

DIÁLOGOS DELIBERATIVOS

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

SÍNTESIS DE EVIDENCIA



**UNIVERSIDAD[®]
DE ANTIOQUIA**

Síntesis de Evidencia

Diálogos Deliberativos

Desigualdades en la atención preventiva en salud bucal en

Antioquia

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

Sobre este resumen

Este resumen fue realizado en el marco del proyecto de investigación “Desigualdades en la atención preventiva en salud bucal en Antioquia 2017–2022”, con el propósito de servir como base en la discusión de un proceso de diálogo deliberativo relacionado con la atención preventiva en salud bucal en el departamento que busca aportar insumos para el fortalecimiento de las acciones preventivas con la innovación y cambio en los modelos de atención integrados con la Atención Primaria en Salud – APS. Este resumen, describe la evidencia reunida y analizada, con respecto al problema en estudio, elementos involucrados en posibles soluciones, y las barreras y facilitadores para la implementación de la atención preventiva. Este resumen no contiene recomendaciones, pues habría requerido que los autores realizaran juicios basados en sus valores y preferencias personales.

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

CONTENIDO

CONTENIDO	4
MENSAJES CLAVES	5
¿Cuál es el problema y/o situación?	5
¿Qué conocemos acerca del problema?	5
(según el análisis de información primaria y Scoping review)	5
¿Qué podemos hacer?	6
CONTEXTO	6
¿Por qué es importante realizar actividades preventivas en salud bucal?	6
PROBLEMA	13
¿Qué situaciones problemáticas están relacionadas con la atención odontológica?	13
¿Qué sabemos de la atención preventiva de salud bucal en Antioquia, ¿qué nos dice el análisis de la información del periodo 2017- 2022?.....	14
¿Cuáles son las coberturas de las actividades preventivas por ciclo vital?	18
¿Qué revela el análisis de desigualdades territoriales en el acceso y cobertura de la atención odontológica y preventiva en el departamento?	25
¿Cómo explican los entrevistados el problema de salud bucal y el acceso a la atención preventiva?.....	25
¿Qué podemos hacer? Lo que dice la evidencia científica	29
<i>Aportes de los actores comunitarios y talento humano de diálogos deliberativos de zona urbana y rural</i>	32
¿Qué percepciones tienen los actores comunitarios y el talento humano sobre el acceso a la atención preventiva en salud bucal?	32
REFERENTES BIBLIOGRÁFICOS	37

MENSAJES CLAVES

¿Cuál es el problema y/o situación?

Las condiciones de salud bucal reflejan profundas desigualdades sociales, especialmente en contextos rurales y poblaciones históricamente excluidas, donde persisten barreras geográficas, económicas y culturales que limitan el acceso efectivo a servicios odontológicos. A pesar de la alta cobertura en salud en Colombia, continúan las inequidades, agravadas por un modelo de atención predominantemente curativo e individual con un abordaje limitado de la determinación social de la salud.

Se destaca la necesidad de superar barreras de acceso para fortalecer modelos innovadores de atención, priorizando enfoques preventivos, ya que la evidencia muestra que la asistencia periódica a controles odontológicos reduce la carga de enfermedad, los costos acumulados y mejora la calidad de vida relacionada con la salud bucal.

¿Qué conocemos acerca del problema?

(según el análisis de información primaria y Scoping review)

El acceso a la consulta odontológica, en el periodo de estudio presenta dos momentos diferenciados:

- 2017–2019: mayor acceso y crecimiento progresivo.
- 2020–2022: caída marcada asociada a la pandemia, con recuperación parcial sin alcanzar niveles previos.
- En 2019 la consulta odontológica alcanzó 1.036.231 personas atendidas, un año después (2020), la pandemia provocó una caída del 73,3%, reduciendo la atención a menos de 276.752 personas. La reducción entre el pico de 2019 y 2022 fue del 56%.
- Durante todo el periodo la consulta de primera vez curativa fue la modalidad predominante.
- Las urgencias odontológicas subieron en 2020–2021 (hasta 20,7%), asociadas al cierre de servicios.
- Durante todo el periodo de estudio la consulta especializada fue la menos frecuente (<4%).
- Las características del acceso efectivo a la consulta odontológica presentaron un descenso global, con máximo en 2019 (18,2%) y mínimos en 2020–2022 (~8%).

- Con una brecha creciente por régimen de afiliación al Sistema de salud, donde el régimen contributivo supera al subsidiado en todos los años. Y en 2022 el acceso contributivo fue el doble del subsidiado.

Las condiciones de desigualdad territorial en el departamento marcan la concentración de la oferta odontológica en capitales y áreas urbanas, y la baja disponibilidad en las zonas rurales. Las barreras geográficas, económicas y culturales se configuran como escenarios de inequidad que favorecen la restricción de servicios curativos y preventivos que afectan diferencialmente a poblaciones en condiciones socioeconómicas desfavorables.

¿Qué podemos hacer?

La evidencia muestra que las dificultades para implementar acciones preventivas en salud bucal se relacionan con barreras estructurales, geográficas, socioeconómicas, culturales y político-institucionales. Para superarlas se recomienda fortalecer la atención primaria, adaptar las intervenciones a los contextos territoriales y socioculturales, reconociendo las prácticas culturales de las poblaciones, promover la participación comunitaria y desarrollar acciones preventivas en escenarios comunitarios como escuelas y centros locales. También se sugiere integrar educación en salud con medidas clínicas preventivas, fortalecer alianzas institucionales y utilizar estrategias como brigadas móviles y teleodontología para mejorar el acceso, especialmente en zonas rurales.

CONTEXTO

¿Por qué es importante realizar actividades preventivas en salud bucal?

Las enfermedades bucodentales afectan a casi 3.500 millones de personas en el mundo. Entre 1990 y 2019, su prevalencia aumentó un 49,3 % a nivel global, con un crecimiento aún más pronunciado del 114% en países de bajos ingresos (1)

Las condiciones de salud bucal de individuos y comunidades son expresión de las desigualdades sociales injustas, tal como se evidencia en la IV Encuesta Nacional de Salud Bucal (ENSAB IV) reporta una mayor prevalencia de caries en zonas rurales dispersas, afectando los tres tipos de dentición (temporal, mixta y permanente). La mayor carga se observa en población infantil de centros poblados. (2)

Persisten barreras geográficas, económicas y culturales que limitan el acceso efectivo a servicios odontológicos. Apesar de la alta cobertura en salud en Colombia, continúan las inequidades, agravadas por un modelo de atención predominantemente curativo e individual.

El Sistema General de Seguridad Social en Salud cuenta con amplio plan de beneficios para las atenciones en salud bucal que incluye alrededor del 97% de las actividades odontológicas requeridas para recuperar la salud bucal (Anexo 1. Tabla Procedimientos de salud bucal con cobertura en el Plan de Beneficios en Salud según la Resolución 2765 de 2025).

Partiendo de la definición la prevención como “cualquier medida que permita reducir la posibilidad de aparición de una afección o enfermedad, o bien interrumpir o aminorar su progresión” (3); Los estudios reportan que la asistencia periódica a consultas odontológicas preventivas se asocia con una menor experiencia de caries, pérdida dentaria y enfermedad periodontal, así como con menores costos acumulados de tratamiento en comparación con quienes asisten de manera esporádica o solo en situaciones de urgencia. Asimismo, se ha encontrado que la asistencia regular a servicios preventivos mejora la calidad de vida relacionada con la salud bucal. (4, 5)

En el país el Ministerio de Salud y Protección Social, estableció lineamientos normativos enmarcados en concepto de atención integral en salud que buscan contribuir a la garantía del derecho fundamental a la salud y al desarrollo integral de las personas, familias y comunidades en los entornos donde viven y se desarrollan, mediante la atención integral en salud en lo relacionado con la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad y la generación de una cultura del cuidado para todas las personas, familias y comunidades. El Ministerio de Salud y Protección Social definió las rutas integrales de Atención en Salud (RIAS). Se distinguen dos grandes tipos: aquellas destinadas a la promoción y mantenimiento de la salud a lo largo del curso de vida, y las rutas específicas orientadas a grupos de riesgo o condiciones particulares, como las enfermedades crónicas, la salud mental y la salud bucal. (6)

La Resolución 3280 de 2018, estableció la Ruta Integral de Atención en Salud para la Promoción y Mantenimiento de la Salud Bucal, que define la atención preventiva como un conjunto de actividades orientadas a mantener la salud bucal y reducir las patologías orales, mediante estrategias como la educación para la salud, la fluorización, la instrucción de higiene oral, el control de placa y la detección temprana de enfermedades.

Esta ruta define los procedimientos preventivos en salud bucal a lo largo del curso de vida, especificando las actividades recomendadas para cada grupo de edad y la frecuencia con la que deben realizarse (Tabla 1).

El plan de acción y la estrategia global sobre salud bucodental 2023-2030, que define la agenda mundial de la OMS y los Estados miembros, propone un cambio de paradigma para pasar de la tradicional lógica curativa a una lógica preventiva, mediante un conjunto de medidas articuladas por un enfoque de salud pública, integración de la salud bucal en la atención primaria de salud, adaptadas a todas las etapas de la vida e incorporando modelos innovadores para responder a las necesidades de salud de la población (7)

Teniendo en cuenta la perspectiva de la medicina social que plantea la prevención, prioritariamente, como un asunto del ejercicio del poder de la sociedad civil en los procesos de transformación de las condiciones de vida. es fundamental la participación comunitaria en el diagnóstico de la situación de salud y en la construcción de alternativas de colectivas, tanto curativas como preventivas (8); nuestro propósito con los diálogos políticos deliberativos es invitar al análisis y reflexión de la situación de la atención preventiva de la salud bucal en Antioquia.



Tabla 1. Actividades de salud bucal acorde a grupo de edad y frecuencias de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud.

Grupo de edad	Remoción de placa bacteriana/ profilaxis Eliminación de placa bacteriana y orientación en técnicas de higiene oral.	Aplicación de flúor Aplicación tópica de flúor en barniz para fortalecer el esmalte dental y prevenir caries durante las consultas odontológicas	Aplicación de sellantes Colocación de una barrera física sobre fosas y fisuras de dientes temporales o permanentes presentes o recién erupcionados según criterio clínico	Educación grupal en salud bucal Actividades educativas sobre hábitos de autocuidado y prevención de enfermedades bucales, higiene oral, alimentación y prevención de caries	Detartraje supragingival Procedimiento de limpieza profesional para eliminación de cálculos y manchas superficiales si se encuentran presentes
Primera infancia (0 a 5 años)	2 veces al año (1 por semestre)	Cada 6 meses o cada 3 meses si hay riesgo medio o alto	Según erupción dentaria y criterio clínico. Control de permanencia cada 6 meses (bajo riesgo) o 3 meses (riesgo medio o alto)	Según programación del equipo de salud	
Primera infancia (0 a 5 años)	2 veces al año (1 por semestre)	Cada 6 meses o cada 3 meses si hay riesgo medio o alto	Control cada 6 meses (bajo riesgo) o 3 meses (riesgo medio o alto)	Según programación del equipo de salud	
Adolescencia (12 a 17 años)	2 veces al año (1 por semestre)	Cada 6 meses o cada 3 meses si hay riesgo medio o alto	Control cada 6 meses (bajo riesgo) o 3 meses (riesgo medio o alto)	Según programación del equipo de salud	
Juventud (12 a 17 años)	1 vez al año			Según programación del equipo de salud	Según hallazgos clínicos y criterio del odontólogo
Adulthood (29 a 59 años)	Cada 2 años			Según programación del equipo de salud	Según hallazgos clínicos y criterio del odontólogo
Vejez (60 años o más)	Cada 2 años			Según programación del equipo de salud	Según hallazgos clínicos y criterio del odontólogo

PREGUNTAS PARA EL DIÁLOGO DELIBERATIVO

invitación a la reflexión y dialogo

Cuadro 1. Preguntas para orientar el diálogo

Momento 1. Primer bloque: sobre la explicación de la situación:

1. Teniendo en cuenta que existen orientaciones normativas explícitas y un Plan de Beneficios que incluye las actividades preventivas para toda la población, **¿Cuáles son los elementos centrales que explican las bajas coberturas a lo largo del tiempo, así como la existencia de población que nunca ha recibido atención ni educación en salud bucal en los diferentes municipios del departamento?**
2. La baja cobertura de la atención preventiva en salud bucal involucra causas de diferente tipo que se retroalimentan, tales como el desconocimiento ciudadano de los derechos, la existencia de barreras culturales en la población, la baja disponibilidad de la oferta de servicios odontológicos y del talento humano en salud bucal, la prevalencia de un enfoque centrado en la enfermedad en los modelos de atención odontológicas en las instituciones. En la explicación de los profesionales priman las causas asociadas con las personas y la cultura, mientras los ciudadanos ubican causas estructurales relacionadas con la disponibilidad de servicios y organización del sistema, **¿Qué se podría hacer para ganar en explicaciones más comprensivas entre los actores que sean la base para impulsar acciones tendientes a eliminar barreras de acceso y aumentar las coberturas?**
3. El deterioro de la salud bucal progresa con la edad. Los hallazgos muestran que las acciones que se implementan no logran impactar en dicha trayectoria y que las actividades preventivas se concentran en algunas etapas del curso de vida, **¿Qué elementos de la planeación y direccionamiento organizacional incentivan esta concentración de las acciones preventivas y del comportamiento de la cobertura en los diferentes grupos etáreos?, ¿Qué cambios podrían impulsarse?**
4. La atención preventiva en salud bucal en el departamento muestra un patrón de inequidad que se caracteriza por: (i) mayor cobertura en ciudades y grandes centros urbanos; (ii) insuficiente oferta institucional de prestadores y servicios en las subregiones diferentes al Valle de Aburrá y Oriente; (iii) mayor

cobertura en mujeres que hombres; (iv) mayor cobertura en régimen contributivo que en subsidiado; (v) menor acceso y coberturas en municipios más pobres y de menor categoría, **¿Qué se podría hacer, desde las políticas institucionales y territoriales, para romper este patrón de reproducción de inequidad social?**

Momento 2. Segundo bloque: sobre los EBS y el fortalecimiento del enfoque familiar y comunitario en la atención

5. Los diferentes actores coinciden en señalar que los EBS podrían ser una estrategia adecuada para mejorar el acceso a la atención odontológica y las coberturas de la atención preventiva en salud bucal, **¿qué acciones podrían implementarse para fortalecer la presencia de la salud bucal en los EBS?**
6. Los actores también coinciden en una valoración positiva de las brigadas o jornadas de atención preventiva en entornos comunitarios y educativos, **¿cómo se podría fortalecer su diseño estratégico como dispositivos para garantizar la continuidad e integralidad del cuidado de la salud en zonas con déficits de acceso?, ¿Qué elementos de otras estrategias de eliminación de barreras, como el modelo de vacunación, podrían retomarse para la implementación de la atención preventiva en salud bucal?**
7. La ausencia de informes analíticos periódicos acerca de la situación de acceso y cobertura de la atención odontológica en las instituciones y los territorios son un mecanismo relacionado con la persistencia de bajas coberturas a lo largo del tiempo. Teniendo en cuenta que los registros administrativos, así como los instrumentos de registro de la implementación de la APS, incluyen información valiosa para monitorear la situación del acceso y coberturas de la atención odontológica, **¿Qué acciones podrían implementarse a nivel institucional y territorial para generar informes analíticos periódicos y espacios de discusión de monitoreo del acceso y coberturas de la atención odontológica?**

Momento 3. Tercer bloque: el papel de la academia, el trabajo intersectorial y la transformación cultural

8. Dado el escenario actual de bajo reconocimiento de la salud bucal como parte constitutiva del derecho a la salud en el país, **¿Cómo se podría aumentar el reconocimiento y apropiación del derecho a la salud bucal entre las comunidades, los medios de comunicación y los trabajadores de la salud?**

9. Los diferentes actores señalan que la orientación del proceso formativo de los profesionales de la odontología está directamente relacionada con la predominancia del enfoque centrado en la enfermedad de los modelos de atención predominantes y esto como una de las razones que explican la poca participación de los odontólogos en los EBS y la reorientación de modelos basados en la APS, **¿Qué acciones podrían implementarse para aumentar las capacidades de los odontólogos para la reorientación de los modelos de atención odontológica y la actuación en el marco de EBS?**
10. ¿Qué acciones se podrían implementar para favorecer la articulación de diferentes actores (comunidades, instituciones educativas y jardines, hospital e instituciones de salud, juntas de acción comunal, etc.) en pro de mejorar el acceso a la atención odontológica y su reorientación preventiva?



Práctica odontológica domiciliaria Hospital Alma Mater de Antioquia y FdeO. 2022

Cuadro 2. Glosario

- **Cobertura:** Alcance o proporción de personas que reciben un servicio o intervención de salud dentro de una población determinada.
- **Acceso efectivo:** Situación en la que las personas pueden utilizar los servicios de salud y recibir atención oportuna, de calidad y con capacidad resolutive, sin enfrentar barreras que limiten su uso.
- **Aplicación de flúor:** Procedimiento preventivo en odontología que consiste en aplicar flúor de manera sobre los dientes para fortalecer el esmalte y disminuir el riesgo de caries.
- **Detartraje supragingival:** Procedimiento odontológico de carácter preventivo que consiste en la remoción mecánica del cálculo dental o depósitos calcificados adheridos a la superficie de los dientes por encima de la encía, mediante instrumentos odontológico.
- **Remoción de placa bacteriana:** (Profilaxis) También llamada limpieza, es un procedimiento preventivo que consiste en limpiar los dientes para eliminar la placa bacteriana de las superficies dentales mediante el uso de un cepillo especial.
- **RIPS (Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud):** Conjunto de datos que, en Colombia, registran la prestación de servicios de salud a los usuarios y sirven como fuente de información para el análisis del uso de los servicios de salud.
- **Promoción de la salud:** Conjunto de acciones orientadas a fortalecer las capacidades de las personas y las comunidades para mejorar su salud y bienestar, mediante la generación de entornos saludables, el desarrollo de habilidades para el cuidado y la participación social en la toma de decisiones relacionadas con la salud.
- **Prevención de la enfermedad:** Conjunto de acciones dirigidas a evitar la aparición de enfermedades, reducir sus factores de riesgo o detectar de manera temprana alteraciones en la salud, con el fin de disminuir su impacto en las personas y las comunidades.
- **Ruta Integral de Atención en Salud (RIAS):** Conjunto organizado de acciones, intervenciones y procedimientos que orientan la atención en salud a lo largo del curso de vida o para condiciones específicas, con el propósito de garantizar una atención integral, oportuna y de calidad a la población.

PROBLEMA

¿Qué situaciones problemáticas están relacionadas con la atención odontológica?

En América Latina, las barreras al acceso incluyen aspectos geográficos, económicos y culturales. Las largas distancias a los centros de salud, sumadas a la baja oferta de servicios de atención primaria, configuran un escenario de inequidad social que restringe el uso de servicios preventivos y curativos (9).

En Colombia, a pesar de la alta cobertura del aseguramiento en salud, persisten desigualdades en el acceso efectivo, especialmente entre personas de grupos sociales históricamente excluidas, como las poblaciones étnicas, las personas mayores y los habitantes de zonas rurales (2), de

igual manera aunque el sistema de salud incluye un muy amplio plan de beneficios de procedimientos odontológicos, existen bajos niveles de cobertura de estos servicios que acentúan la brecha entre la necesidad y la atención, particularmente en los servicios de prevención (10). Además, se reconoce que la normatividad ha ido abriendo posibilidades para la reorientación del sistema hacia la atención primaria y el despliegue de un enfoque preventivo, aunque se ha avanzado en innovaciones en el desarrollo de nuevas modalidades de atención odontológica, persistiendo múltiples barreras para la implementación de modelos de atención pensados con criterios de universalidad, integralidad y equidad.

Como parte de prioridades para superar las inequidades en salud bucal se propone el desarrollo de las agendas globales de investigación que apunten a comprender las barreras de acceso a la atención dental y la infraestructura deficiente, que afectan particularmente a quienes residen en áreas rurales y viven en condiciones socioeconómicas precarizadas. Además, la implementación de estudios sobre modelos de atención odontológica son clave para la región, así como para la evaluación de enfoques innovadores y tecnologías novedosas (11).

El predominio de un modelo de atención curativo es un ejemplo claro de las limitaciones de los sistemas de salud bucodental a nivel global. El enfoque intervencionista individual, centrado en el tratamiento ha demostrado incapacidad para abordar los procesos sociales determinantes de la enfermedad y para reducir la inequidad en salud. La coexistencia de múltiples enfermedades bucales en el perfil epidemiológico de los grupos poblacionales refuerza la idea de una carga acumulativa y compleja de morbilidad oral, así como el carácter sindémico de las enfermedades orales y su estrecha relación con los determinantes sociales y comerciales de la salud (12).

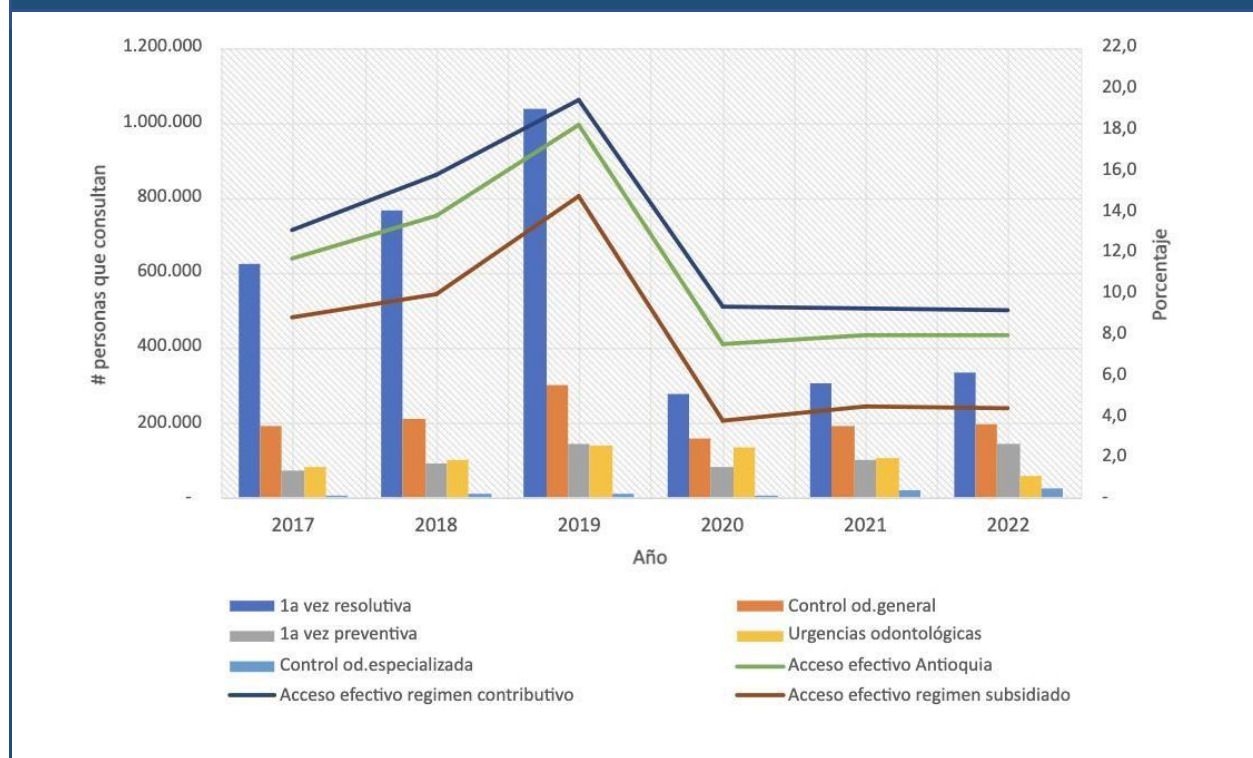
¿Qué sabemos de la atención preventiva de salud bucal en Antioquia, ¿qué nos dice el análisis de la información del periodo 2017- 2022?

El acceso a la consulta odontológica durante el periodo de estudio presentó un comportamiento asociado a la pandemia COVID-19 con una proporción mayor de personas que accede a la consulta odontológica durante los años 2017-2019 y una reducción notoria durante 2020-2022 (figura 1). Con una reducción en la frecuencia de personas del 56% entre el 2019 y el 2022, (el último año disponible).

En todos los años, la consulta de primera vez resolutive fue el tipo de consulta más frecuente, seguido de la consulta de control por odontología general. La consulta resolutive alcanzó su frecuencia máxima en 2019, con 1.036.231 personas atendidas, lo que descendió un 73,3% en el 2020, periodo de pandemia con 276.752 personas atendidas. En los años posteriores se

observa una recuperación parcial del acceso a la consulta odontológica (417.986 personas atendidas en 2022) que no alcanza los valores previos a la pandemia. Es llamativo que el drástico descenso de consultas y personas que accedieron a los servicios de atención odontológica en todo el departamento, y que para el 2022 no retorna a los valores previos a la pandemia.

Gráfico 1. Modalidades de acceso a la consulta odontológica según régimen de afiliación, Antioquia 2017– 2022



Elaboración propia a partir de datos administrativos SISPRO 2017- 2022 suministrados por el Ministerio de Salud y Protección Social

La consulta de primera vez preventiva fue la tercera causa de consulta en los años 2019, 2021 y 2022, pasando a un cuarto lugar en los años 2017, 2018 y 2020 después de la consulta de urgencias. Las urgencias odontológicas representan una proporción entre el 7 y 8% en el total de consultas en cada año, excepto para los años 2020 y 2021 donde aumenta al 20,7% y 14,1% respectivamente. Comportamiento que podría entenderse en el contexto del cierre de servicios odontológicos durante la pandemia por Covid-19.

El acceso efectivo a la consulta odontológica en Antioquia es bajo a lo largo del periodo, presentando el valor más alto en el 2019 con 18,2% y los más bajos entre 2020-2022 con 7,5%, 8,0% y 8,0% respectivamente.

En el nivel departamental, el acceso de atención odontológica en el régimen contributivo es superior a la del régimen subsidiado, en todos los años y para el 2022, el acceso del contributivo es el doble del subsidiado. En general, se observó una ampliación progresiva de la brecha de acceso efectivo entre 2017 (38,9%) y 2022 (70,8%) con desventaja de la población del régimen subsidiado.

Todas las subregiones presentan un predominio de consultas resolutivas respecto a los demás tipos de consultas, presentando para 2019, (año con mayor número de consultas) una proporción por subregión: Occidente 78,3%, Nordeste 76,2%, Magdalena Medio 75,6%, Norte 70,5%, Valle de Aburrá 64,4%, Bajo Cauca 67,8%, Suroeste 60,5%, Oriente 58,9% y Urabá 48,4

Gráfico 2. Modalidades de acceso a la consulta odontológica según régimen de afiliación, Subregión Valle de Aburrá 2017- 2022

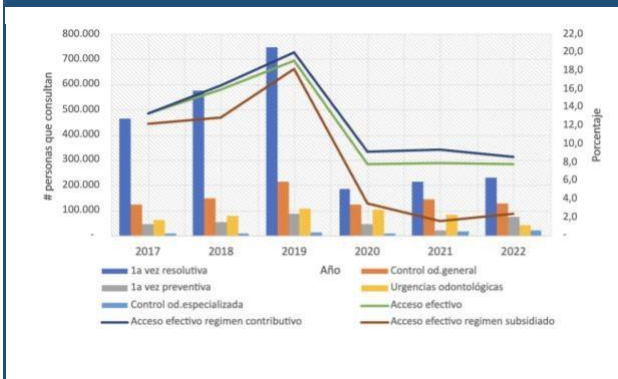
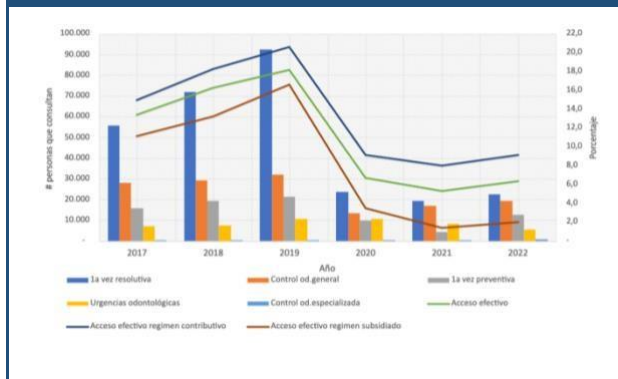


Gráfico 3. Modalidades de acceso a la consulta odontológica según régimen de afiliación, Subregión Oriente. 2017- 2022



Elaboración propia a partir de datos administrativos SISPRO 2017- 2022 suministrados por el Ministerio de Salud y Protección Social

La razón de consultas resolutivas sobre consultas preventivas para el año 2022 es de 3:1 en Valle de Aburrá, 2:1 en Oriente, 2,7:1 en Urabá, 6,5:1 en Suroeste, 10,9:1 en Magdalena Medio, 1,6:1 en Norte y 1,7:1 en la subregión de Nordeste, y de 0,9:1 en Occidente, mostrando comportamientos heterogéneos en la recuperación de la atención en salud bucal a nivel departamental. La proporción de consultas preventivas respecto al total de consultas odontológicas es menor en las subregiones de Valle de Aburrá, Suroeste y Magdalena Medio; por el contrario, una mejor relación se presenta en Urabá, Norte, Nordeste y Occidente.

Gráfico 4. Modalidades de acceso a la consulta odontológica según régimen de afiliación, Subregión Occidente. 2017– 2022

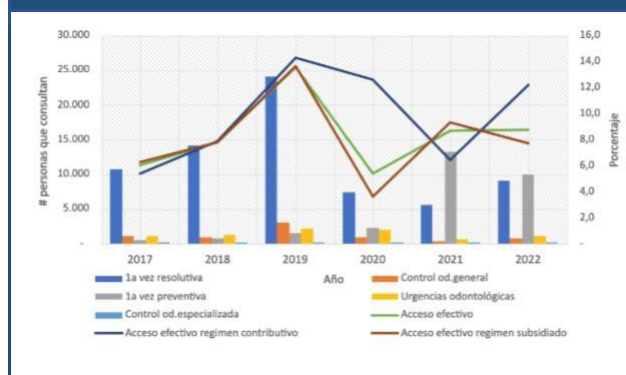


Gráfico 5. Modalidades de acceso a la consulta odontológica según régimen de afiliación, Subregión Nordeste. 2017– 2022



Elaboración propia a partir de datos administrativos SISPRO 2017- 2022 suministrados por el Ministerio de Salud y Protección Social

Por otro lado, la consulta de control por odontología especializada es baja a lo largo del periodo 2017-2022, con una proporción que no supera 4.6% respecto al total de consultas en todas las subregiones.

El acceso efectivo en todas las subregiones comparte el comportamiento de Antioquia en los dos periodos asociados a Pandemia, al analizar la caída de 2020 del acceso efectivo por régimen de afiliación, se presentó de manera más acentuada en el régimen subsidiado, donde los valores de acceso para este régimen se mantuvieron en niveles muy bajos luego de la reducción ocurrida en la pandemia, tanto en subregiones de predominio de la afiliación al régimen contributivo como Valle de Aburrá y Oriente que presentan cifras de acceso para el 2022 de 2,3% y 2% respectivamente, como en subregiones de amplio predominio de afiliados al régimen subsidiado como Urabá, Suroeste y Magdalena Medio que presentan coberturas de 2,2%, 2,5%, 1,4%. Los niveles más altos de cobertura odontológica se presentaron en las subregiones Norte, Nordeste y Occidente, con 5,1%, 4,8% y 7,7% respectivamente.

El patrón observado en Antioquia para el 2022, año en el cual el acceso efectivo en el régimen contributivo duplicó al subsidiado se repite para todas las subregiones, inclusive para aquellas de predominio de población afiliada al régimen subsidiado, excepto para Magdalena Medio, que presentó un patrón invertido en los años 2017-2019, para Nordeste y Occidente, donde la cobertura del contributivo fue mayor en el 2020 y en el 2022.

La pandemia de COVID 19 significó un momento crítico que evidenció las fragilidades del sistema de salud. Esta tuvo un efecto negativo que profundizó la baja cobertura ya existente, así como la brecha de acceso entre regímenes de afiliación afectando mayormente a las poblaciones de

menores ingresos. La caída en el uso de los servicios odontológicos en el departamento, entre 2019 y 2020, es similar a los reportado en otros estudios nacionales y en otros países de ingresos medios (13), debido especialmente a las restricciones de bioseguridad, la reasignación de recursos y el temor de la población al contagio. (14) La recuperación parcial, lenta e incompleta, observada en 2021 y 2022, podría producir una morbilidad acumulada no atendida que impactaría en la salud bucal colectiva a largo plazo, especialmente sobre poblaciones y territorios empobrecidos que presentan las mayores limitaciones para el acceso efectivo a la atención odontológica. El comportamiento del 2021 y 2022 interpela el alcance de la implementación de modelos basados en TIC, como la telesalud, que se presentó como una alternativa para facilitar el acceso a los servicios de salud, en territorios con mayores déficits de oferta.

¿Cuáles son las coberturas de las actividades preventivas por ciclo vital?

La atención preventiva en salud bucal se ordena de acuerdo con los lineamientos de la Resolución 3280 de 2018 la cual define frecuencias y actividades por ciclo vital (ver tabla 1).

Para la primera infancia, infancia y adolescencia (0 -17 años), se comparten las actividades preventivas: remoción de placa, aplicación de flúor y aplicación de sellantes a necesidad, y a partir de la adolescencia (12 años) se inicia la actividad de detartraje supragingival.

Desde el año 2014 implementa la Estrategia Soy Generación más Sonriente, herramienta operativa que busca incrementar la cobertura en acciones de educación para el cuidado de la salud bucal y de aplicación de barniz de flúor en la población entre 1 y 17 y define metas progresivas de cobertura ajustadas en el tiempo, para el 2022 se estableció en mínimo el 15% de la población entre 1 y 17 años, sea cubierta con esquema completo de aplicación de barniz de flúor e incrementar como mínimo en un 10% con relación a lo logrado en el año anterior. (15)

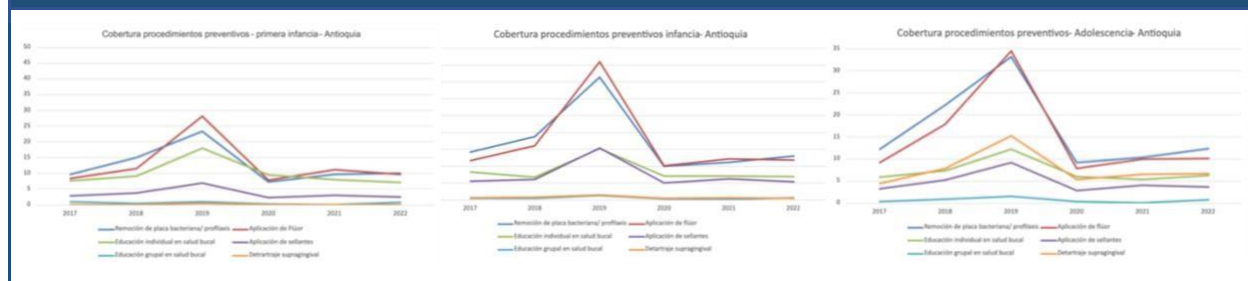
El comportamiento de las actividades preventivas en Antioquia para estos grupos de edad, evidencia que las mayores frecuencias se presentan en la remoción de placa y aplicación de flúor entre el 2017- 2022, (ver gráfico 6) con excepción de 2020 para la primera infancia, donde se evidencia un incremento de la educación en salud bucal, posiblemente asociado al cierre de servicios por pandemia momento en que se implementaron estrategias de teleeducación.

La infancia se presentan las mayores frecuencias y coberturas en todas las actividades preventivas, seguido de la adolescencia y finalmente la primera infancia.

- En 2019 la infancia alcanza el mayor nivel de cobertura en la aplicación de flúor (41,05%) seguido de la remoción de placa (36,49%), actividades que presentan en 2022 un descenso al 11,84% y 12,95% respectivamente.
- En la adolescencia la aplicación de flúor tiene una cobertura en 2019 de 34,52%, que pasa al 10,11% en 2022, y la remoción de placa 33.2% en 2019; 12.31% en 2022.
- Mientras que para la primera infancia se observan coberturas de aplicación de flúor y remoción de placa en 2019 de 28.21% y 23.41% y en 2022 9.62% y 10.15% respectivamente.

La cobertura de la aplicación de sellantes para los tres grupos de edad es baja, con una tendencia por debajo del 6,16% para todos los años del estudio; a excepción del 2019 que presenta coberturas de 6,9% (primera infancia), 15,39% (infancia) y 9,12% (adolescencia). La frecuencia del procedimiento de aplicación de sellantes, para la primera infancia e infancia ocupa un cuarto lugar, mientras que para la adolescencia se ubica en un quinto lugar por debajo de la educación individual en salud bucal y el detartraje supragingival.

Gráfico 6. Cobertura de los procedimientos de la atención preventiva Antioquia 2017-2022.
Primera infancia, infancia y adolescencia.



Elaboración propia a partir de datos administrativos SISPRO 2017- 2022 suministrados por el Ministerio de Salud y Protección Social

Los ciclos vitales juventud, adultez y vejez (18 años – mayores de 60 años), comparten las mismas actividades preventivas, sin embargo, se presenta por normativa variaciones en las frecuencias; la remoción de placa bacteriana se establece una vez al año para juventud y cada dos años para adultez y vejez, el detartraje supragingival según necesidad y criterio profesional y educación grupal en salud bucal acorde a lo que defina el equipo de salud.

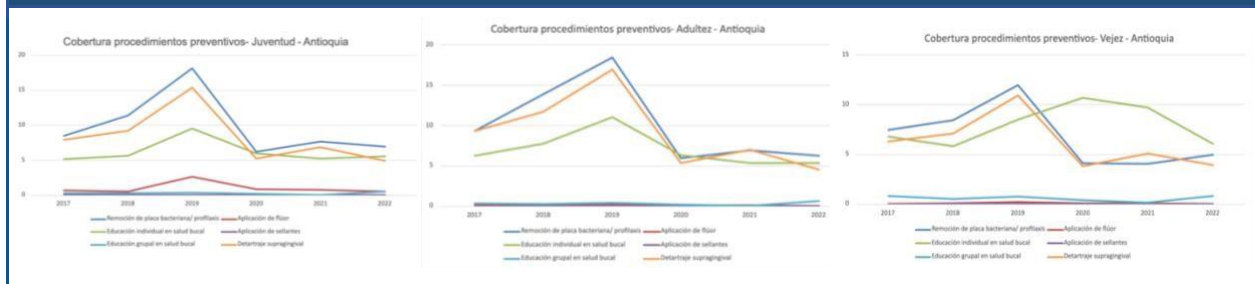
El comportamiento de las frecuencias de los procedimientos preventivos es mayor para la adultez, seguido de juventud, en último lugar la vejez. Se mantiene la tendencia general de la atención odontológica ya descrita en dos momentos diferenciados asociados a la Pandemia COVID-19, donde el año 2019 representa el año con la mayor cobertura de las actividades preventivas.

- La cobertura en la juventud, profilaxis 18,12%, detartraje supragingival 15,38%, educación individual en salud bucal de un 9,53%.
- En la adultez la profilaxis es de 18,49%, el detartraje supragingival de 16,94% y la educación individual del 11,05%
- Y en la vejez la cobertura de remoción de placa es un 11,98%, detartraje supragingival un 10,93% y finalmente la educación individual en salud bucal 8,5%.

El notorio descenso de las coberturas a partir de 2020, que no logra una recuperación significativa al 2022 y se mantiene con bajas coberturas para todas las actividades preventivas de estos ciclos vitales, entre el 3.93% (detartraje en la vejez) y 6.93% (profilaxis en la juventud).

En relación con la cobertura de las actividades preventivas según sexo, se observa un comportamiento diferenciado en los grupos de juventud y adultez, evidenciándose una mayor cobertura en mujeres en comparación con los hombres. En los demás grupos de edad no se evidencian estas diferencias entre sexo

Gráfico 7. Cobertura de los procedimientos de la atención preventiva Antioquia 2017-2022.
Juventud, Adultez y Vejez.



Elaboración propia a partir de datos administrativos SISPRO 2017- 2022 suministrados por el Ministerio de Salud y Protección Social

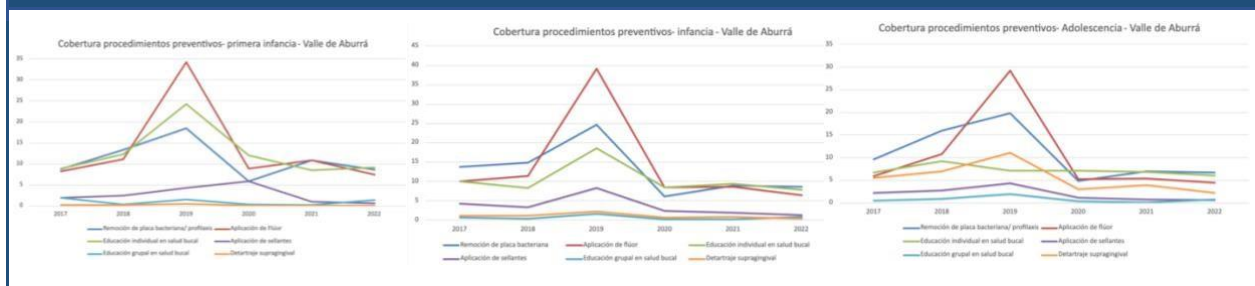
En el análisis por subregiones, Valle de Aburrá y Oriente presentan un comportamiento similar en la distribución de las coberturas y comparten características de número de población y presencia en área urbana, situación que se repite para las subregiones de Nordeste y Occidente representando mayores características de ruralidad.

La cobertura de los procedimientos preventivos en Valle de Aburrá y Oriente para primera infancia, infancia y adolescencia se puede evidenciar que en 2019 las mayores coberturas se encuentran en la aplicación de flúor, seguido de la profilaxis, posterior la educación individual de salud bucal y finalmente la aplicación de sellantes. Llama la atención que Oriente tiene una mejor cobertura en todas las actividades preventivas principalmente para la infancia; Aplicación de flúor

(42,98%), profilaxis (41,79%) y aplicación de sellantes (11,36%). Mientras que Valle de Aburrá presenta la siguiente cobertura aplicación de flúor (39,18%), profilaxis (24,66) y aplicación de sellantes (8,21%). Las actividades de educación individual en salud bucal para ambas subregiones presentan un mejor comportamiento en la primera infancia Valle de Aburrá (24.3%) y Oriente (12,75%). El detartraje supragingival en la adolescencia presenta coberturas bajas 11,03% (Valle Aburrá) y 10,54% (Oriente).

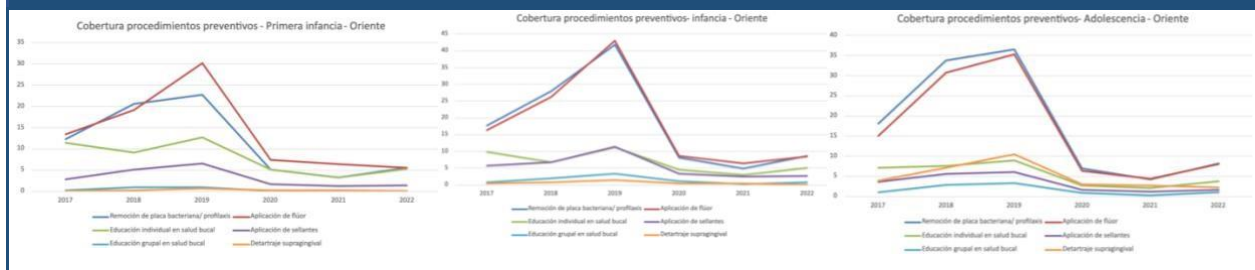
En el periodo de postpandemia la tendencia generalizada es el descenso en las coberturas; para el año 2022 se evidencia que estas dos subregiones en los mejores resultados de cobertura, no logran superar el 10% de cumplimiento en las actividades preventivas de los ciclos vitales primera infancia, infancia y adolescencia.

Gráfico 8. Cobertura de los procedimientos de la atención preventiva Subregión Valle de Aburrá 2017-2022. Primera infancia, infancia y adolescencia.



Elaboración propia a partir de datos administrativos SISPRO 2017- 2022 suministrados por el Ministerio de Salud y Protección Social

Gráfico 9. Cobertura de los procedimientos de la atención preventiva Subregión Oriente 2017-2022. Primera infancia, infancia y adolescencia.



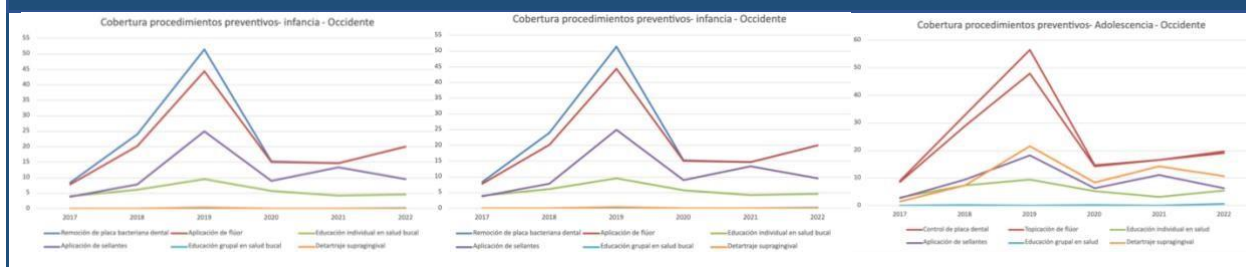
Elaboración propia a partir de datos administrativos SISPRO 2017- 2022 suministrados por el Ministerio de Salud y Protección Social

El comportamiento de las actividades preventivas en las subregiones Nordeste y Occidente en la primera infancia, infancia y adolescencia, muestra que las mayores frecuencias se presentan en la remoción de placa y aplicación de flúor entre el 2017- 2022. En la infancia se presentan las mayores frecuencias y coberturas en todas las actividades preventivas, seguido de la

adolescencia y finalmente la primera infancia. En ambas subregiones se evidencia el comportamiento derivado de pandemia que resulta en la caída acelerada de las coberturas y postpandemia que no logra cumplir los mejores resultados previos a este evento.

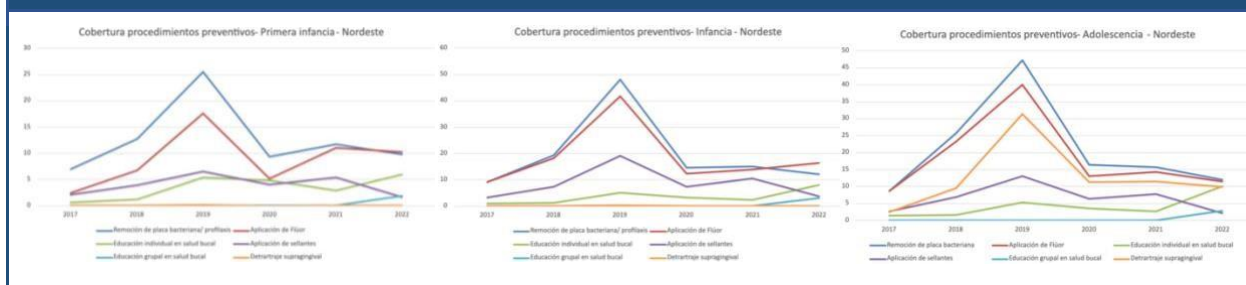
En el año 2019 se presentan coberturas que alcanzan cifras por encima del 45% en la infancia y la adolescencia, Para la subregión de Occidente en el procedimiento de profilaxis un 56,5% (adolescencia) y 51,38% (infancia), en la aplicación de flúor en la adolescencia alcanza un 48,05% y en la infancia el 44,32%. En la subregión de Nordeste la remoción de placa bacteriana presenta una cobertura de 48,05% en la infancia y un 47,2% en la adolescencia, la aplicación de flúor en la infancia una cobertura de 41,87% y en la adolescencia de 40,02%. En la subregión de Nordeste la remoción de placa bacteriana presenta una cobertura de 48,05% en la infancia y un 47,2% en la adolescencia, la aplicación de flúor en la infancia una cobertura de 41,87% y en la adolescencia de 40,02%. En la subregión Occidente para 2022 la cobertura de aplicación de flúor en infancia de 20,11%.

Gráfico 10. Cobertura de los procedimientos de la atención preventiva Subregión Occidente 2017-2022. Primera infancia, infancia y adolescencia.



Elaboración propia a partir de datos administrativos SISPRO 2017- 2022 suministrados por el Ministerio de Salud y Protección Social

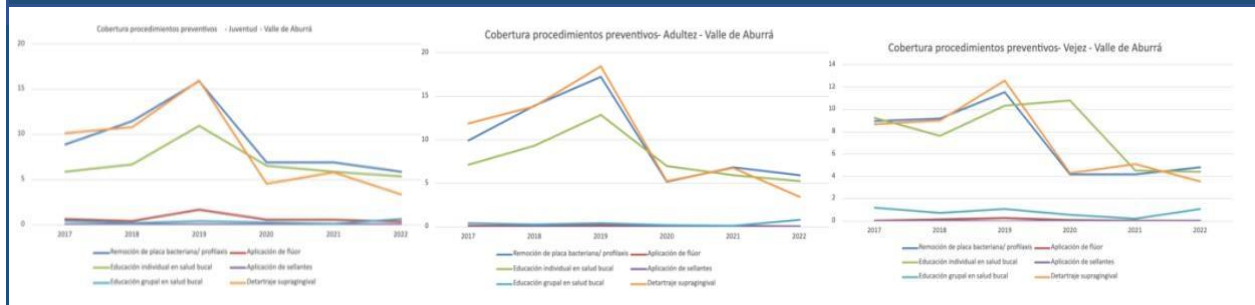
Gráfico 11. Cobertura de los procedimientos de la atención preventiva Subregión Nordeste 2017-2022. Primera infancia, infancia y adolescencia.



Elaboración propia a partir de datos administrativos SISPRO 2017- 2022 suministrados por el Ministerio de Salud y Protección Social

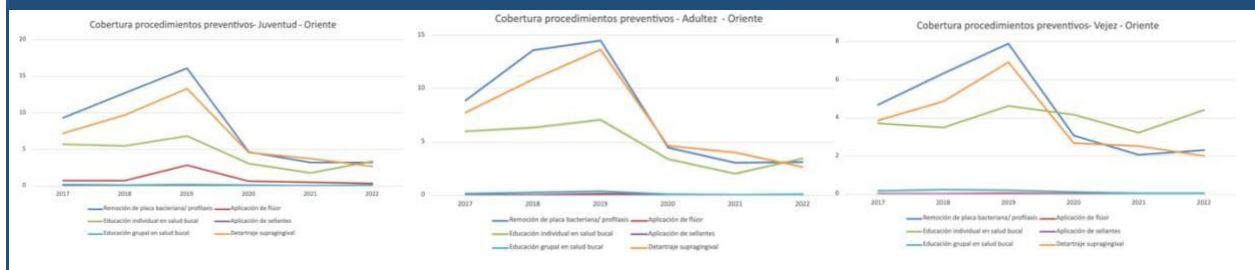
El comportamiento de las actividades preventivas en los ciclos vitales juventud, adultez y vejez presentan coberturas bajas por debajo del 20% para 2019, tanto para las subregiones Valle de Aburrá y Oriente como para Occidente y Nordeste, aunque estas últimas presentan cifras un poco mayores. Para el 2022 las coberturas son menores en Valle de Aburrá y Oriente actividades preventivas por debajo del 6% y en las subregiones de Occidente y Nordeste valores por debajo del 12%.

Gráfico 12. Cobertura de los procedimientos de la atención preventiva Subregión Valle de Aburrá 2017-2022. Juventud, Adultez y Vejez.



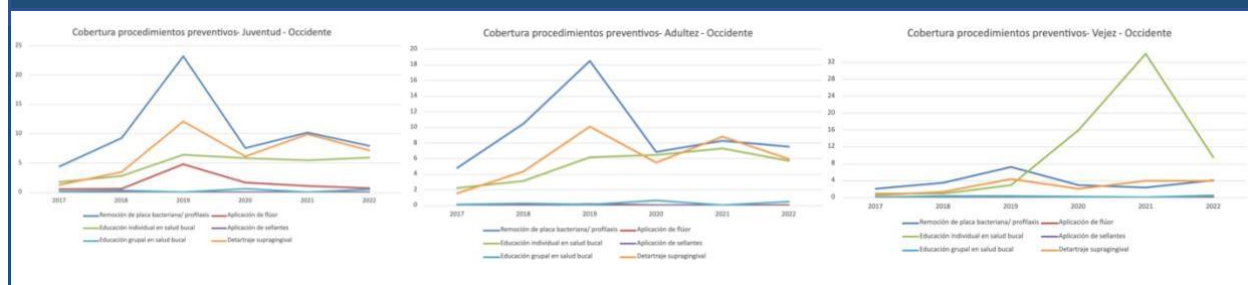
Elaboración propia a partir de datos administrativos SISPRO 2017- 2022 suministrados por el Ministerio de Salud y Protección Social

Gráfico 13. Cobertura de los procedimientos de la atención preventiva Subregión Oriente 2017-2022. Juventud, Adultez y Vejez



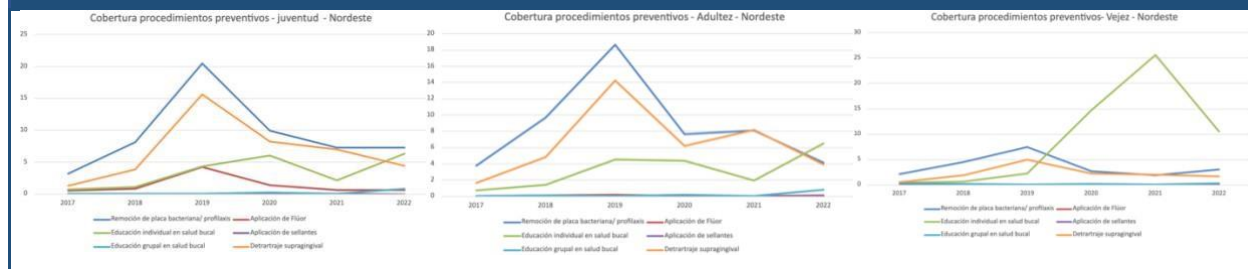
Elaboración propia a partir de datos administrativos SISPRO 2017- 2022 suministrados por el Ministerio de Salud y Protección Social

Gráfico 14. Cobertura de los procedimientos de la atención preventiva Subregión Occidente 2017-2022. Juventud, Adultez y Vejez.



Elaboración propia a partir de datos administrativos SISPRO 2017- 2022 suministrados por el Ministerio de Salud y Protección Social

Gráfico 15. Comportamiento de la cobertura de los procedimientos de la atención preventiva Subregión Occidente 2017-2022. Juventud, Adultez y Vejez.



Elaboración propia a partir de datos administrativos SISPRO 2017- 2022 suministrados por el Ministerio de Salud y Protección Social



¿Qué revela el análisis de desigualdades territoriales en el acceso y cobertura de la atención odontológica y preventiva en el departamento?

Se observa un patrón consistente en el cual los municipios de mayor categoría (Q1) presentan, en general, mayores niveles de acceso a consulta odontológica en comparación con los de menor categoría (Q5). Este comportamiento se reproduce en los análisis por sexo, donde mujeres y hombres en municipios de mayor categoría tienden a registrar mayores niveles de acceso. No obstante, este gradiente no es completamente lineal en todos los años, evidenciándose algunas fluctuaciones y cruces entre categorías intermedias que indican heterogeneidad territorial en el comportamiento del acceso. Para la consulta preventiva, el patrón es menos consistente y muestra mayor variabilidad entre quintiles y años, lo que sugiere brechas menos estructuradas y posibles diferencias en la implementación de acciones de promoción y prevención. En conjunto, los resultados indican la persistencia de desigualdades territoriales en el acceso a servicios odontológicos, con una tendencia general favorable a municipios de mayor categoría, aunque con variaciones que ameritan un análisis más detallado.

El análisis según el índice de pobreza multidimensional (IPM), muestra un gradiente consistente en el que los municipios con menor nivel de pobreza (Q1) presentan mayores niveles de acceso a consulta odontológica en comparación con aquellos con mayor pobreza (Q5). Este patrón se mantiene en los análisis por régimen de afiliación y por sexo. En particular, el acceso en el régimen contributivo y entre mujeres muestra niveles más altos en todos los quintiles, aunque persiste la brecha entre extremos. Para la consulta preventiva, aunque los niveles son considerablemente más bajos, se mantiene la misma tendencia decreciente a medida que aumenta la pobreza, con una reducción marcada en Q5. En conjunto, los resultados evidencian una relación inversa entre pobreza multidimensional y acceso a servicios odontológicos, sugiriendo la persistencia de barreras estructurales que afectan en mayor medida a los municipios con mayores niveles de privación.

¿Cómo explican los entrevistados el problema de salud bucal y el acceso a la atención preventiva?

Barreras y facilitadores en la implementación de la Atención Preventiva en Salud Bucal (Entrevistas)

La aproximación a diferentes actores institucionales de nivel departamental y municipal de programas de salud bucal se describe la situación de salud bucal en los territorios como heterogénea, con marcadas diferencias entre las zonas urbanas centrales y los contextos periféricos y/o rurales. La variabilidad territorial refleja desigualdades en el acceso, la oportunidad y la continuidad de la atención, lo que repercute directamente en los indicadores de enfermedad

bucal. Se señala que a nivel departamental persiste un panorama preocupante: “esa es la visión que se tiene en este momento de Antioquia, que en este momento tenemos una muy mala condición de salud bucal a nivel Antioquia, de todas las subregiones” (1.A.2).

Se identifica una alta carga de enfermedad bucal evitable asociada a diagnósticos tardíos, baja continuidad del cuidado y predominio de atenciones curativas sobre acciones preventivas sostenidas. *“En muchos municipios todavía vemos niños y adultos que llegan cuando el daño ya es grande, cuando ya hay dolor, infección o pérdida del diente”* (1.A.1).

Asimismo, los relatos indican que en algunos contextos la demanda se orienta crecientemente hacia tratamientos estéticos más que funcionales lo que transforma las prioridades de atención: *“la importancia que se le está dando ya al tratamiento estético, no a lo funcional”* (1.A.2). Esta tendencia se relaciona con una realidad en la que la salud bucal sigue siendo percibida como una deuda histórica, especialmente en territorios donde el acceso es intermitente o depende de jornadas específicas: *“La salud bucal sigue siendo una deuda, sobre todo en zonas donde el acceso al sistema es intermitente o depende de jornadas puntuales”* (1.B).

La implementación de la APSB en las subregiones se caracteriza por ser desigual y fragmentada, dependiendo en gran parte de la capacidad institucional, administrativa y operativa de cada municipio. *“No es lo mismo implementar APSB en un municipio pequeño con poco recurso humano que en uno que tiene estructura y equipos estables”* (1.A.2). Esta afirmación resume la brecha existente entre territorios con mayor fortaleza organizativa y los que presentan limitaciones estructurales.

En algunos contextos, la APSB logra consolidarse con mayor articulación intersectorial y continuidad en las acciones; sin embargo, en otros territorios su desarrollo es más formal que real. *“Hay lugares donde la APSB existe más en el papel que en la práctica cotidiana”* (1.A.1). Lo que indica que la implementación no es homogénea y que, en ciertos municipios, las acciones preventivas se reducen a actividades aisladas sin sostenibilidad en el tiempo.

Aun cuando el análisis de los datos administrativos muestra que las coberturas son bajas tanto en grandes ciudades como en pequeños municipios.

Persisten brechas significativas en el acceso oportuno, continuo y resolutivo a los servicios de salud bucal. Estas brechas no se limitan solo a la dimensión geográfica sino que incluyen barreras administrativas, económicas y culturales que condicionan la posibilidad real de atención. *Muchas personas no acceden porque el trámite es complejo, porque no hay citas o porque deben*

desplazarse largas distancias” (1.B). De igual forma, el acceso se encuentra mediado por factores estructurales del sistema de aseguramiento: “El acceso depende mucho del régimen, del municipio y de si hay o no voluntad institucional” (1.A.2).

En este contexto, los entrevistados también señalan que la implementación de la atención preventiva en salud bucal suele depender de estrategias programáticas específicas, tales como brigadas extramurales, jornadas escolares o campañas institucionales. Aunque estas acciones permiten ampliar la cobertura en determinados momentos, su carácter episódico limita la continuidad del cuidado y dificulta la consolidación de procesos preventivos sostenidos en el tiempo. *“muchas veces lo que se hace son jornadas puntuales que ayudan, pero no necesariamente garantizan seguimiento ni continuidad del cuidado”* (1.A.1).

De igual manera, se reconoce que gran parte de las acciones preventivas se concentran en poblaciones priorizadas como la primera infancia, la infancia y la adolescencia, en el marco de estrategias nacionales y departamentales. Si bien esta focalización ha permitido avances en algunos indicadores, también ha generado que otros grupos poblacionales, como adultos y adultos mayores, queden relativamente por fuera de las estrategias preventivas sistemáticas.

Otro elemento recurrente es que, en varios territorios, la sostenibilidad de la APSB no responde únicamente a una estructura institucional consolidada, sino al liderazgo y gestión de profesionales específicos que impulsan las actividades desde su iniciativa. Esto implica que cuando cambian los equipos de trabajo o se presentan rotaciones de personal, los procesos preventivos tienden a debilitarse o interrumpirse.

Asimismo, los participantes identifican tensiones relacionadas con el funcionamiento del sistema de aseguramiento en salud. Aunque en términos formales la población cuenta con afiliación, en la práctica persisten dificultades para garantizar la materialización del derecho a la atención preventiva. Entre estas se mencionan barreras administrativas para la asignación de citas, limitaciones en la contratación de servicios odontológicos preventivos y déficit de la oferta de servicios entre EAPB. Estas condiciones generan escenarios en los que la cobertura nominal no se traduce en acceso efectivo y oportuno a las intervenciones preventivas

Los relatos evidencian que la demanda de atención preventiva también se encuentra mediada por representaciones sociales sobre la salud bucal. En diversos contextos, el cuidado odontológico continúa asociado principalmente al manejo del dolor o a la resolución de problemas ya instalados, lo que refuerza un patrón de atención predominantemente curativo. *“la gente consulta cuando ya hay molestia o cuando el problema es evidente, no tanto para prevenir”* (1.B).

Esta situación refleja la persistencia de una cultura de atención reactiva que limita el aprovechamiento de las intervenciones preventivas disponibles

Los participantes expresan diversas causas que explican estas desigualdades. En primer lugar, señalan que las brechas en el acceso y desarrollo de la APSB no son hechos aislados, sino el resultado de condiciones estructurales que atraviesan tanto el sistema de salud como las condiciones sociales de los territorios. Una de las causas señaladas con mayor claridad es la débil articulación entre niveles de atención y actores institucionales, lo que limita la continuidad de los procesos preventivos y dificulta que las acciones trasciendan intervenciones puntuales.

Además, la salud bucal no siempre ocupa un lugar prioritario en la agenda local, lo que se traduce en insuficiente asignación de recursos, baja capacidad operativa y escaso seguimiento. Cuando la prevención no es vista como estratégica sino como complementaria, su implementación se vuelve frágil y dependiente de voluntades administrativas más que de una política sostenida. Otra causa central es la ausencia de un enfoque territorial y diferencial en la planeación. Las entrevistas subrayan que mientras la APSB no se piense desde las particularidades sociales, económicas y culturales de cada territorio, las brechas persistirán. La aplicación homogénea de lineamientos nacionales en contextos profundamente diversos genera tensiones entre metas estandarizadas y realidades locales, lo que termina reproduciendo desigualdades en la implementación de las acciones preventivas.

En conjunto, las miradas de los entrevistados consideran que las desigualdades en la atención preventiva en salud bucal se configuran a partir de la interacción de múltiples procesos estructurales, institucionales y socioculturales. Por un lado, persisten limitaciones del sistema de salud relacionadas con la fragmentación institucional, las barreras administrativas y las diferencias territoriales en capacidad operativa, lo que condiciona la implementación desigual de la APSB entre municipios y subregiones. Por otro lado, la débil priorización de la salud bucal en las agendas locales y la dependencia de estrategias episódicas, como jornadas o campañas, dificultan la consolidación de procesos preventivos sostenidos. A esto se suman determinantes sociales y culturales que influyen en la forma en que la población percibe y utiliza los servicios, manteniendo un patrón de atención predominantemente curativo. En este escenario, la APSB se desarrolla de manera heterogénea y tensionada entre lineamientos normativos que promueven la prevención y realidades territoriales marcadas por desigualdades en recursos, oferta disponible, acceso y continuidad del cuidado.

¿Qué podemos hacer? Lo que dice la evidencia científica

La literatura científica reporta diversas barreras y oportunidades a considerar para la implementación de acciones promocionales y preventivas en salud bucal, especialmente en países y regiones con condiciones socioeconómicas y territoriales similares a las de Colombia y con poblaciones en situación de vulnerabilidad. En general, los estudios coinciden en que las dificultades para desarrollar estrategias preventivas no dependen únicamente de factores clínicos o individuales, sino de la interacción entre condiciones estructurales del sistema de salud, características territoriales y dinámicas socioculturales de las comunidades.

En este sentido, la evidencia identifica cinco grandes categorías de barreras para la implementación de acciones promocionales y preventivas en salud bucal. La primera corresponde a **barreras estructurales**, relacionadas con la escasez de personal, limitaciones en la disponibilidad de servicios odontológicos y debilidades en la capacidad operativa de los sistemas de salud. Este hallazgo coincide con lo expresado por los entrevistados, quienes señalaron que la implementación de la atención preventiva en salud bucal depende en gran medida de la capacidad institucional de cada municipio, particularmente de la disponibilidad de la oferta del servicio y del talento humano y estabilidad de equipos de trabajo.

Una segunda categoría corresponde a las **barreras geográficas**, asociadas con la distancia entre las comunidades y los centros de atención, así como con la dispersión territorial en zonas rurales. Estas dificultades también fueron mencionadas por los participantes del estudio, quienes señalaron que en varios territorios las personas deben desplazarse largas distancias para acceder a los servicios odontológicos, lo que limita la continuidad de la atención preventiva y favorece que la consulta ocurra principalmente cuando ya existe dolor o daño avanzado.

En tercer lugar, la literatura describe **barreras socioeconómicas**, relacionadas con condiciones de pobreza, costos directos e indirectos de la atención y dificultades para asumir gastos asociados al transporte o al tiempo requerido para asistir a la consulta. De manera similar, algunos entrevistados señalaron que las condiciones socioeconómicas de la población influyen en la priorización del cuidado bucal, ya que en muchos casos las familias enfrentan otras necesidades consideradas más urgentes que limitan la búsqueda de atención preventiva.

Asimismo, la evidencia identifica **barreras culturales y lingüísticas**, relacionadas con creencias, prácticas culturales y niveles de confianza hacia los servicios de salud. Este aspecto también aparece en los relatos de los participantes, quienes describen que en muchos contextos el cuidado de la salud bucal continúa asociado principalmente al manejo del dolor o a la resolución

de problemas ya instalados, lo que refleja la persistencia de patrones de atención predominantemente curativos y la baja apropiación de una conciencia sobre el Derecho Fundamental a la Salud DFS.

Finalmente, se reconocen **barreras políticas e institucionales**, relacionadas con la ausencia o debilidad de políticas públicas específicas, así como con la baja priorización de la salud bucal dentro de las agendas de salud pública. Este aspecto se relaciona con lo expresado por algunos entrevistados, quienes señalaron que en varios territorios la salud bucal no siempre ocupa un lugar prioritario en la planeación local, lo que se traduce en los escasos recursos invertidos, acciones discontinuas y procesos preventivos dependientes de voluntades administrativas más que de políticas sostenidas.

Frente a este conjunto de barreras, la evidencia científica plantea diversas estrategias orientadas a fortalecer la atención primaria en salud bucal y ampliar el acceso a las acciones preventivas. Entre las recomendaciones más frecuentes se encuentra la adaptación de las intervenciones a las características socioculturales y territoriales de las comunidades, reconociendo que las estrategias homogéneas suelen tener menor efectividad en contextos marcados por diversidad social y geográfica.

De igual manera, la literatura resalta la importancia de promover la participación activa de actores comunitarios en el desarrollo de programas preventivos. La incorporación de trabajadores comunitarios, promotores de salud o líderes locales capacitados ha demostrado contribuir a fortalecer la apropiación social, la sostenibilidad y la legitimidad de las intervenciones. Este enfoque resulta particularmente pertinente a la luz de los hallazgos del estudio, en los que varios participantes señalaron la necesidad de fortalecer la articulación entre instituciones y comunidades para mejorar la implementación de las acciones preventivas en los territorios y en el contexto del impulso a la implementación de Equipos Básicos de Salud

Otro aspecto relevante señalado por la evidencia es la priorización de escenarios comunitarios de alta interacción social para el desarrollo de actividades de promoción y prevención, como escuelas, centros de primera infancia y espacios comunitarios. Estos escenarios permiten acercar las intervenciones a la vida cotidiana de las comunidades y favorecer procesos educativos sostenidos. En el caso de los entrevistados, también se reconoce que muchas de las acciones preventivas se desarrollan en estos espacios, aunque con frecuencia se realizan mediante jornadas puntuales, sin una estrategia articuladora que no siempre garantizan continuidad en el tiempo.

La educación en salud bucal constituye una de las estrategias de promoción más ampliamente reportadas en la literatura. No obstante, diversos estudios señalan que su efectividad aumenta cuando se implementa mediante metodologías participativas, como talleres, demostraciones prácticas y actividades interactivas que permitan fortalecer la comprensión y la apropiación de prácticas de cuidado.

De manera complementaria, se recomienda integrar las acciones educativas con medidas preventivas clínicas, como la aplicación de fluoruros, el control de placa bacteriana y el uso de sellantes, lo cual permite combinar intervenciones individuales y colectivas en el marco de la atención primaria en salud.

Para superar las barreras de acceso en zonas rurales o territorios dispersos, la literatura también sugiere fortalecer la integración de la salud bucal dentro de la atención primaria y promover la capacitación de profesionales no odontólogos, como enfermeras, médicos o pediatras, para que incorporen actividades básicas de promoción y prevención en su práctica cotidiana. De igual forma, se propone la implementación de unidades móviles de atención o brigadas comunitarias de salud como estrategias para acercar los servicios a territorios donde la oferta institucional es limitada, en el marco de planes estructurados de favorecimiento del acceso a servicios.

Asimismo, diversos estudios destacan que las alianzas institucionales entre universidades, servicios de salud y organizaciones comunitarias pueden fortalecer la sostenibilidad de los programas preventivos, facilitando la articulación de recursos técnicos, humanos y académicos.

La evidencia señala la importancia de incorporar procesos de adaptación cultural y lingüística en el diseño de las intervenciones, especialmente en contextos donde existen barreras idiomáticas o desconfianza hacia los servicios de salud. En este sentido, el desarrollo de materiales educativos en lenguas locales, el uso de narrativas culturalmente situadas y la utilización de recursos audiovisuales en idioma local pueden mejorar la comprensión y aceptación de las estrategias de promoción.

Adicionalmente, el uso de tecnologías digitales y estrategias de tele-odontología se presenta como una oportunidad para ampliar la cobertura de las acciones educativas y preventivas en contextos rurales o con limitaciones geográficas, contribuyendo a fortalecer el acceso y la continuidad de la atención en salud bucal.

Aportes de los actores comunitarios y talento humano de diálogos deliberativos de zona urbana y rural

En los meses de marzo y abril se llevaron a cabo diálogos deliberativos que convocaron a diversos actores clave, incluyendo representantes comunitarios, talento humano en salud y coordinadores de Medellín y municipios aledaños, tanto en contextos urbanos como rurales.

Este ejercicio permitió generar una conversación crítica y reflexiva en torno a la situación de la salud bucal, posibilitando la identificación de tensiones en la implementación de las acciones, así como el reconocimiento de barreras, facilitadores y oportunidades para el fortalecimiento de la respuesta institucional y comunitaria desde una perspectiva territorial.

A continuación, se presenta una síntesis de los aportes:

¿Qué percepciones tienen los actores comunitarios y el talento humano sobre el acceso a la atención preventiva en salud bucal?

El acceso a la atención preventiva en salud bucal se encuentra mediado por factores relacionados con la organización del sistema de salud, las dinámicas institucionales, las condiciones territoriales y los aspectos sociales, culturales y educativos de las poblaciones.

Se identifican diferencias en el conocimiento del sistema de salud entre pacientes y profesionales, 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.

Tanto en contextos urbanos como rurales, se evidencian barreras administrativas y problemas en la continuidad de la atención, dado que en muchos casos las intervenciones se realizan de manera puntual, sin garantizar seguimiento. Estas dificultades se ven reforzadas por condiciones como 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, lo que pone en tensión la disponibilidad formal de los servicios frente al acceso efectivo por parte de la población.

En zonas rurales, el acceso se encuentra adicionalmente condicionado por factores geográficos como las distancias territoriales, 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 la principal estrategia para garantizar el acceso, siendo ampliamente valoradas por las comunidades, junto con la gratuidad de los servicios y la articulación con líderes comunitarios, que facilitan la convocatoria y participación.

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

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.

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, donde la consulta se realiza principalmente por dolor o urgencia.

En el contexto urbano, estas 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. En ambos contextos, se evidencia además la presencia de corrientes como el movimiento antifuorización, que inciden en la adopción de prácticas preventivas.

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, así como en barreras interculturales que dificultan la atención adecuada de comunidades indígenas por limitaciones de lenguaje y enfoques no diferenciales.

En términos de curso de vida, se reconoce que la participación en actividades preventivas disminuye con la edad, lo cual se asocia a la priorización histórica de acciones en primera infancia,

infancia y adolescencia, evidenciando la necesidad de ampliar el enfoque hacia otros grupos poblacionales, especialmente adultos y personas mayores.

De manera relevante, los actores señalan que las poblaciones con mayores dificultades de acceso son, a su vez, aquellas que concentran una mayor carga de enfermedad bucal, evidenciándose 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 clasificación de las prótesis como procedimientos estéticos, lo que limita su acceso y profundiza inequidades. Asimismo, en algunos territorios se reporta la presencia de fluorosis dental, posiblemente asociada a la calidad del agua.

Adicionalmente, se identifican limitaciones en la infraestructura y en los recursos disponibles, especialmente en zonas rurales, donde se reporta el deterioro o insuficiencia de unidades móviles y la ausencia de laboratorios dentales, lo que restringe la capacidad resolutive de los servicios. En ambos contextos, se reconoce una distribución inequitativa del talento humano, altas cargas laborales y exigencias administrativas que dificultan la prestación oportuna y continua de la atención.

Finalmente, los Equipos Básicos de Salud son reconocidos como una estrategia clave para fortalecer la atención preventiva; sin embargo, su accionar tiende a centrarse en la atención de necesidades inmediatas o signos de alarma, sin consolidar procesos continuos de cuidado de la salud que integren la promoción, prevención y 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.

¿Qué proponen los actores comunitarios y el talento humano para mejorar la atención preventiva en salud bucal?

Los actores coinciden en la necesidad de fortalecer la atención preventiva en salud bucal, avanzando hacia estrategias más territoriales, integrales y centradas en las características y necesidades de las poblaciones.

Se propone el fortalecimiento de los procesos de comunicación y educación para la salud y el uso de las radios comunitarias, como un eje fundamental para mejorar el acceso, tanto en lo relacionado con el conocimiento del sistema de salud y los derechos de las personas, como en la promoción de prácticas de cuidado en salud bucal y la interpelación de ideas que configuran barreras para el acceso a servicios y la adopción de prácticas de cuidado.

Se plantea la necesidad de ampliar y fortalecer la implementación de estrategias extramurales, que puedan ser diseñadas de manera estratégica en clave de la universalidad, continuidad y la equidad del cuidado, articulando el conjunto de recursos sociales disponibles para las zonas con mayores déficits de acceso, tanto de zonas rurales como urbanas, tales como: territorialización, brigadas de salud, jornadas comunitarias, el uso de unidades portátiles, el rol de promotores de salud, uso de las radios comunitarias, etc., en las cuales se garantice el acceso a servicios, pero también la integralidad de la atención. En ese sentido, es relevante que se programen y se realice monitoreo a metas de cobertura de atención integral con base territorial en cada uno de los municipios.

Asimismo, se resalta la importancia de la articulación intersectorial, promoviendo el trabajo conjunto entre el sector salud, el sector educativo, laboral y las organizaciones comunitarias, incluyendo estrategias como la vinculación con empresas, instituciones educativas y espacios comunitarios para el desarrollo de acciones preventivas y educativas. Para el trabajo de los equipos básicos, se sugiere diseñar una estrategia intencionada de trabajo conjunto con docentes y líderes comunitarios, como mediadores clave del trabajo en los territorios.

En relación con la prestación de servicios, se propone avanzar hacia modelos flexibles y adaptados a las dinámicas de la población, incluyendo horarios extendidos y el aprovechamiento de espacios (como salas de espera) para el desarrollo de actividades educativas, captación de usuarios y fortalecimiento de la demanda inducida.

En el caso de municipios con presencia de población indígena, es indispensable que el despliegue de cualquier estrategia, incluido la implementación de equipos básicos, esté mediado por un proceso deliberado de concertación con las autoridades de los pueblos indígenas y la formación de los equipos de salud en abordajes interculturales, reconocedores y respetuosos de sus cosmovisiones, saberes y prácticas sociales.

Se destaca la necesidad de transformar la formación de los profesionales en odontología, orientándola hacia un enfoque integral de abordaje de las poblaciones, que parten 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 incorporando temas emergentes relevantes para la salud bucal, acorde con las transformaciones de las identidades y prácticas de los diferentes grupos sociales.

De igual forma, se enfatiza en 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 y talento humano de salud bucal, el debido entrenamiento de los equipos y una

adecuada planificación del talento humano acorde con las características territoriales con el fin de asegurar el vínculo y la continuidad de la interacción con las comunidades.

Como parte del fortalecimiento de los equipos básicos, sería relevante el diseño de material pedagógico de apoyo, a la manera de kit, para el uso de higienistas, promotores y auxiliares, que faciliten su trabajo con docentes, líderes sociales y actores clave de los territorios.

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, similar a otras estrategias de interés en salud pública (como la vacunación), así como la revisión de las condiciones de disponibilidad y acceso a servicios de rehabilitación como las prótesis dentales.



REFERENTES BIBLIOGRÁFICOS

1. Agudelo-Suárez AA, Vivares-Builes AM, Posada-López A, Sánchez-Patiño D, MenesesGómez EJ. Use of oral health services in elderly population in Colombia: Paradoxes and controversies. *Int J Odontostomatol*. 2015;9(1):5–11.
2. Ministerio de Salud y Protección Social. IV estudio nacional de salud bucal [Internet]. 2014. Disponible en:
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENSAB-IVSituacion-Bucal-Actual.pdf>
3. Sala, E. C. Odontología preventiva y comunitaria+ student consult en español. Elsevier Health Sciences 2013.
4. Cheema J, Sabbah W. Inequalities in preventive and restorative dental services in England, Wales and Northern Ireland. *Br Dent J*. 2016;221(5):235–9
5. Cordeiro D, Herkrath FJ, Guedes AC, Garnelo L, Herkrath APC. Utilization of dental services by rural riverside populations covered by a Fluvial Family Health Team in Brazil. *Rural Remote Health*. 2024;24(1):8258.
6. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 3280 de 2018 [Internet]. Disponible en:
https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%203280%20de%2020183280.pdf
7. Organización Mundial de la Salud. Estrategia y plan de acción mundiales sobre salud buco-dental 2023-2030 [Internet]. Disponible en:
<https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/b444b9b7-21ee-42c3-9c944b5e154534a7/content>
8. Hernández-Álvarez, M. Historia y conceptualización en prevención; Memorias del congreso internacional sobre prevención en salud, UdeA, ISS. Bogotá, Ed. Presencia 1995; 23.
9. Barrero A, Ernesto C. Pobreza y desigualdades sociales: un debate obligatorio en salud oral. *Acta Bioethica*. enero de 2006;12(1):9-22.
10. RESTREPO-ZEA, Jairo Humberto, et al. Oral health services coverage in Medellín, 2015. *Revista Facultad de Odontología Universidad de Antioquia*, 2020, vol. 32, no 2, p. 6-17. Disponible en:
https://www.researchgate.net/publication/344899428_COBERTURA_DE_LOS_SERVICIOS_DE_SALUD_BUCAL_EN_MEDELLIN_2015

11. Gallagher JE, Guarnizo-Herreño C, Kavanagh D, Makino Y, Mathur M, Mossey P, et al. Global Oral Health: Defining the Research Agenda in the Public Interest. J Dent Res. 18 de octubre de 2025;00220345251372941
12. Ramos Vargas, C . Cobertura de intervenciones de cuidado y protección específica en salud bucal en Colombia. 2024;41. Universidad de los Andes. Disponible en: <https://hdl.handle.net/1992/73479>
13. Orozco F, Guaygua S, López Villacis DH, Muñoz F, Urquía ML. Vinculación de datos administrativos y su utilidad en salud pública: el caso de Ecuador. Rev Panam Salud Pública. 30 de abril de 2021;45:e9.
14. Gutiérrez-Quiceno B, García-Zapata LM, Contreras-Rengifo A, Gutiérrez-Quiceno B, García -Zapata LM, Contreras-Rengifo A. Los servicios de odontología en los tiempos del COVID- 19 en Colombia: análisis de país. Int J Interdiscip Dent. abril de 2024;17(1):33-8.
15. Ministerio de Salud. Lineamientos Estrategia Incremental de Cuidado y Protección Específica en Salud Bucal para la Primera Infancia, Infancia y Adolescencia “Soy Generación más Sonriente”, 2021. Consultada en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/estrategia-soy-generacion-mas-sonriente.pdf>

Anexo 1. Tabla. Procedimientos con cobertura en el Plan de Beneficios en salud para 2026

Procedimientos de salud bucal con cobertura en el Plan de Beneficios en Salud según la Resolución 2765 de 2025			
Código	Descripción	Código	Descripción
2301	Exodoncias de dientes permanentes	2343	Inserción, adaptación y control de prótesis removible parcial
2302	Exodoncias de dientes temporales	2344	Inserción, adaptación y control de prótesis mucosoportada total
2311	Exodoncia quirúrgica unirradicular	2351	Reimplante de diente
2312	Exodoncia quirúrgica multirradicular	2361	Implante aloplástico cerámico
2313	Exodoncias de dientes incluidos	2362	Implante aloplástico metálico
2314	Exodoncias múltiples con alveoplastia	2363	Implante dental aloplástico (óseointegración)
2315	Colgajo desplazado para abordaje de diente retenido (ventana quirúrgica)	2371	Extirpación de tejido pulpar

2321	Obturaciones dentales	2372	Terapias regenerativas en endodoncia
2322	Obtención temporal por diente	2373	Terapias de conductos radiculares
2323	Colocación de pin milimétrico	2374	Procedimientos perirradiculares
2324	Reconstrucciones dentales	2375	Procedimientos correctivos
2331	Restauración de dientes mediante incrustación metálica	2376	Fistulizaciones endodónticas
2332	Restauración de dientes mediante incrustación no metálica	2377	Radectomías (amputación radicular)
2341	Colocación o aplicación de corona	2378	Hemisección del diente
2342	Colocación o inserción de prótesis fija	2379	Otros procedimientos dentales
<i>Nota</i>	Están financiados con recursos de la UPC todos los procedimientos de la categoría 23.7.9, salvo 23.7.9.01 (blanqueamiento de diente intrínseco) y 23.7.9.03 (blanqueamiento dental extrínseco).		
2402	Detartraje subgingival	2732	Escisión amplia de lesión en paladar óseo
2403	Alisado radicular	2733	Escisión local en paladar blando
2404	Drenaje de colección periodontal	2734	Escisión profunda en paladar blando
2411	Biopsias en encías	2741	Frenilectomía labial
2412	Biopsia de pared alveolar	2742	Escisión de lesión de labio
2421	Plastias mucogingivales	2743	Escisión de lesión en mucosa oral
2422	Otras reparaciones o plastias periodontales	2744	Resección fosetas labiales
2423	Plastias preprotésicas	2749	Otra escisión de boca
2424	Reparación o plastia periodontal regenerativa	2751	Sutura de laceración en labio
2431	Escisión de lesión de encía	2752	Sutura de laceración en otra parte de boca
2432	Sutura de laceración en encía	2753	Cierre de fístula de boca
2433	Enucleación de quistes epidermoides	2755	Injerto de piel total en labio y cavidad bucal
2434	Gingivectomía	2756	Otro injerto de piel en labio y cavidad bucal
2435	Operculectomía	2757	Unión de colgajo al labio y cavidad bucal
2441	Escisión de lesión odontogénica	2758	Profundización en piso de boca
2451	Regularización de rebordes	2759	Profundización en surco vestibular
2452	Alveolectomía	2761	Sutura de laceración en paladar
2470	Colocación de anclaje esquelético	2762	Corrección en paladar

2471	Colocación de aparatología fija para ortodoncia	2763	Revisión de paladar fisurado
2472	Colocación de aparatología removible para ortodoncia	2771	Incisión de úvula
2473	Colocación de aparatos de retención	2772	Resección de úvula
2474	Ferulizaciones	2773	Reparación de úvula
2482	Ajuste oclusal	2782	Incisión en cavidad bucal no especificada
2484	Reparación de aparatología fija o removible	2783	Otras plastias en cavidad bucal
2488	Máscara facial terapéutica	2784	Corrección de macro/microstoma
2491	Control de hemorragia de origen dental posquirúrgica	2754	Queiloplastia
2500	Biopsia de lengua	7643	Otra reconstrucción de mandíbula
2520	Glosectomía parcial	7644	Ostectomía total de otro hueso facial con reconstrucción simultánea
2525	Hemiglosectomía	7646	Otra reconstrucción de otro hueso facial
2534	Glosectomía total	7651	Meniscopexia temporomandibular
2540	Glosectomía radical (oncológica)	7652	Menisectomía temporomandibular
2550	Reparaciones y procedimientos en lengua	7653	Reemplazo total de articulación temporomandibular
2551	Sutura de laceración de lengua (glosorrafia)	7654	Remodelación del cartilago articular temporomandibular
2601	Sialolitotomía	7661	Osteoplastia cerrada (osteotomía) de rama mandibular
2602	Exploración de glándula salival	7662	Osteoplastia abierta (osteotomía) de rama mandibular
2631	Sialoadectomías parciales	7663	Osteoplastia (osteotomía) de cuerpo de mandíbula
2632	Sialoadectomías totales	7664	Otra cirugía ortognática en mandíbula
2640	Reparación o cierre o plastias de glándulas o conductos salivares o fístula	7665	Osteoplastia (osteotomía) segmentaria de maxilar
2701	Incisiones y drenajes en cavidad bucal	7666	Osteoplastia total (osteotomía) de maxilar
2711	Drenaje de colección de paladar	7673	Reducción cerrada de fractura maxilar
2721	Biopsia de paladar blando	7674	Reducción abierta de fractura maxilar
2723	Biopsia en labio	7675	Reducción cerrada de fractura mandibular
2724	Biopsia de cavidad oral	7676	Reducción abierta de fractura mandibular

2731	Escisión lesión superficial en paladar óseo		
<i>Nota</i>	Están financiados con la UPC todos los procedimientos de la categoría 76.7.6, excepto 76.7.6.05 (reducción de fractura condilar con fijación interna vía endoscópica).		
7683	Reducción cerrada de luxación temporomandibular	8903	Consulta de control o seguimiento
7684	Reducción abierta de luxación temporomandibular	8907	Consulta de urgencias
7686	Inyección de sustancia terapéutica en articulación temporomandibular	8931	Examen y medición anatómica-fisiológica dental
7688	Otros procedimientos en articulación temporomandibular	8980	Procedimientos anatomopatológicos en biopsia
7689	Retiro de dispositivo en mandíbula	9818	Procedimientos anatomopatológicos en biopsia
8747	Sialografía	9733	Extracción de férulas dentales
8701	Radiología general de cara o huesos faciales y tejidos dentario	9734	Extracción de aparatología ortodóntica fija
8704	Radiografías intraorales	9735	Extracción de prótesis dental
8791	Tomografía computada (TC) de cabeza, cara y cuello	9970	Procedimientos de higiene oral
8831	Resonancia magnética de cabeza, cara y cuello	9971	Aplicación de sustancias preventivas en dientes
8902	Consulta global o de primera vez	9973	Control mecánico de placa calcificada



**UNIVERSIDAD[®]
DE ANTIOQUIA**