como la intensificación de los programas de nutrición integral para las clases populares, entre otros. Los anteriores postulados van a servir como punto de partida al objetivo principal en materia de salud propuesto dentro del marco de la Alianza para el Progreso (APP): “*augmentar en mínimo de cinco años la esperanza de vida al nacer, y elevar la capacidad de aprender y producir, mejorando la salud individual y colectiva*”(M. y col Hernández, 2002).

Para 1962, en el marco de la Conferencia Sanitaria Panamericana se planteaba como una recomendación importante la *coordinación de los servicios de asistencia pública con los de seguridad social*, esto con el fin de promover la racionalización en el uso de los recursos y de facilitar la integración de la salud pública con la atención médica, elementos clave en esta *lógica de la planeación* y de la formulación de un *Plan Nacional de Salud* donde se priorizaran los temas más relevantes para las intervenciones correspondientes.

La OPS tuvo una participación activa y protagónica en la asesoría técnica del Estudio de Recursos Humanos para la Salud y Educación Médica en Colombia y en particular en la Investigación Nacional de Morbilidad Oral a través de la vinculación de los asesores de la OPS al estudio y también de la incorporación de documentos técnicos y programación de seminarios de capacitación, los cuales fueron elaborados por personal de la institución y que a su vez son tomados como guía en la formulación y ejecución del estudio.

En el siguiente párrafo tomado de la entrevista realizada a uno de los participantes de esta primera investigación de Morbilidad Oral, se muestran algunos aspectos del papel desarrollado por la OPS, resaltándose la preocupación por *fortalecer la enseñanza de aspectos clínicos relacionados con la morbilidad oral*, realizando un

adiestramiento adecuado del recurso humano reclutado para participar en este estudio nacional:

*“Sí, permanentemente había la financiación o directamente con ellos, o teníamos conferencistas internacionales, no exactamente o exclusivamente en el campo de la epidemiología, sino de la salud pública e inclusive muchas veces en la parte clínica y mucho en la parte de la investigación, la Oficina Sanitaria Panamericana financió muchísimos cursos y recuerdo dentro de estos cursos el Seminario de Bogotá, el Seminario de México y el Seminario de Washington, que trató los diferentes aspectos de la odontología en el aula, la comunidad como aula, el desarrollo de la odontología a nivel comunitario y a nivel de profesión, de manera que fueron capacitaciones permanentes y por ejemplo en la facultad de odontología de la Universidad de Antioquia el Departamento de Odontología Preventiva y Social fue una obra impulsada por la Oficina Sanitaria Panamericana...” (Odontólogo, Magister en Salud Pública, participante en el estudio de morbilidad Oral 1965-66).*

Para la época se crearon en varios centros académicos de Latinoamérica los departamentos de medicina y odontología preventiva y social impulsados precisamente a través de asesores de la OPS, con el objetivo de incorporar elementos de planificación, administración, abordaje clínico y de prevención de la enfermedad en los currículos de los programas académicos de los futuros profesionales de la salud.

### **2.1.7 La salud pública y el mandato de la Alianza para el Progreso**

Para la época en que se desarrolla esta primera investigación de morbilidad oral, la geopolítica mundial se encontraba caracterizada por la polarización global entre el bloque socialista y el capitalista, lo cual generó múltiples contiendas entre las partes, las cuales son principalmente de orden político, económico, cultural e ideológico y que se representa en la puesta en marcha de sistemas sociales que pretendían ser hegemónicos, donde la ciencia como empresa de investigación no era ajena a esta disputa.

En Europa, a partir de la posguerra, se configura en algunos países el Estado de Bienestar en función del denominado *triple pacto* entre los Estados nacionales, los dueños del capital y los trabajadores; el cual fue impulsado a partir de las ideas liberales de William Beveridge en Inglaterra (Llanos, 2013), quien defendía la importancia de la intervención del Estado dentro de la economía, con el propósito de proveer un sistema de seguridad social caracterizado por garantizar salud y educación con acceso universal y de forma gratuita, sistema de pensiones, transporte, subsidios de desempleo, protección de la infancia y ancianos (Collazos, 2007). En salud específicamente se observa cómo, a partir de estos principios, emerge la seguridad social que toma forma en el denominado *Sistema Nacional de Salud Inglés*, que expone como característica principal ser un sistema único integral que garantiza la atención de todos sus ciudadanos, así como también otras garantías sociales, que fueron utilizadas para hacerle frente al avance del proyecto socialista en Europa.

En América Latina la década de los 60s del siglo XX se caracterizó por tensiones políticas debido principalmente al triunfo de la revolución cubana en 1959, la cual se constituyó en una preocupación para los Estados Unidos por la posibilidad del avance del proyecto socialista; pero este proyecto fue frenado tomando en consideración una serie de medidas políticas, económicas y militares, en el marco de las cuales se formula la política internacional de la Alianza para el progreso como resultado del acuerdo establecido previamente en la reunión de la Organización de Estados Americanos realizada en Punta del Este (Uruguay) en agosto de 1961. Esta Alianza consistió en una ayuda por más de veinte mil millones de dólares que serían otorgados a los países latinoamericanos durante un periodo de 10 años y que estaría condicionada a la disponibilidad y compromiso de los países; es decir, en esencia la Alianza para el progreso fue una política intervencionista de los Estados Unidos dirigida a orientar y promover el proceso de construcción de los estados en los países subdesarrollados, bajo los parámetros, intereses y valores estadounidenses, con el fin de cerrar el paso de esta manera a la amenaza de la exportación de la revolución cubana a otros países de la región (Rojas, 1987).

Esta idea se confirma a través de un fragmento de la entrevista realizada a un profesor del doctorado en Salud Pública de la UN, quien menciona algunos elementos a resaltar del contexto histórico de la época y del papel del paquete de ayudas económicas otorgadas para América Latina a través de la denominada (por el gobierno de Estados Unidos), *Alianza para el progreso*:

*“La Alianza para el Progreso se formula como una política de Estados Unidos para tratar de recuperar su liderazgo americano y ponerle una barrera clara a la influencia que pudiera tener la revolución cubana, eso es clarísimo cuando uno contrasta por ejemplo los discursos de Kennedy y del Che Guevara que iba como Ministro de economía de Cuba en Punta del Este en 1961, pues ahí se ve claramente la disputa de dos visiones distintas que hacen parte de la guerra fría, y OPS lo que hizo fue desarrollar los lineamientos en salud de esa idea que quedó planteada allí por Kennedy, que era vamos a demostrar desde los países libres decía él (capitalistas) que podemos superar las condiciones de pobreza en pocos años desde el Estado, de manera redistributiva y queda formulado cómo el proyecto a seguir y OPS hace parte de ese proyecto, por eso se hacen las reuniones de ministros y se formulan los planes decenales, que se constituyen en los puntos de referencia para todos los países en diez años...”* (Profesor UN, Doctorado Interfacultades en Salud Pública)

Es en este marco de cooperación donde la salud se presenta como requisito esencial para el desarrollo económico y social y por consiguiente, su inclusión se declara fundamental en los programas de desarrollo de Latinoamérica. Elementos que quedan incluidos en el denominado *Plan de Salud Pública de la Alianza para el Progreso*, cuyos lineamientos estaban orientados hacia la llamada integración de las funciones de prevención, curación y rehabilitación, los cuales se constituyen en el eje central a desarrollar, teniendo como premisa principal el mejor uso posible de los recursos públicos y privados disponibles para la promoción, protección y restauración de la salud, estas orientaciones fueron divulgadas para los gobiernos de las Américas a través de la XVI Conferencia Panamericana y también en la reunión de Ministros de Salud de las Américas de 1963 a la cual asistió en

representación de Colombia el Ministro de Salud Pública recientemente fallecido José Félix Patiño (M. y col Hernández, 2002). Esta reunión, celebrada de acuerdo con la resolución A.4 de la Carta de Punta del Este, se llevó a cabo en Washington D.C del 15 al 20 de abril de 1963; los participantes en dicha reunión organizaron grupos de estudio para tareas de programación con el fin de reconocer la importancia esencial de una adecuada programación nacional en actividades como las de salud pública, otorgándole a esta el carácter de área especializada que requería por lo tanto un estudio detallado realizado por expertos con el objetivo de orientar a los gobiernos en la formulación de planes y programas nacionales.

Asimismo, dentro de la recomendación cuarta de la carta de Punta del Este se hacía énfasis en que:

*"El grupo encargado del estudio de la salud, debía ser organizado por medio de la Oficina Sanitaria Panamericana, para evaluar los problemas predominantes y sugerir ideas generales de acción de efecto inmediato, para el control o erradicación de enfermedades transmisibles, el saneamiento, sobre todo en el abastecimiento de agua y la eliminación de aguas negras; para la disminución de la mortalidad infantil y especialmente de recién nacidos y el mejoramiento de la nutrición (Oficina Sanitaria Panamericana - Organización Mundial de la Salud, 1963).*

Asimismo, se recomendaban medidas para la educación y el *adiestramiento de personal* y para el mejoramiento de los servicios de salud. A raíz de lo anterior, se muestra cómo la Organización Panamericana de la Salud recibe la misión de ser la institución encargada de llevar el liderazgo en las prácticas en salud para la región en la década de los 60's y los 70's del siglo XX, esto como mandato derivado de la reunión de Punta del Este.

En el informe final de la reunión de ministros de salud de las Américas presentado en septiembre de 1963 se mencionaba, dentro de las medidas de carácter general, la formulación de Planes Nacionales de Salud cuyo propósito era: *Incorporar los esfuerzos encaminados a mejorar los recursos humanos y ampliar las oportunidades mediante la elevación de los niveles generales de educación y salud;*

*el perfeccionamiento y la expansión de la enseñanza técnica y la formación profesional* (Oficina Sanitaria Panamericana - Organización Mundial de la Salud, 1963).

Para la formulación de estos planes se determinan unos lineamientos relacionados con una serie de etapas a cumplir las cuales eran: la formulación de la política general de salud, en el marco de los requerimientos del programa nacional de desarrollo, a esta formulación general debía seguir el estudio de los problemas y su cuantificación, el análisis de los *recursos humanos y físicos disponibles*, el *establecimiento de prioridades*, *la fijación de metas*, *la selección de las técnicas más adecuadas* y *el desarrollo de métodos de información y evaluación* con el fin de reajustar periódicamente los objetivos a la realidad que reflejara la experiencia. Para entonces, se definía un *Plan Nacional de Salud* como “*un medio, un instrumento parte de un proceso continuo en el cual las proposiciones primitivas se iban perfeccionando mediante la experiencia y la evaluación*” (Oficina Sanitaria Panamericana - Organización Mundial de la Salud, 1963).

Es a partir de estos conceptos, los cuales son tomados como lineamientos a seguir, que se consolidan discursos como el de la planificación en salud, la cual permite que se creen y organicen en los Ministerios de Salud Pública de varios países de América Latina, incluido Colombia, unidades de planificación y evaluación con técnicos adiestrados en planificación reclutados de los centros difusores de esta metodología, a quienes les fue encargado la preparación de planes y programas, y también de la capacitación permanente en la metodología a todo el personal que participaba en el proceso de planificación. Para dicha capacitación se contaba con la oferta permanente de los cursos organizados por el Instituto Latinoamericano de Planificación Económica y Social (ILPES), los cuales se ofrecían en colaboración con la OPS y también en algunas universidades del continente, entre ellas la naciente Escuela Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia. Es así como el papel de organismos internacionales como la OPS es fundamental en esta lógica de la planificación y administración de recursos humanos y económicos y se

hace énfasis en aspectos como el adiestramiento de técnicos y la necesidad de brindar asesoría a los gobiernos en la preparación de planes de salud.

En diálogo con un experto profesor del Doctorado en Salud Pública de la UN nos aclara sobre el papel de organismos internacionales como la OPS para liderar y difundir estas ideas y discursos relacionados con esta lógica de la planificación en salud:

*“...OPS en América Latina empieza a liderar esas formas de planificación en salud, pues, que si en principio uno ve los documentos tenían la intención de integrar los servicios de salud que estaban fuertemente dispersos, divididos en sectores pues completamente independientes... todo lo que era la asistencia pública a cargo del Estado con una red pública financiada con impuestos separada completamente de las instituciones de seguridad social con una baja cobertura y una gran desigualdad y esto pues, con un sector privado y un gasto de bolsillo enorme en todos los países y todo esto dependiendo de la capacidad de pago de las personas, entonces hay unos documentos en esa época que impulsan desde ese pacto que se hizo en el 63, impulsan la idea de integración de servicios y planificación de la salud identificando necesidades de salud de la población y ver entonces cómo se podían ordenar los recursos financieros, los recursos humanos, los recursos institucionales para tratar de ordenar un gran servicio de salud. Incluso Chile venía avanzando en eso y era un referente importante, se crea en Chile una institución formadora de planificadores en salud, lo mismo en Venezuela con la metodología CENDES/OPS y entonces eso es todo un aparato burocrático internacional tratando de incorporar esta lógica, ese es el contexto y por supuesto los estudios que se hicieron en los distintos países obedecían a eso...” (Profesor UN, Doctorado Interfacultades en Salud Pública).*

En este mismo sentido se enfatiza también en la importancia de la relación y colaboración estrecha entre las instituciones de salud pública y las universitarias: *La colaboración de un Ministerio de Salud Pública con las escuelas profesionales para ayudar, como consumidores del producto, a prepararlo mejor para satisfacer sus necesidades como un paso esencial en el desarrollo de los programas de salud.* Por ejemplo, en el literal B.3 del informe final de la reunión mencionada de ministros



de salud de las Américas específicamente en el eje temático relacionado con *Educación y adiestramiento de los profesionales de la salud en general* se recomendaba “el establecimiento de unidades interinstitucionales entre los Ministerios de Educación, las autoridades de las Escuelas Universitarias, los dirigentes de Salud Pública, las profesiones organizadas, para el estudio de la preparación de profesionales requeridos por los planes de salud” (Oficina Sanitaria Panamericana - Organización Mundial de la Salud, 1963).

Fue entonces seguramente obedeciendo a esta lógica, cuando la Escuela Superior de Higiene fue trasladada de la Universidad Nacional de Colombia sede Bogotá, por decisión del entonces ministro de salud pública Santiago Rengifo Salcedo, a la Universidad de Antioquia, en donde se crea mediante decreto firmado entre el ministerio y la universidad el 31 de diciembre de 1963 la Escuela Nacional de Salud Pública; su nacimiento obedece a un propósito principal: *el adiestramiento del personal del Ministerio de Salud*.

En el siguiente fragmento tomado de la entrevista realizada a un profesor del Doctorado de Salud pública de la UN se muestran algunos aspectos del papel ejercido por esta institución académica que asume el liderazgo en la difusión de estas ideas, conceptos y un papel protagónico en la formación de los cuadros burocráticos, los cuales se van a integrar posteriormente al Ministerio de Salud Pública y a las Direcciones Seccionales de Salud:

*“Yo creo que sin duda, la Facultad Nacional de Salud Pública era como el referente pues sí, todo el mundo miraba para allá [Medellín] y la gente se formaba allí, incluso la Universidad Nacional se enfocó más en formar clínicos, su énfasis estuvo más puesto ahí y de alguna manera se debilitó la formación en salud pública acá, luego en los 80 se crea una maestría en salud pública, pero que también se cierra por una crisis interna en la capacidad de sostener ese programa, entonces, digamos que la punta de lanza de esa transformación de la salud pública sí es la Facultad Nacional de Salud Pública y esos cuadros que se forman allí se van ubicando en distintos cargos, por ejemplo los servicios seccionales de salud, en el Ministerio; las distintas*

*divisiones del ministerio y por eso entonces, como que ese es el periodo de consolidación de la salud pública orientada desde OPS en nuestra institucionalidad...” (Profesor UN, Doctorado Interfacultades en Salud Pública).*

Estos técnicos así formados tenían como objetivo principal, además de la creación de las unidades de planificación en los Ministerios, orientar a los responsables de los organismos regionales y locales en los métodos adecuados respectivos. De allí surge una recomendación considerada de fundamental importancia para los gobiernos, relacionada con: "Mejorar la recopilación y análisis de las estadísticas vitales y sanitarias; y elaborar las estadísticas de los recursos y de otros elementos fundamentales como base para formular y evaluar los Planes Nacionales de Salud", para lo cual se recomendaba que los Ministerios de Salud pública debían contar con unidades de estadística al nivel más adecuado, lo cual se relaciona de manera directa con las características del perfil profesional que se requiere y por consiguiente se da línea a las instituciones académicas, en relación a las áreas consideradas de mayor importancia para la formulación de los planes de estudio en la formación de pregrado y especialización (Oficina Sanitaria Panamericana - Organización Mundial de la Salud, 1963).

Por otro lado, en el literal B.1 del informe final se señalaba la conveniencia de buscar aquellos índices que permitieran expresar de forma objetiva los valores relativos de cada programa y que evidenciaran el progreso en el mejoramiento de la salud. Estos arreglos institucionales se reflejan en el perfil del equipo de asesores reclutados para el diseño metodológico, dentro del cual es fundamental el curso de epidemiología y de bioestadística para ser escogido como parte del equipo técnico del estudio de morbilidad oral 1965 – 1966.

En el siguiente fragmento de la entrevista realizada a uno de los actores participantes en la ejecución de este primer estudio, se ratifica la importancia de la formación en ciertos saberes específicos para ser parte del equipo técnico del estudio:

*“La OPS trajo asesores internacionales a la Investigación Nacional de Morbilidad Oral como Ruth Boswell y Luis Guimaraes. La doctora Ruth fue la encargada con el grupo de bioestadísticos del Ministerio de Salud Pública de formar el equipo que construyó, por decirlo de esta manera, toda la metodología y todo el modelo que se desarrolló en el Estudio Nacional de Morbilidad Oral, colaboró también como asesor internacional el doctor Luis Octavio Guimarães, profesor de la Universidad de Sao Paulo en Brasil, profesor de epidemiología oral; y el Doctor Sergio Luiz Rosiello profesor también del mismo departamento en la Universidad de Sao Pablo. Ellos habían sido mis profesores, el doctor Luis Octavio Guimaraes era el director del curso de epidemiología y el doctor Sergio Luiz Rosiello era profesor de epidemiología y salud pública” (Odontólogo, Magister en Salud Pública, Universidad de Antioquia participante en el estudio de morbilidad Oral 1965-66).*

Es importante mostrar la relevancia de las ideas - discursos que privilegian los métodos epidemiológicos clásicos y la bioestadística como herramientas clave que permiten la cuantificación objetiva de los fenómenos relacionados con la denominada situación de morbilidad oral de la población, de esta manera, se percibe una especie de puerta giratoria donde intervienen prácticamente los mismos actores, los cuales se mueven entre las instituciones de educación superior que cumplen la función de adiestramiento del recurso humano, el Ministerio de Salud Pública que se encarga de diseñar el estudio y reclutar los cuadros técnicos y la OPS que formula los lineamientos a implementar y además suministra guías y asesorías a través de colaboradores de la institución considerados expertos.

## **2.2 Vuelve y juega: se ejecuta una actualización**

Este capítulo segundo se organizó en cuatro partes principales, la primera parte *Estudio Nacional de Salud – Morbilidad Oral 1977-80: una actualización*, muestra con base en las fuentes primarias y secundarias de la información como se tomaron para el diseño y ejecución de este segundo estudio nacional de morbilidad los mismos referentes teóricos, metodológicos y parte del recurso humano participante en el primer estudio, es decir se decidió transitar a través del mismo sendero, tomado en la investigación de morbilidad oral 65-66, con el propósito de realizar un ejercicio comparativo y evidenciar los cambios presentados en la situación de

morbilidad oral de la población y además recabar información relevante para la planificación y administración de los servicios de salud.

En la segunda parte *El Ministerio de salud Pública y el Sistema Nacional de Salud (SNS)* nuevamente se muestra la planificación y buena administración como elementos sobresalientes en el afán de desarrollar una modernización del Estado y tener un recurso humano adiestrado para la formulación de planes departamentales de salud, adicionalmente, se presentan las circunstancias que facilitaron la conformación del llamado Sistema Nacional de Salud el cual proponía una reorganización e integración del Sistema por niveles pero que, finalmente se quedó corto en su alcance.

En la parte tercera de este capítulo *El Plan de Desarrollo Social, Económico y Regional 1975 -1978: Para Cerrar la Brecha*, se muestra la existencia de una preocupación por la articulación intersectorial en la planeación en salud (Plan del Sector Educativo, el Plan Nacional de Alimentación y Nutrición, el Programa de Desarrollo Rural Integrado y la Política de Integración de Servicios y Participación Comunitaria en Zonas Marginales Urbanas) y se formulan las características e importancia del llamado Sistema Nacional de Salud (SNS), realizándose un diagnóstico acerca de la baja cobertura de servicios de atención médica por sectores y de la distribución desigual en el país del recurso humano en salud. Proponiéndose el SNS como estrategia y herramienta principal para ejecutar los lineamientos relacionados con el programa de salud y saneamiento ambiental y con la esperanza de implementar una articulación intersectorial.

La última parte de este segundo capítulo *La organización Panamericana de la Salud (OPS)* muestra como para la época desde la OPS se promueve la práctica de la planificación en salud como un eje principal para avanzar hacia la modernización del estado y para racionalizar los recursos. Por otro lado, en relación con la denominada salud dental se presentan detalles del interés de la OPS por realizar

encuestas nacionales proponiéndose una herramienta metodológica estandarizada y un patrón universal para realizarlas.

### ***2.2.1 Estudio Nacional de Salud - Morbilidad Oral 1977-80: una actualización.***

Entre 1977-80 se realizó el *Estudio Nacional de Salud* dentro del cual se incluyó el componente de *Morbilidad Oral*. Este se constituyó en un esfuerzo de alcance nacional para conseguir un panorama de la situación de morbilidad y mortalidad de la población del país en los años 70's del siglo XX y adicionalmente de la demanda, utilización y costos familiares de los servicios de salud y de factores asociados de tipo ambiental, demográfico, económico, social y cultural; esto con el fin de establecer una comparación para evidenciar los cambios presentados desde la primera investigación de morbilidad realizada en 1965-66.

Los propósitos principales de esta investigación se enfocaron en tres elementos: la obtención de información relevante que pudiera contribuir en los procesos de planificación y administración de los servicios de salud; el uso de la información obtenida en la orientación de la educación en salud y la identificación de problemas específicos que requirieran investigación a profundidad. En el informe final publicado en 1984 se menciona que se tomaron como referentes principales para el diseño metodológico de esta investigación materiales, documentos y lineamientos aportados por el equipo técnico encargado de la ejecución del anterior estudio: *“Para el diseño de la metodología empleada en esta encuesta fueron particularmente provechosos los materiales y documentos de la Investigación Nacional de Morbilidad 1965-66 y las orientaciones de quienes tuvieron la responsabilidad de ejecutarla”* (República de Colombia. Ministerio de Salud., 1984).

Para la década de los 70's del siglo XX persisten de manera reiterada las preocupaciones en el sector salud en torno a ejes principales como el adiestramiento del recurso humano en temáticas de planificación, administración en

salud y articulación de los diferentes subsectores en el denominado Sistema Nacional de Salud.

En el siguiente párrafo tomado de la entrevista semiestructurada realizada a un profesor del Doctorado en Salud Pública se resaltan algunos aspectos clave de las ideas y discursos hegemónicos que orientaron el desarrollo y alcance de este estudio:

*“Yo creo que era una actualización en principio, se quería hacer una actualización precisamente para tratar de desarrollar el Sistema Nacional de Salud en una perspectiva de atención primaria y todo esto, porque pues ya se habían hecho unos desarrollos técnicos incluso, las formas IOPAA, era un Proyecto de Integración Operacional de Abajo hacia Arriba, ese era todo un modelo que se quería precisamente generar desde los territorios, unos procesos que permitieran integrar en la práctica digamos, porque no se podía ya institucionalmente pues los servicios y las cosas que estaban ocurriendo en los territorios, ¿qué había de seguridad social?, ¿qué había de red hospitalaria?, ¿cómo hacer para que en el territorio se articularan todas estas de manera funcional?, desde una perspectiva de cómo responder mejor a las necesidades de la población en cada territorio, pero esto arranca con mucho entusiasmo y no tiene recursos suficientes, ese es el asunto, incluso se va perdiendo de vista esa forma de organizar la cosa y viene después esta forma también muy reducida de asumir la Atención Primaria en Salud (APS), se confundió la Atención Primaria que era una estrategia transversal que debía ser intersectorial, que debía ser con mucha participación comunitaria y afectar todos los servicios de salud desde ahí, de abajo hacia arriba, eso se va perdiendo, ¿sí? entonces yo creo que el estudio llega para decir: vamos a actualizar y tratar de comprender qué es lo que pasa aquí, pero no se desarrolla después, lo que sería una adecuación de los servicios odontológicos, preventivos y toda esa serie de cosas, ¡no!, se vuelve una cosa de primer nivel de atención y escasamente el tema de que eso, es una estrategia de ampliación de coberturas barato, con un recurso barato...” (Profesor Doctorado Interfacultades en Salud Pública UN).*

En Colombia esto toma forma con el desarrollo de la APS pero de carácter selectivo, es decir, intervenciones costo/efectivas dirigidas a los sectores más vulnerables, desdibujándose la estrategia de carácter integral, transversal e intersectorial y con una robusta participación comunitaria planteada en la Conferencia Internacional de Atención Primaria en Salud realizada en Alma Ata (Kazajistán) el 12 de septiembre de 1978.

En la investigación de morbilidad se pueden identificar los actores clave participantes, los cuales fueron agrupados en diferentes categorías de acuerdo a las características y funciones asumidas por ellos dentro del estudio, dichas agrupaciones se realizaron de la siguiente manera: actores clave participantes del comité directivo del estudio, equipo técnico encargado de la coordinación y la recolección de la información del componente de morbilidad oral, actores participantes encargados del procesamiento y análisis de la información y, por último, instituciones colaboradoras y asesoras nacionales e internacionales. El perfil académico y las trayectorias de estos actores están ligadas a formación profesional en áreas de la salud (médicos, odontólogos) con maestría en salud pública y cursos de epidemiología y de bioestadística, en centros académicos como Sao Paulo, Medellín y Santiago de Chile.

Precisamente uno de los actores participantes del Estudio Nacional de Salud 1977 – 80 formado en la maestría de Salud Pública en la Escuela de Salud Pública de la UdeA, recuerda de esta manera como llegaron varios de los actores a participar en el estudio:

*“...algunos de ellos eran al mismo tiempo funcionarios del Ministerio de Salud o de la Secretaria de Salud o profesores de facultades, me explico, en ese momento cuando yo era funcionario del Ministerio de Salud, jefe de prevención, había una ley donde se nos permitía a los funcionarios del Ministerio de salud con formación en áreas de la salud, dedicarle dentro de nuestro contrato laboral de cuarenta y cuatro horas semanales, podíamos dedicar seis horas dentro de ese horario, o sea, pagado por el Ministerio para dictar clases en una facultad de odontología porque*

*consideraba la ley en su momento que sus funcionarios que participaban en la facultad de odontología en la academia pues retribuían información al Ministerio que lo beneficiaba ... pues usted va a una facultad y no solamente entrega, sino que recibe más de lo que da, usted escucha conferencias, se alterna con otros profesores y eso lo lleva usted al Ministerio de Salud Pública, entonces digamos que los que éramos funcionarios del Ministerio éramos profesores de facultades, los de la Secretaria de Salud también y pues los que estaban en Antioquia y Bolívar eran también en general profesores de salud pública, o de administración en salud". (Odontólogo Magister en Salud Pública, participante en el Estudio Nacional de Salud 1977- 80).*

Es de esa manera, como son articuladas ideas y conceptos desde la academia al interior del estudio a través de estos actores, quienes incorporan los discursos académicos para luego ser desarrollados en el estudio.

Los actores participantes en la encuesta de morbilidad 1977-1980 fueron agrupados en diferentes categorías. En el Comité directivo del estudio se menciona un grupo de médicos la mayoría de ellos con formación en salud pública, que ejercieron como ministros de salud y directores de las instituciones que lideraron la formulación y ejecución del estudio (Instituto Nacional de Salud y ASCOFAME), entre ellos Jaime Arias Ramírez, Haroldo Calvo Núñez, Raúl Orejuela Bueno, Alfonso Jaramillo Salazar, Jorge García Gómez, Hernando Groot Liévano, Guillermo Rueda Montaña, Jorge Torres Sánchez y Francisco Yepes Luján; quienes participaron activamente en el proceso de ejecución y publicación de los resultados del estudio. De igual forma se resalta el papel desarrollado por la *División de Investigaciones Especiales* del Instituto Nacional de Salud y de la *Oficina de Planeación y Dirección de Investigaciones* del Ministerio de Salud, debido a su participación especial logística y financiera durante el proceso de ejecución de este estudio.

Además se mencionan los siguientes integrantes del *Equipo técnico* encargado de la coordinación y recolección de la información en el componente de Morbilidad Oral: Orlando Moncada Benzan (Odontólogo de la Universidad Nacional de Colombia y magister en Salud Pública de la Universidad de Antioquia) y Benjamín



Herazo Acuña (Odontólogo de la Universidad Nacional de Colombia, magister en Salud Pública de la Universidad de Antioquía y magister en Administración en Salud de la Pontificia Universidad Javeriana) (República de Colombia. Ministerio de Salud., 1984). También participó un grupo de 19 odontólogos examinadores, responsables de la recolección de la información, la mayoría de ellos egresados de la Universidad Nacional de Colombia.

Uno de los participantes en esta investigación recrea, de la siguiente manera, detalles de la forma como fueron reclutados diferentes actores que participaron en el diseño y ejecución de este segundo estudio nacional y la oferta de programas de formación para la época:

*“...la academia y el Ministerio participaron en el diseño y planeación, en la operatividad participaron secretaria de salud y la facultad de odontología de la Universidad Nacional y en el diseño también fueron invitados profesores de la Universidad de Antioquia, le recuerdo que habían cuatro facultades de odontología en el país, usted no podía nutrirse de más nada, tenga eso en el contexto que está trabajando... en ese momento habían cuatro facultades de odontología, dos en Bogotá, una en Medellín y otra en Cartagena, Valle todavía no funcionaba, entonces esa era la odontología colombiana...” (Odontólogo Magister en Salud Pública, participante en el Estudio Nacional de Salud 1977- 80).*

Ahora bien, un actor destacado del equipo participante fue Luis Carlos Gómez, estadístico con especialización en encuestas por muestreo y magister en sociología, quien asumió la responsabilidad de la dirección general del estudio y fue el encargado de dirigir el procesamiento y análisis de la información. Este profesional sobresale por su trayectoria de participación en la elaboración del diseño metodológico y notas estadísticas de la *Investigación Nacional de Morbilidad 1965-66*. De igual forma, Luis Carlos Gómez junto con la colaboración de tres grupos de investigadores, fueron los encargados de llevar a cabo funciones de coordinación, apoyo estadístico y administración, es importante, además, resaltar la participación activa en los dos primeros estudios de Garrie J. Loose un asesor internacional contratado a través de OPS para el diseño de la muestra maestra. Adicional, el

nombre de Gómez Serrano se menciona en la colaboración de centros de cómputo principales en instituciones como el DANE y también vinculado al Servicio Nacional de Computación (SENCO) y a la División de Información del Ministerio de Salud.

Este Estudio Nacional de Morbilidad Oral contó adicionalmente con el apoyo de una serie de instituciones colaboradoras y asesoras de carácter nacional e internacional como el Departamento Nacional de Planeación (DNP), la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el Fondo Nacional de Proyectos de Desarrollo (FONADE), el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), el Instituto Nacional de Cancerología (INC), el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y los Servicios Seccionales de Salud. Asimismo, contó con la participación de una serie de asesores nacionales reclutados como expertos en algunas de las temáticas abordadas, algunos de estos asesores destacados fueron Carlos Agualimpia, Jorge Bojanini, Ricardo Galán, Aldemar Gómez, Luis Carlos Gómez, Antonio Ordoñez Plaja, Raúl Jiménez, Hernando Molina, Aurelio Pabón, Raúl Paredes y Germán Perdomo. En este Estudio Nacional además se menciona la participación de diferentes asesores internacionales incorporados por la Organización Panamericana de la Salud con el fin de formular los lineamientos necesarios para la ejecución del estudio, entre ellos estaban John Daily, Garrie J. Losee (muestra maestra), Charles Myers y Dieter Zschock, expertos académicos en diferentes temáticas principalmente de carácter clínico abordadas en el estudio.

En el siguiente fragmento uno de los participantes de este segundo estudio nacional describe detalles generados en torno al proceso de reclutamiento de los actores participantes y adicionalmente de la relevancia de adherirse de manera estricta a los criterios estandarizados propuestos por OPS para este estudio, los cuales fueron implementados a través de los asesores contratados:

*“...por parte del Instituto Nacional de Salud que era el coordinador, ejecutor y todas las cosas del estudio, se convocó para que se seleccionaran a los odontólogos con formación en salud pública, con maestría en salud pública para que integraran la base, el equipo de examinadores de todas las personas involucradas en el estudio,*

*examinadores odontológicos, ese personal se reunió en Bogotá durante un tiempo en el cual fuimos también invitados los coordinadores, odontólogos, supervisores, que éramos los que teníamos formación odontológica, para que nos calibraran, e hicieran toda la calibración del estudio, entonces todos fuimos calibrados para detectar las patologías que se iban a buscar, entonces para eso contrataron un experto en patología de la universidad de Antioquia, dos extranjeros, uno de ellos de Estados Unidos profesores de odontología, esas personas nos calibraron y todos teníamos que hablar el mismo idioma, no podíamos salirnos del marco, si usted se salía del marco, se salía del estudio, si usted no estaba de acuerdo con lo que ahí se decía se tenía que salir, porque si no se alteraba el estudio y todos fuimos calibrados para examinar la boca de la misma manera en el mismo orden y con los mismos criterios...” (Magister en Salud Pública, participante en el Estudio Nacional de Salud 1977- 80).*

Se menciona como objetivo básico de este estudio nacional observar la prevalencia de la morbilidad oral para compararla con la información obtenida en el estudio de morbilidad oral de 1965-66; y también para tratar de encontrar manifestaciones de las medidas tomadas en el curso de los años, orientadas al mejoramiento de la salud de los colombianos. La población incluida en este estudio fue la población civil no institucional residente en los departamentos del país con una cobertura aproximada del 98,7% (24.661.542 habitantes), excluyéndose de esta manera población institucionalizada (1,9%) y aquella residente en las intendencias y comisarias (1,6%); datos tomados según censo poblacional de 1973. La muestra estuvo constituida por 9.869 hogares con 52.762 personas entrevistadas de las cuales 10.970 fueron seleccionadas de manera probabilística para ser sometidas a exámenes clínicos.

Para esta investigación fueron agrupados los departamentos de acuerdo a sus características *ecológica, geográfica, socioeconómica y cultural* en cinco regiones: Atlántica (Atlántico, Magdalena, Cesar, Guajira, Bolívar, Córdoba, Sucre); Oriental (Norte de Santander, Santander, Boyacá, Cundinamarca, Meta); Central (Antioquía, Caldas, Risaralda, Quindío, Tolima, Huila); Pacífica (Valle, Chocó, Nariño, Cauca)

y Bogotá, Distrito Especial (D.E). La muestra fue diseñada con características similares a la del estudio anterior (Investigación Nacional de Morbilidad 1965-66), es decir, fue probabilístico, estratificado, de conglomerados desiguales y polietápico. Las diferentes unidades de muestreo fueron definidas mediante varias etapas siendo la unidad primaria de muestreo el municipio (UPM), la secundaria los hogares (10 hogares en promedio) y finalmente la persona. Es así como se constituyeron 854 UPM conformadas por aquellos municipios con 3.000 o más habitantes.

En cuanto al tipo de muestreo realizado, este fue de tipo probabilístico debido a que cada municipio, área, hogar y persona del universo estudiado tenía una probabilidad conocida, mayor que cero, de pertenecer a la muestra de conglomerados conformados por UPM (municipios) y segmentos conformados en promedio por 10 hogares cada uno. El muestreo fue estratificado mediante agrupación de UPM en conjuntos homogéneos dentro de cada región aplicándose ciertos criterios para determinar la homogeneidad (tamaño de las UPM en función de su número de habitantes, porcentaje de población en la cabecera municipal, altitud media sobre el nivel del mar y pertenencia a determinado departamento). De igual forma se considera polietápico, debido a que la muestra se seleccionó en tres etapas: 1) de las UPM de no certeza (conformadas por dos o más UPM de menos de 60.000 habitantes) seleccionando una de cada estrato; 2) de los segmentos controlando su distribución urbano-rural de acuerdo con la respectiva composición de la población en la UPM seleccionada; y 3) las personas a las que se les aplicaría los exámenes clínicos a partir de una submuestra seleccionada probabilísticamente de las personas entrevistadas en hogares, controlando su distribución por edad.

Además, también fueron tomadas para este estudio las variables independientes tradicionales como:

**Edad:** definida en años y agrupada de acuerdo a la especificidad del fenómeno estudiado (1 año y más; 3 años y más; 5 años y más; 15 años y más).

**Sexo:** de acuerdo a la determinación biológica en hombres y mujeres.

**Región:** Atlántica, Oriental, Central, Pacífica y Bogotá, D.E; agrupadas de acuerdo a la división político-administrativa del país y la homogeneidad ecológica, geográfica, socioeconómica y cultural.

**Nivel de ingreso:** se determinó mediante la suma de los ingresos anuales de todos los miembros de la familia en pesos colombianos, organizadas mediante cinco categorías (menos de 36.000; de 36.000 a 59.999; 60.000 a 119.999; 120.000 a 299.999 y 300.000 y más).

**Nivel de educación:** se organizaron en categorías de acuerdo al número de años cursados (1 a 3 años con inclusión de alfabetos sin ninguna instrucción o primaria incompleta; 4 a 5 años o primaria completa; 6 a 10 años o secundaria incompleta y 11 y más años secundaria completa, incluyendo cualquier número de años universitarios).

**Nivel de urbanización:** definida de acuerdo a la población en las UPM y organizada en 7 categorías (población dispersa; localidades con menos de 2.500 habitantes; 2.500 a 14.999; 15.000 a 99.999; 100.000 a 499.999; 500.000 a 1.499.999; 1.500.000 y más habitantes).

**Afiliación a seguridad social:** discriminada en afiliados o no afiliados a algún sistema de seguridad social (Instituto de Seguros Sociales, Cajas de Previsión o de Compensación Familiar).

Por otro lado, las principales variables clínicas (dependientes) analizadas en este estudio nacional fueron las siguientes:

**Higiene oral:** a partir de la identificación de la *placa bacteriana* como agente etiológico principal causante de los principales problemas orales (caries y periodontopatías), se evaluó si las personas aseaban o no sus dientes, si se aseaban los dientes con cepillo dental, cuál era la frecuencia diaria del uso del cepillo dental y otros elementos diferentes al cepillo usados en el aseo diario de la boca (uso de palillos, seda dental, hilo común, otros elementos). Lo anterior cruzado con las variables independientes *edad, sexo, región, ingreso, nivel de educación, nivel de urbanización y seguridad social*. Se utilizó el Índice Simplificado de Greene

el cual se obtiene de la sumatoria de los índices de placa blanda y calcificada (0-6 grados), obteniéndose tanto el índice de placa blanda como el de placa calcificada, sumando el grado registrado (0 a 3) dividiéndolo por el número de superficies examinadas.

**Periodontopatías:** este se realizó empleando el índice de Rusell en personas de 3 y más años de edad evaluando cada diente visualmente de acuerdo a su estado de salud y de sus estructuras de soporte. Lo anterior se estableció sacando el valor promedio para cada individuo de acuerdo a los grados de enfermedad tanto para dientes como para personas. También se presentaron las necesidades de tratamiento periodontal en dentición temporal y permanente según las mismas variables independientes tradicionales mencionadas para higiene oral.

**Caries dental:** se realizó la medición de historia de caries mediante el índice C.P.O de Klein y Palmer para dentición permanente y del índice c.e.o de Gruebbel, con el fin de determinar las necesidades de tratamiento del problema, los cuales evalúan tres componentes para el caso de la dentición temporal: dientes cariados, obturados o perdidos por caries dental.

En este estudio se evaluaron, aparte de las anteriores patologías tradicionalmente estudiadas, otras patologías como anomalías dentomaxilofaciales (labio leporino y paladar hendido, sobreposición maxilar, sobreposición mandibular, mordida cerrada, mordida abierta, apiñamiento, diastemas, mordida cruzada anterior, mordida cruzada posterior); patologías de tejidos blandos orales (abscesos de origen dentario, aftas, lengua fisurada, estomatitis geográfica, GUNA, pericoronitis, úlcera oral con causa aparente, úlcera oral sin causa aparente, aumento tisular asociado a hábitos, frenillo labial con recesión, anquiloglosia parcial con trastorno periodontal, fístula en tejido blando, aumento tisular sin causa aparente, leucoqueratosis nicotínica, leucoedema, leucoplasia, frenillo labial superior unido a papila, aumento tisular asociado a prótesis); y patologías en dientes permanentes

diferentes a caries (incisivos en clavija y geminación o fusión, atrición, fractura, opacidad, hipoplasias del esmalte).

Para la época, la Organización Panamericana de la Salud, publicó una de las primeras ediciones de un documento técnico llamado *Encuestas de Salud Bucal – Métodos Básicos* en donde se exponen los lineamientos que se debían implementar en los estudios realizados en los diferentes países de su área de influencia, el cual se configuró como un manual a seguir para la realización de los estudios nacionales en los que se evidenciaba que se incorporaron los lineamientos propuestos, desde la preparación del protocolo de la encuesta hasta la forma de realizar la evaluación clínica, pasando por una serie de recomendaciones sobre cómo realizar el examen bajo ciertas condiciones y en un ambiente adecuado para ello, de tal manera que la OPS se muestra como el organismo internacional a través del cual se formulan ideas, conceptos y metodología sobre la forma estandarizada *de hacer* los estudios nacionales de morbilidad oral.

Al respecto, esto nos compartió uno de los participantes al ser interrogado sobre los principales lineamientos conceptuales y metodológicos que fueron tomados como guía para el diseño de la investigación de Morbilidad Oral 1977-80:

*“... bueno, se tomaron todos los criterios internacionales que en ese momento tenía la OMS y la OPS que eran como decían los cristianos “acto de fé”, era catecismo para los salubristas, porque era la recopilación de toda la experiencia internacional y que la OPS la juntaba, la depuraba y la publicaba, entonces por ejemplo en la cuestión metodológica y operativa se definía, ¿que era la caries?... y era lo que el Manual de Procedimientos y Exámenes tenía que era la caries... en ese momento lo que teníamos era la guía de la OPS, entonces ahí se definía la caries por ejemplo de esta forma: “cuando usted pasa el explorador y hay tejido reblandecido, cuando hay la cavidad perfectamente visible”, entonces todos seguíamos estas partituras como las de un músico. ¿Qué es periodontopatía?, o ¿cuándo es gingivitis leve? (cuando usted inserta la sonda periodontal y hay un punto de sangrado) entonces teníamos partituras, manuales de procedimientos de examen de todo para todas las*

*patologías, para todo” (OD. Magister en Salud Pública, participante en el Estudio Nacional de Salud 1977- 80).*

Otro aspecto importante para tener en cuenta es lo relacionado con la forma en la que se llevó a cabo el análisis de la información, la cual, para ese estudio, se realizó mediante un análisis descriptivo de la morbilidad oral de la población colombiana; dicho análisis descriptivo se efectuó a través de un examen clínico odontológico para elaborar una historia clínica dividida en dos componentes principales: interrogatorio y hallazgos clínicos; con el objetivo de evaluar higiene oral, periodontopatías, caries y otras patologías en dientes permanentes diferentes a caries, patologías de tejidos blandos orales, anomalías dentomaxilofaciales y prótesis dental.

Para la medición se partió de las patologías, las cuales fueron asumidas como variables dependientes, las cuales a su vez son medidas y analizadas mediante unos indicadores de daño, algunos de los cuales fueron:

- a) Índice Simplificado de Greene – IHOS, utilizado para evaluar la higiene oral en mayores de 5 años, pues evalúa la presencia o ausencia de placa blanda y calcificada, y califica mediante códigos del 0 al 3 de acuerdo a la cantidad de superficie dental cubierta por la placa blanda y/o calcificada para, posteriormente, dividir el resultado por el número de superficies examinadas).
- b) Índice de Rusell, desarrollado en 1956 con el objetivo de evaluar la presencia de periodontopatías en personas de 3 y más años de edad en dentición temporal y permanente; asignando a cada diente un valor del 0 al 8 de acuerdo a su estado de salud y al estado de sus estructuras de soporte y asignando a cada individuo una nota periodontal de acuerdo al promedio de sus dientes presentes.
- c) Se utilizaron los índices C.O.P de Klein y Palmer, desarrollados en 1937 para evaluar la historia de caries en la dentición permanente a través de tres componentes: cariados (C); obturados por historia de caries (O) y perdidos por caries (P). Y el índice c.e.o desarrollado por Gruebbel en 1964 con el fin de evaluar



historia de caries en dentición temporal tomando a personas y dientes como unidades de análisis.

Estas variables de carácter subindividual fueron adoptadas según lineamientos establecidos en la guía publicada por la OPS/OMS y titulada *Encuestas de Salud Bucal: métodos básicos* las cuales solo mostraban una pequeña parte de la compleja realidad, pues solo se evidencia la enfermedad en dientes y tejidos de sostén, pero de manera desarticulada de la salud general de las personas y de sus modos de vida y además se constituyeron en el estándar de oro a seguir en el diseño y ejecución de este segundo estudio nacional de morbilidad oral.

### **2.2.2 El Ministerio de Salud Pública y el Sistema Nacional de Salud (SNS)**

En 1968, con el fin de fortalecer el poder ejecutivo, el gobierno de Carlos Lleras Restrepo adelantó una reforma constitucional cuyo principal objetivo fue desarrollar nuevos marcos normativos para la acción gubernamental. Fue así como, de la mano de la OMS/OPS, se adoptó la planificación en salud como un instrumento de características aparentemente modernizantes y racionalizadoras para abordar la salud en Colombia. Es en este contexto que se formula el decreto 2470 del 25 de septiembre de 1968 de la Presidencia de la República “Por el cual se reorganiza el Ministerio de Salud Pública”; mediante este decreto se propone una reorganización general del sector salud, la cual tiene un impacto que va más allá del Ministerio de Salud Pública. Este decreto en su título primero definía el *Sistema Nacional de Salud* como “el conjunto de organismos que tengan como finalidad específica procurar la salud de la comunidad”; por medio de este decreto se intentaba reorganizar el sistema por niveles funcionales: local, seccional y nacional; determinando los actores que integraban cada uno de ellos y sus funciones. Más adelante, en el artículo 27 específicamente, se mencionaba la conformación del *Comité de Planificación del Sector Salud*, sus integrantes y sus funciones (Decreto 2470 de 1968: “Por El Cual Se Reorganiza El Ministerio de Salud Pública,” 1968), con lo cual una vez más, se evidencia una preocupación prioritaria por tener un recurso humano adecuado para actividades fundamentales de planificación en salud (Decreto 2470 de 1968, Presidencia de Colombia).

La reorganización del Ministerio de Salud Pública implicó la asignación de unas funciones específicas que esta institución debería ejecutar, entre estas funciones estaban: determinar la política del Estado en materia de salud y adelantar su ejecución; preparar planes y programas de inversión de acuerdo a los planes generales de desarrollo económico y social adoptados por el gobierno nacional; dictar normas para la promoción, protección y recuperación de la salud y vigilar su cumplimiento; vigilar el desarrollo y evaluar los resultados de los programas de salud pública ejecutados por el Ministerio o por entidades públicas o privadas, nacionales o internacionales; y preparar proyectos de decretos y resoluciones ejecutivas que debían dictarse en ejercicio de las atribuciones como suprema autoridad administrativa por parte del Presidente de la República (Bochetti et al., 2005).

Todo lo mencionado anteriormente estaba relacionado con una propuesta gubernamental que tenía como objetivo principal la intención de modernizar el Estado dotándolo de herramientas administrativas, políticas y financieras, para lo cual se adelantó una reforma constitucional con el ánimo de fortalecer el poder ejecutivo, a través de la formulación de un marco normativo funcional a la acción gubernamental (Hernandez et al., 2002).

Para entonces, el ministro Antonio Ordoñez reclutó a un grupo de salubristas, la mayoría de ellos provenientes de la Escuela Nacional de Salud Pública (ENSP), formados en la lógica de la planificación que fue para la época impulsada con determinación desde la OPS. Con este recurso humano instalado en el Ministerio de Salud Pública se promovió la formulación de los planes departamentales de salud, facilitando la asesoría y logística a los secretarios de salud para trabajar desde Bogotá en los planes departamentales de salud.

Ahora bien, en el gobierno de Misael Pastrana Borrero (1970 – 1974) se propone como parte de su plan de desarrollo una iniciativa que permitiría reestructurar el Sistema Nacional de Salud para lo cual se formuló el proyecto de ley N° 85 de 1972;

mediante este proyecto se pretendía, por un lado, la tan anhelada integración de los servicios asistenciales y en segundo lugar la organización de un Servicio Único Nacional de Salud respetando las autonomías institucionales y la estructura básica de las entidades existentes.

Con el cambio de gobierno, el 15 de enero de 1975 el presidente Alfonso López Michelsen publicó el decreto 056 por medio del cual se definía el *Sistema Nacional de Salud* en el mismo sentido que lo propuesto mediante el decreto 2470 de 1968, pero adicionándole lo siguiente: “*el conjunto de organismos que tengan como finalidad específica procurar la salud de la comunidad ... en los aspectos de promoción, protección, recuperación y rehabilitación*”. Adicionalmente, mediante el decreto 056 de 1975 se le otorgó al Ministerio de Salud Pública la dirección del Sistema Nacional de Salud, asignándole importantes funciones tales como: formular la política de salud en el país; dictar las normas que regulaban los diferentes aspectos del sistema; formular el plan nacional de salud; vigilar y controlar las entidades que prestaban servicios de salud; y ser el supervisor del funcionamiento de las entidades. Posteriormente, el 4 de marzo de 1975 mediante el decreto 350 se desarrolló la legislación sobre las funciones y organización de los servicios seccionales de salud y las unidades regionales, en su artículo noveno se mencionaba al *Consejo de Adiestramiento y Formación de Personal de Salud* como una de sus unidades de coordinación y asesoría, cuya función principal era la formación del recurso en áreas prioritarias como epidemiología y bioestadística (Decreto 350 de 1975, 1975).

Un actor importante en el rediseño del *Sistema Nacional de Salud* fue la Escuela Nacional de Salud Pública (ENSP) de la Universidad de Antioquia, con una participación activa de los docentes entre julio de 1973 y abril de 1974 que se concretaría en los decretos del Gobierno Nacional. Los temas en los que esta escuela mostró una mayor influencia fueron en la organización básica del SNS, el régimen de coordinación y dependencia entre la organización básica de la dirección del SNS y las agencias que funcionan en los subsectores privados de la seguridad

social, oficial y mixta; subsistema nacional de información, organización administrativa del nivel local regionalizado e implantación del subsistema nacional de inversiones del SNS (J. B. Gil, 2013). Además se atribuye al profesor Gustavo Molina de la ENSP y asesor de la OPS el desarrollo del proyecto de Integración Operacional de Abajo Hacia Arriba (IOPAA); según su creador el IOPAA sería un instrumento para el fortalecimiento de una buena administración, a partir de elementos como la participación de la comunidad y la relación más eficiente entre entidades adscritas (Molina et al., 1975).

En nuestro país el llamado *Sistema Nacional de Salud* evidenció esfuerzos en la búsqueda de un servicio de salud unificado y universal que buscaba solucionar la fragmentación del sistema de salud donde había tres subsectores identificados: el oficial, el de seguridad social y el privado. Sin embargo, este intento de articulación en el SNS mostró dificultades desde su inicio y terminó fracasando principalmente debido a intereses clientelistas de diferentes actores de orden regional y local y por consiguiente, cada uno de estos subsectores continuó avanzando por su lado ante la fragilidad evidenciada en su intento de articulación (Hernandez Alvarez & Obregon Torres, 2002).

Con este telón de fondo, en un periodo de transición política entre la presidencia de los liberales López Michelsen (1974-78) y la de Turbay Ayala (1978-82) se realiza la planificación, diseño, recolección y análisis de la información del *Estudio Nacional de Salud 1977-1980* con su componente de morbilidad oral.

### **2.2.3 El Plan de Desarrollo Social, Económico y Regional 1975 -1978: Para Cerrar la Brecha**

El Plan de Desarrollo denominado *Para Cerrar la Brecha* se formuló durante la administración del liberal Alfonso López Michelsen (1974 -1978) y tomó forma en 1975 luego de 18 sesiones de discusión en el Consejo Nacional de Política Económica y Social realizadas entre 1974 y 1975; dicho plan estuvo dividido en

cuatro partes principales: *política macroeconómica, políticas sectoriales, programas sociales y aspectos financieros*. En cuanto a lo relacionado con el sector salud, fue incluido en la tercera parte de este plan el *Programa de Salud y Saneamiento Ambiental*, ya para entonces se reconocía la importancia de la participación de diferentes sectores en la planeación en salud, por consiguiente se proponía articular este programa con el Plan del Sector Educativo, el Plan Nacional de Alimentación y Nutrición, el Programa de Desarrollo Rural Integrado y la Política de Integración de Servicios y Participación Comunitaria en Zonas Marginales Urbanas con el objetivo de poder dar solución adecuada a los problemas de salud más prevalentes en la población.

En este plan de desarrollo se resaltaba también la importancia de la implantación del *Sistema Nacional de Salud* entendido este como un instrumento constituido por una serie de elementos y mecanismos para facilitar la organización de los recursos y la capacidad instalada, con el objetivo de coordinar todas las instituciones, agencias u organismos que prestaban servicios a la comunidad (Baxter et al., 2008). Como se mencionó antes, uno de los ejes principales relacionados con el sector salud fue el *Programa de Salud y Saneamiento Ambiental*, pero para la formulación de este se debía partir de la identificación de los problemas de desnutrición y las enfermedades infecciosas como las causas predominantes de morbilidad y de mortalidad especialmente en los menores de edad. De acuerdo con lo anterior, se prestó especial interés a las enfermedades infecciosas de origen hídrico como las gastroenteritis, en zonas rurales donde, para la época, solo el 29% de la población habitante de estas zonas contaba con el servicio de agua potable.

Continuando con la línea estadística anterior y según cifras de la época, los servicios de atención médica y hospitalaria mostraban un panorama distribuido de la siguiente manera: *el sector privado brindaba atención a un 15% de la población, las instituciones de seguridad social a un 10% de la población y el Ministerio de Salud y sus agencias cubrían un 39%*; lo cual permitió evidenciar que el 36% de la población carecía de cobertura de servicios de salud.

En lo que respecta al recurso humano tanto médico como odontológico, este se encontraba concentrado en un 74% en las ciudades capitales de los diferentes departamentos, del territorio nacional cuya densidad poblacional por el contrario solo alcanzaba el 35% del total de la población del país (Baxter et al., 2008).

Por otro lado, en este plan se priorizaron siete políticas y seis instrumentos para ejecutar los lineamientos formulados. Las políticas priorizadas fueron: 1. Aumento de la cobertura de servicios de salud priorizando el grupo materno-infantil; 2. Disminuir la brecha en materia de prestación de servicios de salud entre población rural y urbana; 3. Disminuir la morbilidad producida por enfermedades infecciosas y parasitarias mediante el incremento de programas de medicina preventiva; 4. Utilizar al máximo la capacidad hospitalaria existente para aumentar y mejorar los servicios de recuperación de salud; 5. Aumentar la formación de personal paramédico y auxiliar con el objetivo de delegarles la prestación del mayor número de servicios básicos de salud; 6. Coordinar todas las instituciones que de manera desarticulada e inconexa trabajan en busca del mejoramiento de la salud; y 7. Integrar los esfuerzos del sector salud con los demás sectores para lograr una mejor contribución al desarrollo social y económico del país.

Con el propósito de ejecutar de manera adecuada los anteriores lineamientos de política se desarrollaron una serie de estrategias e instrumentos básicos entre los cuales estaban los siguientes:

- a) *El Sistema Nacional de Salud*, que se mostraba como factor central para, a partir de la regionalización de servicios organizados en diferentes niveles de atención médica: rural, local, regional y universitario; favorecer el acceso a una prestación de servicios en diferentes niveles de complejidad. Cada nivel representaba la prestación de servicios de menor a mayor complejidad desde los básicos, a cargo de un promotor de salud, hasta el nivel de mayor complejidad, el universitario con personal altamente especializado.

- b) El Plan Nacional de Alimentación y Nutrición;
- c) Los Centros de Atención Integral al Preescolar;
- d) El Plan de Inversiones en Acueductos y Alcantarillados;
- e) Fortalecimiento de la red hospitalaria mediante transferencias de fondos provenientes de los impuestos de venta de licores y de las loterías;
- f) El Programa de Desarrollo Fronterizo, cuyo objetivo principal era la incorporación de las zonas limítrofes al proceso de desarrollo socioeconómico del país mediante vacunaciones masivas, construcción y dotación de puestos y centros de salud, acueductos y alcantarillados rurales y provisión de agua potable a la población dispersa del país (Baxter et al., 2008).

En resumen, este plan *Para Cerrar la Brecha* del gobierno de López Michelsen se propuso como metas principales en el sector salud: aumentar la cobertura de salud especialmente del grupo materno-infantil; disminuir las desigualdades en protección en salud entre lo rural y lo urbano; disminuir mortalidad por enfermedades infecciosas y parasitarias mediante el incremento de los programas de medicina preventiva; utilizar al máximo la capacidad hospitalaria; y aumentar la formación de personal médico y auxiliares y coordinar las instituciones del Estado (A. López, 1975). Todas estas metas propuestas bajo el liderazgo articulador del naciente Sistema Nacional de Salud (SNS) establecido con el decreto 056 de 1975.

En cuanto al periodo del gobierno de Julio César Turbay Ayala (1978 -1982), es importante destacar la visión de este gobierno frente al sector salud. En primera medida se tenía una mirada muy reducida desde la enfermedad planteando que el objetivo del Plan de Integración Nacional del Sector Salud estaría concentrado en bajar la morbilidad y mortalidad a través de un tratamiento integral en la prestación del servicio de salud, integración de los subsectores del Sistema Nacional de Salud, atención por niveles, participación de la comunidad, programación, ejecución y control de los programas como el de paludismo, dengue y fiebre amarilla (Turbay, 1978).

En cuanto al estado de salud de la población se mantiene constante la mortalidad infantil, la esperanza de vida estaba en 59 años de edad en 1973 y la mortalidad antes del primer año de edad estaba en 80 niños por mil nacidos. Sin desconocer la mejoría en los indicadores de mortalidad infantil, esta continuaba siendo la principal problemática de salud por la muerte temprana, teniendo en cuenta que, de las 203.448 muertes totales estimadas en 1978, más de la tercera parte eran menores de 5 años, considerando que este grupo representaba tan solo el 14,2 % de la población. En cuanto a la zona rural es más desolador el panorama dado que la mortalidad rural superaba en el 45% a la mortalidad urbana y el 72% de las muertes de este grupo poblacional correspondía a poblaciones con el nivel socioeconómico más bajo (Turbay, 1978).

#### **2.2.4 La organización Panamericana de la Salud**

Desde mediados de la década de los 60 la Organización Panamericana de la Salud venía insistiendo en la importancia del fortalecimiento de la planeación como instrumento modernizador del Estado y racionalizador del uso de los recursos.

En octubre de 1973 se publica en el boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, un editorial escrito por su director el Dr. Horwitz titulado *Planificando un nuevo decenio*, donde el autor resalta como un logro importante para los gobiernos de la región, la formulación del *Plan Decenal de Salud para las Américas*, donde se plasmaba según Horwitz el *sentir y la voluntad de avanzar en el camino hacia la satisfacción de una demanda social estimada como derecho de todos y no privilegio de algunos*. Además en ese mismo boletín, el director expone su descontento porque, aunque las Américas en general evidenciaban importantes avances en la reducción de la enfermedad y la muerte al evaluar el plan de salud anterior, se reconocía la enorme deuda presente para expresar la salud en términos de *bienestar, felicidad y calidad de vida* (Horwitz, 1973).

Dicho plan proponía para entonces, aumentar la cobertura de los servicios de salud a partir de la identificación de una serie de problemas entre los cuales se mencionaban: el desproporcionado incremento de la población en relación con el



de los recursos; problemas de malnutrición tanto por exceso como por defecto; el papel de las comunidades como responsables y beneficiarias del proceso de la salud; la formación de los recursos humanos; y la organización y administración de los servicios y los sistemas de vigilancia epidemiológica como instrumento de información (Horwitz, 1973). En este contexto se entendía el concepto de *planificación* como un proceso que “involucraba la racionalización de las decisiones, armonizando las necesidades identificadas por la sociedad como prioritarias con los recursos disponibles, la cual era relacionada directamente con el bienestar y por consiguiente no podía reducirse a un conjunto de indicadores” (Horwitz, 1973).

En el Plan Decenal de Salud para las Américas 1971–1980 además, se mencionaba la importancia de dedicar mayor atención al problema de la *salud dental* resaltándose aspectos como: alta incidencia de caries especialmente en áreas rurales en población joven y pérdida de las dos terceras partes de los dientes a los 40 años; acceso limitado de la población entre el 13% - 30% a agua potable fluorizada; y falta de unidades administrativas de salud dental incorporadas a los ministerios de salud. Por lo tanto, se recomendaba disminuir la morbilidad de caries dental incentivando la investigación en la búsqueda de una vacuna, aumentar la cobertura de atención dental en áreas rurales y urbanas especialmente en niños y fortalecer la fluoruración de las ciudades de 50.000 y más habitantes, adicionalmente, se resaltaba la importancia de impulsar la realización de estudios epidemiológicos de carácter nacional de las afecciones orales utilizando “*siempre la misma metodología para hacer posible su comparación, pidiendo a la OPS a través del reclutamiento de una comisión de expertos el patrón universal al que debían encuadrarse las encuestas nacionales*” (Organización Panamericana de la Salud, 1973).

Este *Patrón universal* se materializó a través de dos publicaciones realizadas por la OMS. La primera de las dos publicaciones titulada *Oral health surveys: basic methods* fue realizada en 1971 y se constituyó en una guía corta de métodos básicos para la realización de encuestas nacionales de salud oral, despertándose a

raíz de ella un interés sobresaliente por la epidemiología de las enfermedades orales y la necesidad de revisión de los métodos relacionados con la evaluación de las enfermedades periodontales, además, se observó un interés por parte de varios países en cómo lograr una mejor precisión para *estimar la necesidad y eficiencia de los servicios de salud oral*. Esta guía fue tomada como referente para la realización de más de 30 encuestas de morbilidad oral entre ellas la formulada para Colombia en 1978.

En 1977, la Organización Mundial de la Salud publica un segundo documento de 68 páginas en el cual se siguió la misma línea de la primera edición, esta publicación incluía un documento complementario titulado *Guía para la investigación epidemiológica de la salud oral*, el cual contenía una serie de lineamientos tales como: *determinación de los objetivos de las encuestas, cómo realizar una selección adecuada de la muestra, la necesidad y la forma de implementar una encuesta piloto, la calibración de los examinadores, la forma como se debía organizar la encuesta y, por supuesto, la preparación y presentación del informe final* (Organización Mundial de la Salud, 1977).

Para finalizar este segundo capítulo, presento algunos aspectos generales adicionales del contexto histórico, sanitario y de salud sobresalientes para la época, los cuales fueron los siguientes: El contexto internacional en el que se da el Estudio Nacional morbilidad oral, es un periodo posterior a la crisis del petróleo de 1973 y que tiene como respuesta la puesta en marcha del neoliberalismo de los Chicago Boys y el fin de tres décadas de keynesianismo. La apuesta era entonces ampliar los mercados y el individualismo a toda la vida social, productiva, cultural y económica y, además, reducir la intervención del Estado en el mercado a lo mínimo posible. Dicha implementación y puesta en marcha del neoliberalismo, tiene como epicentro América Latina, en particular Chile con la implementación de estos preceptos en el gobierno austral dictatorial de Augusto Pinochet y, posteriormente, también en otros países latinoamericanos como Argentina, Brasil y Uruguay quienes a su vez enfrentaban gobiernos totalitarios. Todo esto patrocinado desde el norte a

través de los gobiernos del partido conservador de Margaret Thatcher en Inglaterra y el republicano Ronald Reagan en Estados Unidos (Klein, 2008); quienes se encargarían de consolidar y exportar la escuela del pensamiento neoliberal.

Un aspecto del contexto sanitario y político importante para la época, fue que en 1977 en el marco de la 30 Asamblea Mundial de la Salud se propone por parte de la OMS una meta en salud denominada *Salud para todos en el año 2000*, esta meta pretendía ser implementada mediante la estrategia global de la Atención Primaria en Salud (APS) desarrollada en Alma Ata en septiembre de 1978 durante la Conferencia Internacional sobre APS. Dicha meta se interpretó y desarrolló de acuerdo al contexto social, político y económico de cada país distorsionándose por algunos como intervenciones costo-efectivas de carácter selectivo para pobres, dejándose de lado el sentido integral de la propuesta inicial.

En el caso colombiano los años setentas se caracterizaron por la aparición de nuevos grupos guerrilleros como el Ejército Popular de Liberación (EPL) y el Movimiento 19 de abril (M-19) que nace a partir de las inconsistencias en las elecciones de 1970 entre Misael Pastrana y Gustavo Rojas Pinilla. Por otro lado, se configura un emergente negocio ilegal como lo fue el cultivo de marihuana en Colombia, que continuaría con el fortalecimiento en las siguientes décadas del negocio del narcotráfico, constituyéndose este, en una importante fuente para financiar el conflicto armado en el país y algunas campañas políticas, dejando en el camino una estela de violencia de la cual el país aún no se recupera.

Finalmente en relación a la prestación de servicios de salud, la década de los setenta en Colombia se caracterizó por la preocupación de la integración de los servicios mediante el llamado *Sistema Nacional de Salud* a través del cual se pretendía la integración de los diferentes subsectores en que estaba organizada la prestación de los servicios: subsector de la seguridad social representado por el Instituto Nacional del Seguro Social, subsector de la asistencia pública y el

subsector privado, sin embargo, esta iniciativa terminó quedándose corta en su alcance.

### **2.3 Una batalla perdida: el estudio que no pudo ser**

Este tercer capítulo está organizado en cuatro partes, la primera parte *Tercer Estudio Nacional de Salud Bucal (ENSAB III): un esfuerzo por ver más allá de la morbilidad* muestra la apuesta decidida por parte del equipo técnico participante por diseñar un estudio diferente a los dos anteriores, con un nuevo aire y un espíritu de renovación incorporándose ideas diferentes, incluyéndose por ejemplo, en el ENSAB III el componente de *representaciones, conocimientos y prácticas en salud bucal* sin embargo también se resalta el papel de organismos internacionales como la OPS que dan línea sobre la forma de hacer el estudio a través de la guía *Encuestas de Salud Bucodental: Métodos Básicos cuarta edición*, evidenciándose como finalmente las prácticas tradicionales terminan imponiéndose sobre estas formas alternativas de pensar la salud bucal.

La parte dos de este capítulo muestra las características y funciones principales del Ministerio de salud, a través de una serie de normas que permiten vislumbrar algunas de sus apuestas principales, como por ejemplo el papel protagónico de las llamadas Empresas Promotoras de salud (EPS) como aseguradoras del riesgo en salud e intermediarios en el manejo de los recursos financieros del nuevo sistema.

En la tercera parte *El “Salto Social” Plan Nacional de Desarrollo 1994 -1998* se presentan algunos elementos principales del desarrollo de un sistema de seguridad social integral con inversión centrada en las personas, basado en principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, que en salud se enfocó en mejoramiento de las coberturas y eficiencia en la prestación de servicios todo esto enmarcado dentro del denominado *Salto Social*.

Este tercer capítulo finaliza con *La Organización Panamericana de la Salud* en esta parte se resalta la continuidad de la presencia de la OPS en diferentes países de la

región y nuevas formas de cooperación con el Estado colombiano en el marco de la propuesta de descentralización administrativa, política y financiera.

### ***2.3.1 Tercer Estudio Nacional de Salud Bucal (ENSAB III): un esfuerzo por ver más allá de la morbilidad***

En este *Tercer Estudio Nacional de Salud Bucal ENSAB III* (1998-1999) se evidencian cambios y nuevos desarrollos a partir de dos ejes principales: representaciones, conocimientos y prácticas en salud bucal, por un lado, y morbilidad bucal, por el otro. El primer componente fue un elemento importante y diferente a la descripción de solo la morbilidad oral como tradicionalmente se habían diseñado los dos estudios anteriores.

En el siguiente fragmento, uno de los participantes nos aclara cómo, desde la academia, se incorporan estas nuevas ideas dentro del ENSAB III, las cuales aportan elementos conceptuales y metodológicos complementarios para enriquecer este tercer estudio:

*“...un referente muy importante fue lo que Blanca Cecilia, Sofía y Martha venían trabajando en la facultad de odontología de la Nacional con relación al asunto de los conocimientos, representaciones y las prácticas, si entonces a nosotros pues nos pareció como muy importante recoger todo ese referente, ellas acababan de hacer, de estudiar algo, no se... creo que era algo así como salud comunitaria... no sé si fue en la Universidad Pedagógica, en todo caso Blanca Cecilia y Sofía se acababan de graduar como en un programa como de ese tipo y aportaron como todos esos referentes que ellas traían de su formación en salud comunitaria lo aportaron para este estudio” (OD, PhD participante en el Estudio Nacional de Salud Bucal 1998-99).*

En el Tercer Estudio Nacional de Salud Bucal ENSAB III, el cual se formuló articulado al II Estudio de factores de riesgo de las Enfermedades Crónicas – ENFREC II (1998-1999) se mencionan diferentes actores participantes los cuales pueden ser clasificados en cuatro grupos principales: instituciones participantes,

instituciones colaboradoras, asesores nacionales y asesores internacionales. Sin embargo, el equipo técnico estuvo integrado por un número reducido de profesionales quienes fueron reclutados para el estudio de acuerdo a unos criterios prestablecidos al interior de la institución de salud, que, en algunos de los casos, según nos manifiesta uno de los participantes del estudio, no obedecieron a criterios de selección basados en méritos y experiencia, sino otros factores:

*“...éramos muy poquitas personas... primero lo que termina significando cuando son muy poquitas personas y es que pues, hay una mirada menos amplia cierto, pues somos poquitos; segundo ehh no todas las 6 o 7 personas que trabajaron en aquel entonces, eran personas que tenían formación para esto, varios de ellos no eran epidemiólogos, es más, puedo decirte que su contratación obedeció más a criterios políticos o politiqueros que, a que fueran personas cuya formación fuera pertinente para el estudio, entonces, uno tenía dos o tres personas que no tenían ni idea de qué les estábamos hablando cuando estábamos hablando de formular un Estudio Nacional de Salud Bucal; segundo, que su compromiso no era el mismo, pues... tercero, que no estaban dedicados el 100% del tiempo a eso entonces cuando uno requería sus productos estaban atrasados porque la tarde anterior se habían tenido que ir a hacer otra tarea de algún tipo en el Ministerio, entonces esa fue una debilidad importante del equipo”. (OD, PhD participante en el Estudio Nacional de Salud Bucal 1998- 99).*

Entre las instituciones participantes se destaca el Ministerio de Salud como institución a cargo de la contratación y supervisión del desarrollo del estudio, con Virgilio Galvis Ramírez como ministro; por otro lado, la dirección general de la encuesta estuvo a cargo de María Margarita Ronderos Torres (Directora General de Promoción y Prevención del Ministerio de Salud), Elizabeth Suarez Zúñiga (Jefe Programa Salud Bucal). Además, participaron el Centro Nacional de Consultoría (CNC) y Sistemas Especializados de Información (S.E.I - SA). No obstante, el Ministerio fue la institución dueña del estudio encargándose de aportar los recursos, diseñar el estudio y reclutar el equipo técnico para su ejecución.

En el siguiente fragmento de la entrevista realizada a uno de los actores protagonistas de este tercer estudio nacional, se resalta el papel del Ministerio de

Salud en relación al desarrollo temático del estudio y al aporte de recursos necesarios para la formulación y ejecución del estudio:

*“Mira, tanto en el ENSAB III, como en el ENSAB IV fue el Ministerio de salud el que lideró, lideró estos dos estudios, lo lideró no solo desde lo temático sino claramente desde lo financiero es decir los dos estudios son del Ministerio porque todo el recurso fue puesto por el Ministerio... El músculo financiero lo puso el Ministerio, no hubo ningún aporte ni de organismos internacionales ni de ningún otro actor del país, eso desde lo financiero; desde lo temático en ambas ocasiones es el Ministerio el que dice oiga necesitamos... porque hay unos vacíos en la información, primero porque apenas estamos desarrollando los sistemas de información y además no hay un buen reporte en odontología...” (OD, participante en el Estudio Nacional de Salud Bucal 1998- 99). (OD, participante en el Estudio Nacional de Salud Bucal 1998- 99).*

Un papel importante en el diseño del estudio es el llevado a cabo por instituciones académicas que actúan aportando ideas, conceptos y herramientas metodológicas para la formulación del mismo, las instituciones colaboradoras que se destacaron fueron: el Instituto de Ciencias de la Salud CES; la Universidad Nacional de Colombia (facultad de Odontología); Universidad El Bosque; Departamento Nacional de Estadística DANE; Departamento Nacional de Planeación DNP; Instituto Nacional de Salud INS; Servicios Seccionales de Salud y el Centro Colaborador de la Organización Mundial de la Salud y de la Organización Panamericana de la Salud, en San Antonio (Texas).

Varios de los actores mencionados en el párrafo anterior tuvieron una participación destacada en el diseño y ejecución de este estudio; al respecto así describió el papel de algunas de las instituciones anteriormente mencionadas, una de las participantes de este tercer estudio:

*“...había un convenio con la OMS a través de la Universidad de San Antonio Texas y aquí se hizo un convenio con la Universidad CES de Medellín quienes apoyaron el proceso, a través de ellos se recluto el equipo técnico... a parte de los pocos funcionarios que estamos aquí como Ministerio estaba el equipo técnico que apoyó*

*desde la Universidad CES, en ese momento estaba la Dra. Ángela María Franco que también es un super referente para los dos porque en el ENSAB III fue ella quien dirigió elementos de decisión para los temas y los contenidos del estudio, estuvo también el Dr. Jaime Alberto Ruiz, Sofía Jácome y en algún momento para el análisis nos apoyó la Dra. Blanca Cecilia Nieva, pero detrás de eso se consultaron otras entidades y el apoyo de la OMS para aplicar y ejecutar, porque el ENSAB III se ejecutó con mucho del contenido que tenía el documento de estudios de morbilidad oral de la OMS para ese entonces que era el del 97 la cuarta edición” (OD, PhD participante en el Estudio Nacional de Salud Bucal 1998- 99).*

La guía que da los lineamientos sobre varios de los aspectos metodológicos y clínicos como las patologías a examinar y cómo examinarlas se basó nuevamente en el documento publicado por OMS/OPS, *Encuestas de Salud Oral: Métodos Básicos*, en esta ocasión la cuarta edición publicada en 1997 donde se establecen lineamientos desde la planificación de la encuesta, hasta la presentación del informe final pasando por aspectos como la ejecución de la encuesta y los momentos clave en la asistencia por parte de la OMS, además de los instrumentos para ejecutar la evaluación, aspectos que permitieron constituir a la OMS/OPS como difusores de las *formas de hacer* las encuestas y centros de entrenamiento, a través de asistencias técnicas del recurso humano competente para llevarlas a cabo.

Los asesores nacionales para el ENSAB III eran profesores con trayectoria académica provenientes de diferentes instituciones universitarias, cuyo papel principal fue socializar los lineamientos consignados en la guía, es decir, exponer cómo se debía desarrollar cada uno de los componentes abordados en el estudio. La asesoría internacional estuvo encabezada por académicos provenientes de organismos internacionales como OMS – OPS entre los cuales se mencionan: Thomas Marthaler, Herschel Horowitz, Ramón Báez y Eugenio Beltrán; cuya asesoría estuvo centrada en la socialización de las formas de medición de eventos como caries y la “*calibración*”, para estandarizar la medición en los odontólogos encargados de la recolección de la información de acuerdo a las directrices predeterminadas en el documento guía publicado.



Al respecto, una de las personas que participo en la ejecución del ENSAB III recuerda la participación de los asesores nacionales e internacionales de la siguiente manera:

*“...cuando yo llegué al Ministerio ya estaba decidido que era el Dr. Luis Carlos quien iba a ser la coordinación estadística del estudio, empezando por la definición de la muestra y todo eso, para entonces él trabajaba en PROFAMILIA y en cierta forma pues, esta estuvo ahí no tanto como institución pero si a través de la presencia del Dr. Luis Carlos... la primera vez que yo fui al Ministerio me encontré allá en el Ministerio con personas extranjeras que venían a través de la OPS, el Dr. Ramón Báez, el Dr. Eugenio Beltrán; eran cuatro, el Dr. Horowitz y el suizo Dr. Thomas Marthaler; ellos cuatro venían a través de la OPS, ellos eran quienes habían asesorado inicialmente a la Dra. Elizabeth como para dar los primeros pasos con relación pues al estudio y tuvieron también una participación importante en la ejecución de ese tercer estudio” (OD, PhD participante en el Estudio Nacional de Salud Bucal 1998- 99).*

Estos asesores traían una idea clara del diseño del estudio a partir de la guía *Encuestas de Salud Bucodental: Métodos Básicos cuarta edición*, en la cual el Dr. Marthaler había participado de manera activa en la revisión del manuscrito al igual que el Dr. Báez y se perseguía como objetivo principal en dicha guía la realización de mediciones estandarizadas de las enfermedades orales en todos los países.

En el siguiente fragmento de la entrevista semiestructurada realizada a uno de los actores clave se menciona la importancia de los asesores internacionales para la “*calibración*” del recurso humano:

*“...a través de la Universidad de Texas que es donde está el Dr. Báez nos apoya con expertos muy valiosos para nosotros, en ese momento nos acompañaron en ese proyecto el Dr. Ramón Báez, el Dr. Herzel Horowitz, el Dr. Eugenio Beltrán el Dr. Marthaler, imagínese tener esa gente aquí... que nos acompañaron en todo el proceso de calibración en territorios que para ellos eran pues, tenaces entonces ese apoyo fue muy valioso, la academia claramente apoyó el proceso del 98, las*

*universidades siempre nos han apoyado en eso, pero en cambio el gremio... yo en lo personal no he sentido mayor respaldo” (OD, participante en el Estudio Nacional de Salud Bucal 1998- 99).*

El Dr. Luis Carlos Gómez Serrano había participado en los dos estudios anteriores como bioestadístico y había sido reclutado una vez más a través del Ministerio de Salud para asumir un papel protagónico en este ENSAB III, al consultar su hoja de vida se destaca su participación como consultor en diferentes instituciones nacionales e internacionales como el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), El Ministerio de Salud, el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), el Banco Mundial, la Cámara de Comercio de Bogotá, Profamilia y OPS/OMS, entre otras. Sin embargo, al interior del ENSAB III se generó un malestar importante por la poca participación y discusión que permitió el estadístico mencionado, al equipo técnico en la decisión sobre la determinación de la muestra maestra que al parecer ya estaba predeterminada.

De acuerdo a lo anterior, una de las participantes resaltó lo siguiente sobre las tensiones percibidas entre el equipo encargado de la ejecución del ENSAB III y los interventores del Ministerio de Salud:

*“...pues en algún momento nos hicieron el requerimiento de que, por qué íbamos a hacer las cosas de una manera y no de esta otra como ellos habían dicho y nos tocó digamos un poco como dar esa pelea en el buen sentido de la palabra porque con ellos tampoco nunca peleamos, eso fue una debilidad, ya de entrada es una debilidad que marca el estudio, que lo marca, ellos entre las cosas que no querían que hiciéramos y que terminamos haciendo fue el trabajo... sobre conocimientos, representaciones y prácticas ellos consideraban que eso para qué y nosotros decíamos no es que en salud bucal el tema no es solamente cuanta caries hay, cuanta enfermedad periodontal hay; sino que sabe la gente de cómo cuidar la boca, qué sabe la gente qué hábitos tiene... cuál es la información que hay sobre el acceso a los servicios, eso fue un poquito peleado pero se ganó y se hizo y de ahí salieron*

*unos resultados adicionales...”(OD, participante en el Estudio Nacional de Salud Bucal 1998- 99).*

En relación a algunos aspectos teórico-conceptuales, en el documento técnico publicado por el Ministerio de Salud *Tomo VII: Estudio Nacional de Salud Bucal, 1999* no se evidencia una definición concreta de lo que se entiende por *salud bucal*; sin embargo, al indagar por este concepto, uno de los participantes recuerda la reflexión en torno al concepto de salud bucal, es decir, cómo se entendía al interior del equipo técnico la salud bucal, desde un enfoque en positivo del concepto, más allá de la enfermedad:

*“...en ese momento era nuestra convicción no de estudiar la salud bucal desde la patología, sino desde el sujeto, pero fue desmontada... eso finalmente no se vio en el Tercer Estudio, la concepción de la salud bucal es las estructuras de la boca en buenas condiciones dientes, encías, lengua, eso es salud bucal, no tener caries, no tener enfermedad periodontal, no tener cáncer... ya en ese momento se manejaba el discurso de que la salud bucal no es sola, que tiene una alta relación con la salud general, que afecta a las personas en su salud general, bueno eso sí lo recuerdo que se mencionaba pero como te lo he dicho... todo eso venía como tan atravesado por el discurso de la OMS” (OD, PhD participante en el Estudio Nacional de Salud Bucal 1998- 99).*

Al realizar un análisis de los aspectos metodológicos del estudio se menciona como objetivo central en el componente de *representaciones, conocimientos y prácticas*, “Identificar los significados y conocimientos formales e informales que la población de 12 a 69 años tiene sobre la boca, la salud y la enfermedad bucal, sus causas y consecuencias, así como las prácticas terapéuticas y de autocuidado más frecuentes, entendidas éstas como determinantes culturales y sociales de la situación clínica encontrada”; la incorporación de ese componente del estudio se explicó en estos términos por un actor participante en el ENSAB III:

*“...esa parte de los Conocimientos, Actitudes y Prácticas fue casi que una rebelión que hicimos entonces ellos no se metieron mucho en eso, ellos no les parecía eso importante... entonces nosotros armamos un equipo chévere con la gente que conocíamos cercana y que sabíamos que le podía aportar algo interesante a ese análisis” (OD, participante en el Estudio Nacional de Salud Bucal 1998- 99).*

El ENSAB III mostró entre sus principales características metodológicas que fue un estudio descriptivo de corte transversal, además, como mencionamos antes, incluyó dos componentes principales: una primera parte relacionada con representaciones, conocimientos y prácticas en salud bucal y una segunda parte enfocada en el componente de morbilidad bucal.

La muestra estuvo constituida por 4.400 niños y 8.448 adultos para el examen clínico bucal y 6.336 adultos para la encuesta de representaciones, conocimientos y prácticas. Este estudio, a diferencia de los anteriores, determinó una muestra con base en hogares y establecimientos preescolares y escolares existentes en el país tomándose como referencia 489 establecimientos, incluyéndose los hogares comunitarios del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF). En relación a los niños no escolarizados y adultos, se diseñó una muestra de 5.841 hogares. Ambas muestras se concentraron en un total de 67 Unidades Primarias de Muestreo (UPM) correspondientes a municipios y 531 segmentos de 11 hogares distribuidos proporcionalmente en zona urbana y rural. Tanto las muestras maestras de hogares y establecimientos como las submuestras tomadas fueron probabilísticas, de conglomerados y estratificadas. Adicionalmente, se analizaron variables por edad, sexo, por regiones y subregiones; tomando cinco grandes regiones: Atlántica, central, oriental, occidental y Santa Fe de Bogotá, y como subregiones: Barranquilla, San Andrés y Providencia, Medellín, Cali, Andén Pacífico y Orinoquia. Además, se tuvo en cuenta factores sociodemográficos como: zona de procedencia, nivel educativo, afiliación a seguridad social y estrato socioeconómico. La población incluida para el examen clínico fue de: 5, 6, 7, 12, 15-19, 20-24, 25-29, 30-34, 35-39, 40-44, 55-59, 60-64, 65 y más años. Dejándose por fuera un grupo de edad (45-

54 años) muy importante sobre todo para la medición de patologías crónicas como la periodontitis, el cual no se incluyó precisamente debido a la recomendación realizada por la guía *Encuestas de Salud Bucodental: Métodos Básicos cuarta edición* y confirmada por los expertos asesores de OPS.

Fueron tomadas como unidades primarias de muestreo los municipios siendo estos estratificados por subregión, nivel de urbanización y necesidades básicas insatisfechas (NBI); las unidades secundarias de ciudades grandes e intermedias fueron estratificadas por estrato socioeconómico y localización geográfica; mientras que las de zonas urbanas pequeñas fueron estratificadas por ubicación geográfica. En cuanto a las unidades de observación (personas), estas fueron estratificadas por edad.

El tipo de muestreo fue probabilístico, multietápico, estratificado y por conglomerados. Es *probabilístico porque las unidades de muestreo tienen una probabilidad conocida mayor que cero, de pertenecer a la muestra. De igual forma, es multietápico porque la muestra se selecciona en varias etapas: primero se seleccionaron los municipios o (UPM) en cada una de las subregiones; en segundo lugar se escogieron las unidades secundarias de muestreo, es decir, las manzanas (USM) dentro de los municipios que conforman la muestra o los sectores en la zona rural dispersa; en tercer lugar, se seleccionaron los hogares; y por último, en la cuarta etapa, se seleccionaron las personas. Asimismo, es estratificado porque las unidades primarias se estratifican por el indicador NBI y aseguramiento y las unidades finales (personas) por edad. Finalmente, se realizó por conglomerados conformados por los municipios del universo de estudio (unidades primarias, UPM).*

Es importante resaltar que el diseño de la muestra maestra como se mencionó anteriormente fue previamente determinado por el estadístico sin permitir la participación de los demás integrantes del equipo ejecutor; en relación a estos arreglos que generaron tensiones al interior del estudio nos explica lo siguiente una participante del equipo técnico del estudio:

*“...ehh yo creo, que fue un estudio, me atrevería a decirlo pues es muy atrevido de mi parte pero lo voy a decir en el que precisamente esa situación con el Dr. Luis Carlos Gómez Serrano, nos llevó a que la parte de diseño muestral fuera una parte que después uno le viera como varios inconvenientes porque nunca nos sentamos como equipo de trabajo con él a hacer una discusión amplia de qué consideraciones especiales se deberían tener en el diseño muestral, entonces en la medida que faltó ese diálogo, ese trabajo coordinado entre odontólogos y estadístico ehh... posteriormente en los resultados pues, se vieron algunos problemas” (OD, participante en el Estudio Nacional de Salud Bucal 1998- 99).*

Adicionalmente, en este estudio se analizaron una serie de variables independientes las cuales son presentadas a continuación:

**Edad:** población civil de 5, 6, 7, 12, 15-44 y 55-74 años (No se incluyó la población de 45-54 años).

**Sexo:** hombres y mujeres habitantes del territorio nacional.

**Regiones:** Atlántica (Atlántico, Magdalena, Cesar, Guajira, Bolívar, Córdoba, Sucre y San Andrés y Providencia); Central (Antioquía, Tolima, Caldas, Risaralda, Huila y Quindío); Oriental (Norte de Santander, Santander, Boyacá, Cundinamarca, Caquetá, Meta, Casanare, Arauca, Putumayo, Vichada, Guainía, Guaviare, Vaupés y Amazonas); Occidental (Valle, Nariño, Cauca y Chocó) y Santa Fe de Bogotá.

**Subregiones:** Barranquilla, San Andrés y Providencia, Medellín, Cali, Andén Pacífico y Orinoquia – Amazonia.

**Categoría del municipio:** se otorga de acuerdo a la clasificación asignada por el DNP a las entidades territoriales obedeciendo a dos factores: tamaño de la población y recursos fiscales del distrito o municipio (Especial, primera, segunda, tercera, cuarta, quinta y sexta).

**Zona de procedencia:** urbana (cabeceras municipales); rural (centros poblados y zona rural dispersa).

**Nivel educativo:** Menor que primaria completa, primaria completa, secundaria incompleta, mayor o igual a secundaria completa.

**Afiliación a seguridad social:** de acuerdo al tipo de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), esta puede ser contributiva/medicina prepagada, subsidiada, especial y no afiliados (vinculados).

**Estrato socioeconómico:** de acuerdo a la clasificación asignada a las viviendas de las personas participantes, por empresas de servicios públicos.

Estas variables fueron incorporadas al ENSAB III a través del documento guía de la OPS/OMS que definía los lineamientos a seguir; al respecto un actor participante de este estudio aporta el siguiente análisis sobre la autonomía al interior del equipo frente a los lineamientos predeterminados adoptados en la guía teórico metodológica de la OPS/OMS:

*“...finalmente tienes muy poquita autonomía en la toma de decisiones, sobre las edades por ejemplo la OPS/OMS venía con el libreto que hay que mirar esta, esta y esta edad... yo por ejemplo recuerdo, ese sí es un punto que recuerdo con mucho dolor yo recuerdo que, llegué al Ministerio, yo había trabajado mucho salud bucal en la primera infancia, entonces llegué soñándome un estudio nacional que obviamente incluyera la primera infancia y a ellos les parecía que cómo íbamos a botar el tiempo y la plata, que eso era muy difícil que los niños no estaban concentrados en ninguna parte, ellos le vieron mucha dificultad yo creo que sin decirlo muy expresamente (pensaban), ¡dentición primaria!, pa’ qué dentición primaria... aquí lo que se necesita es que el país sepa cómo está la dentición permanente entonces por ejemplo eso se tuvo que desmontar completamente” (OD, PhD participante en el Estudio Nacional de Salud Bucal 1998- 99).*

Estas prácticas que se producen al interior del estudio y que son orquestadas por unas ideas y unas formas de saber - poder que se materializan en el estudio son un importante ejemplo de la forma como estas son las que terminan finalmente imponiéndose en el diseño y ejecución del ENSAB III.

Adicionalmente, en el ENSAB III se utilizaron las variables clínicas tradicionales las cuales fueron las siguientes:

*Estado de la dentición y necesidades de tratamiento*, para su medición se utilizaron el índice (COP – D) en dentición permanente y el índice (ceo – d) en dentición temporal, estos indicadores compuestos fueron desarrollados a mediados de los años 40 del siglo XX para medir historia de caries y secuelas de esta patología, y prevalencia de caries y necesidades de tratamiento. El índice COP - D evidencia tres componentes: el “C” evalúa la presencia de caries, el componente “O” la presencia de obturaciones con materiales definitivos como tratamiento a una caries previa y el componente “P” mide la condición de pieza dental perdida por caries. En cuanto al indicador ceo – d, el componente “e” hace referencia a aquellos dientes temporales que por sus condiciones clínicas no rehabilitables requieren “extracción indicada”. Las necesidades de tratamiento fueron determinadas de acuerdo al diagnóstico obtenido para cada uno de los dientes.

*Estado periodontal y necesidades de tratamiento*: para su evaluación se utilizaron dos métodos.

- a) El Índice de Extensión y Severidad (IES) de la pérdida de inserción periodontal desarrollado por Carlos y colaboradores en 1985 versión, modificada por Papapanou quien propone un examen bucal parcial.
- b) El Índice Comunitario Periodontal de Necesidades de Tratamiento (ICPNT) desarrollado por la OMS para realizar estudios epidemiológicos, el cual se basaba en tres indicadores clínicos: sangrado gingival después del sondaje, cálculos supra y/o sub gingivales y bolsas periodontales superficiales (4-5 mm) o profundas (6 o más mm).

*Presencia de placa blanda*: se aplicó el Índice de Placa Blanda (IPB) a las personas de todas las edades, este índice evalúa la cantidad de placa blanda presente en las superficies vestibulares de los dientes 16, 11, 26, 31 y las superficies linguales del 36 y 46, el resultado permite determinar como buena, regular o mala la remoción de residuos blandos.



*Presencia y necesidad de prótesis:* se evaluaron en personas mayores de 15 años, tres aspectos relacionados con las prótesis dentales: la presencia, necesidad de cambio y necesidad de elaboración por primera vez.

*Estado de la mucosa oral:* en personas de todas las edades se realizó un diagnóstico de diferentes patologías de la mucosa oral y tejidos blandos: úlcera aftosa recurrente, absceso de origen dentario sin fístula, fístula de tejido blando, pericoronitis, úlcera traumática, úlcera no traumática, aumento tisular por prótesis, aumento tisular por trauma diferente a prótesis y leucoplasia.

*Estado de la oclusión:* se “evaluó frecuencia de alteraciones de la oclusión relacionadas con la relación molar o canina, mordida borde a borde, sobremordida horizontal y vertical, mordida cruzada anterior y posterior, mordida abierta anterior y posterior, mordida en tijera, espacios y apiñamiento mediante una valoración clínica de las relaciones dentarias realizada en personas de 12 a 19 años”.

*Labio y paladar fisurado:* presencia o antecedente de labio y/o paladar fisurado en personas de todas las edades, verificado mediante el diagnóstico de la cicatriz.

*Estado de la articulación temporomandibular:* en personas de 15 o más años se evaluó la presencia de signos y síntomas de disfunción articular, mediante la aplicación del Índice de Helkimo (presencia de ruidos articulares, dolor articular y dolor muscular).

Las variables adoptadas obedecieron al libretto consignado en la guía teórico-metodológica publicada por la OMS *Encuestas de Salud Bucodental: Métodos Básicos cuarta edición* y socializada al interior del estudio por el grupo de asesores internacionales.

Al respecto, esto nos comentó uno de los participantes sobre el uso de la guía de la OMS en el Tercer Estudio Nacional de Salud Bucal:

*“...Si, claro ellos llegaron con... primero llegaron con el documento de ellos que se llama “Métodos para hacer encuestas en salud oral”, algo así del cual creo hay una cuarta o quinta versión, ellos llegaron con ese documento que es un documento que ya viene con qué condiciones se van a evaluar, cómo se va a evaluar y en qué formato se va a depositar la información, entonces eso ya todo estaba preestablecido; reuniones con ellos tuvimos varias, varias, precisamente porque lo que digo algunos de los que estábamos allí sobre todo Jaime Alberto Ruiz y yo eh... nos sentíamos un poco incómodos con ese esquema que nos traían que no era un esquema que consultara nuestras particularidades, entonces dimos algunas discusiones con ellos” (OD, PhD participante en el Estudio Nacional de Salud Bucal 1998- 99).*

Estas ideas traídas a través de los discursos oficiales y plasmados en documentos técnicos fueron adoptadas al interior del estudio y se constituyeron en la hoja de ruta a seguir e impuesta como la práctica correcta para desarrollar el estudio.

Continuando con aspectos metodológicos del estudio se observa como para el análisis de la información cuantitativa se realizó en una primera fase un análisis descriptivo de los resultados a partir del cruce de variables de morbilidad bucal con las variables independientes, esto por medio del programa QUANTUM y utilizando PC CARD para calcular los errores muestrales.

En el caso de fenómenos de baja frecuencia se utilizó como estrategia la reagrupación de algunas de las variables independientes con el objetivo de dar una mayor cualificación a los resultados y también para evitar errores de muestreo altos. Las personas y los dientes fueron tomados como unidades de análisis debido a las necesidades propias del análisis en cada caso y a la demanda de comparabilidad con otros estudios.

De tal forma que, cuando se intentó cambiar los lineamientos del discurso adoptado para la ejecución del estudio, se evidenció una gran resistencia por parte de la

institución de salud que no permitió, en este Tercer Estudio por ejemplo, que se presentara el informe final de una manera diferente a las prácticas preestablecidas para ello, al respecto, esto menciona un actor participante del ENSAB III:

*“...nos sentamos a redactar el informe, di tú que nos pudimos haber demorado unos dos meses, más o menos redactando los resultados, como yo era la coordinadora científica entonces yo senté al equipo y les dije mire yo pienso que la salud bucal... (y pensaba en el Segundo Estudio) la Salud Bucal ya no la miremos por patologías, ya no armemos un capítulo de caries, un capítulo de periodontopatias, un capítulo de maloclusiones... bueno lo que tiene el segundo, es hora que lo **miremos por los sujetos** porque, lo que interesa es el sujeto, ese es otro modelo yo no sé si epidemiológico pero sí epistemológico... sí, entonces yo les dije hablemos de la salud bucal del niño, de la salud bucal del adolescente, de la salud bucal del joven, del adulto, del adulto mayor y armamos los capítulos así, que eso fue, o sea todo un trabajo con los que estaban haciendo el procesamiento estadístico, porque una cosa es cuando tú vas a dar cuenta de cuánta caries hay y otra cosa es cuando vas a decir cuánta caries tienen los niños, cuánta caries tienen los adultos mayores; entonces nos demoramos mucho en eso y armamos a mi manera de ver un informe bonito, un informe con otra mirada un informe que decía más que hablar de las patologías. Llegamos donde la la persona, que en ese entonces era la directora de epidemiología del Ministerio que era digamos como nuestra jefe inmediata en todo esto y la Dra. por poco le da un infarto, que quién nos había dicho a nosotros que hiciéramos ese informe así, que por qué no le habíamos consultado, que ella no estaba de acuerdo con ese informe de esa manera, que por qué no habíamos hecho el informe como todos los informes de odontología: caries, periodontopatias... que así no íbamos a saber cómo estaban las prevalencias de las cosas, que tal cosa, que tal otra. Esa fue una discusión de por lo menos dos días muy difícil, porque yo me sentí muy afectada además me sentí culpable de haber metido a mis compañeros en una cosa y luego de dos meses nos dijeran, se van a hacer las cosas como se les dice que las deben hacer, y finalmente se hicieron así, finalmente se hicieron como la Dra dijo. Eso para mí fue una frustración muy grande en el tercer estudio porque se trató de cambiar el modelo pero no se pudo, la persona que dirigía y tomaba en últimas las decisiones no permitió que se hiciera ese cambio, entonces el estudio, el tercer estudio que trató de ser un estudio nuevo sin desmeritar los dos*

*anteriores, que trató de ser un estudio con una propuesta diferente centrada más en el sujeto que en la patología no pudo ser”. (OD, PhD participante en el Estudio Nacional de Salud Bucal 1998- 99).*

La institución dueña del estudio, el Ministerio de salud, a través de sus funcionarios, generó una fuerza inercial que restringió la posibilidad de que se presentara un informe final del estudio centrado en el sujeto, el cual se distanciaba de los lineamientos adoptados y del sendero transitado, adoptándose finalmente las prácticas tradicionales para la presentación de los informes de la manera que los dos estudios anteriores, generándose así una fuerte resistencia para permitir alternativas diferentes a las preestablecidas.

### **2.3.2 El Ministerio de Salud en el “nuevo marco jurídico para la salud”**

A partir de los años 90 del siglo XX, se inician en varios países de América Latina una serie de reformas al sector salud con la participación activa de organismos internacionales como el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y el Banco Mundial (BM); estas reformas se implementan a través de dos vías: la primera como reformas generales del Estado o de la constitución y la segunda como revisión del propio sistema a partir de un debate generado por organismos internacionales. Las reformas implementadas en el sector favorecieron una serie de modificaciones importantes tales como: ajustes o sustitución de la legislación, impacto sobre las funciones del sector salud y modificación sustancial en la relación entre actores públicos y privados, las cuales se postularon en función de alcanzar los objetivos enfocados en la idea principal de buscar la eficiencia administrativa, mejorar la calidad de la atención, promover la equidad entre regiones y grupos sociales y reorientar la asignación de recursos (Interior et al., 1998). C

Entre los impactos de las reformas propuestas para la época y sus contenidos, se pueden resaltar los siguientes: descentralización progresiva de los sistemas locales y estatales de salud con la subsecuente gestión autónoma de recursos; reducción del papel del Estado al financiamiento y regulación del sistema; creación de un sistema dual de protección social en pensiones y salud con una pequeña proporción

de la población con capacidad de pago en el sistema privado y el resto bajo la responsabilidad del Estado; reforma a la constitución, inclusión de nuevas normas y ajustes en las existentes; división de la población de acuerdo con su capacidad de pago; y selección por parte de las aseguradoras de la población en función del riesgo, captando de manera prioritaria a aquellos con menores riesgos y por consiguiente mayor margen de utilidad (Interior et al., 1998). En Colombia se adoptaron de forma sistemática prácticamente la totalidad de los anteriores lineamientos propuestos por organismos internacionales.

Es así como, mediante la ley 10 de 1990 *“Por la cual se reorganiza el Sistema Nacional de Salud y se dictan otras disposiciones”*, se entiende la salud como un servicio público regido por la universalidad, la participación ciudadana, la participación comunitaria, la subsidiaridad, la complementariedad y la integración funcional como sus principios básicos (*Ministerio de Salud. Ley 10 de 1990 Por La Cual Se Reorganiza El Sistema Nacional de Salud y Se Dictan Otras Disposiciones.*, 1990). Además, se promovió mediante esta ley el fortalecimiento de las funciones del Ministerio como ente rector verificador del cumplimiento de los lineamientos formulados, asimismo, la prestación de los servicios de salud se transfiere de manera progresiva del nivel central al nivel intermedio (regiones, provincias, departamentos, seguido por nivel local, es decir, municipios).

En el artículo octavo de la mencionada ley se le endilga al *Ministerio de Salud* la responsabilidad de la Dirección Nacional del sistema de Salud, es decir, la formulación de políticas y normas científico-administrativas; mientras que en el artículo noveno se mencionan las funciones específicas que debería realizar el Ministerio de Salud en el marco de esta ley, algunas de las mencionadas fueron:

*“Formular y adoptar la política para el sistema de salud, de acuerdo con los planes y programas de desarrollo económico y social y las políticas, estrategias, programas y proyectos del Gobierno Nacional; Vigilar el cumplimiento de las políticas, planes, programas y proyectos y las normas técnicas, administrativas y de calidad del servicio, adoptados para el sector salud, e imponer, si fuese el caso, las sanciones*

*a que hubiere lugar; colaborar, conjuntamente con las entidades y organismos competentes, en la formulación de la política de formación del recurso humano, de acuerdo con las necesidades del sistema de salud y las exigencias de la integración docente-asistencial en los campos de atención, científico-técnico y de administración; autorizar a las fundaciones o instituciones de utilidad común, o sin ánimo de lucro, a las corporaciones o asociaciones, sin ánimo de lucro y, en general, a las personas privadas jurídicas, la prestación de servicios de salud en determinados niveles de atención en salud y de complejidad” (Ministerio de Salud. Ley 10 de 1990 Por La Cual Se Reorganiza El Sistema Nacional de Salud y Se Dictan Otras Disposiciones., 1990).*

Adicionalmente, el artículo 24 de la ley 10 de 1990 facultó a las direcciones seccionales o locales para contratar la prestación de servicios de salud con personas privadas, especializadas en servicios de salud sin requisito distinto a lo correspondiente para la contratación entre particulares (*Ministerio de Salud. Ley 10 de 1990 Por La Cual Se Reorganiza El Sistema Nacional de Salud y Se Dictan Otras Disposiciones., 1990*).

Mas adelante en 1991 en la Constitución Política de Colombia en su artículo 49 se mencionaba que la salud y el saneamiento ambiental eran *servicios públicos a cargo del Estado* y se hacía énfasis en las funciones que le corresponden al Estado como son: “organizar, dirigir y reglamentar la *prestación de los servicios de salud por entidades privadas* y ejercer su vigilancia y control, con organización de los servicios de manera descentralizada por niveles de atención” (CONSTITUCION POLÍTICA DE COLOMBIA, 1991). Con la Constitución Política de Colombia de 1991, se van a incluir los elementos fundamentales que finalmente van a permitir la reforma del sistema de seguridad social dos años más tarde, mediante la ley 100 de 1993.

Por su parte, la ley 100 de 1993 “*Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones*” incluyó normas sobre el Sistema General de Pensiones, riesgos profesionales y el Sistema de Seguridad Social en Salud. Mediante esta ley se abrió el espacio para que *los operadores privados*

administraran una proporción importante de las pensiones y cesantías y tomaran las riendas también en el aseguramiento y prestación de los servicios de salud; esto permitiría la creación de múltiples instituciones del sector privado y la transformación de las existentes del sector público, así como también la afiliación de un número importante de colombianos a seguridad social en salud (Barrera et al., 2008). Los objetivos principales que se perseguían mediante la reforma planteada para ese momento se relacionaban con los siguientes aspectos: lograr una cobertura de atención básica universal para todos los colombianos, mejorar la eficiencia en el uso de los recursos y brindar una atención con mayor calidad. Al mismo tiempo se definieron los roles de los actores involucrados de esta manera: i) El Estado como rector, regulador y responsable de suministrar los servicios de salud pública; ii) Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) públicas y privadas y profesionales de la salud como proveedores de los servicios de salud; y por último, iii) Empresas Promotoras de Salud (EPS) públicas y privadas como aseguradoras del riesgo en salud de la población afiliada (Ley 100 de 1993 “Por La Cual Se Crea El Sistema de Seguridad Social Integral y Se Dictan Otras Disposiciones,” 1993).

En 1997 Londoño y Frenk proponen una reforma sistémica en salud para América Latina, en su preocupación por mostrar mejores formas de regular, financiar y prestar servicios de salud, para lo cual proponen un modelo conocido como el *pluralismo estructurado*, según los autores se trataba del enfoque equilibrado para la reforma a los sistemas de salud. Los autores mencionados publican su propuesta a través de un documento llamado *Pluralismo estructurado: hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina* en el cual proponen una clasificación para los diferentes sistemas de salud de América Latina en cuatro tipos: el modelo público unificado, el modelo privado atomizado, el modelo del contrato público y el modelo segmentado. Mostrándose en seguida una propuesta alternativa presentada por ellos, el llamado *pluralismo estructurado*, proponiéndose mediante este nuevo modelo por un lado subsanar los extremos del monopolio del sector público, la atomización en el sector privado, los procedimientos autoritarios del gobierno y la supuesta ausencia de reglas transparentes para

compensar las fallas del mercado a través del fortalecimiento de dos funciones la *modulación y articulación*. Haciendo un llamado a la institución ministerial para ejercer esa modulación estratégica dentro del sistema de salud, esta modulación proponía el desarrollo de cinco funciones específicas clave dentro del sistema las cuales eran: Desarrollo del sistema, coordinación, diseño financiero, regulación y protección al consumidor (Londoño & Frenk, 1997).

Además, en este nuevo modelo que se proponía implementar la reforma a la salud en los países de América Latina, resaltaba las aparentes ventajas del tránsito del denominado subsidio a la oferta por un nuevo pago representado por cada persona asegurada el cual dependería de la elección del prestador por el consumidor de servicios (Londoño & Frenk, 1997). Este modelo fue finalmente implementado en varios de los sistemas de salud de América Latina, Colombia entre ellos.

### **2.3.3 El “Salto Social” Plan Nacional de Desarrollo 1994 -1998.**

El 2 de junio de 1995 el presidente electo de Colombia, Ernesto Samper Pizano, explicaba en la ciudad de Cali los ejes principales de su Plan de Desarrollo denominado *El Salto Social*, el cual delineaba los elementos de esa gran empresa generadora de riqueza para todos los colombianos, la Colombia del siglo XXI (Dalglish et al., 2007).

El tiempo de la gente pretendía realizar una mayor inversión centrada en las personas para dar cumplimiento a esto se propusieron estrategias como la universalización de la educación básica, y fortalecimiento de la calidad de la educación en general entre otras medidas mejorando el salario y liderazgo de los maestros convirtiéndolos en protagonistas importantes de **“El Salto Social”**(Baxter et al., 2008).

A partir del desarrollo de un Sistema de Seguridad Social Integral basado en principios de eficiencia, universalidad y solidaridad; se desarrolló una estrategia que proponía específicamente en salud una mayor cobertura mediante la afiliación progresiva de la población y eficiencia en la prestación de los servicios de salud,



esta oferta fue desarrollada a través del Plan de Atención Básica como eje prioritario para el gobierno. Para este momento se proponía como meta la afiliación del 80% de la población pobre y vulnerable (niños, mujeres gestantes y lactantes, discapacitados y ancianos) a través del régimen subsidiado.

Desde el gobierno de Samper se compartía la visión de las bondades de la competencia regulada, como una característica del nuevo sistema de salud, en el cual podían concurrir sin problema subsectores como la medicina privada, entes solidarios y oficiales; en este sentido se anuncia la creación de trece EPS y el apoyo a las inversiones del sector privado en el régimen contributivo. Sin embargo, por otro lado se hacía un llamado a no negociar el compromiso fundamental del Estado con los sectores marginados y la salud pública, situación que permitía distinguir la estrecha relación evidenciada entre las condiciones del hábitat en que se desarrollan las actividades cotidianas de la población y el nivel de vida (Baxter et al., 2008), pues la situación de salud de los colombianos mostraba como características principales la concurrencia de enfermedades transmisibles, crónicas y degenerativas afectando con una mayor severidad a la población más pobre; adicionándose a las anteriores condiciones el trauma y la violencia (Baxter et al., 2008).

A través de este plan se proponía una amplia y destacada diversidad de objetivos tales como: impactar de manera prioritaria las condiciones de salud de la población; lograr ampliar la cobertura de la seguridad social; asegurar el acceso a los servicios integrales de salud a través del Sistema General de Seguridad Social; promover el desarrollo científico y tecnológico del sector; crear condiciones adecuadas para que la oferta institucional que se desarrolla de carácter técnico, administrativo y financieramente se ajustara a las nuevas exigencias; avanzar en el manejo descentralizado de los servicios de salud en el marco del sistema de seguridad social; y mejorar la calidad de los servicios (Baxter et al., 2008).

### **2.3.4 La Organización Panamericana de la Salud**

En la década de los 80's del siglo XX, la descentralización administrativa, política y financiera fue acogida por varios países de América Latina, entre ellos Colombia, la cual favoreció la implementación por parte de la OPS del modelo de los Sistemas Locales de Salud (SILOS) hacia 1988, mediante el cual se pretendía mejorar el logro de las metas de *Salud Para Todos en el año 2000* y fortalecer la implantación de la atención primaria (Hernandez et al., 2002).

Los SILOS fueron definidos como unidades político-administrativas básicas donde se coordinaba una serie de recursos de diferentes sectores con el fin de favorecer el desarrollo de la salud de la población, estos eran considerados a su vez una respuesta a necesidades y demandas de grupos humanos distintos en función de los riesgos a los cuales eran expuestos (Organización Panamericana de la Salud & Organización Mundial de la Salud, 1993).

Por otro lado, a partir de la formulación de la ley 100 del 23 de diciembre de 1993 “*Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones*” se presentó un reto para la OPS en la cooperación con el Estado colombiano bajo estos nuevos lineamientos, los cuales se fundamentaron en las corrientes económicas neoclásicas. En función de estas corrientes se formuló una prestación de servicios de carácter individual, a través de un paquete de servicios denominado *Plan Obligatorio de Salud*, el cual es financiado por el régimen contributivo mediante los aportes de los cotizantes y de subsidios a la demanda en el régimen subsidiado. De igual forma, se implementó un Plan de Atención Básica enfocado en servicios colectivos de alta externalidad, lo cual favoreció los programas de cooperación que venían desarrollándose con la OPS como los SILOS y la Promoción de la Salud para la época. Producto de esta nueva realidad, se produjo una reorganización en el Ministerio de salud que condujo a cambios en los cuadros burocráticos y ajustes organizativos funcionales a la reglamentación y a la implementación del nuevo sistema.

Dando continuidad a esta línea de tiempo, para 1994, durante el gobierno de Ernesto Samper, se plantearon tres ejes importantes de trabajo para la OPS en cooperación con el Ministerio de Salud, estos fueron: *los recursos humanos, la salud pública y el desarrollo de Sistemas Locales de Salud*. Adicionalmente, la OPS se involucró en el desarrollo de un seminario de *Administración Estratégica* el cual tenía como propósito producir una metodología adecuada para avanzar en el fortalecimiento de la organización de los niveles locales y en la descentralización administrativa que requería el nuevo modelo, bajo esta lógica se adaptaron metodologías a partir de la experiencia y avances internacionales incorporados por los nuevos funcionarios en la institución de salud y, simultáneamente, se aseguró el adiestramiento en áreas priorizadas como epidemiología y bioestadística del recurso humano funcional a los procesos de la implementación de la reforma (M. y col Hernández, 2002).

En lo que concierne específicamente a salud bucal, en 1997 la OMS/OPS publica una guía titulada *Encuestas de Salud Oral: Métodos Básicos*, en esta ocasión se trataba de la cuarta edición donde se establecieron lineamientos desde la planificación de las encuestas, hasta la presentación de los informes finales; pasando por aspectos como la ejecución de esas encuestas y los momentos clave en la asistencia técnica por parte de la OMS/OPS, además de los instrumentos para ejecutar la evaluación. Bajo estas consideraciones, OMS/OPS se constituyeron en difusores de las *formas de hacer* las encuestas y centros de entrenamiento, a través de asistencias técnicas del recurso humano competente para llevarlas a cabo (Rubio, 1994) .

Para finalizar este tercer capítulo se presentan algunos aspectos adicionales del contexto sanitario y político de la época y su incidencia en salud, dentro de los cuales se resalta los siguientes aspectos:

En América Latina y Colombia desde finales de los 80s del siglo XX se evidenciaba un creciente aumento del poder económico y político de organismos internacionales como el Banco Mundial (BM) y el Fondo Monetario Internacional (FMI), los cuales presentaban una mayor influencia en la formulación de reformas sanitarias que los

mismos organismos internacionales encargados tradicionalmente del tema (OMS/OPS, UNESCO y UNICEF), proponiéndose a partir de un informe del BM *Invertir en Salud* un nuevo modelo basado en los servicios de salud; cuyo trasfondo exigía un ajuste estructural del Estado que promovía reformas de los sistemas de protección social, apertura de las economías, control de la inflación, flexibilización laboral y disminución de la intervención estatal (M. y col Hernández, 2002). Lo anterior en Colombia, en lo relacionado a salud y seguridad social, tomo forma mediante la ley 100 de 1993 “por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones” (Congreso de la Republica de Colombia, 1993). En esta se abordaba lo relacionado a salud como un servicio público, estableciéndose las reglas para acceder al mismo, donde se requería realizar unos aportes mensuales que dependerían del ingreso del afiliado, o a través de una segunda opción para la población sin capacidad de pago a través del régimen subsidiado a partir de subsidios a la demanda otorgados de manera individual de acuerdo a la evaluación de características individuales del riesgo en salud.

El contexto nacional en los años noventa se caracterizó por ser un periodo de violencia generalizada por parte de las guerrillas, paramilitares y narcotraficantes siendo este periodo considerado como uno de los más violentos de la historia colombiana. Este fue un periodo de implementación de las políticas neoliberales, donde se observaba una Colombia doblegada y funcional al capital transnacional. Pero más allá de eso, con unos gobiernos que voltean la mirada hacia otro lado y permiten el fortalecimiento de un “capitalismo narcotraqueto” que en el país deja a su paso una estela de miles de muertos, desaparecidos, desterrados, exiliados y presos, aumentando la miseria y la desigualdad de la población colombiana (Vega Cantor, 2010).

En relación al proyecto neoliberal en Colombia es que no fue solo una imposición externa por medio de los organismos multilaterales como el Fondo Monetario internacional, el Banco Mundial, etc; sino que también ha sido un proyecto impulsado por el bloque dominante de poder nacional con los intereses y

representaciones del capitalismo transnacional ligado también a las élites criollas. El quiebre histórico o la instauración formal del neoliberalismo se remonta a la presidencia de Cesar Gaviria Trujillo, quien fue el encargado de promover una propuesta revestida de un discurso democrático, bajo el marco legal de la democracia liberal, pero que ha sido profundamente autoritario (Estrada Álvarez, 2006)

Según el investigador Jairo Estrada se definen cinco momentos en la construcción del orden neoliberal en Colombia: a) diseño e implantación de reformas legales estructurales clave tendientes a la desregulación de la economía (1990-1991); b) formulación de la Constitución económica (1991); c) profundización de la desregulación económica mediante el diseño e implantación de reformas legales según mandato constitucional (1992-1998); d) ordenamiento para la gestión de la crisis y el reforzamiento de la desregulación económica y la disciplina fiscal (1999-2004); e) supranacionalización del orden jurídico - económico mediante la “negociación” de tratados de libre comercio (Estrada Álvarez, 2006).

En este contexto y durante la presidencia del liberal Ernesto Samper se realizó la planificación y diseño del ENSAB III y hacia el inicio del gobierno del conservador Andrés Pastrana Arango se llevó a cabo el trabajo de campo para la recolección y el análisis de la información.

#### **2.4 Tensiones en la ejecución de un enfoque innovador.**

Este capítulo cuarto está organizado en cuatro partes, en la primera parte *Cuarto Estudio Nacional de Salud Bucal (ENSAB IV): un enfoque innovador* se muestran las circunstancias que permitieron avanzar hacia una propuesta diferente planteada en el diseño del estudio, sin embargo, esas nuevas ideas se van diluyendo en el camino en la medida que se entienden las diferencias conceptuales, metodológicas e ideológicas entre el enfoque de la Determinación Social y el de los Determinantes Sociales por parte de Ministerio de Salud y Protección social. Contratándose finalmente, otra institución para la ejecución del estudio, la cual realiza los ajustes

correspondientes para tratar de hacer operativo el enfoque teórico metodológico, desdibujándose al final del ejercicio la apuesta por evidenciar las inequidades observadas en los modos de vida e inserción social de la población y su relación con resultados adversos en sus condiciones bucales.

En la segunda parte *El Ministerio de Salud y Protección Social* se mencionan una serie de arreglos e ideas dados al interior de la institución a través de los cuales se infiere la concepción de salud atada a conceptos como la prevención, el autocuidado, prestación de servicios, la gestión del riesgo en salud y también se hace mención al enfoque conceptual de los determinantes sociales; los anteriores conceptos van a tomar forma en mayor o menor medida en las normas y planes formulados.

La tercera parte de este capítulo *De la seguridad democrática a la Prosperidad democrática: planes de desarrollo 2006 – 2010 y 2010 – 2014* aborda un periodo importante de transición entre los gobiernos de Uribe Vélez y el de Santos Calderón. El primero de los cuales estuvo enfocado en el área de la salud en ampliación de coberturas y en la implementación del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad, en un contexto de sostenibilidad fiscal y financiera. El segundo se enfocó en salud en aspectos como mejorar acceso y calidad en la prestación de servicios de salud y protección al usuario a través de estrategias como la APS y la medicina familiar siempre en la lógica del fortalecimiento de la gestión del riesgo en salud.

La última parte del capítulo cuarto *La OPS/OMS y el Modelo de los Determinantes Sociales de la Salud* muestra algunas de las características principales de este enfoque teórico metodológico formulado por la OMS en el año 2008 a través de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud creada en el año 2005 y su incorporación como modelo conceptual en el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021.

#### **2.4.1 Cuarto Estudio Nacional de Salud Bucal (ENSAB IV): un nuevo enfoque teórico metodológico**

El Cuarto Estudio Nacional de Salud Bucal (ENSAB IV) llevado a cabo entre los años 2009 y 2014 fue uno de los ejercicios investigativos más ambiciosos y completos en el área de la salud que ha sido financiado por el Estado colombiano en las últimas décadas, no solo por el gran despliegue de recursos humanos, técnicos y financieros alrededor de este estudio, sino por el novedoso marco conceptual y metodológico que asumió y planteó un desafío innovador en los Estudios Nacionales de Salud. El ENSAB IV se llevó a cabo en dos grandes fases: en la primera fase se realizó el diseño inicial y en la segunda fase se ejecutó dicho protocolo.

La primera fase la desarrolló la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia entre los años 2009 y 2010; y la fase de ejecución se realizó entre los años 2012 y 2014, y estuvo a cargo de la unión temporal Centro de Proyectos para el Desarrollo (CENDEX) de la Pontificia Universidad Javeriana y Sistemas Especializados de Información SEI S.A. La separación del estudio en dos fases a cargo de diferentes actores e instituciones, generó una serie de desafíos adicionales para los involucrados en su diseño y ejecución, lo que derivó en la evidencia de una serie de tensiones entre los actores participantes y las prácticas convencionales de la institución dueña del estudio, observándose además diferencias entre el análisis propuesto en la fase de diseño y la fase de ejecución (Pardo Romero et al., 2019).

En el momento en que se diseñó el protocolo del ENSAB IV, estaba vigente el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010 (PNSP) que asumía una visión de la salud muy centrada en la enfermedad y sus factores causales o de riesgo. En este plan la salud oral era una de las diez prioridades nacionales en salud propuestas en ese momento, por lo que los enfoques teóricos que sustentaban este plan eran: el poblacional, el enfoque de determinantes canadienses propuestos por Lalonde y la

gestión social del riesgo; todos estos enfoques compartían un núcleo epistemológico positivista, particularmente el del riesgo en salud, y unas apuestas en el hacer reduccionistas orientadas a la intervención y abordaje de aquellos factores causantes de las enfermedades, que podían ser modificados haciendo un énfasis particular en los hábitos y comportamientos de las personas.

El modelo elegido como referente teórico del protocolo planteaba una forma distinta de entender el proceso salud-enfermedad bucal en la población colombiana; concretamente, la propuesta fue superar la noción biologicista de la salud bucal como la ausencia de patologías orales observables empíricamente en el nivel individual, y abordarla como un proceso histórico-social, multidimensional, dinámico y complejo. Esto implicaba retos importantes sobre todo en lo operativo, ya que no existía una experiencia previa de aplicación del modelo de la Determinación Social en estudios poblacionales de esta envergadura.

Por otro lado, el plan de análisis propuesto en el diseño del ENSAB IV pretendía entonces “trascender la simple medición del daño al sistema estomatognático” para dar cuenta de los procesos sociales que explicarían el proceso salud-enfermedad bucal en el país, visibilizando de esta manera las formas diferenciales en que se configuran y se expresan los perfiles epidemiológicos bucales según la inserción social por clase, género y etnia. Adicionalmente, se propuso evaluar indirectamente el impacto que había tenido hasta ese momento el actual sistema de salud, sobre la situación de salud bucal de los colombianos.

Para lograr esta aproximación, se planteó un estudio con un componente cualitativo y otro cuantitativo en una muestra representativa de la población colombiana, que permitiera abarcar y analizar varios planos de interpretación de las relaciones que se daban entre la dimensión material y la dimensión subjetiva de la realidad social de la salud bucal y no solo describir el comportamiento de los indicadores de morbilidad bucal y sus posibles factores causales. Se propuso la clase social como categoría central en el análisis de resultados y se definieron tres niveles de análisis:



análisis de inequidades en salud bucal, análisis de desigualdades sociales en salud bucal y análisis descriptivo de la frecuencia y distribución de los problemas de salud bucal según edad, zona de procedencia, sexo y afiliación a la seguridad social. El análisis de inequidades buscaba evidenciar cómo las estructuras sociales, económicas, políticas y jurídicas que prevalecen en el país producen y reproducen sistemáticamente injusticias sanitarias y cuáles eran los grupos poblacionales más vulnerables según su inserción de clase, género y etnia. Por su parte, en el análisis de desigualdades, entendidas éstas como las diferencias en salud bucal producidas por las inequidades sociales, que son empíricamente evidenciables; se proponía un ejercicio comparativo de los principales indicadores de la salud bucal observable, del acceso a servicios sanitarios y de elementos subjetivos, en función tanto de los diferentes perfiles de clase (modos de vida) como del ciclo de vida y otras condiciones de interés como el desplazamiento y la discapacidad.

Finalmente, el análisis descriptivo propuesto en el tercer nivel tenía por objeto calcular los indicadores que permitieran comparar los resultados con el anterior estudio Nacional de Salud Bucal (ENSAB III) y con indicadores internacionales para así analizar tendencias en términos estadísticos. La información necesaria para realizar todos los análisis propuestos en el protocolo se obtendría de una evaluación clínica y de la aplicación de encuestas estructuradas a todas las personas de la muestra definida, y de la realización de entrevistas a profundidad a una sub-muestra de 48 personas que fueran representativas de la diversidad de clase social, género, etnia y zonas de menor y mayor prevalencia de enfermedad bucal. Así, visibilizar y comprender las dinámicas diferenciales del proceso salud-enfermedad bucal en la población colombiana, en diferentes niveles concatenados, sería fundamental para orientar transformaciones profundas en lo social, en lo político y en las prácticas odontológicas en función de la equidad y el bienestar (Pardo Romero et al., 2019).

Una vez se aprueba el protocolo por parte del entonces Ministerio de Protección Social, se abre una nueva licitación para su ejecución. Es así como esta segunda fase queda a cargo de la unión temporal Centro de Proyectos para el Desarrollo

(CENDEX) de la Pontificia Universidad Javeriana y Sistemas Especializados de Información (SEI), que inician el trabajo encomendado en el año 2012. En últimas, materializar la propuesta plasmada en el protocolo implicó varios desafíos y dificultades particularmente en lo operacional, que desencadenaron cambios tanto de forma como de fondo del diseño inicial y tensiones evidenciadas por los actores involucrados lo cual estaba relacionado con esas fuerzas inerciales que atan el estudio a unas prácticas predeterminadas y que restringen la ejecución del estudio de una manera diferente a la observada.

Al realizar una relectura del estudio se puede evidenciar en el diseño y ejecución del mismo, una serie de elementos que muestran detalles de la forma como se conformaron los equipos que estuvieron al frente del diseño y ejecución.

La institución ministerial fue la encargada de liderar este proceso, para lo cual realizó una primera convocatoria que se llevó a cabo en el año 2009; dicha convocatoria fue ganada por la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia (UdeA) y, por lo tanto, esta institución tuvo la responsabilidad de llevar a cabo la fase inicial de diseño del estudio.

Una profesora de la UdeA integrante del equipo que participó en el diseño inicial describe de la siguiente manera la conformación, las características y fortalezas de este equipo que participó en la fase inicial de diseño del estudio:

*“El ministerio abrió una convocatoria para la fase del diseño del estudio, la Universidad participó junto a otras instituciones, finalmente fue seleccionada... aquí ya éramos como veinte, veintidós personas, todos éramos profesores que a través de la universidad teníamos tiempo disponible para ese trabajo porque en el anterior (ENSAB III) había personas que tenían otras actividades que realizar entonces era muy difícil la combinación del tiempo, aquí como la universidad hizo un contrato con el Ministerio entonces las personas que trabajamos en esa fase del proyecto tuvimos dedicación exclusiva al proyecto... en esta ocasión, sí que se pudo formar un equipo más interdisciplinario, que como ya venía con la inquietud que se trabajara bajo un*

*modelo o un enfoque de “epidemiología crítica” entonces pudimos conformar un equipo de trabajo no pues, muy interdisciplinario, pero sí pudimos llamar no solo odontólogos, sino de otras disciplinas que le aportaran a la construcción. Realmente una de las fortalezas fue que pudimos trabajar interdisciplinariamente, por ejemplo, en la parte estadística tuvimos mucha más cercanía con los estadísticos, en el tercero pues el Dr. Gómez con todo su conocimiento en el tema él solito organizó la cosa, sin la participación del equipo” (OD, PhD participante en el ENSAB IV).*

De esta manera, la apertura del Ministerio para la realización de una convocatoria pública permitió que instituciones de reconocida trayectoria académica como la Universidad de Antioquia, fuera seleccionada para realizar el diseño del estudio y que un equipo interdisciplinario participara en la formulación del diseño e introdujera ideas innovadoras como lo fue el enfoque teórico metodológico planteado desde la Determinación Social del Proceso salud - enfermedad.

A parte de la Universidad de Antioquia, que participó en la fase de diseño inicial, hubo otros actores clave en la ejecución del estudio como fue la unión temporal SEI – PUJ. Además, es importante resaltar también la participación de los integrantes del equipo técnico y supervisor del Ministerio de Salud y Protección Social y los integrantes del equipo de asesores nacionales e internacionales.

En una primera fase se elaboró el diseño muestral, el protocolo y el estudio de costos durante el año 2009 y 2010. Algunos de los actores identificados que participaron en esta fase inicial de planeación y diseño fueron:

Ángela María Franco Cortés, odontóloga, magister en Epidemiología, PhD en Ciencias Sociales, Niñez y juventud y docente de la Universidad de Antioquia encargada de la dirección general del estudio. Jorge Luis Sierra Lopera, odontólogo, especialista en Epidemiología, especialista en Gerencia social y docente de la Universidad de Antioquia, quién se desempeñó como coordinador operativo y logístico. En la coordinación científica de esta fase se menciona a Blanca Susana Ramírez Puerta, odontóloga, especialista en Gerencia de la salud pública, magister en Epidemiología, y docente de la Universidad de Antioquia.

En el desarrollo temático participaron entre otros: Emilia Ochoa Acosta, odontóloga magister en Educación y desarrollo humano y docente de la Universidad Cooperativa de Colombia; Sofía Jácome Liévano, odontóloga, especialista en Salud familiar y comunitaria, magister en Educación y directora de la División de Educación de la Asociación Colombiana de Facultades de Odontología ACFO; Gloria Escobar Paucar, odontóloga odontopediatra, magister en Salud pública y docente de la Universidad de Antioquia; Alexandra Saldarriaga Cadavid, odontóloga odontopediatra, magíster en Epidemiología y docente del Instituto de Ciencias de la Salud- CES; Raúl Jiménez Gómez, odontólogo, especialista en Estomatología y cirugía oral, magister en Ciencias médicas y profesor jubilado de la Universidad de Antioquia; Juan Carlos Navarro González, odontólogo y especialista en Periodontología clínica; Virginia López Camacho, odontóloga, magister en Salud pública y docente de la Universidad de Antioquia; Luis Aníbal Restrepo Soto, odontólogo, magister en Salud pública y docente de la Universidad de Antioquia; y Sergio García Isaza, odontólogo, magister en Salud pública y docente de la Universidad de Antioquia. En el diseño muestral participaron: Hugo Grisales Romero, estadístico, magister en Epidemiología, PhD en Epidemiología y docente de la Universidad de Antioquia; León Darío Bello Parias, estadístico, especialista en Docencia universitaria y docente de la Universidad de Antioquia; Nilton Montoya Gómez, estadístico y docente de la Universidad de Antioquia; y Julio Cesar Barrera Londoño, gerente en Sistemas de información en salud. Además, en el estudio de costos participó Liliam Pérez Muñetón, administradora de negocios.

Posteriormente, el ministerio abrió una segunda convocatoria para la ejecución del estudio, a la cual se presentó la Facultad Nacional de Salud Pública en unión con el Centro Nacional de Consultoría; de igual forma, se presentó otra institución conformada por una unión temporal denominada Pontificia Universidad Javeriana y Servicios Especializados de la Información (S.E.I – S.A). Finalmente, la institución elegida para la ejecución del estudio fue la Unión Temporal conformada por Sistemas Especializados de la Información S.E.I - S.A. y el Centro de Estudios para

el Desarrollo (CENDEX), de la Pontificia Universidad Javeriana. No obstante, el hecho de que la institución que había formulado el diseño no fuera la misma seleccionada para la ejecución del estudio, terminó generando algunos inconvenientes en la ejecución, adicionalmente la implementación del enfoque teórico metodológico formulado en el diseño produjo una gran resistencia para su implementación por parte del Ministerio de salud y Protección Social en la fase de ejecución una vez se entendió que las diferencias iban más allá de lo meramente semántico e incluía elementos conceptuales, metodológicos e ideológicos.

En el siguiente párrafo, uno de los participantes en el ENSAB IV explica posibles conflictos de interés percibidos en torno al proceso de selección para la fase de ejecución del estudio:

*“Yo recuerdo que el viceministro en ese momento era Fernando Ruiz y Fernando Ruiz fue durante mucho tiempo un profesor y directivo de un espacio en la Javeriana y la explicación para mí, que no sea la de Antioquia la seleccionada y lo haga el CENDEX tiene que ver con (así haya habido convocatoria)... tiene que ver más con una decisión política de abrir el espacio para que el CENDEX lo hiciera, claramente una decisión favorecida por el viceministro” (OD, PhD participante en el ENSAB IV).*

El ENSAB IV es propuesto a partir del Plan Nacional de Salud Pública como parte de las estrategias de la línea de Vigilancia en Salud y Gestión del Conocimiento, con el objetivo de que le sirviera al país y a las entidades territoriales en el apoyo del análisis de la situación de salud y de los planes territoriales de salud. En el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010, donde se establecieron diez prioridades en salud pública para el país siendo la salud bucal una de ellas, se entendió la salud bucal como parte *“integral de la salud general, cuyo deterioro se asociaba con problemas nutricionales, enfermedades cardiovasculares, bajo peso al nacer, problemas de salud mental, entre otros”*(Universidad de Antioquia - Facultad Nacional de Salud Pública, 2009). La conceptualización mostrada desde el

protocolo inicial elaborado por la UdeA para salud bucal va más allá, pues es entendida como un *“proceso que tiene una dimensión material expresada orgánicamente y una dimensión subjetiva referida a la forma como se viven y enfrentan estos procesos desde la intersubjetividad colectiva”*(Universidad de Antioquia - Facultad Nacional de Salud Pública, 2009). Por consiguiente, la propuesta era ambiciosa pretendiendo llevar el nivel de análisis de los resultados más allá de la descripción de los indicadores clínicos de morbilidad.

Estas formas de pensar la salud bucal quedan evidenciadas en los aspectos metodológicos de este estudio, en el protocolo elaborado por la UdeA, un ejemplo, de lo anterior se evidencia a través de los objetivos propuestos, los cuales dan cuenta del alcance propuesto para el estudio.

En el cuadro N°4 se expone una aproximación comparativa en aspectos metodológicos entre lo diseñado y socializado por la Universidad de Antioquia en el protocolo correspondiente y lo ejecutado y publicado por la unión temporal CENDEX de la Universidad Javeriana y Sistemas Especializados de la Información mediante documento técnico del Ministerio de salud y protección Social (MSPS).

**Cuadro N°4.** Aproximación comparativa entre las características metodológicas del estudio propuesto en la fase de diseño y los ajustes realizados en la ejecución del ENSAB IV.

Fase de diseño	Fase de ejecución
<p style="text-align: center;"><b>Objetivo general</b></p> <p>Caracterizar las condiciones de salud bucal de la población colombiana y aproximarse comprensivamente a los <b>factores constitutivos</b> de la inequidad, entendidos como <b>procesos de determinación social</b> de la salud y su componente bucal, con el propósito de proveer información actualizada que contribuya al diseño de políticas, planes y proyectos con impacto en este componente.</p>	<p style="text-align: center;"><b>Objetivo general</b></p> <p>Caracterizar las condiciones de salud bucal de la población colombiana y aproximarse comprensivamente a los procesos de determinación social de la salud y su componente bucal, con el propósito de proveer información actualizada que contribuya al diseño de políticas, planes y proyectos con impacto en este componente de la salud.</p>
<b>Objetivos específicos</b>	<b>Objetivos específicos</b>

<p>a. Describir los principales problemas de salud bucal de la población colombiana (caries, enfermedad periodontal, fluorosis, edentulismo, lesiones premalignas bucales, labio y paladar fisurado y alteraciones de la oclusión), según los grupos representativos del ciclo de desarrollo humano.</p> <p>b. Caracterizar las diferencias de los indicadores de salud bucal de los/as colombianos/as según variables de inserción social, género, étnia, nivel de escolaridad, afiliación de la seguridad social.</p> <p>c. Identificar los modos de vida de la población colombiana y su relación con la salud bucal, expresados en las condiciones de trabajo y consumo, prácticas, concepciones e identidad cultural.</p> <p>d. Identificar estilos de vida y comportamientos que influyen en la situación de salud bucal de la población colombiana.</p>	<p>Describir los principales problemas de salud bucal de la población colombiana (caries dental, enfermedad periodontal, fluorosis dental, edentulismo, lesiones premalignas bucales, labio y paladar hendido y alteraciones de la oclusión), según los grupos representativos del ciclo vital humano.</p> <p>Comprender de qué manera los modos de vida, expresados en las condiciones de trabajo y consumo, prácticas, concepciones e identidad cultural, y los estilos de vida de la población colombiana afectan la salud bucal.</p> <p>Comprender las desigualdades que existen en el país en materia de salud bucal según la pertenencia a un grupo específico de inserción social y a un grupo específico del ciclo vital humano.</p> <p>Construir a través de variables de caracterización, consideradas relevantes, perfiles de población en diferentes escenarios, para comprender de manera más profunda, las inequidades en salud bucal.</p> <p>Profundizar en las dinámicas sociales bajo las cuales la inserción social y los modos de vida en las regiones del país se relacionan con distintas patologías bucales.</p>
<p><b>Aspectos metodológicos - Tipo de estudio</b></p> <p>El IV Estudio Nacional de Salud Bucal tendría un enfoque cuanti-cualitativo utilizando tres estrategias metodológicas: (i) El examen clínico bucal para recolectar la información sobre la distribución y frecuencia de los principales problemas de salud bucal que afectaban a la población; (ii) La encuesta estructurada para indagar por aspectos relacionados con la determinación social de la situación objetiva encontrada; y (iii) La entrevista en profundidad de naturaleza hermenéutica, orientada a interpretar el sentido que los/as colombianos/as le atribuyen a la salud bucal y a las experiencias particulares que respecto a ella han vivido.</p>	<p><b>Aspectos metodológicos - Tipo de estudio</b></p> <p>El IV Estudio Nacional de Salud Bucal se desarrolló bajo un enfoque cuanti-cualitativo que se apoyó en tres estrategias metodológicas: (i) El examen clínico bucal que recolectó información sobre la distribución y frecuencia de los principales problemas de salud bucal que afectaban la población; (ii) La encuesta que indagaba por aspectos relacionados con la determinación social de la situación objetiva encontrada; y (iii) Un componente empírico que puede ser considerado de forma independiente al ENSAB IV o como parte de un estudio metodológico mixto, con diseño de estudios de caso cualitativo incrustado (embedded) en un estudio nacional de corte transversal sobre la determinación social de la salud bucal en Colombia.</p>
<p><b>Distribución y frecuencia de problemas de salud bucal</b></p> <p><b>Enfermedad periodontal:</b> propone la inclusión de estas variables:</p> <p>diente ausente, profundidad clínica de sondaje, distancia línea cemento – amélica al margen y sangrado gingival.</p>	<p><b>Distribución y frecuencia de problemas de salud bucal</b></p> <p><b>Enfermedad periodontal:</b> diente ausente, profundidad clínica de sondaje, distancia línea cemento – amélica al margen.</p>
<p><b>Encuesta estructurada</b></p> <p>Inserción sociocultural Modos de vida</p>	<p><b>Encuesta bajo el enfoque de la determinación social de la salud</b></p> <p>Inserción sociocultural</p>

<p>Calidad de vida y salud bucal (Limitación funcional, dolor físico, molestias psicológicas, incapacidad física, incapacidad psicológica, incapacidad social) Estilos de vida y comportamientos</p>	<p>Modos de vida Estilos de vida y comportamientos</p>
<p><b>Entrevista en profundidad</b> “Se seleccionarán de la muestra ya establecida <i>cuarenta y ocho (48) personas</i> a quienes se les realizaría una entrevista en profundidad. A través de ella no sólo se pretendía capturar el significado que el actor social le atribuía a sus propias acciones, sino que también permitiría aprehender la comprensión que tiene de las acciones de los otros, en el escenario que comparten”</p>	<p><b>Estudios de caso cualitativos</b> con datos recolectados mediante entrevistas biográficas con enfoque etnográfico. Fueron <i>analizados 6 casos</i> mediante muestreo teórico, uno por cada región de estudio, intentando abarcar la mayor diversidad posible, principalmente en relación con la inserción social, el género, la pertenencia étnica, la edad, el aseguramiento y la patología bucal.</p>
<p><b>Plan de análisis de la información</b> <b>Tres niveles:</b></p> <p>Análisis de inequidades en salud bucal Análisis de desigualdades sociales en salud bucal Análisis descriptivo de la frecuencia y distribución de los problemas de salud bucal según algunas variables de interés (edad, zona de procedencia, sexo, afiliación a la seguridad social).</p>	<p><b>Análisis de resultados</b></p> <p><b>Análisis descriptivo</b> de los índices clínicos por variables de interés (cuantitativo). <b>Análisis de determinación social</b>, se realizó a partir de frecuencias relativas (porcentajes) y medidas de tendencia central (promedios) según el tipo de variables (cuantitativo).</p> <p><b>Realizó un análisis de desigualdades</b> según fracción social a partir de índices clínicos calculados mediante el programa STATA (cuantitativo).</p> <p>Abordaje cualitativo 6 casos sobre la <b>comprensión</b> que se tiene del sentido de la salud bucal y por la <b>aproximación a los aspectos sociales</b> que influyen en dichas condiciones.</p>

Fuente: Tomado del Protocolo del Estudio (Universidad de Antioquia – Facultad Nacional de Salud Pública) y documento técnico publicado por MSPS Cuarto Estudio Nacional de Salud Bucal ENSAB IV (Metodología y Determinación Social de la Salud).

En los objetivos planteados se evidenciaba una propuesta ambiciosa que iba más allá de la medición de las patologías bucales, la cual proponía la aplicación de instrumentos innovadores para determinar la inserción social de la población, la medición de inequidades de acuerdo a inserción social, género, etnia, nivel de escolaridad y afiliación a seguridad social y también se pretendía establecer la relación entre modos y estilos de vida y su correlación con la buena o mala salud bucal; sin embargo, como resultado de los arreglos institucionales que permitieron fracturar el estudio en dos fases, en el informe final ejecutado por la unión temporal Pontificia Universidad Javeriana (CENDEX) – SEI se evidencian ajustes importantes realizados a los objetivos anteriores propuestos por la UdeA, como por ejemplo la invisibilización de lo relacionado con la *aproximación comprensiva a los factores*



*constitutivos de inequidad* y la desarticulación del componente cualitativo dejándolo como un anexo independiente.

Sobre la dificultad de operacionalizar el enfoque propuesto desde la determinación social y la necesidad de ajustarlo a los discursos oficiales del Ministerio, esto nos menciona un participante del ENSAB IV:

*“En términos generales, el primer tema es que era un diseño, una idea de hacerlo desde una aproximación de la Determinación Social, pero esa aproximación desde la determinación social había que volverla operativa... El Ministerio pensaba que era lo mismo Determinación Social y Determinantes Sociales y ellos su enfoque son Determinantes Sociales entonces, cuando se encuentran con este estudio, ellos dicen oiga ese no es el enfoque que nosotros queremos; entonces nosotros le dijimos, pero ese es el enfoque que usted contrató y no me puedo devolver todo el proceso que hubo de diseño. Entonces nos vamos con el enfoque de la Determinación social y en ese sentido lo que se hizo con todo el equipo de asesores fue de tratar de hacerlo operativo... (OD. participante en el ENSAB IV).*

En el protocolo del diseño inicial estaban planteadas cuarenta y ocho (48) entrevistas a profundidad de naturaleza hermenéutica, con el fin de interpretar las subjetividades y experiencias de los colombianos en torno a la salud bucal y articular esta información con los resultados de los datos cuantitativos para dar cuenta de los objetivos planteados, no obstante, en la ejecución del estudio se llevó a cabo un diseño cualitativo incrustado de seis (6) casos de carácter etnográfico, que se consideraron independientes al ENSAB IV y secundarios en la medida en que no tenían representatividad numérica ni estaban orientados a responder al objetivo general de la investigación.

Según nos explica una participante de este Cuarto Estudio Nacional de Salud Bucal, el abordaje cualitativo se quedó corto en su alcance y articulación con la situación de salud bucal de la población:

*“Sí, en eso sí faltó un mayor esfuerzo creo yo, por eso nosotros lo habíamos planteado de otra manera, pero si se pueden poner a conversar mejor con los resultados de la encuesta aunque ellos hicieron el intento porque definen al principio que este caso corresponde a una persona que está en tal grupo... si trataron de hacer una ubicación pues con el grupo social y otros aspectos de los modos de vida sobre todo, pero sin embargo esta parte sí se podría haber hecho mejor” (OD. Mag, participante en el ENSAB IV).*

En cuanto al plan de análisis, el planteamiento hecho en el protocolo, el cual consistía en visibilizar los procesos estructurales generadores de inequidades para en seguida describir las desigualdades en salud bucal entre los diferentes grupos sociales de acuerdo a su inserción social y, finalmente, dar cuenta de la morbilidad evidenciable como resultado de un proceso de subsunción de la biología en lo social, implicaba una articulación y triangulación del componente cualitativo con el cuantitativo; no obstante, en la ejecución del estudio no se llevó a cabo dicha triangulación de técnicas, y la metodología cuantitativa se impuso como única forma de analizar la información recolectada. A partir de los análisis estadísticos descriptivos y correlacionales, se presentaron los resultados de los principales índices de morbilidad bucal y de desigualdades sociales en materia de salud bucal, asumiendo los elementos constitutivos de la determinación social como factores de riesgo o variables explicativas ahistóricas de la condición de salud bucal de los diferentes grupos sociales identificados. Tampoco se realizó una desagregación por clase social, género, etnia y acceso a servicios de salud de los modos de vida propuestos, como sí se planteó en el protocolo, generando dificultades en reconocer quiénes, concretamente, tienen dichos modos de vida y qué tipo de inequidades subyacentes pueden identificarse.

Por otro lado, se observa de manera evidente la desarticulación entre los componentes cualitativo y cuantitativo y la operacionalización de las dimensiones y categorías de análisis del modelo teórico de la DSSE sólo como variables estadísticas, limitándose de esa manera las posibilidades de comprender las dinámicas sociohistóricas de la salud bucal en el país, que, por su naturaleza

dialéctica, conflictual y compleja, no pueden ser captadas únicamente con modelos matemáticos lineales.

La institución de salud tenía unos discursos muy en la línea de gestión del riesgo como lo expresa uno de los participantes en el ENSAB IV y para ellos el abordaje desde un enfoque como la DSSE se asume como sinónimo de la postura oficial de la Organización Mundial de la Salud, que en el año 2005 crea la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) y en año 2008 publica el informe *Subsanar las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud*. La fase de diseño del ENSAB IV se formuló desde la DSSE, lo cual tiene unas implicaciones en lo conceptual, metodológico, ideológico y una puesta en acción diferente a la postura oficial de la OMS, para lo cual en la ejecución del estudio tuvieron que hacer los ajustes respectivos para no apartarse de la postura oficial del ministerio.

En el siguiente párrafo de la entrevista semiestructurada realizada a uno de los participantes en el ENSAB IV se hace mención sobre la discusión que se dio al interior del equipo y los arreglos que se realizan desde el equipo técnico con el apoyo de institución ministerial para tratar de “operativizar” el estudio desde un enfoque diferente al propuesto en el diseño:

*“... creo que el Ministerio no se ha dado el espacio para generar el debate alrededor de los Determinantes sociales vs la Determinación, yo creo que el Ministerio sigue la línea de los Determinantes yyy... pero lo ve como una relación todavía desde un enfoque de factores de riesgo, entonces consideran que los Determinantes son factores de riesgo para el desarrollo de la enfermedad, siendo todavía muy patocéntrico, si entonces en este sentido parte de las discusiones que nosotros hicimos fueron que es muy difícil cuando tú contratas a una firma para el diseño del estudio y a otra para su ejecución, porque el que ejecuta termina diciendo yo ejecuto lo que ustedes diseñaron, entonces ahí no hubo espacio para un debate conceptual, ahí sigue la línea de un enfoque patocéntrico, donde yo determino que lo importante son las patologías bucales y no los Determinantes que podrían estar subyacentes a*

*las condiciones de salud bucal, yo creo que el Ministerio, al interior sigue bajo una línea de entender la salud pero basada en la enfermedad y no genera ningún tipo de debate, se muestra la Determinación Social como un enunciado en el estudio pero no la operativiza...” (OD. PhD participante en el ENSAB IV).*

En el ENSAB IV se incluyó la población colombiana con edades simples de 1, 3, 5, 12, 15 y 18 años, las gestantes entre 20 y 49 años y los adultos (excluyendo gestantes) entre 20 a 34 años, 35 a 44 años, 45 a 64 años y 65 a 79 años; se excluyeron localidades no documentadas cartográficamente y zonas rurales dispersas en regiones como Orinoquía y Amazonía. Adicionalmente, se menciona en el informe final del Ministerio de Salud y Protección social, realizado por la unión temporal CENDEX PUJ – SEI S.A que se tomaron como exclusiones aquellas “*personas que vivían temporal o definitivamente en habitaciones colectivas tales como: hospitales, guarniciones militares, cárceles, conventos, centros de bienestar y similares*”(Ministerio de Salud y protección social., 2015).

La muestra estuvo conformada por 20.534 personas seleccionadas de hogares en 1.114 municipios (UPM) de 32 departamentos, de los cuales el 80% fueron habitantes de área urbana y 20% habitantes de área rural. Para determinar lo descrito anteriormente, se tuvo en cuenta la división política y administrativa del país, y las proyecciones nacionales y municipales de población por sexo y grupos de edad del DANE. La información consignada fue recogida mediante tres estrategias: encuesta a personas seleccionadas de hogares, la cual pretendía indagar por aspectos relacionados con la Determinación Social de la salud bucal (20.534), valoración clínica (20.534) y entrevista de casos (6).

Se definieron diferentes unidades de muestreo a través de varias etapas, siendo el municipio la unidad de muestreo para la primera etapa; para la segunda fueron las manzanas (zona urbana) o veredas (zona rural dispersa); las unidades terciarias fueron las viviendas; y las unidades finales de muestreo fueron las personas, coincidiendo esta última con las unidades de observación y de análisis. Finalmente, se determinaron como unidades de análisis a personas, dientes y/o superficies

dentales, los municipios en cada subregión fueron clasificados en tres grupos de acuerdo al valor del indicador de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) y a la proporción de personas afiliadas a seguridad social; así, se seleccionaron unos indicadores simples para determinar si las necesidades de la población se encontraban cubiertas, dichos indicadores fueron: viviendas inadecuadas, viviendas con hacinamiento crítico, viviendas con servicios inadecuados, viviendas con alta dependencia económica y viviendas con niños en edad escolar que no asisten a la escuela.

El tipo de muestreo para este estudio fue probabilístico, multietápico con cuatro etapas, estratificado y por conglomerados. Probabilístico porque las unidades de muestreo tienen una probabilidad conocida mayor que cero, de pertenecer a la muestra. Es multietápico, de cuatro etapas, porque la muestra se selecciona en cuatro etapas: primero, se seleccionaron los municipios o (UPM) en cada una de las subregiones; en segundo lugar, se escogieron las unidades secundarias de muestreo, las manzanas (USM) dentro de los municipios que conforman la muestra o los sectores en la zona rural dispersa; en tercer lugar, se seleccionaron las viviendas; y por último, en la cuarta etapa, se seleccionaron las personas. Es estratificado porque las unidades primarias se estratifican por el indicador NBI y aseguramiento y las unidades finales (personas) por edad. Finalmente, se desarrolló por conglomerados, conformados por los municipios del universo de estudio (unidades primarias, UPM).

La institución encargada de llevar a cabo la ejecución del protocolo diseñado por la UdeA realizó unos ajustes a la muestra, que consistieron en: “Incremento del 11% sobre el tamaño final de muestra sugerido en el protocolo (18.435). Redistribución del tamaño de muestra final, que en el protocolo fue realizado bajo la técnica de asignación proporcional al total poblacional por subregión, de forma balanceada para garantizar márgenes de calidad similares en algunos indicadores, al realizar comparaciones de las estimaciones a nivel de edades simples (1, 3, 5, 12, 15 y 18 años) o grupos etáreos (20-34, 35-44, 45-64 y 65-79) y regiones. Inclusión forzosa

de gestantes en todas las manzanas cartográficas o segmentos en la zona rural dispersa, incluidos en la muestra, con el interés de analizar resultados en esta subpoblación observándola como dominio de estudio” (República de Colombia. Ministerio de salud y Protección Social., 2015).

Sin embargo, parece que lo importante en este estudio, a pesar de la apuesta metodológica innovadora desde la Determinación Social, siguió siendo la trayectoria tradicional de la preponderancia de los indicadores clínicos, resaltándose en la socialización de los resultados la medición de la morbilidad para mostrar la situación de salud bucal, tal y como lo expresa de manera contundente en los siguientes términos, uno de los participantes de la fase de ejecución del estudio:

*“... digamos, el enfoque de la Determinación Social requería un esfuerzo adicional porque nunca la muestra estuvo pensada desde el enfoque de la Determinación Social, sino desde el enfoque clínico entonces ahí nosotros tuvimos dificultades para tratar de hacer los análisis estadísticos en la Determinación Social, entonces nunca se pensó que la muestra debía ser estratificada por clases, nunca se pensó que la muestra debía tener diferentes variables que estaban ligadas a Determinación Social, entonces la muestra estaba hecha por lo clínico no por la parte de la Determinación, yo creo que la muestra hubiera sido diferente, es más nosotros hicimos un ajuste para aumentar el tamaño de muestra para lograr cierta representatividad pero siempre desde lo clínico, no desde la Determinación Social como se planteó en el diseño del estudio” (OD. participante en el ENSAB IV).*

Al observar las variables usadas estas se enfocaron en las tradicionales de carácter sociodemográficas y clínicas como: edad, sexo, regiones, régimen de afiliación; incluyéndose la inserción social, los modos de vida y los estilos de vida como variables adicionales.

Algunas de las variables clínicas analizadas en el ENSAB IV fueron:

**Estado de la dentición:** para su medición se utilizaron el índice (COP – D) en dentición permanente y el índice (ceo – d) en dentición temporal, estos indicadores compuestos fueron desarrollados a mediados de los años 40 del siglo XX para medir la historia de caries mediante tres componentes que son el componente C, el cual evalúa la presencia de caries; el componente O, que evalúa la presencia de obturaciones con materiales definitivos como tratamiento a una caries previa; y el componente P en dentición permanente, que mide la condición de pieza dental perdida por caries. En cuanto al indicador ceo – d, el componente “e” hace referencia a aquellos dientes temporales que por sus condiciones clínicas no rehabilitables requieren “extracción indicada”.

**Estado periodontal:** para su evaluación se utilizó el índice desarrollado por Page y Eke, cuyo fin es determinar el diagnóstico de periodontitis y el índice de extensión y severidad de la periodontitis desarrollado por Carlos y colaboradores en 1985.

**Fluorosis dental:** evaluado mediante índice comunitario de fluorosis de Dean.

Otras variables cónicas analizadas fueron labio y paladar hendido, fisura labial, acceso al tratamiento, lesiones de mucosa bucal, queilitis Actínica, lesiones palatinas del fumador invertido, edentulismo; uso, necesidad de cambio y requerimiento de prótesis parcial y total; estado de la oclusión y uso de implantes dentales.

Para el análisis de la información se realizó un abordaje descriptivo de los índices clínicos por variables de interés de tipo cuantitativo. Para el análisis de Determinación Social se llevó a cabo a partir de frecuencias relativas (porcentajes) y medidas de tendencia central (promedios) según el tipo de variable (cuantitativo); adicionalmente, se realizó un análisis de desigualdades según fracción social a partir de índices clínicos calculados mediante el programa STATA de carácter (cuantitativo). Para el procesamiento de la información relacionada con el componente clínico, se realizó un análisis descriptivo de la frecuencia y distribución

de los problemas de salud bucal estudiados por variables de interés: edad, sexo, procedencia, región, régimen de afiliación y fracción social (Ministerio de Salud y protección social., 2015).

No obstante, la idea de hacer un estudio más allá de los indicadores de enfermedad tradicionales planteado con un enfoque innovador como el de la DSSE, no pudo ser desarrollado de forma adecuada de acuerdo a las expectativas iniciales planteadas en la formulación del diseño el cual se fue diluyendo en la ejecución del estudio generándose arreglos específicos para acomodarse a la forma tradicional de abordar la situación desde la morbilidad como lo reconoce con cierta decepción esta participante del ENSAB IV:

*“...No, íbamos a estudiar la salud bucal como un hecho biológico meramente, solamente y como un problema solamente de enfermedad, íbamos a mirar también el asunto salud, íbamos a mirar también desde el punto de vista de la salud lo que la gente cree, lo que la gente sabe, lo que la gente hace, las oportunidades que la gente tiene para cuidar la salud, no íbamos a mirar solamente el hecho de la pérdida de la salud cuando hay solamente enfermedad y no íbamos a mirarlo solamente como que... tiene esta caries porque es mujer de tantos años de tal raza que vive en el sector rural que son las variables clásicas con las que tú cruzas los resultados del examen bucal, sino, dijimos en ese momento vamos a mirarlo de una manera más integrada pensando en que la salud bucal está asociada con patrones de consumo, patrones de trabajo o sistemas de creencias, etc. Esa fue la concepción y eso no fue lo que se hizo... finalmente eso no fue lo que se hizo y no se pudo hacer por dos razones: la primera porque quienes estuvieron al frente de esa parte no tenían las herramientas suficientes para hacerlo y la segunda porque eso no es tan fácil, eso no es tan fácil, en un estudio de esos hay que planearlo de otra manera”*  
(OD. participante en el ENSAB IV).

Para cerrar esta parte es importante mencionar lo siguiente, durante el mes de diciembre de 2014 el Ministerio de Salud y Protección Social como entidad responsable, socializó en diferentes escenarios académicos algunas de las características y los resultados de la situación de salud bucal del *IV Estudio Nacional*



de *Salud Bucal – ENSAB IV* diseñado en 2009 y ejecutado entre 2013 y 2014, mostrándose en este espacio los indicadores clínicos tradicionales, invisibilizándose el componente cualitativo del estudio, al igual que la correlación entre modos de vida e inserción social y la situación de salud bucal de la población, mediante una serie de arreglos implementados por el equipo ejecutor con el apoyo de la institución ministerial.

#### **2.4.2 El Ministerio de Salud y Protección Social**

Al asumir la presidencia en el año 2002, Álvaro Uribe decidió fusionar el Ministerio de Salud y el Ministerio de Trabajo en uno solo llamado “Ministerio de la Protección Social” sin embargo, más tarde mediante la ley 1444 del 4 de mayo de 2011 el Ministerio de la Protección Social se separó en dos carteras, conformándose por un lado el Ministerio de Trabajo y por el otro, según el artículo noveno de la mencionada ley, se crea el *Ministerio de Salud y de Protección Social* como se conoce hasta el momento.

Por otro lado, un tiempo después el 28 de septiembre de 2006 el entonces, *Ministerio de la Protección Social* mediante resolución 3577 decide adoptar el segundo *Plan Nacional de Salud Bucal*, el primero de los cuales había sido formulado por el Ministerio de Salud diez años atrás en 1996. Este segundo plan pretendía integrar dentro del Sistema General de Seguridad Social en salud las condiciones que permitieran el mejoramiento de la calidad y acceso a los servicios por parte de los usuarios y el mejoramiento de los indicadores de salud bucal acorde con las características epidemiológicas de la población y los ámbitos y competencias de los actores del Sistema (Ministerio de salud y protección social., 2006). En uno de los objetivos de este plan se planteaba la importancia de la integración de las acciones de salud bucal con las acciones contenidas en las políticas, programas y planes formulados por el Ministerio de la Protección Social y, además, se resaltaba la acción participativa, la calidad y acceso como lineamientos orientadores.

Dentro del Plan Nacional de Salud Bucal, al Ministerio de Salud y Protección Social se le endilgan unas responsabilidades específicas relacionadas con la formulación de políticas y la expedición o modificación de normas necesarias, que garantizaran a toda la población la prestación de los servicios de salud bucal y las condiciones para su adecuada prestación. También se proponía el asesorar y realizar el seguimiento a las entidades territoriales y municipales y a las EPS con el fin de garantizar la prestación del servicio, además se debía realizar una retroalimentación a las entidades y a la población con los resultados de las acciones emprendidas.

A partir de la entrada en vigencia de la ley 1122 de 2007 el Ministerio de la Protección Social, de la mano con la Superintendencia Nacional de Salud, asumió un papel de evaluador mediante indicadores de gestión y resultados en salud de los operadores del SGSSS. Adicionalmente, se creó la Comisión de Regulación en Salud (CRES) como una unidad administrativa especial, con personería jurídica y autonomía administrativa, técnica y patrimonial; sustituyendo al Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS). Sin embargo, de acuerdo a esta ley en casos de emergencia sanitaria se le daba potestad al Ministerio de la Protección Social de asumir las funciones de la CRES.

Adicionalmente, es importante resaltar que por medio de esta ley, se abrió la posibilidad para la prestación de los servicios de promoción y prevención no solo a través de las ESE públicas, sino a través de otras entidades (privadas), en los casos en que las ESE no tuvieran la capacidad para prestar estos servicios o por incumplimiento comprobado en los resultados pactados entre EPS del régimen subsidiado y la ESE municipal; asimismo en lo relacionado a la prestación de servicios a la población pobre no asegurada por parte de la entidad territorial, a quien se facultaba a contratar estos servicios no solo con las ESE debidamente habilitadas, sino también con otras IPS (Ley 1122 de 2007, 2007).

Además se le asignaron funciones importantes al Ministerio de la Protección Social en la regulación de la prestación de los servicios de salud tales como: requisitos y

procedimientos para la habilitación de nuevas instituciones prestadoras de servicios de salud; implementación de medidas necesarias para evitar la selección adversa y selección de riesgo de los usuarios por parte de las EPS; clasificación de IPS con base en indicadores proporcionados por el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad; y también la potestad para certificar a los municipios capitales de departamentos que no hubieran sido certificados para el manejo autónomo de los recursos con destino a la salud (Ley 1122 de 2007, 2007). En el artículo 33 de esta ley (1122 de 2007), se mencionaba lo relacionado con la formulación del Plan Nacional de Salud Pública para cada cuatrienio, endilgándole a este como objetivo fundamental la atención y prevención de los principales factores de riesgo para la salud y la promoción de condiciones y estilos de vida saludables (Ley 1122 de 2007, 2007).

En este mismo sentido, mediante el decreto 3039 del 10 de agosto de 2007 el Ministerio de Protección Social formuló el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010, el cual tenía como propósito:

*“Definir la política pública en salud que garantizara las condiciones para mejorar la salud de la población colombiana, prolongando la vida y años de vida libres de enfermedad, promoviendo condiciones y estilos de vida saludables, previniendo y superando riesgos para la salud y recuperando o minimizando el daño, entendiendo la salud como derecho esencial individual, colectivo y comunitario logrado en función de las condiciones de salud, bienestar y calidad de vida mediante acciones sectoriales e intersectoriales”.*

Este plan se formuló con el objetivo principal de mejorar las condiciones de salud, bienestar y calidad de vida de la población residente en Colombia, para lo cual adapta una serie de enfoques teóricos conceptuales entre los cuales se mencionaban: *enfoque poblacional, enfoque de determinantes y enfoque de gestión social del riesgo* (Decreto 3039 de 2007 Por El Cual Se Adopta El Plan Nacional de Salud Pública 2007 -2010, 2007). Para le época se definieron cinco líneas de política en salud con la finalidad de mejorar las condiciones de salud de la población las cuales fueron: *la promoción de la salud y la calidad de vida; la prevención de los*

*riesgos; la recuperación y superación de los daños en la salud; la vigilancia en salud y gestión del conocimiento; y la gestión integral para el desarrollo operativo y funcional del Plan Nacional de Salud Pública (Decreto 3039 de 2007 Por El Cual Se Adopta El Plan Nacional de Salud Pública 2007 -2010, 2007).*

En ese Plan Nacional el Ministerio asumió como unas de sus responsabilidades principales *“Realizar, actualizar y divulgar el análisis de la situación de salud de la población colombiana y la capacidad de respuesta sectorial e intersectorial de los actores, con base en investigaciones y en la información generada por el sistema de información de salud y definir, desarrollar, administrar y actualizar el sistema de información de salud.”* (Decreto 3039 de 2007 Por El Cual Se Adopta El Plan Nacional de Salud Pública 2007 -2010, 2007).

En el anexo técnico *Objetivos, metas y estrategias prioritarias en salud*, este Plan Nacional menciona mejorar la salud oral como uno de los objetivos de las prioridades en salud para los colombianos, proponiéndose dos metas específicas en salud oral: *a) lograr un índice de COP promedio a los 12 años de edad menor de 2,3 b) lograr y mantener los dientes permanentes en el 60% de los mayores de 18 años*, proponiéndose en la línea de política número cuatro *Vigilancia en salud y gestión del conocimiento*, el diseño y la ejecución de la IV encuesta Nacional de Salud Bucal – ENSAB IV y el desarrollo de una estrategia de vigilancia centinela para las fluorosis.

Mas adelante en el 2013, mediante la resolución 1841 “se adoptó el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021”, el cual se propuso en su momento como *“una política pública, de gran impacto social que orientara la salud pública del país en los siguientes diez años”*. Tres objetivos principales orientaron este plan decenal: 1) Garantizar el goce efectivo del derecho a la salud para todos; 2) Mejorar las condiciones de vida que modifican la situación de salud y disminuyen la carga de enfermedad existente; y 3) Mantener cero tolerancia frente a la mortalidad, la

morbilidad y la discapacidad evitables (*Resolución N° 1841. “Por La Cual Se Adopta Elplan Decenal de Salud Pública 2012-2021,”* 2013).

Se proponía, igualmente, el abordaje de la salud a través de dos dimensiones transversales y ocho prioritarias. Por un lado, las *dimensiones transversales* fueron la gestión diferencial de poblaciones vulnerables y el fortalecimiento de la autoridad sanitaria para la gestión de la salud; por el otro, entre las *dimensiones prioritarias* estaban la salud ambiental; la sexualidad y derechos sexuales y reproductivos; la seguridad alimentaria y nutricional; la convivencia social y salud mental; la vida saludable y enfermedades transmisibles; la vida saludable y condiciones no transmisibles; la salud pública en emergencias y desastres y la salud en el entorno laboral.

Ahora bien, cabe señalar que la salud bucal fue incluida en la dimensión *vida saludable y condiciones no transmisibles* de la cual hicieron parte los siguientes lineamientos: 1) Promover, desarrollar e implementar una agenda transectorial que elevara como prioridad en las políticas de todos los sectores la promoción de la salud, el control de las enfermedades no transmisibles (ENT) y las alteraciones de la salud bucal, visual, auditiva y comunicativa, a partir de programas socio-sanitarios, para combatir la pobreza y fortalecer el desarrollo socioeconómico; 2) Generar condiciones y fortalecer la capacidad de gestión de los servicios, para mejorar la accesibilidad y la atención integral e integrada de las ENT y las alteraciones de la salud bucal, visual y auditiva, reduciendo brechas en la morbilidad, mortalidad, discapacidad, eventos evitables y en los factores de riesgo modificables; 3) Fortalecer la capacidad del país para gestionar y desarrollar la vigilancia, el monitoreo social y económico de las políticas y las intervenciones de salud pública, en coherencia con el marco global y regional para ENT, incluidas las alteraciones de la salud bucal, visual y auditiva y los Determinantes Sociales de la Salud relacionados; y 4) Apoyar y fomentar el desarrollo de capacidades para la investigación en materia de promoción de la salud, prevención y control de las ENT, incluidas las alteraciones de la salud bucal, visual y auditiva y sus Determinantes

Sociales de la Salud (*Resolución N° 1841. “Por La Cual Se Adopta Elplan Decenal de Salud Pública 2012-2021,”* 2013).

Adicionalmente, en este Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) se invisibiliza en un alto porcentaje la salud bucal, en comparación a lo formulado en la resolución 3039 de 2007 (por la cual se adoptó el plan Nacional de Salud Pública 2007-2010). Además, se observa como en el PDSP la atención a los problemas de salud bucal se plantearon de forma indirecta, vía control de factores de riesgo comunes con otras enfermedades crónicas no transmisibles, además es importante resaltar que su enfoque conceptual se planteó desde los Determinantes Sociales del proceso salud - enfermedad.

#### **2.4.3 De la “seguridad democrática” a la “Prosperidad democrática”: Planes de Desarrollo 2006 – 2010 y 2010 – 2014.**

La preocupación principal del segundo gobierno de Uribe en materia de salud se centraba en dos aspectos principales: el primero era fortalecer la afiliación de los colombianos al SGSSS enfatizando en la ampliación de la cobertura del régimen subsidiado en salud; y el segundo se centraba en la implementación del *Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de Salud*. Ambos aspectos estaban focalizados en grupos poblacionales específicos como la población desplazada, colocándose como metas de salud para el cuatrienio la “universalización del aseguramiento en condiciones de sostenibilidad fiscal y financiera, el incremento de la afiliación al régimen contributivo y la actualización del plan de beneficios en relación con los cambios demográficos, perfil epidemiológico e intervenciones costo efectivas” (Gobierno de la República, 2013). En este marco de preocupación por la *eficiencia y sostenibilidad financiera* se promovieron acciones puntuales como la “*implementación de nuevos mecanismos de contratación y pago; consolidación de sistema de referencia y contrarreferencia dentro de las redes de servicios de acuerdo a capacidad resolutive del punto de atención; implementación de auditorías clínicas y de cuentas*” (Gobierno de la República, 2013). En salud pública, este Plan Nacional de Desarrollo proponía fortalecer la “vigilancia y control de los riesgos, la

promoción de factores protectores y la articulación sectorial e intersectorial sobre los Determinantes en Salud y la generación de información” (Gobierno de la República, 2013).

A lo anterior le siguió el Plan de Desarrollo 2010 - 2014 del primer gobierno de Santos Calderón, el cual se fundamentó en ejes articuladores como la innovación, buen gobierno, mayor relevancia del país en los mercados internacionales y la sostenibilidad ambiental como prioridad y una práctica esencial de bienestar; basando esto en el complejo camino hacia la prosperidad democrática en tres pilares que estuvieron constituidos por un crecimiento sostenido, una estrategia que proponía igualdad de oportunidades para la consolidación de la paz mediante el fortalecimiento de la seguridad, plena vigencia de los Derechos Humanos y el funcionamiento eficaz de la justicia.

En salud, el objetivo principal de este Plan de Desarrollo era proponer la consolidación del aseguramiento en el SGSSS como instrumento para mejorar el acceso y la calidad en la prestación de los servicios y la protección del usuario, teniendo como propósito principal garantizar la sostenibilidad financiera y operativa de los regímenes contributivo y subsidiado, con el fin de determinar lo que la sociedad en su conjunto era capaz de financiar para posibilitar un mejor estado de salud para todos. En la lógica de fortalecer la gestión del riesgo en salud se menciona la importancia de estrategias como la Atención Primaria en Salud (APS) y la medicina familiar; con un talento humano idóneo, competente y funcional a esta lógica, adiestrado mediante formación continua y certificado a través de un sistema creado con este fin. Adicionalmente se proponía la ampliación de cupos y de la oferta de cupos para la formación de especialistas en “áreas clínicas consideradas prioritarias para el país” haciendo un llamado a las IPS y al sector de la formación a participar en esta iniciativa (Plan Nacional de Desarrollo 2010 -2014: Prosperidad Para Todos - Tomo I, 2011).

Finalmente, en este *Plan de Desarrollo* se planteó la importancia de llevar a cabo el *Plan Decenal de Salud Pública* el cual abordaría el enfoque de entornos saludables, la perspectiva de género y el ciclo de vida, diferenciando necesidades específicas de poblaciones con discapacidad, víctimas de la violencia, grupos étnicos, entre otros. Se proponía además la medición y el seguimiento de factores determinantes que contribuyeran a la prevención y control de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles y mantenimiento de los logros relacionados con enfermedades transmisibles y de la nutrición, así como el impulso de intervenciones en salud ocupacional y promoción de entornos laborales saludables (Plan Nacional de Desarrollo 2010 -2014: Properidad Para Todos - Tomo I, 2011). Resaltando con especial énfasis la importancia de la investigación básica y aplicada como “fuentes periódicas de información para el seguimiento y ajuste a las políticas e intervenciones”.

#### ***2.4.4 La OPS/OMS y el Modelo de los Determinantes Sociales de la Salud***

La Organización Mundial de la Salud (OMS) puso en marcha en 2005 la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, con el fin de “analizar datos científicos sobre posibles medidas e intervenciones en favor de la equidad sanitaria y promover un movimiento internacional en este sentido”. Desde la OMS se definieron los Determinantes Sociales de la Salud como “*aquellos factores biológicos, ambientales, sociales, políticos, económicos y culturales que inciden, determinan y condicionan la salud-enfermedad de la población*” (Berlinguer, 2007; Mejía, 2013; World Health Organization (WHO) - CDSS., 2008).

En el informe final de esta comisión en 2008, ya se reconocían las inequidades en salud como aquellas desigualdades injustas, innecesarias y evitables que favorecen resultados adversos en salud y que conducen al deterioro no solo físico y mental, sino también social y económico de las personas.

Se asumía esta inequidad como resultado de la forma como la población crece, vive, trabaja y envejece y del modelo de salud mediante el cual se prestan los servicios de atención; lo cual favorece las exposiciones y vulnerabilidades diferenciales de



las comunidades que conducen a resultados adversos en poblaciones con mayores necesidades y menor capacidad de pago. De tal forma que *“la mala salud de los pobres, el gradiente social de salud dentro y entre los países y las desigualdades sanitarias están provocadas por una distribución desigual, a nivel mundial y nacional, del poder, los ingresos, los bienes y los servicios”* y agrega que “esa distribución desigual de experiencias perjudiciales para la salud no es un fenómeno natural, sino el resultado de una combinación de políticas y programas sociales deficientes, arreglos económicos injustos y una mala gestión política” (World Health Organization (WHO) - CDSS., 2008).

El Informe de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud – CDSS 2008 define ámbitos esenciales de las condiciones de vida e identifica unos factores sociales estructurales e intermedios subyacentes que influyen en ellas, en los que es preciso intervenir. Dentro de los Determinantes Estructurales se incluyen el contexto socioeconómico y político, políticas macroeconómicas, gobernanza, posición socioeconómica, estructura social y clase social. Entre los Determinantes Intermedios se encuentran las circunstancias materiales (condiciones de vida y de trabajo, disponibilidad de alimentos), los factores psicosociales, el sistema de salud, educación, ocupación, ingreso, las relaciones de género y de etnia; y otros más proximales de carácter individual y biológico (estilos de vida del individuo, edad, sexo y factores genéticos) (Diderichsen et al., 2002; World Health Organization (WHO) - CDSS., 2008).

Sin embargo, desde la medicina social y la Salud Colectiva Latinoamericana se realiza una fuerte crítica al enfoque de los Determinantes Sociales por considerar que esta propuesta no busca transformar las estructurales económicas y sociales responsables de las inequidades en salud, sino que tan solo pretende hacer un ajuste a las mismas. De igual forma, se le critica porque se queda corto en sus propuestas por desarrollar mecanismos redistributivos que pueden disminuir algunas inequidades, pero sin tocar el sistema político, social y económico y los procesos que determinan realmente la producción y la reproducción de estas

inequidades; es decir, busca convertir las estructuras sociales en variables y no en categorías de análisis del movimiento histórico de la acumulación configurando, según Breilh, un modelo para trabajar en limitadas y funcionales acciones de gobernanza (Acero et al., 2013; Breilh, 2013; M. Hernández, 2008).

Para el 2009, año en que se realiza la primera fase del diseño del ENSAB IV, las discusiones teóricas en materia de salud en el país, particularmente en las esferas académicas, estaban muy activas debido a, por un lado, la creación en 2005 de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) por parte de la Organización Mundial de la Salud (OMS), con una propuesta conceptual que superaba el Modelo de Determinantes Canadiense de Lalonde; y por otro lado, a la sentencia T-760 emitida por la Corte Constitucional en el 2008, la cual declaraba la salud en Colombia como un derecho fundamental y no solo como un servicio público a cargo del Estado, como había quedado plasmado en la Constitución de 1991. En este contexto coyuntural de gran reflexión y deliberación académica, donde se apuesta a desarrollar una visión amplia del derecho a la salud y a visibilizar lo social como determinante esencial en la configuración de los perfiles de salud y enfermedad tanto individuales como colectivos, estos elementos fueron fundamentales para alimentar el protocolo del diseño del ENSAB IV.

La Universidad de Antioquia institución que había ganado la convocatoria para ser responsable de la realización de esta primera fase de diseño del estudio en 2009 y que había sido una de las líderes en las discusiones sobre Determinantes Sociales de la Salud (DSS) y los diferentes enfoques teóricos desarrollados sobre el tema, optó por asumir en el diseño del ENSAB IV el modelo de la Determinación Social del proceso Salud – Enfermedad (DSSE) propuesto por la Medicina Social y Salud Colectiva Latinoamericana (MSSCL), por estar fundamentado en el materialismo histórico y las teorías críticas provenientes de las ciencias sociales; dicha elección en el diseño se hizo a pesar de que se reconocían los avances del modelo propuesto por la OMS particularmente en la recuperación de la Atención Primaria en Salud

(APS) y en la superación de la noción limitada de los cuatro factores determinantes de la salud propuestos por Lalonde.

Finalmente, para cerrar este capítulo cuarto resalto los siguientes aspectos adicionales del contexto sanitario, histórico y político de la época:

Para comprender este periodo es pertinente ubicar la apuesta económica y política del presidente de Colombia para el 2010, el hoy nobel de paz Juan Manuel Santos el cual acogería la opción de la *Tercera Vía* como una concepción sobre el papel del Estado, que buscaba un camino intermedio y pragmático entre las dos corrientes que lideraron el mundo en el siglo XX: la del *liberalismo clásico*, que propendía por la libertad económica y del individuo basado en la propiedad privada y la del *estatismo* que defendía el control de los medios de producción por parte del Estado y la preponderancia de los derechos colectivos por encima de los individuales; en palabras sencillas según Santos: *el mercado hasta donde sea posible, el Estado hasta donde sea necesario* (Santos, 2019). Lo cierto de todo esto es que el país continuó fortaleciendo aquellas políticas que favorecían a los banqueros, las transnacionales extractivistas y las agroindustrias.

Por otro lado, un acontecimiento importante para resaltar del contexto sanitario en que se circunscribe el ENSAB IV es que en el año 2006 se adopta una serie de lineamientos por parte del Ministerio de Salud y Protección social, los cuales son formulados a través del Plan Nacional de Salud Bucal mediante la resolución 3577 de 2006. Con este plan se buscó proporcionar una atención con mayor integralidad y capacidad resolutive a los problemas de salud bucal de la población colombiana y, adicionalmente, avanzar en los compromisos internacionales adquiridos por el país relacionados con el aporte de unas mejores condiciones de la salud bucal a la salud general (*Resolución Número 3577 De 2006. "Por La Cual Se Adopta El Plan Nacional de Salud Bucal"*., 2006). En este mismo sentido, mediante el decreto 3039 de 2007 "por el cual se adoptó el plan Nacional de Salud Pública 2007- 2010", el cual buscaba "mejorar la salud oral" como una de las prioridades en salud pública para el país; con el fin de lograr este objetivo, se formularon dos metas específicas:

“lograr un índice COP promedio a los 12 años de edad menor de 2.3 y lograr y mantener los dientes permanentes en el 60% de los mayores de 18 años”. Además, dentro de la línea de política N°4, *vigilancia en salud y gestión del conocimiento*, dentro del objetivo tercero de este mismo decreto se propuso el “diseño y ejecución de la IV Encuesta Nacional de Salud Bucal – ENSAB IV”.

En el momento en que se diseñó el protocolo del ENSAB IV, estaba vigente el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010 (PNSP) que asumía una visión de la salud muy centrada en la enfermedad y sus factores causales o de riesgo. En este plan la salud oral era una de las diez prioridades nacionales en salud propuestas en ese momento y los enfoques teóricos que lo sustentaban eran el poblacional, el enfoque de determinantes propuestos por Lalonde y la gestión social del riesgo. Todos estos enfoques compartían un núcleo epistemológico positivista, particularmente el del riesgo en salud, y unas apuestas reduccionistas en *el hacer*, orientadas a la intervención y abordaje de aquellos factores causantes de las enfermedades que podían ser modificados haciendo un énfasis particular en los hábitos y comportamientos de las personas (*Decreto 3039 de 2007. “Por El Cual Se Adopta El Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010”.*, 2007).

A nivel de políticas públicas, para el año 2012 había entrado en vigencia el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 (PDSP), que planteó como objetivos principales: reducir las inequidades en salud, mejorar condiciones de vida y salud y no permitir la morbi-mortalidad y discapacidad evitable. Para cumplir con estos objetivos, este nuevo plan incorporó múltiples enfoques teóricos como el enfoque de derechos, el de los determinantes sociales propuesto por la OMS, el enfoque diferencial por ciclo vital, género y etnia y el enfoque poblacional. En este PDSP, la salud bucal dejó de ser una prioridad explícita y se incorporó a una de las nuevas dimensiones prioritarias denominada *vida saludable y condiciones no transmisibles*. Pese a lo amplio de los enfoques teóricos propuestos, las estrategias concretas que planteó el PDSP para abordar la salud bucal, siguieron centradas en la identificación y control de factores de riesgo modificables sobre todo en la esfera individual, el

autocuidado y la atención clínica (*RESOLUCION 1841 DE 2013 - Plan Decenal de Salud Publica 2012-21, 2013*).

Por otro lado, para el 2013 Colombia se encontraba en una coyuntura social y política importante enmarcada dentro de los diálogos para un posible proceso de paz con la organización subversiva más antigua de Latinoamérica, las Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia - FARC-EP, creadas a partir de las guerrillas liberales en 1964 durante el denominado *Frente Nacional*, cuya cabeza de gobierno para entonces era el conservador Guillermo León Valencia; y también como parte de esta coyuntura durante el gobierno de Juan Manuel Santos, se evidenciaba la posibilidad de una reforma importante en el SGSSS mediante la discusión y posterior aprobación de la denominada ley estatutaria de Salud.

El contexto colombiano desde el 2012 a la actualidad ha estado atravesado por el Acuerdo de Paz entre las FARC-EP y el Estado colombiano (Presidencia de la República & FARC-EP, 2016), quien tras una confrontación de más de 50 años con la guerrilla más representativa en su capacidad militar se llegaría finalmente a un convenio, que en la actualidad sigue siendo renegociado por múltiples aspectos. Un proceso que puso en evidencia a esa sociedad que hemos construido hasta hoy, una sociedad llena de miedos, dolores y odios muchas veces estimuladas por actores políticos que han reproducido su capital político alrededor de la guerra. Un punto histórico como sociedad, fue el “No” al plebiscito por la paz el cual tuvo que llevar a los actores nuevamente a la mesa de negociación a ajustar el acuerdo.

En cuanto al sector salud, el periodo 2010-2014 del gobierno de Juan Manuel Santos se caracterizó por ser un importante escenario preparatorio que tendría como punto cumbre la ley estatutaria de 2015 y la política de atención integral en salud, impulsadas dichas reformas por sentencias de la corte más que por una decidida y evidente voluntad política del poder ejecutivo y legislativo.

El gobierno de Juan Manuel Santos en su Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014, *más empleo, menos pobreza y más seguridad*, recibió un sistema de salud que venía avanzando en el aseguramiento en salud, lo cual se evidenciaba en la afiliación al régimen subsidiado, la cual pasó de 8,5 millones en 1998 a 21.676.620 personas en 2010, mientras que el régimen contributivo pasó de 16.180.193 a 18.116.769 personas (Plan Nacional de Planeación, 2011). Sin embargo, se planteaba que el sistema era insostenible debido a esta proporción de la afiliación R. subsidiado/R. contributivo. En este mismo escenario se debía implementar el mandato de la corte constitucional T-760 que reclamaba la homologación progresiva de los planes de beneficios.

Otro elemento que abordó este gobierno fue el pago de recobros por atenciones fuera del Plan Obligatorio de Salud-POS del régimen contributivo que tuvo un efecto negativo en la sostenibilidad del sistema debido a que, según el análisis de los gobiernos, estos recobros presentados al Fosyga se incrementaron de manera exponencial. En efecto, mientras en el año 2006 se pagaron recobros por \$304.141 millones, en 2009 la cifra ascendió a \$1,81 billones (Plan Nacional de Planeación, 2011).

En cuanto al perfil epidemiológico de la población colombiana, hubo una transformación importante en lo que se refiere a la carga de enfermedad, pues las enfermedades transmisibles tuvieron una disminución y las enfermedades crónicas representaban el 76% y de este porcentaje el 84,2% correspondía a carga por discapacidad.

Desde otra perspectiva, “la mortalidad materna pasó de una razón de 104,9 muertes maternas por 100.000 nacidos vivos en 2000 a 75,6 en 2007; la mortalidad infantil pasó de 27,45 muertes en menores de 1 año por mil nacidos vivos en 1998 a 20,60 en 2008; y la mortalidad en la niñez pasó de 35,13 muertes en menores de cinco años por cada 1.000 nacidos vivos en 1998 a 24,89 en 2008” (Plan Nacional de Planeación, 2011)

En el campo de la salud se desarrolló un periodo de apertura a ideas más progresistas que terminaron configurando el momento cumbre de este periodo, el cual, fue la ley estatutaria en salud la cual reguló el derecho a la salud, con su apuesta para materializar dicho propósito que es fue la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) y al modelo integral de atención en salud (MIAS).

Como objetivo general, la PAIS pretendía trazar la generación de las mejores condiciones de salud de la población, mediante la regulación de la intervención de los integrantes sectoriales e intersectoriales responsables de garantizar la atención en todos sus niveles de complejidad; asimismo, planteó eliminar la fragmentación entre las intervenciones colectivas e individuales integrándolas en redes que están conformadas por Entidades Administradoras de Planes de Beneficio EAPB (MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL & Ministerio de Salud y Protección Social, 2016), entidades territoriales y los prestadores de servicio (públicos, privados y mixtos), quienes deben coordinar y tener coherencia con el PDSD Y PND 2014-2018 contextualizado a lo local. Para esta política se planteó un marco (MIAS) el cual se fundamentó en la Atención Primaria en Salud (APS), el enfoque de salud familiar y comunitaria, la gestión integral del riesgo, el enfoque diferencial para poblaciones y territorios, y por último, el cuidado que estaba a cargo de los individuos (autocuidado y del Estado al regular el sistema).

El modelo planteó unos componentes entre los cuales se destacó la caracterización de la población que se daría a partir de lo definido por el PDSD en cuanto al curso de vida y grupo de riesgo; igualmente, las rutas integrales de atención en salud serían reguladas y obligatorias por parte de las EAPB (entidades territoriales e Instituciones Prestadoras de Salud) y tendrían la tarea de integrar las intervenciones individuales y colectivas, así como la implementación de la gestión Integral del Riesgo en Salud-GIRS. Bajo este modelo se pretendía emprender la tarea de anticipar la ocurrencia de eventos de interés en salud pública, controlar los riesgos

para la salud del individuo, la familia y la comunidad y se adaptaría a las circunstancias particulares de cada territorio en las cuales entrarían en operación las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud, quienes tienen la responsabilidad de actuar en conjunto en un ámbito territorial atendiendo a los requerimientos y procesos del sistema de información, con el objetivo de brindar información pertinente y de gran utilidad para quienes tienen la labor de tomar decisiones. Adicionalmente, se proponía el fortalecimiento del recurso humano y también del campo de investigación.

En referencia al desafío económico y político, se tiene como premisa que quienes elaboran el marco normativo y legislativo del Estado hacen parte de las élites dominantes, dueñas de la gran mayoría de los actores privados del sistema de salud que, según los mismos datos del Ministerio de Salud, representan el 80% de los actores (prestadores o EAPB), lo cual deja en evidencia conflictos de interés de carácter económico.

En cuanto a lo epistemológico, el desafío se puede enmarcar en dos vías. La primera en cuanto a los trabajadores del sector salud que no han sido formados en el enfoque de Determinantes Sociales en Salud ni atención primaria en salud, donde el predominio en los currículos es lo biológico y el centro de desarrollo del conocimiento es la enfermedad y no la salud ni el bienestar. El segundo aspecto es lo que concierne a la traducción del discurso teórico a la práctica de la implementación de los enfoques.

Para terminar esta parte es importante mencionar que en medio de esta trayectoria histórica reciente del sistema de salud, se enmarcó el desarrollo del IV ENSAB, su costo total estimado fue de un valor aproximado de \$11.650.000.000 millones de pesos (República de Colombia. Ministerio de salud y Protección Social., 2015). Este estudio estuvo atravesado por una apertura democrática, que terminó dialogando con modelos epistemológicos contrahegemónicos como la epidemiología crítica de Jaime Breilh.



## **2.5 Los Estudios Nacionales de Morbilidad Oral – Salud Bucal: Un abordaje comparativo**

Este ejercicio comparativo pretende mostrar y contrastar los estudios Nacionales de Morbilidad Oral – Salud Bucal realizados en Colombia a partir de las continuidades en la prácticas repetitivas evidenciadas en el transcurso del tiempo y los aspectos diferentes en cada uno de ellos.

En relación a los actores que hicieron parte en cada una de estas investigaciones se evidencia la activa participación de instituciones como la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina (ASCOFAME) en los dos primeros estudios, esto, debido al interés planificador del Estado Colombiano que incluía una preocupación por saber dónde se encontraba ubicada la población, la situación de morbilidad, los recursos con que contaban las diferentes instituciones, la caracterización de los recursos humanos en salud, los recursos socioeconómicos con el fin de reorientar la educación en salud en general y la educación médica en particular.

Es importante también, resaltar la participación activa de la OMS/OPS en los tres primeros estudios cuyos aportes no fueron solo trayendo asesores sino adicionalmente implementando guías sobre la “ejecución de encuestas de salud oral” las cuales se constituyeron en la partitura que se debía interpretar por los actores participantes, sin embargo, para el último de los estudio los actores participantes se apartaron de estos lineamientos y propusieron un abordaje innovador a partir de la determinación social del proceso salud enfermedad. Otro elemento que se evidenció en el ENSAB IV fue la falta de articulación entre el diseño del estudio y su ejecución, por cuanto fueron dos instituciones diferentes las encargadas de realizar estos procesos, generándose varios inconvenientes como lo refieren algunos de los actores entrevistados al respecto y adicionalmente también se evidenció por parte del Ministerio de Salud y Protección Social una importante resistencia para ejecutar el diseño contratado propuesto por la UdeA desde el enfoque de la Determinación Social del proceso salud - enfermedad.

En cuanto a la forma como se realizó el análisis de la información recolectada en los cuatro estudios nacionales de morbilidad oral salud bucal, se observa, como en los tres primeros el procesamiento de los datos fue mediante estadística descriptiva de corte cuantitativa a partir de indicadores de daño tradicionales, sin embargo, para el cuarto estudio adicionalmente a los anteriores componentes se realizó un análisis de desigualdades según fracción social a partir de índices clínicos y un abordaje cualitativo mediante seis casos tomados de cada una de las regiones, con lo cual se pretendía aportar elementos adicionales para la comprensión que se tenía del sentido de la salud bucal, sin embargo, el ejercicio cualitativo a pesar de sus innegables aportes tuvo varias limitaciones, inconvenientes como lo refieren en las entrevistas realizadas algunos de los actores que tuvieron a su cargo este componente, el cual quedo finalmente invisibilizado como un anexo adicional en la socialización final de los resultados realizada por funcionarios del Ministerio de Salud y protección Social en diferentes escenarios académicos.

En relación a la extensión de la muestra a la población y territorios encuestados se observó como en los dos primeros estudios no se llegó a los denominados territorios nacionales (intendencias y comisarias) con argumentos como la dificultad de acceso, o el costo para llegar a esos territorios, aparentemente hubo un argumento de racionalización en los dos primeros estudios en los cuales no se incluyeron los municipios cuyo número de habitantes era considerado pequeño, es así como se pasaron por alto, sin realizar mucho esfuerzo por conocer las condiciones bucales de estas poblaciones.

En cuanto a la división política administrativa se pasó de 18 departamentos en 1965-66 a 32 departamentos en 2013-14 con un aumento de las Unidades Primarias de Muestreo (UPM) y la inclusión en el ENSAB IV de adultos de todos los grupos de edad del ciclo vital y adicionalmente niños menores de 5 años y gestantes entre 20 y 49 años.

La muestra evidenció un importante aumento paulatino de las personas examinadas pasando estas de cinco mil veintiséis personas (5.026) en el Estudio de Morbilidad 1965-66 a más de veinte mil personas en el ENSAB IV. En este último, a diferencia de los anteriores Estudios Nacionales de Morbilidad Oral – Salud Bucal se propuso incluir de manera novedosa categorías como inserción social, modos de vida, estilos de vida afines al enfoque propuesto desde la “Determinación Social del proceso salud – enfermedad” las cuales permitirían reconocer las mediaciones existentes entre los modos de vivir, enfermar y morir de las personas sus condiciones socioeconómicas y los estilos de vida que los caracterizaba, sin embargo el alcance final del estudio mostró limitaciones en el análisis de las categorías propuestas, quedando estas reducidas a variables entendidas como factores de riesgo adicionales para presentar eventos adversos de morbilidad bucal.

Por otro lado, al observar los aspectos clínicos incluidos se evidenció una mayor complejidad en los análisis y un mayor número de condiciones clínicas observadas de manera progresiva desde el estudio de morbilidad del 65 -66 hasta el ENSAB IV, lo cual se intuye está muy de la mano con el despliegue de la fuerza de la profesión en el desarrollo histórico de diferentes tipos de conocimiento y organización de comunidades académicas en torno a las especialidades clínicas. En donde, se observa que las decisiones técnicas alrededor de los indicadores de daño abordados dejan ver como ellos vislumbran posibles intervenciones, el desarrollo de nuevos conocimientos y la complejización de los análisis.

Los resultados muestran como a pesar que en el caso de caries la presencia de caries sin tratar ha ido disminuyendo desde el primero al cuarto estudio y el componente obturados se ha aumentado de manera inversamente proporcional al anterior evidenciando probablemente un mejor acceso a los servicios odontológicos de carácter curativo sobre todo en áreas rurales y zonas alejadas sin embargo la experiencia de caries ha permanecido muy elevada a través del tiempo; el componente perdidos por caries se ha mantenido en niveles elevados con un promedio aproximado de cinco dientes permanentes perdidos por persona según el

ultimo estudio. En el caso de la enfermedad periodontal aunque los criterios de diagnóstico han cambiado bastante desde los dos primeros estudios en relación al tercero y de este con el ENSAB IV, sin embargo la tendencia al aumento en la prevalencia de 72% en el cuarto estudio es preocupante teniendo en cuenta que un tercio de las pérdidas dentales se deben al avance de enfermedades periodontales no tratadas o sobretratadas con el objetivo de implementar terapias muy acordes a la odontología actual de mercado como la terapia con implantes dentales.

En el anexo N° 8 se muestra una comparación entre los cuatro estudios nacionales de morbilidad oral – salud bucal a partir de criterios relacionados con los actores institucionales que participaron en cada uno de ellos, el análisis de la información propuestos en cada momento, la población y los territorios incluidos, características de la muestra, aspectos clínicos e indicadores incluidos y algunos de los resultados presentados.

### **3. A MANERA DE DISCUSIÓN: PRÁCTICAS MINISTERIALES EVIDENCIADAS EN LOS ESTUDIOS NACIONALES DE MORBILIDAD ORAL – SALUD BUCAL**

En esta parte se describirán las principales prácticas ministeriales evidenciadas en la formulación y ejecución de los estudios nacionales de morbilidad oral salud bucal realizadas en Colombia, analizadas a partir de las categorías propuestas por el enfoque neoinstitucional tales como *arreglos institucionales, comunidades del discurso y dependencia de la trayectoria*.

La discusión propuesta a partir de las prácticas ministeriales evidenciadas están relacionadas con estos aspectos: i) El reclutamiento del recurso humano encargado del diseño y la ejecución de los estudios nacionales de morbilidad oral – salud bucal, ii) imposición de enfoques en salud pública desde organizaciones sanitarias internacionales, iii) el adiestramiento y capacitación en áreas consideradas de fundamental importancia (epidemiología, bioestadística, administración y

planificación), iv) el acatamiento a los conceptos emitidos por los expertos – asesores y la resistencia a la innovación favorecido por el llamado isomorfismo normativo.

La forma como ha sido reclutado el recurso humano configura una práctica que obedeció más a criterios como recomendaciones personales que a una convocatoria pública amplia y abierta que permitiera la participación de profesionales provenientes de diferentes escuelas de formación, lo cual se hace evidente en lo referido por los actores participantes en las entrevistas semiestructuradas realizadas, los cuales manifestaron que el mecanismo más frecuente de reclutamiento fue mediante la recomendación entre colegas y conocidos, sin embargo, en el ENSAB IV, si se realizó una convocatoria pública, lo cual sin duda, favoreció el ingreso de nuevas ideas en el diseño de este estudio el cual se planteó con una metodología desde la epidemiología crítica incorporando un componente cualitativo que pretendía indagar por modos y estilos de vida relacionados con la situación de salud bucal, lo cual planteó un abordaje innovador diferente a los anteriores pero que no pudo ejecutarse de manera adecuada debido a la resistencia por parte de la institución ministerial a implementar el estudio con un enfoque diferente a la postura oficial y por otra parte debido a las dificultades en la operacionalización de la categoría inserción social manifestada por parte de la institución ejecutora de esta fase del estudio. En este mismo sentido Pierson, muestra cómo se establecen rigideces institucionales que impiden escapar a los actores involucrados de ciertas rutas establecidas (dependencia del sendero) que genera una continuidad y que se afianza a medida que transcurre el tiempo, generándose una secuencia donde se identifica un “punto de partida”, posteriormente se fortalece la generación de “dependencia sensible de las condiciones iniciales” y una “retroalimentación positiva” de tal manera que el sendero transitado es asumido como el camino natural y por consiguiente, no se cuestiona (Pierson, 2000).

En cuanto a la forma como se realizó el análisis de la información recolectada en los cuatro estudios nacionales de morbilidad oral salud bucal, se observa, como en los tres primeros el procesamiento de los datos fue mediante estadística descriptiva de corte cuantitativa a partir de indicadores de daño tradicionales, sin embargo, para el cuarto estudio adicionalmente a los anteriores componentes se realizó un análisis de desigualdades según fracción social a partir de índices clínicos y un abordaje cualitativo mediante seis casos tomados de cada una de las regiones, con lo cual se pretendía aportar elementos adicionales para la comprensión que se tenía del sentido de la salud bucal, sin embargo, el ejercicio cualitativo a pesar de sus innegables aportes tuvo varias limitaciones e inconvenientes, como lo refieren en las entrevistas realizadas algunos de los actores que tuvieron a su cargo este componente, el cual quedó finalmente invisibilizado y dejado de lado como un anexo adicional, lo cual se evidenció incluso en la socialización de los resultados realizada por funcionarios del Ministerio de Salud y protección Social, en diferentes escenarios académicos, restándosele la relevancia a este componente y a la importancia de fortalecerlo para incluirlo en las futuras investigaciones.

Adicionalmente, en el ENSAB IV el discurso oficial adoptado por parte del Ministerio de Salud y Protección Social fue el de los *Determinantes Sociales del proceso salud enfermedad*, propuesto por la OMS a través de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud que en 2008 publicó el informe final “*Subsanar las desigualdades en una generación: Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los Determinantes Sociales de la Salud*” y que posteriormente fue enunciado a través de diferentes documentos oficiales publicados por el ministerio como el *Plan Decenal de Salud Pública 2012 -2021*, además, este enfoque pretendió ser incorporado sin éxito en el ENSAB IV, porque como lo mencionamos atrás, este último estudio se formuló en su diseño con un enfoque diferente, una propuesta planteada desde la *Determinación Social*, que sin embargo, en la ejecución del estudio no se logra operativizar, ni tampoco desarrollarse de manera adecuada la propuesta plasmada por el enfoque oficial de los Determinantes Sociales quedando

finalmente reducido lo mostrado por el ministerio en diferentes escenarios a un análisis desde el enfoque de riesgo en salud.

En este mismo sentido, en sus reflexiones sobre “El Nuevo Institucionalismo Histórico y las Políticas Sociales” Farfán Mendoza, menciona como en los orígenes del Seguro Social en México se evidencio la influencia de una fuerte corriente internacional que favoreció la implementación de este sistema en el país azteca, concluyendo el autor que “los organismos internacionales actúan como poderosos centros difusores de ideas y ejercen una gran influencia sobre las preferencias y sobre la elección de políticas por parte de los tomadores de decisiones” configurándose como importantes e influyentes comunidades de discurso (Farfán, 2007).

Adicionalmente, a los elementos mencionados en los párrafos anteriores en el trabajo de Bedoya Ruiz, se muestra como una práctica institucional frecuente en salud, es que organizaciones sanitarias internacionales impongan sus intereses en salud pública en los llamados *países en vías de desarrollo* sobre las necesidades de las personas y por encima de lo evidenciado en los contextos locales (Bedoya-ruiz et al., 2020).

En relación a los discursos dominantes en cada uno de estos estudios se muestra por ejemplo como en los dos primeros el interés planificador y de administrar los recursos de manera eficiente por parte del Estado colombiano, lo cual incluía una preocupación por saber dónde se encontraba ubicada la población, la situación de morbilidad, los recursos con que contaban las diferentes instituciones, la caracterización de los recursos humanos en salud, los recursos socioeconómicos con el fin de reorientar la educación en salud en general y la educación médica en particular, adicionalmente se muestra como a través de la OPS y su equipo de asesores, el discurso del preventivismo es difundido y afianzado con la creación de los departamentos de odontología preventiva y social en diferentes escuelas de formación en la región.

Adicionalmente en los discursos mostrados en la socialización de los resultados realizada por el Ministerio en diferentes escenarios académicos, la institución resalta la preponderancia por mostrar la situación de salud bucal basándose en indicadores tradicionales, resaltando la epidemiología tradicional como herramienta fundamental y eje central de las mediciones, quedándose de esta manera cortos los análisis relacionados con la comprensión de la relación de los modos de vida y estilos de vida con las condiciones de salud bucal de los colombianos.

Es así como se implementa el fortalecimiento de funciones de adiestramiento y capacitación del recurso humano en escuelas de formación predeterminadas especialmente en aquellas áreas de la salud Pública consideradas de mayor relevancia como epidemiología, bioestadística, planificación y administración en salud pública, para luego ser reclutado este recurso humano así formado, en los equipos técnicos encargados del diseño y la ejecución de los estudios, con el objetivo de incorporar estos saberes – ideas en los estudios nacionales, lo cual puede ser considerado como arreglos gestados al interior de la institución ministerial en cooperación con los organismos internacionales de salud, práctica muy frecuente y considerada la vía a transitar por el ministerio de Salud Pública desde su creación en 1953 como lo menciona Téllez en su tesis para optar por el título de magister en Salud Pública “Reconstrucción Histórica del Proceso de Creación del Ministerio de Salud Pública en Colombia”(Téllez P, 2011).

En el siguiente párrafo resalto, que en los tres primeros estudios nacionales de morbilidad oral – salud bucal, se evidenció de acuerdo con el testimonio de los actores participantes entrevistados y de los documentos consultados, que la incorporación de los asesores internacionales fue realizada por el Ministerio de Salud, de la mano con la Organización Panamericana de la Salud, mostrándose a través de los resultados presentados como, estos expertos llegaron al estudio de morbilidad oral 1977-80 y al ENSAB III, a ejecutar la partitura predeterminada que



fueron las guías publicadas por la OPS/OMS denominadas *encuestas de salud oral: métodos básicos*.

De tal forma, que el acatamiento de los conceptos emitidos por los expertos-asesores han actuado a través del tiempo como poderosas reglas institucionales, configurándose como estándares de obligatorio seguimiento a partir de los cuales se realizó la formulación y la ejecución de los estudios nacionales. Lo anterior se muestra de igual manera en la investigación realizada por Téllez, en su tesis de maestría “Reconstrucción Histórica del Proceso de Creación del Ministerio de Salud Pública en Colombia” la cual encontró en este mismo sentido la gran influencia que tuvo el acatamiento a los conceptos de expertos en la adopción de la nueva estructura organizacional del Ministerio de Salud Pública previo a su creación en el año de 1953 (Téllez Pedroza, 2011).

Finalmente la trayectoria mostrada en esta línea de tiempo de 50 años, evidencia como los arreglos y los discursos presentados ejercen unas fuerzas inerciales al interior de la institución que generan un aparente equilibrio resistente al cambio en contra de las alternativas que plantean ideas innovadoras como se muestra por ejemplo en ENSAB III cuando se propone por parte del equipo técnico una forma diferente de presentar el informe final organizado en capítulos no por las patologías como en los dos anteriores, si no con una mirada desde los sujetos por grupos del ciclo vital humano y esto no se pudo realizar, debido a la resistencia de los representantes de la institución ministerial obligándolos a replantear el informe de acuerdo a los lineamientos preestablecidos, o también lo mostrado en el ENSAB IV cuando se presenta por parte del ministerio una resistencia fuerte para desarrollar y operativizar el enfoque desde la *determinación social* como había sido propuesto en el diseño del estudio.

Esta normalización de saberes que son formulados desde organismos internacionales, son considerados la mayoría de las veces como estándares de obligatorio seguimiento (Isomorfismo normativo) para su posterior adopción en el

diseño y ejecución de los estudios nacionales de morbilidad oral- bucal, generándose lo que Dimaggio y Powell, describen como la jaula de hierro la cual es descrita como una estructura poco flexible que impide la innovación en las instituciones, este isomorfismo institucional creciente en las institución ministerial, es legitimado a través de prácticas rutinarias, discursos, guías, etc (Dimaggio & Powell, 1999). Estos elementos son mostrados de igual manera en el trabajo desarrollado por Suarez y Urbiola quienes realizan un estudio de caso en un hospital regional de Colombia, las investigadoras identifican la necesidad de legitimación institucional como un factor determinante que favorece el isomorfismo, para lo cual los actores involucrados van realizando acuerdos tácitos que apuntan al cumplimiento de los requerimientos formulados por la institución rectora (Suarez-Pineda & Urbiola-Solís, 2019)

En este mismo sentido el trabajo de Theda Skocpol, 1985 “Bringing the State Back In: Strategies of Analysis in Current Research” en su análisis sobre la influencia del Estado (representado este por sus instituciones) sobre la sociedad civil, generalmente se evidencia a través de aspectos como el establecimiento de políticas de largo plazo establecidas por las burocracias especialmente las de carrera, de tal manera que según esta investigadora en muchas de las decisiones públicas se imponen los intereses y percepciones que las burocracias tienen sobre la realidad, de tal forma que se asegura de esta manera que nuevas ideas provenientes de grupos no dominantes sean neutralizadas (Skocpol, 1992).

Estos elementos en juego muestran una institución ministerial anclada a unas formas de pensar y hacer en salud, que toman forma a través de unas prácticas rutinarias que se reproducen a través del tiempo y de las cual es difícil apartarse debido a unas fuerzas que actúan al interior y generan unos amarres que atan a la institución a una trayectoria de la cual parece no estar interesada en alejarse a pesar que se ha mostrado por parte de los equipos participantes formas alternativas de entender y abordar la salud bucal.

#### 4. CONCLUSIONES

Dando respuesta a la pregunta de investigación planteada se identificaron una serie de prácticas ministeriales rutinarias en los estudios Nacionales de Morbilidad Oral – Salud Bucal realizados en Colombia las cuales parecen actuar como fuerzas de amarre al interior de los estudios que han impedido el desarrollo de propuestas alternativas.

La primera de ellas es la relacionada con los mecanismos de reclutamiento del recurso humano, que de acuerdo a lo manifestado por los actores participantes en las entrevistas realizadas obedeció más a criterios de recomendación personal que una convocatoria pública que permitiera la participación amplia por parte de equipos provenientes de diferentes escuelas de formación con ideas y discursos alternativos e innovadores.

La imposición de enfoques en salud pública desde organizaciones internacionales es otra de las prácticas evidenciadas en los estudios nacionales de morbilidad oral-salud bucal, en la que a través de documentos técnicos, guías, conceptos de expertos – asesores se difunden ideas y discursos como el preventivismo, el riesgo en salud y más recientemente el enfoque de los Determinantes Sociales de la salud, los cuales se constituyen en estándares teórico metodológicos de obligatorio cumplimiento.

En el diseño y ejecución de los estudios es evidente, la hegemonía de un modelo biomédico basado en el análisis de la enfermedad, para lo cual se usan indicadores clínicos de morbilidad que muestran una parte de los problemas, pero son insuficientes para visibilizar la relación entre modos y estilos de vida y la situación de salud bucal, lo cual se relaciona de manera estrecha con la predilección reflejada por el uso de herramientas metodológicas basadas en indicadores de daño como única forma de aproximarse al análisis de la situación de salud de la población.

En los tres primeros estudios principalmente, se formulan unos lineamientos predeterminados para el adiestramiento y capacitación del recurso humano en ciertos centros difusores de discursos e ideas en diferentes regiones de Latinoamérica, los cuales implementaban el entrenamiento en ciertas áreas consideradas importantes como la epidemiología, la bioestadística, la planeación y la administración eficiente de los recursos, las cuales eran consideradas como herramientas fundamentales en el camino hacia la modernización del Estado y en la racionalización de los recursos, con este objetivo se crean centros de formación, se otorgan becas académicas y se formulan metodologías específicas.

Otra práctica ministerial es el acatamiento a los conceptos de los expertos-asesores como estándares de obligatorio cumplimiento (Isomorfismo normativo), que se materializa a través de guías, seminarios, calibraciones y estandarizaciones, lo cual es evidente en los estudios nacionales de morbilidad oral – salud bucal, pero, especialmente en los tres primeros, donde se observa una normalización de saberes formulados desde organismos internacionales para su posterior adopción en el diseño y ejecución de los estudios mencionados.

Ejemplo de lo anterior se evidencia sobre todo en los tres primeros estudios en los cuales, la OMS/OPS a través de sus asesores venían con un libreto predeterminado, una forma de realizar los estudios el llamado patrón universal, que limitaba aspectos como las edades a incluir, la forma de presentar el informe, las patologías a estudiar para determinar la situación de salud bucal de la población.

Finalmente, es importante resaltar como las prácticas ministeriales se constituyen en un espacio que revela las condiciones de reproducción de un orden epistemológico y que muestra una influencia importante en la formulación de políticas públicas.

## 5. RECOMENDACIONES FINALES

A la institución de salud encargada de formular el diseño y realizar la ejecución de los próximos estudios, la evidencia muestra que los diseños metodológicos a implementar necesariamente requieren utilizar herramientas tanto cuantitativas como cualitativas para poder comprender no solo la situación de enfermedad a través de la medición de morbilidad, sino también comprender las condiciones sociales, económicas, culturales y políticas que determinan los modos y estilos de vida de las personas y la relación con los resultados en su salud bucal.

A las instituciones académicas, es importante aprovechar de mejor manera los resultados para realizar análisis complementarios en profundidad, con el objetivo de realizar una difusión masiva de dichos análisis en diferentes instituciones, no solo académicas, de modo que esto permita una apropiación de estos nuevos enfoques teórico-metodológicos por diferentes actores de la sociedad.

Al Ministerio de Salud y Protección Social, le queda la tarea pendiente de fortalecer la medición y los análisis de desigualdades en salud bucal no solo como un enunciado descriptivo, sino articulado también con la situación de salud bucal.

Es importante ajustar por parte de la institución ministerial los mecanismos de reclutamiento de los actores encargados del diseño y ejecución de los estudios, de tal manera que se favorezca la incorporación de nuevos discursos e ideas y también es importante alejarse del seguimiento obligatorio a estándares predeterminados que impiden el desarrollo de alternativas innovadoras.

Es importante realizar estudios adicionales donde se evidencie y se tome conciencia de la influencia de las prácticas ministeriales rutinarias asumidas institucionalmente en la forma de abordar la investigación en el país.

Finalmente, se requiere una institución ministerial liderada por funcionarios convencidos de que las encuestas que se realizan en el país no se deben seguir haciendo para explorar la morbilidad como eje central y único, sino que deben incluir elementos adicionales para el análisis como salud, bienestar y calidad de vida.

## 6. BIBLIOGRAFÍA

- Acero, M., Caro, I., Henao, L., Ruiz, L., & Sánchez, G. (2013). Determinantes Sociales de la Salud: postura oficial y perspectivas críticas. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 31(1), 103–110.  
<http://www.udea.edu.co/portal/page/portal/SedesDependencias/SaludPublica>
- Alba Nickel, D., Bidigaray, B., & García, F. (2008). *Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil*. 24(2), 241–246.
- Almeida- Filho, N., Castiel, L., & Ayres, J. (2009). Riesgo: Concepto básico de la epidemiología. *Salud Colectiva*, 5(3), 323–344. <https://doi.org/10.1590/S1851-82652009000300003>
- Almeida-Filho, N., & Barreto, M. (2012). *Epidemiologia Social en: Epidemiologia & Saude. Fundamentos, Métodos, Aplicações*.
- Almeida Filho, N. (1992). *Epidemiología sin números Una introducción crítica a la ciencia epidemiológica*. OPS/OMS.
- Almeida Filho, N. (2007). Por una epidemiología con (más que) números: cómo superar la falsa oposición cuantitativo-cualitativo. *Salud Colectiva*, 3, 229–233.
- Alvarez, L. (2012). Lifestyles : from the individual to the context. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública.*, 30(1), 95–101.
- Báez P, G. (2013). HACIA UNA COMPRENSIÓN DEL ESTADO, PRESENTE EN EL RÉGIMEN DE COALICIÓN BIPARTIDISTA DEL FRENTE NACIONAL EN COLOMBIA (1958 – 1974). *Revista Temas*, 53(9), 113–121.
- Barradas B, R., De Almeida Filho, N., & Barreto, M. (2012). Epidemiologia Social. In *Epidemiologia & Saude. Fundamentos, metodos, Aplicacoes* (pp. 375–385).
- Barrera, E., Rodríguez, J., & Bedoya, J. (2008). *Las Reformas Administrativas de los Ministerios del Interior, Educación y Salud 1991-1998: Un análisis institucional* (Escuela Superior de Administración Pública (ed.)). Escuela Superior de Administración Pública.
- Baxter, R., Hastings, N., Law, a., & Glass, E. J. . (2008). [ No Title ]. *Animal Genetics*, 39(5), 561–563.

- Bedoya-ruiz, L. A., Agudelo-suárez, A. A., Restrepo-Ochoa, D., & Henao-Villegas, S. (2020). PRÁCTICAS INSTITUCIONALES EN SALUD EN MATERNAS SEGÚN CLASE SOCIAL. BOGOTÁ, COLOMBIA, 2018. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 71(4), 323–344.  
<https://doi.org/10.18597/rcog.3497>
- Beltrán, M. (2011). De lo oral a lo bucal en la odontología. *Revista Colombiana de Investigación En Odontología*, 2(5), 56–66.
- Berkman, L. F. (2004). Seeing the forest and the trees: New visions in social epidemiology. Editorial. *American Journal of Epidemiology*, 160(1), 1–2.  
<https://doi.org/10.1093/aje/kwh210>
- Berlinguer, G. (2007). Determinantes sociales de las enfermedades. *Rev. Cub. Salud Pública*, 33(1), 1–14. <https://doi.org/10.1590/S0864-34662007000100003>
- Bernabé, E., & Marcenes, W. (2011). Income inequality and tooth loss in the United States. *Journal Dental Research*, 90(6), 724–729.
- Bochetti, C., Artega, J., & Palacios, M. (2005). *HOSPITAL UNIVERSITARIO - DESDE SAN JUAN DE DIOS HASTA LA CONSTRUCCION DE UN NUEVO PROYECTO.pdf*. Universidad Nacional de Colombia.
- Botazzo, C. (2006). Sobre a bucalidade : notas para a pesquisa e contribuição ao debate On the concept of buccality : notes for research and contribution to the debate. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11(1), 7–17.
- Breilh, J. (1998). La sociedad , el debate de la modernidad y la nueva epidemiología. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 1(3), 207–233.  
<https://doi.org/10.1590/S1415-790X1998000300002>
- Breilh, J. (2000). *Breves notas y reflexiones metodológicas sobre informalidad y problemas metodológicos relacionados*.
- Breilh, J. (2003). *Epidemiología Crítica - Ciencia Emancipadora e Interculturalidad*.
- Breilh, J. (2004). *Breve Recopilacion sobre operacionalizacion de la clase social para encuestas en la investigacion social en Ecuador*.



- Breilh, J. (2008). Latin American critical ('Social') epidemiology: New settings for an old dream. *International Journal of Epidemiology*, 37, 745–750.  
<https://doi.org/10.1093/ije/dyn135>
- Breilh, J. (2010). La epidemiología crítica : una nueva forma de mirar la salud en el espacio urbano. *Salud Colectiva*, 6(1), 83–101.  
<https://doi.org/dx.doi.org/10.1590/S1851-82652010000100007>
- Breilh, J. (2013). La determinacion social de la salud como herramienta de transformacion hacia una nueva salud publica (salud colectiva). *Revista Facultad Nacional de Salud Publica*, 31(1), 13–27.  
<http://www.udea.edu.co/portal/page/portal/SedesDependencias/SaludPublica>
- Cabrera, G. A. (2004). Teorías y modelos en salud pública del siglo XX. *Colombia Médica*, 35(3), 164–168.
- Capel Narvai, P., & Ferreira, J. L. (2010). *Dental health policies in Brazil and their impact on health inequalities*. 44(2), 1–6.
- Chaves, M. (1960). *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana: La Enseñanza de los Aspectos Preventivos, Sanitarios y Sociales de la Odontología en los cursos de Formación Profesional*.
- Chaves, M. (1962). *Odontología sanitaria*. Oficina Sanitaria Panamericana.
- Cháves, M. (1958). El concepto de la Odontología Sanitaria. *Revista Brasileira de Odontología*, 16(93), 472–481.
- Chaves, M. M. (1962). *Odontologia sanitaria*. OPS-Fundación Kellogg *Publicaciones Científica*; n.63, 599.  
<http://pesquisa.bvsalud.org/bvsmis/resource/pt/mis-18477>
- Chaves, S. C. L. (2012). Oral health in Brazil: the challenges for dental health care models. *Brazilian Oral Research*, 26 Suppl 1, 71–80.  
<https://doi.org/10.1590/S1806-83242012000700011>
- Collazos, C. F. (2007). *E l E s t a d o d e b i e n e s t a r*. 2, 45–54.
- Congreso de la Republica de Colombia. (1993). *Ley 100 de 1993. “por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones.”*

<http://www.scopus.com/inward/record.url?>

- Consejo Nacional de Política Económica y Planeación. (1961). *Plan general de desarrollo económico y social*.
- Costa, S. M., Martins, C. C., Bonfim, M. D. L. C., Zina, L. G., Paiva, S. M., Pordeus, I. a., & Abreu, M. H. N. G. (2012). A systematic review of socioeconomic indicators and dental caries in adults. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 9(10), 3540–3574.  
<https://doi.org/10.3390/ijerph9103540>
- Creswell, J. W. (n.d.). *QUALITATIVE*.
- Dalglish, T., Williams, J. M. G. ., Golden, A.-M. J., Perkins, N., Barrett, L. F., Barnard, P. J., Au Yeung, C., Murphy, V., Elward, R., Tchanturia, K., & Watkins, E. (2007). [ No Title ]. *Journal of Experimental Psychology: General*, 136(1), 23–42.
- de Lima, M. F., & da Silva, K. C. (2012). Social disparity and oral health \*. *Brazilian Oral Research*, 26(1), 17–24.
- De Sousa, C., Teixeira, M., & Crisóstomo, M. (2009). Brazilian Oral Health Survey (SB Brazil 2003): data do not allow for population estimates, but correction is possible. *Cad. Saúde Pública*, 25(1), 47–58.
- De Sousa Queiroz, C. R. (2009). *Saúde Bucal no Brasil : Correção e complementação do desenho amostral da pesquisa SB Brasil 2003 e sua aplicação no estudo sobre uso de serviços odontológicos*. Fundacion Oswaldo Cruz.
- Denzin, N., & Lincoln, Y. (2005). *The Sage Handbook of Qualitative Research*. (Third edit).
- Plan Nacional de Desarrollo 2010 -2014: Properidad para todos - Tomo I, Pub. L. No. Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014, 541 (2011).
- Deubel, A. R. (2008). Perspectivas teóricas para el análisis de las políticas públicas : ¿De la razón científica al arte retórico ? *Estudios Políticos*, 33, 67–91.

- Dever, A. (1976). An Epidemiological Model for Health Policy Analysis. *Social Indicators Research*, 2, 455–457.
- Diderichsen, F., Evans, T., & Whitehead, M. (2002). *El desafío de la falta de equidad en Salud. De la ética a la acción*.
- Diez Roux, A. V. . (1998). Hacia la recuperación del contexto en epidemiología: variables y falacias en el análisis multinivel. *American Journal of Public Health*, 88(21), 216–222.
- Diez Roux, A. V. (2007). En defensa de una epidemiología con números. *Salud Colectiva*, 3, 117–119. <https://doi.org/10.1590/S1851-82652007000200001>
- Dimaggio, P., & Powell, W. (1999). *El nuevo institucionalismo en el análisis organizacional* (U. A. del E. de México (ed.); primera ed). Fondo de Cultura Económica de México.
- Ley 12 de 1973 “Por la cual se ordena al Gobierno la elaboración del Plan Hospitalario Nacional, y se dictan otras disposiciones,” 1 (1963).
- Ley 1122 de 2007, 1 (2007).
- Ley 100 de 1993 “Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones,” 1993 (1993).
- Decreto-1423-de-1960 “Por el cual se reorganiza el Ministerio de Salud Pública y se adscriben los negocios de que debe conocer,” 1 (1961) (testimony of El Presidente de la República de Colombia”).
- Decreto-643-de-1961- “Por el Cual se organiza el Instituto Nacional de Salud,” 1 (1961) (testimony of El Presidente de la República de Colombia).
- Decreto 2470 de 1968, 1 (1968).
- Decreto 350 de 1975, 1 (1975).
- Decreto 3039 de 2007 por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública 2007 -2010, 1 (2007).
- Eslava-castañeda, J. C. (2004). *Buscando el Reconocimiento Profesional, la Salud Pública en Colombia en la primera mitad del siglo XX*. (Instituto de Salud

- Pública (ed.)). Universidad Nacional de Colombia.
- Eslava, J. C. (2006). Repensando la promoción de la salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. *Revista de Salud Pública*, 8, 106–115.  
<https://doi.org/10.1590/S0124-00642006000500009>
- Estrada Álvarez, J. (2006). Las reformas estructurales y la construcción del orden neoliberal. In *Los desafíos de las emancipaciones en un contexto militarizado*.
- Fagundes, C. (2009). *A narrativa como recurso de ligação entre clínica e saúde coletiva : ampliando olhares sobre saúde-doença*. Acta Académica.
- Farfán, G. (2007). El nuevo institucionalismo histórico y las políticas sociales. *Polis*, 3(1), 87–124.
- Fernández, S. (2007). La violencia de género en las prácticas institucionales de salud: afectaciones del derecho a la salud y a las condiciones de trabajo en salud. *Revista Gerencia y Políticas En Salud*, 6(12), 52–76.
- Freire, M., Guimarães, S., Figueiredo, N., Peres, K., Moreira, R., & Ferreira, J. L. (2014). Individual and contextual determinants of dental caries in Brazilian 12-year-olds in 2010. *Revista de Saúde Pública.*, 47(Supl 3), 40–49.  
<https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2013047004322>
- García-ruiz, S., Díaz-hernández, T., Rozo-lesmes, P., & Espinosa, G. (2010). El enfoque poblacional : las personas como centro de las políticas. *Revista de Investigaciones En Seguridad Social y Salud.*, 12, 129–142.
- Gil, J. (2013). Capítulo I. Nacimiento y Crecimiento de una Escuela de Salud Pública en Medellín. In *Por la Salud del Pueblo* (p. 321).
- Gil, J. B. (2013). *Por la salud del pueblo* (Vieco SAS (ed.)).
- Giraldo, A., Toro, M., Macias, A. M., Valencia, C., & Palacio, S. (2010). La promoción de la salud como estrategia para el fomento de estilos de vida saludables. *Hacia La Promoción de La Salud*, 15(1), 128–143.
- Gobierno de la República. (2013). Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018. In *Segob*. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>

- Gómez, R. (2002). La noción de "Salud Pública": consecuencias de la polisemia. *Rev Fac Nac Salud Pública*, 20(1), 101–116.  
<http://www.redalyc.org/pdf/120/12020109.pdf>
- Guarnizo-Herreño, C., Tsakos, G., Sheiham, A., & Watt, R. G. (2013). Oral health and welfare state regimes: A cross-national analysis of European countries. *European Journal of Oral Sciences*, 121(29), 169–175.  
<https://doi.org/10.1111/eos.12049>
- Hancock, T. (2011). Health promotion in Canada: 25 years of unfulfilled promise. *Health Promotion International*, 26(s2), 263–267.  
<https://doi.org/10.1093/heapro/dar061>
- Harper, S., & Strumpf, E. C. (2012). Social Epidemiology. Questionable Answers and Answerable Questions. *Epidemiology*, 23(6), 795–798.  
<https://doi.org/10.1097/EDE.0b013e31826d078d>
- Hartlyn, J. (1993). *La política del régimen de coalición : la experiencia del Frente Nacional en Colombia* (Ediciones Uniandes (ed.)). Tercer Mundo Editores.
- Hernandez Alvarez, M., & Obregon Torres, D. (2002). La Organización Panamericana de la Salud y el Estado Colombiano: Cien Años de Historia 1902-2002. *Ops*, 399.
- Hernández, C., Emanuel, O., & Arredondo, A. (2012). Modelos conceptuales y paradigmas en salud pública. *Rev. Salud Pública*, 14(2), 315–324.  
<https://doi.org/10.1590/S0124-00642012000200012>
- Hernández, M. (2008). *Desigualdad, inequidad e injusticia en el debate actual en salud: posiciones e implicaciones. Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud (ALAMES)*.
- Hernandez, M., Obregon, D., & Miranda, N. (2002). *La OPS y el Estado colombiano: Cien años de historia (1902 - 2002)*.
- Hernández, M. y col. (2002). *La OPS y Estado colombiano: Cien años de historia. 1902-2002*. Organización Panamericana de la Salud.
- Horwitz, A. (1973). *PLANIFICANDO UN NUEVO DECENIO*.

- House, J. (2002). Understanding social factors and inequalities in health: 20th century progress and 21st century prospects. *Journal of Health Society Behavior*, 43, 125–142.
- <http://www.paho.org/hq/index>. (2015). Organizacion Panamericana de La Salud/Organizacion Mundial de La Salud.
- Interior, M. D. E. L., Salud, E. Y., & Barrera, E. L. (1998). *DE LOS MINISTERIOS DEL INTERIOR*,.
- Iriart, C., Waitzkin, H., Breilh, J., Estrada, A., & Merhy, E. E. (2002). Medicina social latinoamericana: aportes y desafíos. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 12(2), 128–136. <https://doi.org/10.1590/S1020-49892002000800013>
- Kaplan, GA, Everson, S., & Ynch, J. (2000). *The contribution of social and behavioral research to an understanding of the distribution of disease: a multilevel approach*. In: Smedley BD, Syme SL, eds. *Promoting health: Intervention Strategies from Social and behavioral Research*. Academy Press.
- Kaplan, George a. (2004). What's wrong with social epidemiology, and how can we make it better? *Epidemiologic Reviews*, 26(7), 124–135. <https://doi.org/10.1093/epirev/mxh010>
- Klein, N. (2008). *La Doctrina de Shock* (Paidos (Ed.)).
- Krieger, N. (2001a). A glossary for social epidemiology. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 55, 693–700. <https://doi.org/10.1136/jech.55.10.693>
- Krieger, N. (2001b). Historical roots of social epidemiology: socioeconomic gradients in health and contextual analysis. Letters to the editor. *International Journal of Epidemiology*, 30, 899–903. [https://doi.org/10.1016/0002-9610\(92\)90118-B](https://doi.org/10.1016/0002-9610(92)90118-B)
- Krieger, N. (2001c). Theories for social epidemiology in the 21st century: an ecosocial perspective. *International Journal of Epidemiology*, 30, 668–677. <https://doi.org/10.1093/ije/30.4.668>
- Krieger, N. (2002). Glosario de epidemiología social. *Revista Panamericana de Salud Publica*, 11(5–6), 480–490.

- Laurell, A. C., & Noriega, M. (1989). *La Salud en la Fabrica. estudio sobre la Industria siderúrgica en Mexico.*
- Lima, S. C. (2012). Oral health in Brazil : the challenges for dental health care models \*. *Brazilian Oral Research*, 26(1), 71–80.
- Linares - Pérez, N., & López - Arellano, O. (2008). La equidad en salud : propuestas conceptuales , aspectos críticos y perspectivas desde el campo de la salud colectiva. *Medicina Social*, 3(3), 247–259.
- Linch, J. (2000). Social epidemiology: some observations on the past, present and future. *Australas Epidemiologist* 2000;7:7– 15. *Australas Epidemiologist*, 7, 7–15.
- Llanos, C. R. (2013). *Seguridad social , empleo y propiedad privada. 11110008*, 223–246.
- Lleras, A. (1961). Plan General de Desarrollo económico y social. *Plan General de Desarrollo Económico y Social*, 1–26.
- Loewenson, R., Laurell, A. C., Hogstedt, C., D´Ambruoso, L., & Shroff, Z. (2014). *Investigacion- Acción Participativa en Sistemas de Salud. Una guía de métodos.*
- Londoño, J., & Frenk, J. (1997). *Pluralismo Estructurado : Hacia un Modelo Innovador para la Reforma de los Sistemas de Salud en América Latina y Indice.*
- López, A. (1975). Plan de Desarrollo social, económico y regional - Para Cerrar la Brecha. In *Republica de Colombia Departamento Nacional de Planeación.*
- López, O., Hernández, B., Durán, L., & Parra, S. (1999). Alternative models for the epidemiological anlysis of obesity as a public health problem. *Rev. Saúde Pública.*, 33(3), 314–325.
- Lorenzo, S., Alvarez, R., Blanco, S., & Peres, M. (2013). Primer Relevamiento Nacional de Salud Bucal en población joven y adulta uruguaya Aspectos metodológicos. *Odontoestomatologia*, XV.
- March, J. G., & Olsen, J. P. (2008). Neo - Institucionalismo: Fatores

- organizacionais na vida política. *Rev. Sociol. Polit*, 16(31), 121–142.
- Marmot, M. (n.d.). *Multilevel approaches to understanding social determinants*. In: Berkman LF, Kawachi I, eds. *Social epidemiology*. Oxford University Press, 2000: 349–67 (O. U. Press (Ed.)).
- Martínez, F., Anto, J., Navarro, V., & Marset, P. (1998). Los modelos explicativos del proceso salud-enfermedad: las explicaciones causales. In *En: Salud Pública* (pp. 55–79). Mc Graw- Hill.
- Mejía, L. M. (2013). Los determinantes sociales de la salud: base teórica de la salud pública. *Revista Facultad Nacional de Salud Publica.*, 31(1), 28–36.  
<http://www.udea.edu.co/portal/page/porta>
- Ministerio da Saúde. (2004). *Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal*.
- Ministerio da Saúde. (2012). *Pesquisa Nacional de Saúde Bucal -SB Brasil 2010. Resultados Principais*.
- Resolución Número 3577 De 2006. “Por la cual se adopta el Plan Nacional de Salud Bucal”.*, 1 (2006) (testimony of Ministerio de la protección social.).
- Ministerio de la protección social. (2012). *Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021*.
- Decreto 3039 de 2007. “Por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010”.*, 1 (2007) (testimony of Ministerio de la Protección Social.).  
<http://santafedeantioquia-antioquia.gov.co/apc-aa-files/pdf>.
- Ministerio de la Proteccion Social. Republica de Colombia. (2011). *Esquema metodológico para la identificación de posiciones , intereses y grados de influencia de las partes interesadas en la formulación de la PFN*.
- Ministerio de salud. *Ley 10 de 1990 por la cual se reorganiza el Sistema Nacional de Salud y se dictan otras disposiciones*. (1990). 1990(enero 10).
- Ministerio de Salud y proteccion social. (2015). *Cuarto Estudio Nacional de Salud Bucal (ENSAB IV). Metodología y Determinación Social de la Salud Bucal*.
- Ministerio de salud y protección social. (2006). *Resolución número 3577 de 2006*



“por la cual se adopta el plan nacional de salud bucal”.

Resolución N° 1841. “Por la cual se adopta el plan decenal de Salud Pública 2012-2021,” (2013) (testimony of Ministerio de salud y protección social.).

RESOLUCION 1841 DE 2013 - Plan Decenal de Salud Publica 2012-21, (2013) (testimony of Ministerio de salud y Protección social).

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL, & Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). Política de Atención Integral en Salud. *Repositorio Institucional Digital Minsalud (RID)*, 97. [https://doi.org/0741-5214\(93\)90264-M](https://doi.org/0741-5214(93)90264-M) [pii]

Molano, A. (2015). Fragmentos de la historia del conflicto armado. *Contribución Al Entendimiento Del Conflicto Armado En Colombia*.

Molina, G., Turizo, A., & Cardona, J. (1975). Un programa local integrado de salud y bienestar en Antioquia. *Revista Escuela Nacional de Salud Pública*, 1(2), 1–6.

Morabia, A. (2004). *A History of Epidemiologic Methods and Concepts*.

Morabia, A. (2013). Pasado, presente y futuro de la epidemiología. Una perspectiva Latinoamericana. *Revista de Salud Pública*, 15(5), 719–730.

Morse, J. (2003). *Asuntos Críticos en los Métodos de Investigación Cualitativa* (Universidad de Antioquía. (Ed.); Primera ed). Universidad de Antioquía.

Moysés, S. J., Pucca, G. A., Paludetto, M., & De Moura, L. (2013). Progresses and Challenges to the Oral Health Surveillance Policy in Brazil. *Revista de Saude Publica*, 47(Supl 3), 161–167. <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2013047004329>

Narvai, P. (2006). Collective oral health: ways from sanitary dentistry to buccality. *Revista de Saúde Pública*, 40, 141–147. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16924314>

Narvai, P. C., Frazão, P., Roncalli, A. G., & Antunes, L. F. (2006). Cárie dentária no Brasil : declínio , polarização , iniquidade e exclusão social. *Ciencia e Saude Coletiva*, 19(6), 385–393. <https://doi.org/10.1590/S1020->

49892006000600004

- Narvai, P. C., & Gomes Filho, I. (2012). Epidemiologia em Saúde Bucal. In *En: Epidemiologia & Saude. Fundamentos, metodos, Aplicacoes* (pp. 559–567).
- Narvai, P., & Frazao, P. (2008). *Saúde Bucal no Brasil: muito além do céu da boca*. Fiocruz.
- Narvai, P., Nunes, N., Nascimento, A. C., De Moraes, C. H., Casotti, E., Peres, K. G., de Moura, L., Peres, M., Matias, M., De Souza, M. I., Vettore, M. V., Paludetto, M., Figueiredo, N., Angeiras, P. S., Da Silveira, R., De Amorim, R., Moysés, S. J., Reis, Sandra Cristina Guimarães, S., & Roncalli, A. (2012). Aspectos metodológicos do Projeto SBBrasil 2010 de interesse para inquéritos nacionais de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 28, s40–s57. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2012001300006>
- Nascimento, A. C., Bisinelli, J. C., Tetu, S., & Moysés, S. (2009). *Oral health in the family health strategy : a change of practices or semantics diversionism*. 43(3), 455–462.
- Navarro, V. (1997). La salud Pública. In *Capitulo 3. Concepto actual de salud pública*. <http://uiip.facmed.unam.mx/deptos/salud/censenanza/spi/fundamentos/navarro.pdf>
- O'Neill, M., Pederson, A., & Rootman, I. (2000). Health promotion in Canada: declining or transforming? *Health Promotion International*, 15(2), 135–141. <https://doi.org/10.1093/heapro/15.2.135>
- Oficina Sanitaria Panamericana - Organización Mundial de la Salud. (1963). *PLAN DE SALUD PÚBLICA DE LA ALIANZA PARA EL PROGRESO*.
- OMS. (2009). [www.who.int/whosis/whostat/ES\\_WHS09](http://www.who.int/whosis/whostat/ES_WHS09).
- OMS/OPS. (2005). *Monitoreo y Análisis de los Procesos de Cambio en los Sistemas de Salud. Taller San Juan, Puerto Rico. 2005*.
- Organización Mundial de la Salud. (1977). *Oral health surveys: Basic methods* (Organización Mundial de la Salud (Ed.); Second edi). Geneva, Switzerland.

- Organización Mundial de la Salud. (2014). *¿Que es la salud?. onible en:*  
*<http://www.who.int/suggestions/faq/es/>*.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2011). *Cerrando la brecha: la política de acción sobre los determinantes sociales de las salud. Conferencia Mundial sobre los Determinantes Sociales de la Salud.*  
<https://doi.org/10.1080/17441692.2010.514617>
- Organización Panamericana de la Salud. (1973). *PLAN DECENAL DE SALUD PARA LAS AMERICAS Informe Final de la III Reunión Especial de Ministros de Salud de las Americas.* 151.  
<http://hist.library.paho.org/English/OD/34900.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud, & Organización Mundial de la Salud. (1993). *Los Sistemas Locales de Salud en las Américas: Una estrategia social en marcha.*
- Organization of American States. Council. Special Committee to Study the Formulation of New Measures for Economic Cooperation. (1964). *Acta de Bogotá : medidas para el mejoramiento social y el desarrollo económico dentro del marco de la Operación Panamericana.* washinhton, 1964.
- Pardo R, F. F., & Hernández, L. J. (2018). Enfermedad periodontal: enfoques epidemiológicos para su análisis como problema de salud pública. *Journal of Public Health, 20(2)*, 258–264.
- Pardo Romero, F. F., Maldonado, L., & Hernandez, L. J. (2019). Tensiones en el abordaje de la salud bucal en Colombia: caso ENSAB IV. *Universitas Javeriana, 35.*
- Parra, S., Hernández, B., Durán A, L., & Lopez Arellano, O. (1999). Revista de Saúde Pública. *Journal of Public Health, 33(3)*, 314–325.
- Parra, S., Hernández, B., & López-Arellano, O. (1999). Modelos alternativos para el análisis epidemiológico de la obesidad como problema de salud pública. *Revista de Saúde Pública, 33(3)*, 314–325.
- Pedrazzi, V., Hostilio C, K. R., & de Mello Rode, S. (2008). Oral health in Brazil--

- part II: dental specialty centers (CEOs). *Brazilian Oral Research*, 22 Suppl 1, 18–23. <https://doi.org/10.1590/S1806-83242008000500004>
- Peters, G. (2003). *El Nuevo Institucionalismo: La Teoría Institucional en Ciencia Política* (Gedisa (Ed.)). Gedisa.
- Petersen, P. E. (2003). *The World Oral Health Report 2003. WHO Global Oral Health Programme.: Vol. 31 Suppl 1.*  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15015736>
- Petersen, P. E. (2005). Sociobehavioural risk factors in dental caries - International perspectives. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 33, 274–279.  
<https://doi.org/10.1111/j.1600-0528.2005.00235.x>
- Petersen, P. E., Bourgeois, D., Ogawa, H., Estupinan-day, S., & Ndiaye, C. (2005). The global burden of oral diseases and risks to oral health. In *Bulletin of the World Health Organization* (Vol. 83, Issue 05). <https://doi.org/S0042-96862005000900011>
- Pierson, P. (2000). Increasing Returns , Path Dependence , and the Study of Politics. *American Political Science Review*, 94(2), 251–267.  
<http://www.jstor.org>
- Pierson, P., & Skocpol, T. (1997). El institucionalismo histórico en la ciencia política contemporánea. *Revista Uruguaya de Ciencia Política*, 17, 7–38.
- Plan Nacional de Planeación. (2011). Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014. *Departamento Nacional de Planeación*, 1, 540.
- Polit, D., & Hungler, B. (2000). Diseños y métodos de la investigación cualitativa. Capítulo 10. In *En: Investigación científica en ciencias de la salud*. (Sexta edic, pp. 231–247). Mc Graw-Hill Interamericana.
- Decreto 2470 de 1968: “Por el cual se reorganiza el Ministerio de Salud Pública,” (1968).
- CONSTITUCION POLÍTICA DE COLOMBIA, (1991).
- Presidencia de la República, & FARC-EP. (2016). Que Como Resultado De Los Diálogos Exploratorios Referidos Se Produjo Un. *Acuerdo Final Para La*

*Terminación Del Conflicto Y La Construcción De Una Paz Estable Y Duradera*, 1–310.

- Pucca, G., de Deus, L., & Sivestre, R. (2009). Oral Health Policies in Brazil. *Brazilian Oral Research*, 23(1), 9–16.
- RAE. (2015). *Diccionario de la lengua española* <http://www.rae.es/diccionario-panhispanico-de-dudas/definiciones>.
- Real Académia Española. (2020). *Diccionario de la Lengua Española*. Julio 28 de 2020.
- Rennó Junqueira, S., Mendes Pannuti, C., & de Mello Rode, S. (2008). Oral health in Brazil--part I: public oral health policies. *Brazilian Oral Research*, 22 Suppl 1, 8–17. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19838546>
- República de Colombia. Ministerio de salud. (2013). *Cuarto Estudio Nacional de Salud Bucal - ENSAB IV. Presentacion situacion de salud bucal*. 1–153.
- República de Colombia. Ministerio de Salud. (1984). *Estudio nacional de salud "morbilidad oral 1977-80"*.
- República de Colombia. Ministerio de Salud Pública. (1971). *Estudio de Recursos Humanos para la Salud y Educación Médica en Colombia. Investigacion Nacional de Morbilidad Oral 1965-66*.
- República de Colombia. Ministerio de salud y Protección Social. (2015). *Cuarto Estudio Nacional de Salud Bucal - ENSAB IV. Situación en Salud Bucal*.
- Republica de Colombia (Diario Oficial). (1963, December). Poder publico - R a m a E j e c u t i v a Nacional. *Lunes 30 de Diciembre de 1963*, 26–29.
- Restrepo G, D. (1968). *ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE LA FORMULACION DE PLANES NACIONALES DE SALUD DENTAL*.
- Restrepo, H., & Málaga, H. (2002). *Promoción de la Salud: Cómo construir vida saludable*. Editorial médica Panamericana.
- Rojas, D. (1987). La alianza para el progreso de Colombia. *Análisis Político*, 23(70), 91–124.

- Roncalli, A., De Souza, M. I., & Peres, K. (2012). Perfis epidemiológicos de saúde bucal no Brasil e os modelos de vigilância. *Cadernos de Saúde Pública*, 28, s58–s68. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2012001300007>
- Roth, A. (2016). *Neo-institucionalismo y transformación democrática del Estado*. May.
- Rubio, M. D. N. (1994). Encuestas de Salud Bucodental - guia OMS. OMS-OPS, 124. <http://books.google.com/books?id=q21Cq7F9IMC&pgis=1>
- Sabbah, W., Tsakos, G., Sheiham, A., & Watt, R. G. (2009). The role of health-related behaviors in the socioeconomic disparities in oral health. *Social Science and Medicine*, 68(2), 298–303. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.10.030>
- Santos, J. M. (2019). *La Batalla por la paz* (Planeta (Ed.)).
- Silva Paim, J., & Matos Soares, C. (2011). Aspectos críticos para a implementação da política de saúde bucal no Município de Salvador , Bahia. *Cad. Sude Pública*, 27(5), 966–974.
- Skocpol, T. (1992). *Bringing the State Back In: Strategies of Analysis in Current Research* (P. Evans, D. Rueschmeyer, & T. Skocpol (Eds.); Sixth). Cambridge University Press.
- Snow, D., & Trom, D. (2002). The case study and the study of social movements. In *Methods in Social Movement Research*. University of Minnesota Press.
- Soares, C. L. M. (2012). Constructing public oral health policies in Brazil: issues for reflection. *Brazilian Oral Research*, 26 Suppl 1, 94–102. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23318750>
- Suarez- Pineda, M., & Urbiola-Solís, A. (2019). Cambio organizacional en el sistema de salud colombiano . Una mirada desde la perspectiva institucional. *Saber, Ciencia y Libertad*, 14(1), 68–79.
- Susser, Mervin. (1991). *Conceptos y estrategias en Epidemiologia. El pensamiento cusal en Epidemiologia*.
- Susser, Mervin, & Susser, E. (1996). Choosing a future for epidemiology: I. Eras

- and paradigms. *American J Ournal of Public Health*, 86(5), 674–677.  
<https://doi.org/10.2105/AJPH.86.5.668>
- Susser, Mervyn, & Susser, E. (1996). Choosing a future for epidemiology: II. From black box to Chinese boxes and eco-epidemiology. *American Journal of Public Health*, 86(5), 674–677. <https://doi.org/10.2105/AJPH.86.5.674>
- Tajer, D. (2003). Latin American Social Medicine: Roots, Development during the 1990s, and Current Challenges. *American Journal of Public Health*, 93(12), 2023–2027. <https://doi.org/10.2105/AJPH.93.12.2023>
- Tapella, E. (2007). El mapeo de actores claves. In *Universidad Nacional de Córdoba*.
- Taylor, R. C. ., & Hall, P. A. (1996). Political Science and the Three New Institutionalism. In *Political Studies* (Vol. 44, Issue 5, pp. 936–57).
- Tchicaya, A., & Lorentz, N. (2014). Socioeconomic inequalities in the non-use of dental care in Europe. *International Journal for Equity in Health*, 13(1), 7. <https://doi.org/10.1186/1475-9276-13-7>
- Téllez P, M. (2011). *Reconstrucción Histórica del Proceso de Creación del Ministerio de Salud Pública en Colombia* [Universidad Nacional de Colombia]. <http://www.bdigital.unal.edu.co/4138/>
- Téllez Pedroza, M. (2011). *Reconstrucción Histórica del Proceso de Creación del Ministerio de Salud Pública en Colombia* [Universidad Nacional de Colombia]. <http://www.bdigital.unal.edu.co/4138/>
- Torres, M. (2008). *Los determinantes sociales de la salud y la acción política*.
- Turbay, J. (1978). Plan de Integración Social 1978-1982. In *Republica de Colombia Departamento Nacional de Planeación*. <https://doi.org/10.1590/S0103-40142013000200015>
- Universidad de Antioquia - Facultad Nacional de Salud Pública. (2009). *Protocolo del Estudio- Cuarto Estudio Nacional de Salud Bucal*. (Issue 349).
- Vasilachis, I., Ameigeiras, A., Chernobilsky, L., Giménez, V., Mendizábal, N., Neiman, G., & Quaranta, G. (2006). *Estrategias de Investigación Cualitativa*

(gedisa editorial (Ed.); Pimera edi). gedisa editorial.

Vega Cantor, R. (2010). *Crisis y contraofensiva imperialista de Estados Unidos en América Latina*.

Vettore, M. V., de Amorim Marques, R. A., & Peres, M. a. (2014). Social inequalities and periodontal disease: Multilevel approach in SBBrasil 2010 survey. *Revista de Saude Publica*, 47(Supl 3), 29–39.  
<https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2013047004422>

Vianna, M., Amorim Marques, R., & Peres, M. (2013). Social inequalities and periodontal disease: Multilevel approach in SBBrasil 2010 survey. *Revista de Saude Publica*, 47(Supl 3), 29–39. <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2013047004422>

Waitzkin, H., Iriart, C., Estrada, A., & Lamadrid, S. (2001a). Social medicine in Latin America: Productivity and dangers facing the major national groups. *Lancet*, 358, 315–323. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(01\)05488-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(01)05488-5)

Waitzkin, H., Iriart, C., Estrada, A., & Lamadrid, S. (2001b). Social medicine then and now: Lessons from Latin America. *American Journal of Public Health*, 91(10), 1592–1601. <https://doi.org/10.2105/AJPH.91.10.1592>

Watt, R. G. (2005). Strategies and approaches in oral disease prevention and health promotion. *Bulletin of the World Health Organization*, 83(9), 711–718. <https://doi.org//S0042-96862005000900018>

World Health Organization (WHO) - CDSS. (2008). *Closing the gap in a generation. Health equity through action on the social determinants of health*. <https://doi.org/10.1080/17441692.2010.514617>



## ANEXOS

### Anexo N°1. Consentimiento informado

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA SEDE BOGOTA  
DOCTORADO INTERFACULTADES EN SALUD PÚBLICA**

**PRÁCTICAS INSTITUCIONALES QUE HAN ORIENTADO LOS ESTUDIOS  
NACIONALES DE MORBILIDAD ORAL – SALUD BUCAL EN COLOMBIA  
(1965-2014): Una aproximación desde el Neoinstitucionalismo.**

Mediante este formato de “consentimiento informado”, confirmo que he sido invitado/da a participar en esta investigación; de la cual conozco sus objetivos y su justificación. Además he sido informado/da de los siguientes aspectos:

- 1) Me realizarán varias preguntas relacionadas con la investigación y la información que suministre será de carácter confidencial.
- 2) Puedo desistir de la entrevista durante cualquier momento de la realización de la misma.
- 3) Las preguntas, que surjan de mi parte antes, durante o después de la entrevista serán contestadas en el momento que lo solicite.
- 4) Se me ha informado que esta investigación no generará ningún tipo de riesgo para mi persona.
- 5) Adicionalmente, las actividades realizadas no me generarán ningún costo.
- 6) Además, he recibido la información correspondiente al nombre del investigador responsable “Fredy Fabián Pardo Romero” y los datos de contacto N° teléfono celular 3008284870 y correo electrónico: ffpardor@unal.edu.co.

Por lo anterior acepto participar voluntariamente en esta investigación, de igual forma entiendo que por mi participación en este estudio no recibiré retribución alguna; sin embargo si lo deseo expresamente podré recibir una copia del informe final una vez concluya este estudio.

En acuerdo con los anteriores aspectos, procedo a firmar a los \_\_\_\_\_ días, del mes \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_ en la ciudad de \_\_\_\_\_.

Participante:

Testigo:

Nombre \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Cédula N° \_\_\_\_\_ Cédula N° \_\_\_\_\_

Investigador:

Nombre \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ Cédula N° \_\_\_\_\_

## Anexo N° 2. Guía de entrevista a actores clave

**Universidad Nacional de Colombia, Sede Bogotá, D.C**  
**Programa Interfacultades Doctorado en Salud Pública**

**PRÁCTICAS INSTITUCIONALES QUE HAN ORIENTADO LOS ESTUDIOS  
NACIONALES DE MORBILIDAD ORAL – SALUD BUCAL EN COLOMBIA  
(1965-2014): Una aproximación desde el Neoinstitucionalismo.**

Guía de entrevista a informantes clave

Objetivo general: Identificar, el modelo epidemiológico que oriento el diseño de cada uno de los “Estudios Nacionales de morbilidad oral – salud bucal” realizados en Colombia entre los años 1965-2014.

Código de el/ la entrevistado (a):  
\_\_\_\_\_

Lugar: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Hora de inicio: \_\_\_\_\_ Hora de finalización: \_\_\_\_\_

Preguntas orientadoras:  
Ver Anexo 3 “Matriz con preguntas orientadoras para la implementación de entrevistas semiestructuradas”

Gracias por su participación.

**Anexo N°3. Matriz con preguntas orientadoras para la implementación de entrevistas semiestructuradas.**

Actores clave	Categorías de análisis	Preguntas Orientadoras
Equipo encargado del Diseño y/o Planeación de la Investigación	<p>Contexto sanitario político.</p> <p>Contexto institucional.</p> <p>Participación de diferentes actores en su elaboración (Analizar su posición, importancia e influencia en el diseño, formulación e Implementación de los Estudios Nacionales de Morbilidad Oral-Salud Bucal).</p>	<p>¿Qué aspectos del contexto sanitario y político nacional o internacional cree usted favorecieron la formulación del Estudio de morbilidad oral – salud bucal en la que usted participó?</p> <p>¿Cuál cree usted fue el papel desempeñado por organismos internacionales como: la Organización Panamericana de la Salud (OPS), Fondo Monetario Internacional (FMI), Banco Interamericano de desarrollo (BID), Banco Mundial (BM), Organización Mundial de la Salud (OMS); en esta investigación?</p> <p>¿Recuerda alguna iniciativa por parte de estos organismos internacionales en la identificación o el abordaje de los problemas de salud bucal? ¿Recuerda algún documento técnico, encuentros u otro tipo de orientación liderada por esos organismos, relacionadas con los estudios en Salud Oral u otro tipo de estudios?</p>

	<p><b>Conceptos metodología y utilizados para abordar los problemas de salud Bucal.</b></p>	<p>¿Cómo se valoraban los referentes de política impulsados por esas agencias y de qué manera dialogaba con los procesos, los valores y normas institucionales?</p> <p>¿Cómo era la relación entre el Ministerio y la OPS? ¿Cómo se materializaba esta relación?</p> <p>¿Asistió a alguna reunión convocada por la OPS u otro organismo Internacional?</p> <p>¿Cuáles eran los principales referentes en salud pública para la época?</p> <p>¿Es decir personas, bibliografía u organizaciones Nacionales o Internacionales consultadas para definir lineamientos en el diseño e implementación de planes, programas, proyectos en Salud Pública y en Salud Bucal?</p> <p>¿Cómo eran definidos los cargos directivos dentro del Ministerio?</p> <p>¿De qué forma eran incorporados los equipos técnicos dentro del Ministerio?</p> <p>¿Cómo eran asignados los recursos dentro del Ministerio?</p> <p>¿Había compromisos o relaciones de actores concretos con partidos políticos? ¿Si las había cuáles eran?</p> <p>¿Cómo se evidenciaba la articulación entre actores institucionales y actores políticos?</p> <p>¿Cómo estaba articulada la organización de la Salud Bucal dentro de la estructura institucional del Ministerio? ¿Se consideraba prioridad, un tema marginal? ¿Si es así esto se reflejaba en la asignación de recursos humanos y/o económicos?</p> <p>¿Para la época en que se realizó la planeación y diseño del Estudio en el que usted participó, cuál era su cargo, experiencia y que funciones desarrollaba?</p> <p>¿En qué fase del estudio participó? ¿Qué funciones desempeñaba dentro del Estudio Nacional?</p> <p>¿Cómo se llevó a cabo la convocatoria de los actores que hicieron parte del equipo de trabajo en la formulación o en el diseño del Estudio Nacional del cual usted hizo parte?</p> <p>¿Qué otros actores (institucionales y ciudadanos), diferentes a los funcionarios del Ministerio fueron convocados para participar en esta investigación? ¿Cuál fue el papel de estos otros actores dentro de la investigación?</p> <p>¿Porque cree usted fueron seleccionadas estas personas y/o grupos para participar en esta investigación y no otros?</p> <p>¿Qué actores, o entidades ejercían una presión importante para que esta/s investigación/es se desarrollaran?</p> <p>¿Cuál considera usted fue el papel desempeñado por actores o instituciones como la <b>academia, los gremios de odontólogos, las asociaciones científicas o las entidades territoriales</b> en el diseño y formulación de la investigación de Morbilidad Oral – Salud</p>
--	---	---

		<p>Bucal en la cual usted participó? ¿Estos actores fueron importantes para determinar los lineamientos del diseño o la implementación del estudio? ¿O fueron importantes en la determinación de lineamientos generales de política de salud bucal?</p> <p>¿Qué otros actores o instituciones considera usted fueron clave dentro de estos estudios?... ¿Cuál fue el papel desempeñado por los asesores nacionales e internacionales?</p> <p>¿Cuáles eran los principales debates conceptuales o metodológicos en salud pública evidenciados para la época? ¿Cuáles eran los libros en salud pública y/o epidemiología más consultados? ¿A qué seminarios o conferencias asistían?</p> <p>¿Cuáles fueron los principales <b>lineamientos conceptuales y metodológicos</b> internacionales y nacionales que fueron tomados como guía para el diseño del estudio en el cual usted participó?</p> <p>¿Se percibían <b>tensiones, diferencias o falta de coherencia</b> entre los lineamientos conceptuales generales y el diseño e implementación institucional de la investigación? ¿Cuales?</p> <p>¿Cuáles eran los principales problemas de salud bucal evidenciados en las regiones? ¿Cuáles eran los problemas que se querían abordar realmente? ¿Cuál fue el <b>enfoque teórico – metodológico</b> usado para su abordaje? ¿Cuáles fueron los principales problemas y limitaciones que se encontraron en el diseño y/o la implementación de la investigación nacional en la usted participo? ¿Considera usted que se han dado transformaciones, cambios o ajustes en la forma de abordar los problemas de salud bucal a través del tiempo? ¿Cuáles?</p>
<p><b>Equipo Encargado de realizar Operacion es de Campo</b></p>	<p><b>Participación de diferentes actores en su elaboración (Analizar su posición, importancia e influencia en el diseño, formulación e Implementación de los Estudios Nacionales de Morbilidad Oral-Salud Bucal).</b></p> <p><b>Conceptos y metodología utilizados para</b></p>	<p>¿Mediante cual estrategia y en que escenarios se llevó a cabo la socialización de los resultados del estudio en el cual Ud. Participó?</p> <p>¿Cree usted que los resultados del estudio favorecieron la formulación de planes, programas o políticas de Salud Bucal; y/o impacto en la formación del talento humano en salud? ¿Conoce usted que planes, programas o políticas se derivaron a partir de la investigación Nacional de morbilidad oral – salud bucal de la cual usted hizo parte?</p> <p>¿Cuál es la visión que se tenía de las regiones? ¿Qué se entendía por comunidad?</p>

<p><b>abordar los problemas de salud Bucal.</b></p> <p><b>Impacto de los resultados sobre planes, programas y políticas.</b></p> <p><b>Unidades de Observación.</b></p> <p><b>Eventos de Morbilidad Oral-Salud Bucal.</b></p>		<p>¿Cuáles eran las principales características sociodemográficas del país para esa época?</p> <p>¿Se identificaron regiones o zonas de difícil acceso? ¿Qué motivos impidieron desplazarse a estas regiones/zonas? ¿La recolección de la información estuvo principalmente centrada en las cabeceras municipales? ¿O en comunidades rurales agrarias? ¿Por qué se observó esto?</p> <p>¿En el caso de las principales patologías bucales como la caries dental y la enfermedad periodontal, porque se escogieron en particular determinados indicadores de daño y no otros? ¿Qué influencia cree usted tuvo la elección de estos indicadores en los resultados obtenidos?</p>
---	--	--

**Anexo N° 4. Contrastación de criterios para el plan de análisis a partir de abordajes utilizados en los diferentes modelos epidemiológicos.**

	Epidemiología Clásica	Epidemiología Social	
		E. Social Anglosajona	E. Social Latinoamericana
Participación de actores	Estudios Estadocéntricos. La participación comunitaria es mínima; Comunidad informadora de datos.	Se comparte participación entre sociedad civil, academia e instituciones gubernamentales.	Basada en la participación activa de la comunidad en el suministro de la información, análisis e intervención.

<p>Población y Territorio</p>	<p>Población como agregado de individuos; asumiendo las propiedades de las partes como base del comportamiento del todo.</p> <p>Territorio: como territorio geográfico considera el espacio geográfico como un elemento estático, que existe como base natural de la vida social, en la cual se producen relaciones externas (entre sociedad y espacio) y sobre el cual se distribuye la enfermedad.</p>	<p>En el territorio se desarrollan, producen y reproducen los determinantes sociales como una construcción social que trasciende el espacio físico y permite un acercamiento a la lectura de necesidades sociales y la articulación de sus respuestas, que apuntan a transformar las condiciones inequitativas, injustas y evitables dentro del mismo.</p>	<p>Población – sociedad entendida no como suma de las individualidades que luego se relacionan formalmente (por medio de la estadística), sino como el resultado de la relación de procesos económicos, políticos y culturales en los cuales tiene lugar la vida de individuos y grupos, que operan como un todo y están por encima de las circunstancias y voluntades individuales.</p> <p>El territorio como producto histórico y social donde se dan intercambios simbólicos y culturales, prácticas de producción y de consumo que determinan la formación de subjetividades.</p>
<p>Categorías de análisis</p>	<p>Indicadores de daño (Índice CPO-D, ceo d, índice de extensión y severidad, índice de Rusell, índice periodontal comunitario, índice periodontal</p>	<p>Análisis de Inequidades.</p>	<p>Producción, reproducción, consumo, perfiles de producción/deterioro.</p> <p>Dominios general, singular particular.</p> <p>Perfil epidemiológico de clase (procesos</p>

	comunitario de necesidad de tratamiento) Factores de riesgo: hábitos, higiene oral (índice de higiene oral).		protectores Vs procesos destructivos).
Operacionalización de clase social	Medición mediante proxies por medio de variables como estrato socioeconómico, ingresos, instrucción etc.	Formas de propiedad y de trabajo de la sociedad y sus conexiones mediante la producción, distribución y el consumo de bienes, servicios e información. Situación estructural de la persona dentro de la economía como empleador, empleado, autoempleado o desempleado y como propietario o no de capital, tierras u otras formas de inversión económica. (Posición socioeconómica).	A través de categoría inserción social Indagada a partir de aspectos como: (e) lugar en el aparato productivo. (f) relaciones técnicas (frente a los medios de producción). (g) relaciones de propiedad (papel en la organización del trabajo). (h) relaciones de distribución (cuota de la riqueza de que disfrutan). Explora la relación entre reproducción social y modos de vivir, de enfermar y morir.
Plan de análisis	Descriptivo: Se limita a mostrar Indicadores de daño.	Explicativo: Visibiliza inequidades pero no las interpreta. No propone	Interpretativo: Desde la determinación social propone una



	Perfil epidemiológico de salud oral.	medidas para corregirlas. Diagnostico en salud bucal (identificación de determinantes sociales estructurales e intermedios).	transformación de las estructuras sociales. Análisis de la situación en salud bucal (relaciona los determinantes con los daños).
Problematización	VARIABLES sueltas no jerarquizadas	Incluye análisis de contextos.	Se realiza narrativa para relacionar variables.

Fuente: Elaboración del autor con la colaboración del director del proyecto con base a información disponible en (Almeida- Filho et al., 2009; Almeida Filho, 1992, 2007; Breilh, 2000, 2004, 2013; García-ruiz et al., 2010; Krieger, 2001c, 2002; Loewenson et al., 2014; Ministerio de la Protección Social. República de Colombia., 2011; Tapella, 2007).

#### Anexo N°5. Matriz identificación de actores clave

<b>Actores clave</b>	<b>Investigación Nacional de Morbilidad 1965 / 1966</b>	<b>Estudio de Morbilidad oral 1977- 1980</b>	<b>III Estudio Nacional de Salud Bucal- ENSAB III</b>	<b>IV Estudio Nacional de Salud Bucal ENSAB IV</b>
<b>Equipo encargado del Diseño y/o Planeación de la Investigación</b>	Raúl Mejía Villa Jorge Torres Sánchez Alfonso Mejía V. Raúl Paredes M.	Luis Carlos Gómez Serrano Francisco Yepes Lujan Jorge Torres Sánchez Oscar Juliao Ruiz Aurelio Pabón Rodríguez Camilo Arbeláez Leonel Chávez Yolanda Galvis Efraín Gartner Blanca Cecilia Gaviria Obelio Menéndez Álvaro Moncayo Edgar Rodríguez Wilson Rodríguez Laura Romero	Elizabeth Suarez Zúñiga Ángela M. Franco Cortés Sandra Tovar Valencia Jaime A. Ruiz Carrizosa	Rolando Enrique Peñaloza Quintero Claudia Milena Cuellar Segura. Herney Alonso Rengifo Reina Andrea Rodríguez R. Ángela Y. Palacio Basto Elizabeth Suarez Zúñiga. Sandra Tovar Valencia. Dayra N. Escobar Leguizamo.

		Hernando Rubiano Magda Ruiz.		Luis C. Gómez Serrano. Angélica M. García Garnica. Francy C. Perdomo  <b>Estudio cualitativo:</b> Adriana G. Martínez Parra. Cesar E. Abadía Barrero. Carlos F. Betancourt Rodríguez. Edwin A. Mojica Quintero
<b>Equipo Encargado de realizar Operaciones de Campo</b>	Álvaro Cruz Lozada Bernardo Ayerbe Alfonso Arbeláez Lema Fernando Barreto Francisco Casas A Mario E. Jaimes Jáuregui Jorge Torres Sánchez Manuel Manjarres A Inés T de Morales.	Benjamín J Herazo Acuña. <a href="mailto:beherazo@gmail.com">beherazo@gmail.com</a> <a href="mailto:beherazo@yahoo.com.mx">beherazo@yahoo.com.mx</a>  Juan Bojanini Víctor del rio. Rafael Payares: Nolasco Cuadrado. Cicerón Cabarcas. Pedro R Suarez. Jairo Bonilla. Argiro Rodríguez. Gonzalo Duarte. Luis Felipe acosta. Luis Daniel Camacho. Néstor López Raúl Lagos. Jorge Arias. Hugo Domínguez. Francisco Casas. Reinaldo Rodríguez. Jorge Martínez José Rodríguez.	Jaime Alberto Ruiz Carrizosa. Nubia Suarez Montes. Claudia Rosso Cujíño. Alejandra Camelo Granados. Agustín Jaramillo Giraldo. Sandra Castro Luque Oswaldo Romero Calderón. Sandra Bojaca Alba. Adriana Peña Peña. Carolina Heredia Machado. Luz Dary Escobar Velásquez. Gisela Brochero Álvarez.	Jhon F. Briceño Castellanos  Andrea Pedraza Gutiérrez Juan F. Rodríguez Pinzón. Dairon H. Zambrano Martínez Yadira Merchán Contreras. Angélica M. Molano Nieto Viviana A. Buritica Vélez. Mirna P. Méndez Saiz. Lida J. Ruiz Devia Viviana A. Buritica Vélez Janese K. Ipuz Osorio. Luis L. Murcia Rodríguez. Yolanda Fonseca Hernández. Nohelia Méndez Saiz.

				Luisa S. Gonzales Méndez. Angélica M. Quiroga Estrada.
<b>Asesores Nacionales</b>	Jorge Bojanini	Jorge Bojanini Ricardo Galán Aldemar Gómez Luis Carlos Gómez Serrano Raúl Jiménez Hernando Molina Aurelio Pabón Rodríguez Raúl Paredes Germán Perdomo.	Marco Aurelio Pardo Silva Raúl Jiménez Gómez. Hernando Molina Saldarriaga: Blanca Cecilia Nieva Reyes Sofía Del Socorro Jácome Liévano Martha Esperanza Fonseca Chaparro	Juan Carlos Navarro Gonzales Adriana Gisela Martínez Parra Marco Aurelio pardo María C. Naranjo Sierra Gladys Azucena Núñez Dairo J. Marín Zuluaga
<b>Asesores Internacionales</b>	Ruth Bothwell Luis O. Guimarães.	Jhon Daily Garrie J. Losee Charles Myers Dieter Zschock	Tomas Marthaler Herschel S. Horowitz Ramón J. Báez Eugenio D. Beltrán Aguilar	Jaime Breilh Paz y Miño. Ramón J. Báez Panos Papapanou
<b>Comité Directivo</b>	<b>Ministro de salud Pública:</b> Antonio Ordoñez Plaja	<b>Ministro de Salud:</b> Jaime Arias Ramírez Alfonso Jaramillo Salazar <b>Director INAS</b> Luis Fernando Duque Ramírez <b>Director Ejecutivo ASCOFAME</b> Abel Dueñas Padrón	<b>Ministro de Salud:</b> Virgilio Galvis Ramírez <b>Viceministro:</b> Carlos Paredes Gómez <b>Directora General de Promoción y Prevención</b> Margarita Ronderos Torres <b>Subdirector de Prevención:</b> Carlos Arturo Sarmiento Limas	<b>Ministro de salud y Protección social:</b> Alejandro Gaviria <b>Viceministro de Salud Pública y prestación de Servicios:</b> Fernando Ruiz Gómez <b>Directora de Epidemiología y demografía</b> Martha Lucía Ospina Martínez
<b>Instituciones responsables</b>	Ministerio de Salud Pública.	Departamento Nacional de Planeación	Ministerio de Salud	Ministerio de Salud y protección Social.

<p><b>y Colaboradoras (logística y financiera)</b></p>	<p>Asociación Colombiana de Facultades de Medicina.</p> <p>Milbank Memorial Fund.</p> <p>Organización Panamericana de la Salud.</p>	<p>Departamento Administrativo Nacional de Estadística</p> <p>Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.</p> <p>Instituto Nacional de Cancerología</p> <p>Servicios seccionales de salud</p> <p>Fondo nacional de proyectos de desarrollo. Organización Panamericana de la Salud.</p> <p>División de Investigaciones Especiales del INAS</p> <p>Oficina de Planeación Y Dirección de Investigaciones Minsalud</p>	<p>Centro Nacional de Consultoría.</p> <p>Sistemas Especializados de la Información.</p> <p>Instituto de Ciencias de la Salud CES.</p> <p>Universidad Nacional de Colombia (Facultad de Odontología);</p> <p>Universidad el Bosque;</p> <p>Departamento Nacional de Estadística DANE;</p> <p>Departamento Nacional de Planeación DNP;</p> <p>Instituto Nacional de Salud INS;</p> <p>Servicios Seccionales de Salud</p> <p>Centro colaborador de la Organización Mundial de la Salud.</p> <p>Organización Panamericana de</p>	<p>Pontificia Universidad Javeriana (CENDEX). Sistemas Especializados de la Información. Universidad de Antioquia</p>
--	---	--	---	---

			la Salud, San Antonio (Texas).	
--	--	--	--------------------------------	--

Anexo N° 6 se presenta un listado de las principales fuentes primarias y secundarias consultadas en esta tesis.

### Anexo N°6. Fuentes de información principales consultadas

Nombre	Localización
Biblioteca y Hemeroteca de la Universidad Nacional de Colombia	Bogotá
Biblioteca y Hemeroteca Luis Ángel Arango	Bogotá
Biblioteca del Ministerio de la Protección Social	Bogotá
Biblioteca del Instituto Nacional de Salud	Bogotá
Biblioteca Nacional	Bogotá
Biblioteca de la Secretaría Distrital de Salud	Bogotá
Archivo General de la Nación	Bogotá
Entrevistas semiestructuradas y en profundidad con actores clave que participaron en el Estudio Nacional de Morbilidad Oral (1965-1966)	Medellín
Entrevistas semiestructuradas y en profundidad con actores clave que participaron en el Estudio Nacional de Morbilidad Oral (1977- 1980)	Bogotá
Entrevistas semiestructuradas y en profundidad con actores clave que participaron en el Tercer Estudio Nacional de Salud Bucal – Salud Bucal (ENSAB III 1998-1999)	Bogotá y Medellín
Entrevistas semiestructuradas y en profundidad con actores clave que participaron en el Cuarto Estudio Nacional de Salud Bucal – Salud Bucal (ENSAB IV 2013-2014)	Bogotá, Medellín y Quito.
Biblioteca virtual de la salud	Virtual
Base de datos Jstore - Literatura Científica Multidisciplinaria	Virtual
Base de datos Web of Science Literatura Científica Multidisciplinaria	Virtual
Repositorio institucional de la Escuela Nacional de Salud Pública Sergio Arouca	<a href="http://www.arca.fiocruz.br">www.arca.fiocruz.br</a>
Repositorio institucional de la Universidad de Sao Paulo	<a href="http://www.usp.br">www.usp.br</a> , <a href="http://www.cruesp.sibi.usp.br">www.cruesp.sibi.usp.br</a>
Repositorio institucional de la Universidad Federal do Rio de Janeiro	<a href="http://www.ufrj.br">www.ufrj.br</a>
Repositorio institucional de la Universidad Federal de Bahía	<a href="http://www.ufba.br">www.ufba.br</a>
Repositorio institucional de la Pontificia Universidad Católica de Chile	<a href="http://www.uc.cl">www.uc.cl</a>
Repositorio institucional de la Universidad de Chile	<a href="http://www.uchile.cl">www.uchile.cl</a> ,

	<a href="http://www.repositorioslatinoamericanos.uchile.cl">www.repositorioslatinoamericanos.uchile.cl</a>
Repositorio institucional de la Universidad Nacional Autónoma de México	<a href="http://www.unam.mx">www.unam.mx</a> , <a href="http://www.rad.unam.mx">www.rad.unam.mx</a>
Repositorio institucional de la Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco	<a href="http://www.xoc.uam.mx">www.xoc.uam.mx</a>
Repositorio institucional del Instituto Nacional de Salud Pública de México	<a href="http://www.insp.mx">www.insp.mx</a>
Repositorio institucional de la Universidad de Buenos Aires	<a href="http://www.uba.ar">www.uba.ar</a>
Repositorio institucional de la Universidad de Antioquia – Facultad Nacional de Salud Pública	<a href="http://www.arcaudea.edu.co">www.arcaudea.edu.co</a>
Repositorio institucional de la Universidad Nacional de Colombia	<a href="http://www.unal.edu.co">www.unal.edu.co</a> , <a href="http://www.bdigital.unal.edu.co">www.bdigital.unal.edu.co</a>
Repositorio institucional de la Universidad del Valle	<a href="http://www.univalle.edu.co">www.univalle.edu.co</a> , <a href="http://bibliotecadigital.univalle.edu.co">bibliotecadigital.univalle.edu.co</a>

Fuente: Elaboración del autor.

A continuación muestro un cuadro síntesis donde se muestra la relación entre los objetivos específicos planteados en la presente investigación y las diferentes fuentes consultadas para dar respuesta a los mismos (ver anexo N°7).

#### **Anexo N°7. Relación entre objetivos específicos y fuentes de información consultadas**

<b>Objetivos específicos</b>	<b>Fuentes de información consultadas</b>
Identificar y describir el contexto histórico - sanitario en que se diseñaron y ejecutaron los estudios nacionales de morbilidad oral – salud bucal realizados en Colombia.	Planes nacionales de desarrollo, Políticas sanitarias, Entrevistas semiestructuradas, Leyes, decretos, resoluciones
Identificar y describir los actores participantes y las prácticas institucionales que guiaron la formulación de los estudios nacionales de morbilidad oral – salud bucal.	Planes nacionales de desarrollo, informes y documentos técnicos publicados, entrevistas semiestructuradas, leyes, decretos, resoluciones.
Describir y comparar los diseños y resultados presentados en el informe	Documentos técnicos publicados, entrevistas semiestructuradas.

final de los estudios nacionales de morbilidad oral – salud bucal.	
--	--

En anexo N° 8 se muestra una comparación entre los cuatro estudios nacionales de morbilidad oral – salud bucal a partir de criterios relacionados con los actores institucionales que participaron en cada uno de ellos, el análisis de la información propuestos en cada momento, la población y los territorios incluidos, características de la muestra, aspectos clínicos e indicadores incluidos y algunos de los resultados presentados.

### Anexo N° 8. Matriz Comparativa de estudios Nacionales de Morbilidad Oral – Salud Bucal realizados en Colombia (1965-2014)

<b>Categorías de análisis</b>	Estudio de Recursos Humanos para la Salud y la Educación Médica en Colombia.  Investigación Nacional de Morbilidad oral 1965-66	Estudio Nacional de Salud.  Estudio de morbilidad oral 1977-80	II Estudio Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades Crónicas – Enfrec II.  III Estudio Nacional de Salud Bucal ENSAB III - 1998-99.	IV Estudio Nacional de Salud Bucal ENSAB-IV 2013-14.
<b>Actores claves</b>	Ministerio de Salud Pública, <b>ASCOFAME</b> . Patrocinio y asesoría de: “ <b>Milbank Memorial</b> ” y <b>OPS</b> . Colaboración: <b>Facultad de odontología de la U de A</b> , ICSS, DANE.	Ministerio de Salud, INS, <b>ASCOFAME</b> . Instituciones colaboradoras: DNP, DANE, ICBF, INC, FONADE, <b>OPS</b> y Servicios Seccionales de Salud y la <b>Agencia para el Desarrollo Internacional</b> .	Ministerio de Salud, CNC, SEI. Instituciones colaboradoras: <b>CES</b> , <b>Facultad de odontología UN</b> , <b>Facultad de Odontología - UEB</b> , DANE, DNP, INS, Servicios Seccionales de Salud, <b>Centro colaborador de OMS/OPS</b> . Asesores Nacionales e Internacionales.	Ministerio de Salud y Protección social, SEI S.A, <b>PUJ (CENDEX)</b> . Instituciones colaboradoras: <b>U de Antioquia</b> . Asesores Nacionales e internacionales.
<b>Plan de análisis</b>	<b>Análisis descriptivo</b> de corte cuantitativo basado en indicadores de daño.	<b>Análisis descriptivo</b> cuantitativo basado en Indicadores de daño.	Para el componente morbilidad se realizó <b>análisis descriptivo</b> a partir de cruce de variables que describen morbilidad con las variables independientes (QUANTUM).  Los resultados de las <b>encuestas de representaciones, conocimientos y prácticas</b> se sometieron a un análisis descriptivo.	<b>Análisis descriptivo</b> de los índices clínicos por variables de interés (cuantitativo). Análisis de determinación social se realizó a partir de frecuencias relativas (porcentajes) y medidas de tendencia central (promedios) según el tipo de variable. (cuantitativo) <b>Realizó un análisis de desigualdades</b> según fracción social a partir de índices clínicos calculados mediante el programa STATA. (cuantitativo)  Abordaje cualitativo sobre la <b>comprensión</b> que se tiene del sentido de la salud bucal y por la <b>aproximación a los aspectos sociales</b> que influyen en dichas condiciones.

<p><b>Población y Territorio</b></p>	<p><b>Población civil</b> no institucional de los departamentos (18). Excluyendo población agrupada en instituciones y las intendencias y comisarias. <b>Edades</b> de 5-14, 15-19, 20-54, 55 y más años. equivalente al 98% de la población total del país.  <b>Cinco regiones</b> Atlántica, oriental, Central, Pacífica y Bogotá D.E. Se definieron 716 (40) UPM municipios con + de 5.000 habitantes.</p>	<p><b>Población civil</b> no institucional de departamentos (23). Excluyendo población agrupada en instituciones y las intendencias y comisarias. Niños de 5-14 años; jóvenes de: 15-19; adultos 20-64, adultos mayores 65 y más años. Representativa del 98,7% de la población total.  <b>Cinco Regiones:</b> Atlántica, Oriental, Bogotá, Central y pacífica. Definió 1.854 (50) UPM Municipios con 3.000 o + habitantes.</p>	<p><b>Población civil</b> residente en todos los departamentos (32). Edades simples 5,6,7,12, jóvenes de 15-19, adultos 20-44, 55-64, adultos mayores de 65 y más años. <b>No incluyo adultos de 45-54 años.</b> <b>Cinco regiones:</b> Atlántica, Central, Oriental, Occidental y Santa Fe de Bogotá. <b>Seis subregiones:</b> Barranquilla, San Andrés y Providencia, Medellín, Cali, Andén Pacifico, y Orinoquia-Amazonia. <b>67 UPM.</b></p>	<p><b>Población civil</b> de los departamentos (32). Edades simples de 1, 3, 5, 12, 15 y 18 años; <b>las gestantes</b> entre 20 y 49 años; los adultos entre 20 y 79 años. 80% habitantes de área urbana y 20% habitantes de área rural. <b>Seis regiones:</b> Atlántica, Oriental, Central, pacífica, Bogotá D.C y Orinoquia – Amazonia. <b>16 subregiones - 197 UPM</b></p>
<p><b>Muestreo y muestra</b></p>	<p>Muestreo Probabilístico, de conglomerados desiguales, estratificado y polietápico. <b>Entrevistas</b> a 8.669 familias con 51.473 personas <b>Exámenes clínicos</b> a 5.026 personas. equivalente al 0.3% de la población total del país.</p>	<p>Muestreo probabilístico de conglomerados, estratificado, polietápico. <b>Entrevista</b> en 9.868 hogares con 52.760 personas. (información sobre vivienda, morbilidad, ingresos, fecundidad, educación, ocupación y actividad)  <b>Examen clínico</b> a 10.968 personas</p>	<p><b>Probabilístico, de conglomerados y estratificadas.</b> Con base en 5.841 hogares y 489 establecimientos preescolares y escolares existentes en el país <b>Encuesta</b> en 6.336 adultos de representaciones, conocimientos y prácticas. <b>Examen clínico bucal.</b> 4.400 niños y 8.448 adultos.</p>	<p><b>Probabilístico, conglomerados, estratificado, multietápico.</b> Personas seleccionadas de hogares <b>Encuesta 20.534</b>, (indagó por aspectos relacionados con la determinación social de la situación de salud bucal) <b>Examen clínico.</b> En total 20.534 personas. <b>Entrevista</b> de casos (6).</p>
<p><b>Categorías y/o Variables analizadas.</b></p>	<p>Edad, sexo, zona, región, ingreso económico familiar y nivel de instrucción.</p>	<p>Edad, sexo, región, ingreso, nivel de educación, nivel de urbanización y <b>afiliación a seguridad social.</b></p>	<p>Edad, sexo, regiones y subregiones, <b>categoría del municipio, zona de procedencia, nivel educativo, afiliación a seguridad social (SGSSS) y estrato socioeconómico.</b></p>	<p>Edad, sexo, procedencia, región, régimen de afiliación (SGSSS), <b>inserción social, modos de vida y estilos de vida.</b></p>
<p><b>Aspectos clínicos incluidos</b></p>	<p>Caries, periodontopatias, necesidad de prótesis dental, anomalías dentomaxilofaciales. Estudio sobre erupción de dientes permanentes.</p>	<p>Higiene oral; periodontopatias; caries dental; presencia y necesidad de prótesis; anomalías dentomaxilofaciales <b>patologías de tejidos blandos orales;</b> otras patologías en dientes permanentes diferentes a caries.</p>	<p>Estado de la dentición y necesidades de Tto; <b>fluorosis dental;</b> estado periodontal y necesidades de Tto; presencia de PB; presencia y necesidad de prótesis; estado de la mucosa oral; estado de la oclusión; <b>labio y paladar fisurado; estado de la articulación temporomandibular.</b></p>	<p>Estado de la dentición; estado periodontal; labio y paladar hendido; lesiones de la mucosa bucal; edéntulismo; uso, necesidad de cambio y requerimiento de prótesis parcial y total; estado de la oclusión; <b>uso de implantes dentales;</b> fluorosis dental; Otras.</p>
<p><b>Indicadores de daño</b></p>	<p>Índice CPO – D ceo – d, “Periodontal Index” Russell. Presencia de placa calcificada.</p>	<p>índice CPO-D, ceo- d, índice periodontal de Russell, índice de <b>higiene oral simplificado de Greene.</b></p>	<p>Índice CPO-D, ceo-d, IES versión modificada Papapanou, (ICPNT), índice de placa blanda. índice de Dean, Índice de Helkimo.</p>	<p>COP-D, ceo-d, IES (Carlos), Diagnostico de Periodontitis (Page y Eke), índice comunitario de fluorosis de Dean, índice de estética dental (DAI, 1986).</p>
<p><b>Resultados Caries</b></p>	<p><b>95,5%</b> de la población con historia de caries en dentición permanente. <b>CPO – D: 15.4.</b> E: 9.0 C: 4.0 Ei: 1.4 O: 1.0 . <b>Sanos: 11.1</b> Mayor historia de caries en personas que habitan <b>zona urbana, grupos de mayor</b></p>	<p><b>96,7%</b> de la población presento historia de caries. <b>CPO – D: 12.7</b> E: 8,2 C: 2,3 Ei: 0.8 O: 1,4 <b>Sanos: 13.1.</b>  Historia de caries mayor en <b>mujeres, personas con mayores ingresos y &gt; nivel de educación</b></p>	<p><b>El 88,7%</b> de la población con historia de caries. <b>CPO-D: 10.3</b> C: 2.5 P: 4.8 O: 3.0 <b>Sanos:15.3</b> 2/3 de las personas con historia de caries presentaban <b>lesiones no tratadas.</b> Mayores necesidades de Tto en <b>habitantes de zona rural, municipios categoría 5 y 6 y en afiliados al R.</b></p>	<p><b>91.58%</b> de las personas presenta experiencia de caries. <b>CPO – D:10.48</b> CPO-D modificado:16.37 C: 1.63. P: 4.98 O: 3.87 <b>Sanos:16.3</b> Por regiones Atlántica y la oriental la &gt; prevalencia de caries.</p>



	<b>ingreso y nivel educativo más alto.</b>		<b>subsidiado y en subregiones</b> como Orinoquia y Amazonia.	
<b>Resultados Enfermedad periodontal</b>	Prevalencia <b>88.7%</b> . Índice periodontal de Rusell Encontrándose mayor número de afectados y mayor severidad entre aquellos con <b>menores ingresos</b> , habitantes de <b>zonas rurales</b> y personas con <b>menor grado de instrucción</b> .	Prevalencia <b>94,7%</b> . Índice periodontal de Rusell. De acuerdo a <b>ingreso y nivel de educación</b> se observó la existencia de una <b>mejor situación</b> en los grupos con las más altas condiciones.	Prevalencia del <b>50% IES: (16,1.2)</b> 42% de las personas con pérdida localizada y el 8,2% generalizada. Leve: 41.1% Moderada: 7.7% Severa: 1.2%. Pérdidas moderadas y severas más frecuentes en <b>zona rural</b> y mayor proporción de personas con PI a <b>&lt; nivel de escolaridad</b> . Afiliados a regímenes especiales < pérdida de inserción. <b>Mayor %</b> de personas con PI generalizada <b>entre afiliados a R. subsidiado</b> .	Prevalencia del <b>72% IES: (38.4, 1.79)</b> 51.27% pérdida generalizada. 44.02% localizada. Leve: 85.16% Moderada: 8.59% Severa: 1.84%. Valores de IES mayores en áreas rurales; y en personas afiliadas al R. subsidiado. <b>61,8% de la población con periodontitis.</b> <b>PM: 43,46%.</b> PA:10,62% PL: 7,72%. Sin P: 38,2%.
<b>Resultados Pérdida de dientes</b>	En promedio <b>9.0</b> dientes extraídos y 1.4 con Ei. <b>El 13.8%</b> de la población requería <b>prótesis total (PT)</b> superior e inferior.  El 4,2% solo PT superior. El 46,1% requería prótesis parcial en algunos de sus maxilares.	En Promedio <b>8.2</b> dientes extraídos y 0.8 con Ei.  Necesidad de <b>PT</b> en un <b>17,1%</b> de la población.  Prótesis parcial superior por encima del 33% y prótesis parcial inferior >50%.	Más del <b>48% de población examinada</b> evidencio uso o la necesidad de prótesis para el Max. Superior y cerca del 47 % en el Max. Inferior.  Por encima del 50% de las personas que usaban prótesis requerían cambio de estas.	<b>Más de 95%</b> de mayores de 45 años edéntulos parciales; más del 98% en mayores de 65 años.  <b>Cerca al 33%</b> de la población mayor de 65-79 años evidencio edéntulismo total.  La edad, el <b>sexo femenino, vivir en zonas rurales, pertenecer a las fracciones sociales menos favorecidas</b> , fueron variables asociadas a mayor prevalencia de edéntulismo.
<b>Fuente: Elaboración propia con base en los informes publicados de los estudios nacionales de morbilidad oral – salud bucal.</b>				