

MEMORIAS DE DIÁLOGOS DELIBERATIVOS

Desigualdades en la atención preventiva en salud bucal en Antioquia
2017–2022



**UNIVERSIDAD[®]
DE ANTIOQUIA**

Presentación estrategia promocional de cuidado bucal "Abuela Sonrisas" Jardín Infantil Buen Comienzo Moravia, 202

El grupo de equidad y salud bucal de la Universidad de Antioquia actualmente está desarrollando el proyecto “Desigualdades en la atención preventiva en salud bucal en Antioquia 2017–2022”, en alianza con el Observatorio de Salud de la Secretaría de Salud e Inclusión Social (financiado por la Universidad de Antioquia y el fondo internacional NIHR–CORE)

Autores

Mariana Agudelo Arias, Odontóloga, estudiante de Maestría en Salud Pública de la Universidad de Antioquia
Valentina Espinosa Ruiz, Gerente de Sistemas de Información en Salud

Sandra Milena Zuluaga Salazar, Profesora de la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia

Gabriel Jaime Otálvaro Castro, Profesor de la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia

Gino Montenegro Martínez, Profesor de la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia

Mariana Arango Rendón, Estudiante de pregrado, Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia

Santiago Restrepo Gallego, Estudiante de pregrado, Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia

Agustín Jaramillo Muñoz, Estudiante GESIS, Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia

Carlos Mario Gómez Tirado, Profesor de la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia

Lucas Olarte Jaramillo, Estudiante GESIS, Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia

Sara Carvajal, Estudiante GESIS, Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia

Jonathan Alexander Gómez Valencia, estudiante de Maestría en Salud Pública de la Universidad de Antioquia

Alba Luz León Álvarez, Equipo del Observatorio de Salud de Antioquia

Carolina Restrepo, Equipo del Observatorio de Salud de Antioquia

Reconocimiento de financiación

Esta investigación fue financiada por el NIHR (132731) utilizando fondos de desarrollo internacional del Gobierno del Reino Unido para apoyar la investigación en salud global. Las opiniones expresadas en esta publicación son las del/la autor/a y no reflejan necesariamente las del NIHR ni las del Gobierno del Reino Unido.

Financia

FUNDED BY

NIHR

National Institute for
Health and Care Research



**UK International
Development**
Partnership | Progress | Prosperity

Apoya



UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE COLOMBIA

INTRODUCCIÓN

El Grupo de Equidad y Salud Bucal de la Facultad de Odontología y la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia desarrolló el proyecto ***“Desigualdades en la atención preventiva en salud bucal en Antioquia 2017–2022”***, en alianza con el Observatorio de Salud de la Secretaría de Salud e Inclusión Social. El estudio tuvo como objetivo analizar las desigualdades sociales relacionadas con el acceso y la cobertura de la atención preventiva en salud bucal en las subregiones del departamento, así como identificar los desafíos y oportunidades para fortalecer la implementación de esta atención en Antioquia.

Con el propósito de comprender los desafíos y oportunidades presentes en la implementación de estrategias orientadas al fortalecimiento de la Atención Preventiva en Salud Bucal (APSB) en el departamento, los diálogos deliberativos permitieron la discusión de la evidencia científica y la información analizada desde la perspectiva de actores clave. Como preparación para estos diálogos, se realizaron entrevistas exploratorias a actores clave de la Secretaría Departamental y se construyó un informe tipo síntesis de evidencias, el cual contiene los resultados del análisis de desigualdades en salud bucal en Antioquia y sus subregiones a partir de datos administrativos, complementado con una síntesis de literatura.

El objetivo de los diálogos fue comprender, desde la perspectiva de los actores territoriales de la zona rural y urbana, los desafíos y oportunidades en la implementación de la Atención Preventiva en Salud Bucal (APSB) en Antioquia, así como construir recomendaciones orientadas a su fortalecimiento.

En este marco, la selección de la subregión Occidente para la realización del segundo diálogo con enfoque rural se fundamentó en la presencia de municipios con una alta proporción de población en zona rural. Además, esta subregión concentra condiciones de desigualdad asociadas al conflicto armado y a características de etnicidad, factores que complejizan la garantía efectiva del derecho a la salud y hacen pertinente el desarrollo de un análisis situado. A ello se suma que el territorio ofrece condiciones favorables para el desarrollo de los diálogos, tanto por la disposición de actores clave como por la posibilidad de construir reflexiones contextualizadas que aporten a la comprensión de las brechas existentes y a la formulación de estrategias ajustadas a la realidad local.

En los diálogos comunitarios participaron actores diversos, lo que permitió la interacción desde múltiples perspectivas. Para el diálogo de zona urbana, se definieron municipios con población predominantemente urbana de las subregiones del Oriente cercano y del Valle de Aburrá. La convocatoria se realizó a través de hospitales públicos, direcciones locales de salud y EPS, dirigida a líderes sociales y/o comunitarios, así como a profesionales o técnicos que desarrollan acciones preventivas. El máximo previsto fue de 16 personas en el diálogo deliberativo.

Para el diálogo de zona rural, llevado a cabo en la Seccional Occidente de la Universidad de Antioquia, en Santa Fe de Antioquia, se definieron y priorizaron para la convocatoria los municipios con población predominantemente rural de la subregión de Occidente. La

convocatoria también se realizó a través de hospitales públicos, direcciones locales de salud y EPS, dirigida a líderes sociales y/o comunitarios, así como a profesionales o técnicos que realizan acciones preventivas. Al igual que en los otros encuentros, se estableció un máximo de 16 personas en el diálogo deliberativo.

El talento humano en salud bucal está constituido por perfiles profesionales en odontología y por perfiles técnicos de salud oral, higienistas o auxiliares de odontología. Para el último diálogo se convocaron perfiles de la Secretaría de Salud departamental y municipal de Antioquia. Esta convocatoria se realizó a través de hospitales públicos, direcciones locales de salud y referentes de salud bucal de las EPS, con conocimientos y experiencia en la gestión de la atención preventiva en salud bucal. También en este caso, se contempló un máximo de 16 personas en el diálogo deliberativo.

En total, se desarrollaron tres diálogos deliberativos: dos con actores comunitarios y talento humano odontológico de zona urbana (Medellín y oriente cercano) y de zona rural (subregión Occidente), y otro en Medellín con tomadores de decisiones y actores académicos del nivel departamental y municipal.

En cada uno de los diálogos se realizó un encuadre de los resultados contenidos en la síntesis de evidencia. La deliberación en los diálogos con actores comunitarios y talento humano, tanto en el contexto urbano como rural, se llevó a cabo en dos momentos de discusión: en primer lugar, se problematizó la situación de la APSB en Antioquia; posteriormente, se discutieron estrategias y acciones potenciales para fortalecer la atención preventiva en salud bucal a nivel municipal y departamental.

En el diálogo de actores académicos y tomadores de decisiones, la discusión se organizó en tres bloques temáticos, orientados a analizar la situación de la APSB en Antioquia, el fortalecimiento de los EBAS y del enfoque familiar y comunitario, y el papel de la academia, el trabajo intersectorial y la transformación cultural; finalmente, se desarrolló un cierre con la síntesis elaborada por el equipo relator, la evaluación del encuentro por parte de los asistentes y los agradecimientos finales.

MEMORIA DE LOS DÁLOGOS DELIBARATIVOS

Problematización de la atención preventiva en salud bucal en Antioquia: barreras, inequidades y desafíos desde la perspectiva de actores comunitarios, académicos, talento humano y tomadores de decisiones

Los actores académicos y los tomadores de decisiones hicieron énfasis en que las inequidades en salud bucal constituyen un problema multicausal y estructural, determinado por factores administrativos, sociales, culturales, económicos y territoriales que limitan el acceso, la oportunidad y la continuidad de la atención. Aunque el Plan de Beneficios en Salud cubre casi la

totalidad de los procedimientos odontológicos, la salud bucal continúa despriorizada dentro del sistema de salud, con una UPC insuficiente y sin especificaciones nacionales claras sobre el talento humano asistencial ni sobre los recursos mínimos requeridos para la implementación de los servicios.

Esta situación se refleja en déficit de recursos humanos, técnicos y financieros, baja empleabilidad profesional, fragmentación de las actividades según el prestador y limitada inclusión del odontólogo en los equipos básicos e interdisciplinarios de salud. Adicionalmente, se reconoce una distribución inequitativa del talento humano, altas cargas laborales y exigencias administrativas que dificultan la prestación oportuna y continua de la atención.

La oferta de servicios se concentra principalmente en zonas urbanas y cabeceras municipales, mientras que las zonas rurales dispersas presentan mayores dificultades asociadas a la ausencia de talento humano, las barreras geográficas, el conflicto armado y la baja cobertura de estrategias extramurales. En estas zonas, el acceso se encuentra condicionado por las distancias que deben recorrerse para acceder a los servicios de salud bucal, la dispersión poblacional y las condiciones climáticas, lo que limita la oportunidad de la atención y refuerza la dependencia de estrategias extramurales.

En este contexto, las brigadas de salud emergen como una de las principales estrategias para garantizar el acceso en zonas rurales. Estas son ampliamente valoradas por las comunidades, junto con la gratuidad de los servicios y la articulación con líderes comunitarios, quienes facilitan la convocatoria y la participación. Sin embargo, se reconoce que las brigadas y las estrategias comunitarias frecuentemente no cuentan con los recursos suficientes para responder a las necesidades encontradas en el territorio.

También se identifican limitaciones en la infraestructura y en los recursos disponibles, especialmente en zonas rurales, donde se reporta el deterioro o la insuficiencia de unidades móviles y la ausencia de laboratorios dentales, lo que restringe la capacidad resolutoria de los servicios. Por ello, se plantea la necesidad de fortalecer las estrategias preventivas, especialmente en primera infancia y en los grupos priorizados del curso de vida, mediante una mayor articulación con los Equipos Básicos de Salud, la implementación de unidades móviles y el fortalecimiento de actividades extramurales.

En zonas urbanas, aunque se reconoce una mayor disponibilidad de servicios, también se evidencian dificultades en el acceso efectivo, especialmente en la población adulta mayor y en las personas afiliadas al régimen subsidiado. Esto pone en evidencia una tensión entre las percepciones de los actores institucionales, quienes señalan igualdad en las coberturas, y las comunidades, que reportan barreras persistentes para acceder a los servicios. Estas barreras también se evidencian en los resultados del análisis de acceso a las consultas.

Tanto en contextos urbanos como rurales persisten barreras administrativas y problemas en la continuidad de la atención, dado que en muchos casos las acciones se realizan de manera puntual, sin garantizar seguimiento ni continuidad. Estas dificultades se ven reforzadas por la ruta para la asignación de citas, las restricciones en los sistemas de información, la fragmentación derivada de los modelos de contratación y la limitada capacidad instalada para

responder a la demanda. Todo ello pone en tensión la disponibilidad formal de los servicios frente al acceso efectivo por parte de la población.

A estas dificultades se suman barreras administrativas, logísticas y tecnológicas, como los problemas en el agendamiento, la telefonía, los canales digitales y los horarios de atención, los cuales no facilitan el acceso de toda la población, especialmente del sector productivo. Aunque existen estrategias y lineamientos escritos, se reconoce poca articulación entre la gestión administrativa, los prestadores y las iniciativas territoriales, además de insuficientes acuerdos de voluntades e incentivos para favorecer la atención en salud bucal y el trabajo en zonas de difícil acceso.

Se reconoce la promoción y la prevención como elementos fundamentales para impactar la salud de la comunidad. Sin embargo, el sistema continúa orientado principalmente hacia lo curativo, por lo que muchas personas solo consultan cuando existe dolor o una necesidad manifiesta. El enfoque predominante en la práctica odontológica continúa priorizando la atención curativa sobre la preventiva, lo que limita la consolidación de la Atención Primaria en Salud Bucal como una práctica cotidiana. Esta situación se ve reforzada por las lógicas de financiamiento del sistema, que privilegian las intervenciones resolutivas sobre las preventivas.

De igual manera, se identifican diferencias en el conocimiento del sistema de salud entre los pacientes y el talento humano, lo que dificulta la orientación adecuada de los usuarios sobre su situación dentro del sistema. En este sentido, se evidencia la necesidad de fortalecer los procesos de información, comunicación y educación entre los diferentes actores.

También se identifican barreras culturales y educativas transversales a los territorios, relacionadas con la desinformación y la persistencia de mitos sobre la salud bucal, como la percepción del flúor como una sustancia tóxica o la creencia de que algunos procedimientos debilitan los dientes. Asimismo, se reconoce una baja cultura preventiva, en la que la consulta se realiza principalmente por dolor o urgencia.

Las condiciones culturales, emocionales y sociales influyen significativamente en la búsqueda de atención odontológica. El miedo al dolor, la vergüenza, la percepción del estado de salud, las creencias familiares y las costumbres pueden sobrepasar incluso la posibilidad de acceso a los servicios. En primera infancia, las creencias de padres y cuidadores retrasan la consulta, mientras que la educación no llega de manera oportuna ni contextualizada a las realidades culturales de los territorios.

Además, se evidencia la presencia de corrientes como el movimiento antifuorización, que inciden en la adopción de prácticas preventivas y que están fuertemente asociadas a los movimientos antivacunas. Por ello, se reconoce la importancia de comprender al sujeto desde sus emociones, su idiosincrasia y su manera de comprender la vida, con el fin de disminuir barreras, favorecer la adherencia a la atención y fortalecer la exigibilidad de sus derechos.

En zonas rurales, estas barreras se expresan además en prácticas de autoatención, como la automedicación, el uso de remedios caseros y la consulta inicial en farmacias locales. También se evidencian barreras interculturales que dificultan la atención adecuada de comunidades

indígenas, debido a limitaciones de lenguaje y a la ausencia de enfoques diferenciales en el contexto de los Equipos Básicos de Salud.

En términos de curso de vida, se reconoce que la participación en actividades preventivas disminuye con la edad. Esto se asocia con la priorización histórica de acciones en primera infancia, infancia y adolescencia, lo que evidencia la necesidad de ampliar el enfoque hacia otros grupos poblacionales, especialmente adultos y personas mayores.

De manera relevante, los actores rurales señalan que las poblaciones con mayores dificultades de acceso son, a su vez, aquellas que concentran una mayor carga de enfermedad bucal. En estos territorios se evidencia una alta prevalencia de caries dental, incluyendo casos severos, así como pérdida dental, edentulismo y una amplia necesidad de rehabilitación protésica. En este último caso, se identifica una barrera estructural asociada a la histórica clasificación de las prótesis como procedimientos estéticos, lo que aún prevalece en el imaginario social, limita su acceso y profundiza las inequidades. Asimismo, en algunos territorios se reporta la presencia de fluorosis dental, posiblemente asociada a la calidad del agua.

Desde la academia y los servicios se identifica una fragmentación del sujeto y de la atención, en la que la salud bucal continúa separada de la salud integral. En el contexto urbano, las barreras se ven atravesadas por un imaginario social que asocia la odontología con lo estético, particularmente en la ciudad de Medellín, lo que influye tanto en las expectativas de la población como en los enfoques formativos de los profesionales.

Frente a esta situación, se plantea una corresponsabilidad entre instituciones formadoras, profesionales, sistema de salud y población para fortalecer el trabajo interdisciplinario, el diálogo de saberes y la educación multidisciplinaria. Asimismo, se reconoce una deuda social en la formación del talento humano, relacionada con la necesidad de acercar a los estudiantes a las realidades sociales, culturales y territoriales de las comunidades, promoviendo sensibilidad frente a las inequidades y mayor compromiso con la Atención Primaria en Salud Bucal.

También se señala la ausencia de sistemas de información confiables que permitan conocer con precisión la situación de salud bucal y hacer seguimiento efectivo a los servicios prestados, dado que los datos consignados en los RIPS presentan limitaciones para la construcción de conocimiento y la toma de decisiones. Además, se reconoce que los cambios en el perfil epidemiológico de salud bucal y en los mecanismos de atención han desbordado las capacidades del sistema, evidenciando la necesidad de fortalecer las políticas públicas, la accesibilidad y la corresponsabilidad entre instituciones, profesionales y población para avanzar hacia las metas

propuestas al 2030. Finalmente, se identifica que los Equipos Básicos de Salud tienden a centrarse en la atención de necesidades inmediatas o signos de alarma, sin consolidar procesos continuos de cuidado que integren la promoción, la prevención y la atención resolutive. Esta situación se ve agravada por la incertidumbre en su continuidad contractual, lo que pone en riesgo la sostenibilidad de las acciones territoriales y los procesos de caracterización comunitaria.



¿Cómo fortalecer la atención preventiva en salud bucal en Antioquia? Aportes de actores comunitarios, académicos, talento humano en salud y tomadores de decisiones

Todos los actores en salud bucal coinciden en la necesidad de fortalecer la atención preventiva, avanzando hacia estrategias más territoriales, integrales y centradas en las características, necesidades y realidades de las poblaciones. En este sentido, la salud bucal debe entenderse desde una perspectiva integral y territorial, superando la fragmentación de la atención y reconociendo los factores económicos, sociales, culturales y comunitarios que condicionan el acceso, el cuidado y la continuidad de los servicios.

Desde la academia se reflexiona sobre cómo la salud bucal continúa sin ser reconocida plenamente como un componente básico de la salud general, situación influenciada por la hegemonía del modelo biomédico y por la falta de articulación interdisciplinaria e intersectorial. Se identifica una débil integración entre las diferentes disciplinas de la salud, la ausencia de remisiones desde otros servicios hacia odontología e higiene oral, y una limitada participación de aliados estratégicos e instituciones como el Ministerio de Salud, las secretarías de educación y otros sectores clave. Asimismo, se reconoce que el odontólogo ha sido subvalorado y que sus capacidades no son plenamente reconocidas dentro de los equipos de atención ni en los procesos de salud integral.

En esta misma línea, se plantea la necesidad de fortalecer el reconocimiento de la salud bucal como un derecho, entendiendo que el derecho a la salud está estrechamente relacionado con otros derechos sociales, como el trabajo, la vivienda, la educación y las condiciones de vida

digna. Aunque el reconocimiento de la salud bucal como derecho es reciente, persisten dificultades para garantizar su aplicación efectiva dentro del sistema de aseguramiento, debido a dinámicas económicas, administrativas y organizacionales centradas más en indicadores y en la comercialización de servicios que en las realidades de las comunidades. También se cuestiona el papel de algunas organizaciones odontológicas frente a la vigilancia, defensa y garantía del derecho a la salud bucal.

Por ello, los actores académicos y tomadores de decisiones reconocen que la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad deben consolidarse como ejes centrales del sistema de salud bucal. Estas acciones deben integrarse de manera estructural a los procesos de atención, no solo en los consultorios, sino también en escuelas, espacios comunitarios, entornos laborales y escenarios extramurales. Para ello, es necesario fortalecer los procesos de comunicación y educación para la salud, incluyendo el uso de radios comunitarias como una estrategia fundamental para mejorar el acceso al conocimiento sobre el sistema de salud, los derechos de las personas, las prácticas de cuidado en salud bucal y la transformación de ideas o creencias que pueden convertirse en barreras para acceder a los servicios o adoptar hábitos de cuidado.

En coherencia con este enfoque, se plantea la necesidad de ampliar y fortalecer la implementación de estrategias extramurales diseñadas de manera estratégica desde los principios de universalidad, continuidad y equidad del cuidado. Estas estrategias deben articular los recursos sociales disponibles en los territorios con mayores déficits de acceso, tanto en zonas rurales como urbanas, mediante acciones como la territorialización, brigadas de salud, jornadas comunitarias, uso de unidades portátiles, atención domiciliaria, participación de promotores de salud y aprovechamiento de medios comunitarios. En estos escenarios no solo debe garantizarse el acceso a los servicios, sino también la integralidad de la atención, la educación en salud y el seguimiento a las personas y comunidades.

Las estrategias extramurales y la atención domiciliaria son consideradas fundamentales para mejorar el acceso y la cobertura, especialmente en poblaciones vulnerables y zonas de difícil acceso. En este sentido, se propone integrar la atención domiciliaria a los modelos de atención del sistema básico de aseguramiento y garantizar que los Equipos Básicos de Salud atiendan a poblaciones afiliadas a cualquier asegurador. De igual manera, se resalta la necesidad de fortalecer la articulación entre los equipos básicos departamentales y municipales para optimizar las acciones en salud bucal. En cada municipio, además, resulta relevante programar y monitorear metas de cobertura de atención integral con base territorial.

La organización territorial de los servicios también requiere ser optimizada mediante estrategias como la asignación de microterritorios y la articulación de profesionales de acuerdo con las características y necesidades de cada población. Esto favorecería la apropiación del territorio, la continuidad de la atención, el fortalecimiento del vínculo con las comunidades y una respuesta más pertinente frente a las necesidades identificadas. Actualmente, se reconoce que los servicios de salud suelen organizarse desde indicadores de cumplimiento y no desde las realidades territoriales y poblacionales, lo que limita su capacidad de respuesta.

Asimismo, se resalta la importancia de la articulación intersectorial, promoviendo el trabajo conjunto entre el sector salud, el sector educativo, el sector laboral y las organizaciones

comunitarias. Esto incluye estrategias como la vinculación con empresas, instituciones educativas y espacios comunitarios para el desarrollo de acciones preventivas, educativas y de promoción del cuidado. Para el trabajo de los Equipos Básicos de Salud, se sugiere diseñar una estrategia intencionada de articulación con docentes y líderes comunitarios, quienes pueden actuar como mediadores clave en los territorios y facilitar el diálogo con las comunidades.

En relación con la prestación de servicios, se propone avanzar hacia modelos más flexibles y adaptados a las dinámicas de la población. Esto implica considerar horarios extendidos, acciones de demanda inducida, captación activa de usuarios y aprovechamiento de espacios como las salas de espera para el desarrollo de actividades educativas. Estas medidas permitirían acercar los servicios a las personas, reducir barreras de acceso y fortalecer el componente preventivo dentro de los escenarios cotidianos de atención.

De igual forma, se enfatiza la necesidad de fortalecer institucionalmente los Equipos Básicos de Salud, garantizando su continuidad a lo largo de todo el año, la incorporación efectiva del componente de salud bucal, el talento humano requerido, el debido entrenamiento de los equipos y una adecuada planificación acorde con las características territoriales. La insuficiencia de talento humano limita la cobertura y la atención integral, por lo que se plantea revisar los elementos catalogados como “opcionales” dentro de los equipos básicos, incluir de manera más activa al personal odontológico y fortalecer la articulación entre odontólogos, técnicos, higienistas, auxiliares y promotores.

Aunque los Equipos Básicos de Salud están definidos por ley, su número sigue siendo insuficiente y se requiere precisar cómo deben actuar de acuerdo con las necesidades específicas de cada territorio. También se reconoce la importancia de garantizar condiciones laborales dignas, estabilidad e incentivos para los profesionales vinculados a estos equipos, con el fin de asegurar la continuidad de los procesos, el vínculo con las comunidades y la sostenibilidad de las acciones de promoción y prevención.

Como parte del fortalecimiento de los equipos, resulta relevante diseñar materiales pedagógicos de apoyo, a manera de kit, para el uso de higienistas, promotores y auxiliares. Estos recursos facilitarían su trabajo con docentes, líderes sociales y otros actores clave de los territorios, permitiendo desarrollar actividades educativas en diferentes escenarios de atención y fortalecer la apropiación comunitaria del cuidado en salud bucal.

En este marco, también se requiere fortalecer las competencias en promoción y prevención de los técnicos en salud oral, así como el papel de auxiliares y promotores de salud oral, quienes constituyen un vínculo cercano con las comunidades y pueden desarrollar actividades educativas en diversos escenarios. Se destaca, además, la importancia del rediseño del proceso formativo del SENA, incluyendo el aumento de horas de formación para los técnicos en salud oral, con el propósito de responder de manera más adecuada a las necesidades del sistema y de los territorios.

Desde la academia se reconoce, igualmente, la necesidad de transformar la formación de los profesionales en odontología, superando una orientación exclusivamente técnica y biomédica. Se propone avanzar hacia una formación integral que incorpore componentes

sociohumanísticos, pensamiento crítico, diálogo de saberes y reconocimiento de las capacidades de las comunidades. Esta formación debe partir de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, con estrategias diferenciadas según los grupos poblacionales y el curso de vida, e incluir temas emergentes relevantes para la salud bucal, acordes con las transformaciones de las identidades, prácticas y necesidades de los diferentes grupos sociales.

En ese sentido, se plantea la importancia de fortalecer el diálogo entre profesionales y población, comprender cómo las personas entienden la salud y desarrollar procesos de educación comunitaria que favorezcan la apropiación del derecho a la salud bucal. También se considera fundamental realizar prácticas territoriales con acompañamiento académico, articular el trabajo con otros sectores y profesiones, y responder a las necesidades reales identificadas mediante procesos de investigación, participación social y trabajo comunitario.

En los municipios con presencia de población indígena, el despliegue de cualquier estrategia, incluida la implementación de Equipos Básicos de Salud, debe estar mediado por procesos de concertación con las autoridades de los pueblos indígenas. Además, se requiere formar a los equipos de salud en abordajes interculturales que reconozcan y respeten sus cosmovisiones, saberes, prácticas sociales y formas propias de comprender el cuidado y la salud.

Finalmente, se plantea la importancia de realizar ajustes estructurales en el sistema de salud que permitan priorizar la atención preventiva, incluyendo su reconocimiento como un servicio sin barreras mediante acuerdos administrativos, de manera similar a otras estrategias de interés en salud pública, como la vacunación. Para ello, también es indispensable fortalecer los sistemas de información, ya que las diferencias entre los sistemas actuales dificultan la observación, comparación y credibilidad de los datos. Se requiere homologar e interoperar los sistemas de información y los RIPS, con el fin de construir información confiable para la toma de decisiones, garantizar la continuidad del seguimiento y apoyar estrategias como la fluorización sin barreras, que requieren una prestación articulada, sin restricciones y respaldada por información sólida.





UNIVERSIDAD[®]
DE ANTIOQUIA