
MORBILIDAD BUCAL PERCIBIDA Y CARACTERÍSTICAS SOCIALES EN LA POBLACIÓN DESPLAZADA Y DESTECHADA DE UN ASENTAMIENTO DEL MUNICIPIO DE BELLO (ANTIOQUIA), 2005.*

PERCEPTION OF ORAL MORBIDITY AND SOCIAL CHARACTERISTICS OF A FORCEFULLY DISPLACED AND HOMELESS POPULATION IN THE MUNICIPALITY OF BELLO (ANTIOQUIA) 2005

ANDRÉS ALONSO AGUDELO S.**, LIZ TATIANA ISAZA S.***, DAVID ANDRÉS BUSTAMANTE B.***, CARLOS MAURICIO MARTÍNEZ O.***, CECILIA MARÍA MARTÍNEZ D.****

RESUMEN. El desplazamiento forzado por la violencia es uno de los fenómenos sociales que ha tenido mayor trascendencia en el campo de la salud pública, por la relación que tiene con las condiciones sociales y con los determinantes que afectan la situación de salud. La salud bucal no es ajena a esta situación, por tanto, se requiere investigar qué está pasando en grupos específicos de población. Se realizó un estudio descriptivo en un asentamiento de pobladores desplazados y destechados, teniendo en cuenta algunas variables sociodemográficas, así como la morbilidad percibida en salud bucal y el uso de los servicios relacionados. Se encontraron deficientes condiciones de vida, manifestadas en desempleo, falta de oportunidades educativas, dificultades económicas, de acceso a servicios de salud, alta morbilidad bucodental percibida y desconocimiento de los derechos en salud. Se requiere avanzar en la construcción de propuestas de intervención acordes a su problemática específica, teniendo en cuenta que la calidad de vida y el bienestar son ejes fundamentales de vida digna y de salud integral.

Palabras clave: desplazamiento forzado, violencia, salud bucal, morbilidad percibida.

ABSTRACT. Forceful displacement due to violence is one of the social phenomena with most relevance in public health, due to its relationship with social conditions and with the determinants that affect the health situation. Oral health is not strange to his situation, therefore, it is necessary to study what is happening with specific group populations. A descriptive study was carried out in a group of displaced and homeless population in which several social demographic variables were identified, as well as the perception of oral morbidity and their use of services related to it. Deficient life conditions were found, such as unemployment, lack of educational opportunities, financial hardships, difficulty of access to health services, high perception of oral and dental morbidity and a lack of knowledge of their health rights. It is mandatory to advance in the construction of proposals of intervention within specific parameters, keeping in mind that quality of life and welfare are fundamental axis of dignified life and of total health.

Key words: forced displacement, violence, oral health, perceived morbidity.

INTRODUCCIÓN

Uno de los fenómenos sociales que ha tenido mayor impacto en Colombia en la última década es el desplazamiento forzado;¹⁻⁵ a éste se le atribuyen causas económicas, sociales y principalmente políticas,

como consecuencia de la violencia que ha sufrido el país. Frente al desplazamiento existen muchas miradas, algunas de ellas consideran el desplazamiento como un problema de salud pública en el país, en

* Artículo derivado de la investigación “Análisis de la situación de salud bucal de la población desplazada y destechada del asentamiento Altos de Oriente, municipio de Bello (Antioquia). 2005-2006”. Realizada como ejercicio académico en el pregrado de odontología de 3 de los coautores y financiada con recursos propios.

** Odontólogo, especialista en Administración de Servicios de Salud, estudiante de doctorado en Salud Pública (Universidad de Alicante España). Profesor Aspirante, Facultad de Odontología, Universidad de Antioquia. Dirección electrónica: agudeloandres@odontologia.udea.edu.co.

*** Estudiantes X Semestre Odontología. Facultad de Odontología Universidad de Antioquia.

**** Odontóloga, especialista en Epidemiología, magíster en Dirección Universitaria. Profesora de Cátedra, Facultad de Odontología Universidad de Antioquia. Dirección electrónica: chermes@une.net.co.

Agudelo AA, Isaza LT, Bustamante DA, Martínez CM, Martínez CM. Morbilidad bucal percibida y características sociales en la población desplazada y destechada de un asentamiento del municipio de Bello (Antioquia), 2005. Rev Fac Odontol Univ Antioq 2006; 18 (1): 36-46.

Agudelo AA, Isaza LT, Bustamante DA, Martínez CM, Martínez CM. Perception of oral morbidity and social characteristics of a forcefully displaced and homeless population in the municipality of Bello (Antioquia), 2005. Rev Fac Odontol Univ Antioq 2006; 18 (1): 36-46.

RECIBIDO: AGOSTO 29/06 - ACEPTADO: NOVIEMBRE 7/06

términos de su magnitud y gravedad,^{2,3} teniendo en cuenta que la vulneración de derechos fundamentales, como el derecho a la vida y a la protección de los ciudadanos por parte del Estado, son muestra irrefutable de deterioro social, con consecuencias en la salud individual y colectiva.

Emerge otra situación relacionada con este fenómeno y es el hecho de que los desplazados se ubican en asentamientos urbanos y suburbanos donde conviven con población destechada. La Organización Internacional para las Migraciones define a esta última, como el grupo de personas en situación de pobreza que residen en las mismas zonas que los desplazados, sin haber sufrido una movilización forzada; se habla por tanto de la categoría de pobres residentes.⁴ Para el caso de esta investigación se optó por la denominación de destechados, como aquellas personas que llegan a un espacio geográfico determinado (independiente de su situación de desplazamiento) y no cuentan con necesidades básicas satisfechas como la vivienda, el acceso a los servicios públicos, el empleo, la educación y la salud entre otros;⁵ en ambos tipos de población, se evidencia una situación de vulnerabilidad social.

Según datos de la Red de Solidaridad Social hasta diciembre de 2004 en Colombia se habían movilizad 1.565.765 personas,⁶ aunque el informe de la Consultoría para los derechos humanos y el desplazamiento,⁷ habla de una cifra mayor. La población más afectada es la femenina con un porcentaje del 47%, le sigue la población infantil con un 44% y la población negra, cuyo aporte es del 17% entre los desplazados colombianos. Del total de desplazados, 245.450 pertenecen al departamento de Antioquia; para Medellín, los datos de migración indican que alrededor del 46% de los pobladores son inmigrantes que proceden casi siempre de áreas rurales.^{6,7}

En la actualidad, para la atención de estas personas, cuya cobertura en seguridad social se ve limitada dada su condición migratoria, existe el Plan Nacional para la población desplazada de acuerdo con lo contemplado en la Ley 387 de 1997, reglamentada por el decreto 2569 del 12 de diciembre de 2000 y complementarios.⁸⁻¹¹ Sin embargo, los diferentes informes sobre situación de salud dan cuenta de las

condiciones sociales deficientes y de los problemas a los que se ven sometidos estos grupos. A manera de ejemplo, en un estudio realizado por Gaviria y colaboradores (2002) acerca de la situación de salud en población desplazada y no desplazada, de estrato 1 de la ciudad de Medellín, el 62% de las personas manifestaron problemas infecciosos, de los cuales el 37,2% presentó infección respiratoria aguda —IRA— como la principal causa de enfermedad, seguida por la enfermedad diarreica aguda —EDA— (10,4%), con algunas diferencias porcentuales no significativas entre ambos grupos estudiados.³ En otro estudio complementario, realizado por Arias (2002), se encontraron diferencias importantes por género, con mayor vulnerabilidad de las mujeres sobre todo en cabezas de hogar.²

Los indicadores demuestran que estas enfermedades se relacionan con condiciones sociales y de vida, y que son una de las causas de mayor morbimortalidad en el mundo que pudieran ser controladas con acciones básicas de salubridad y precisamente es de lo que más carecen los pobres.

El estudio más reciente sobre condiciones de salud bucal en el país y no precisamente en desplazados, es el III Estudio Nacional de Salud Bucal, estudio que en sus indicadores principales, expresa algunas diferencias sugerentes de inequidad, dificultades de acceso, y otras variables con relación a los determinantes sociales y la calidad de vida.¹²

Los reportes de los indicadores básicos de salud de 2005 para el caso de Medellín revelan que la atención odontológica es la cuarta causa de consulta externa. Una proporción importante de personas entre 15-44 años consulta por examen odontológico, convirtiéndola en cuarta causa (6,52%), y las causas de consulta externa en ese mismo grupo de edad, refieren a la caries dental (3,39%) en proporción similar con otras causas generales de solicitud de atención.¹³

La morbilidad sentida o percibida, se explicita como un método antropológico de utilidad para el análisis de la situación de salud, porque permite identificar desde los sujetos participantes lo que conciben como sus problemas y sus necesidades.

Dicha información debería servir de insumo a los formuladores de políticas y planes acordes con las percepciones exploradas, en tanto factores socioculturales y barreras que el profesional de la salud debe identificar como elementos importantes que pudieran afectar el impacto de estos programas. Para su comprensión existen algunos planteamientos teóricos de utilidad.

En primer lugar, el enfoque de necesidades y su aplicación en la salud postulado por Amartya Sen (1998), examina el concepto de capacidades y su relación con la libertad humana para vivir el tipo de vida que la gente juzga valedera.¹⁴ Julio Boltvinik (2004) habla de necesidades relacionadas con la calidad de vida, homogéneas a los grupos humanos y que deben ser reconocidas y resueltas.¹⁵ Manfred Max Neef (2005) aborda el concepto de que las necesidades son finitas y clasificables, y los satisfactores, la modalidad que una cultura o una sociedad construye para determinar cómo resuelve sus necesidades.¹⁶

Otros autores como Arredondo y Meléndez (1992) clasifican los modelos de necesidades en salud en epidemiológicos, psicosociales, sociológicos y económicos.¹⁷ Navas y Omiso (1994), proponen un modelo conceptual y práctico el cual reconoce la morbilidad percibida como un factor que predispone a la demanda de servicios de salud.¹⁸ En la utilización de estos servicios, influyen variables que operan a diferentes niveles: Factores económicos, factores demográficos, familia, características de los servicios, el comportamiento, las necesidades, entre otros.¹⁹

La comunidad sujeto de la presente investigación es el asentamiento Altos de Oriente, del municipio de Bello (Antioquia), ubicado en la vereda La Gabriela, que limita con el barrio Santo Domingo Savio y con el área rural del corregimiento de Santa Elena del municipio de Medellín. En un estudio realizado por Martínez y colaboradores (2004) en dicha comunidad, se encontraron problemas ambientales, baja cobertura de servicios de salud, dificultades de acceso a transporte y a servicios públicos, enfermedades de tipo infeccioso y carencias de programas de promoción y prevención.⁵

Este estudio analiza la situación de salud bucal, por medio del reconocimiento de la morbilidad sentida o percibida (la percepción que tiene la persona del fenómeno de salud y enfermedad) y algunas variables sociodemográficas que influyen en el estado de salud bucal. Para cualquier proceso de intervención comunitaria, es importante investigar las condiciones en grupos poblacionales como los desplazados y destechados, desde el análisis de los determinantes sociales y la relación existente entre las condiciones de vida y la situación en salud bucal como componente íntimamente unido a la situación de salud general individual y colectiva.

El perfil en salud bucal de los desplazados y destechados ha sido poco estudiado y su problemática es relevante, si se tienen en cuenta las dificultades para su resolución, identificadas por los diversos análisis inherentes a la calidad de vida y por las deficiencias de acceso al Sistema General de Seguridad Social en Salud, para contribuir con la generación de propuestas que incluyan el componente bucal del proceso salud enfermedad en los diferentes planes de atención. En un primer acercamiento se hablará específicamente de problemas bucales percibidos y algunas variables relacionadas con la situación social y económica. Posteriormente, en otro informe se dará cuenta de los datos epidemiológicos encontrados por evaluación clínica.

SUJETOS Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo en dos fases: 1) identificación de la morbilidad bucal sentida y características sociodemográficas en la población del asentamiento Altos de Oriente del municipio de Bello (Antioquia) y 2) conocimiento de las condiciones de salud bucal en la población por medio de examen clínico. En el presente artículo se describen los resultados del primer componente. Según el último estudio realizado en el lugar (2004), la población de referencia la constituyen 148 familias, 78 desplazadas (333 personas) y 70 destechadas (289 personas).⁵ Debido al contexto social y político del sector, en la población se presenta un fenómeno de poblamiento continuo por lo que se dificulta la cuantificación exacta de las familias y sus habitantes.

Se utilizó un muestreo no probabilístico (por conveniencia) y se aplicó una encuesta estructurada a 90 personas quienes fueron seleccionados por captación en una jornada de salud que se realizó en el lugar, el 27 de agosto de 2005, teniendo en cuenta como criterios de inclusión su condición de desplazados y destechados, edad mínima de 14 años y la permanencia como habitante en el sector por un período no menor a seis (6) meses. Dicha encuesta fue diseñada por el grupo de investigadores basados en algunas preguntas del III Estudio Nacional de Salud Bucal;¹² se exploraron variables sociodemográficas como edad, sexo, escolaridad, estado civil, situación laboral, afiliación al sistema de seguridad social, que permitieron la caracterización de la población; el instrumento fue evaluado por expertos en el área de salud pública y realizada por el grupo de estudiantes investigadores previa estandarización.

La encuesta contempló otros aspectos como demanda y utilización de servicios de salud bucal, problemas bucales, motivo de consulta, tiempo de consulta, sitio de atención, conocimiento de los derechos en salud, entre otros, posibilitando la identificación de las necesidades básicas en salud bucal.

Los datos fueron procesados utilizando para ello los programas Excel y SPSS versión 11.0 para Windows. Se realizó un análisis descriptivo para cada una de las variables; en el análisis bivariado de variables cualitativas, se hicieron pruebas de significancia estadística Chi cuadrado.

De acuerdo con la reglamentación vigente, el estudio cumple con los requerimientos éticos y se clasifica como una investigación de mínimos riesgos; se garantizó la confidencialidad de la información obtenida y se contó con la participación voluntaria para la realización de las encuestas. Fue una premisa fundamental, el respeto a su dignidad como ser humano y a su condición social de desplazado o destechado. Se compartió con la Junta de Acción Comunal del Asentamiento los objetivos de la investigación y los resultados, para que los habitantes, empoderados de sus problemas, propongan alternativas de solución a la problemática encontrada.

RESULTADOS

1. Características sociodemográficas del estudio

La mayor cantidad de personas encuestadas la constituyen las mujeres (67,8%); por grupos de edad, el mayor porcentaje está entre los 15-64 años (96,6%); la media de edad fue de 36,9 años (SD = ± 14,5), 43,2 en hombres y 33,8 en mujeres, con mayor aporte en ambos géneros, de población desplazada (66,7%), provenientes en un 83,3% del mismo departamento (Antioquia).

Con relación a la nupcialidad, un porcentaje importante convive con su pareja, ya sea casados o en unión libre (68,9%); el 63,3% están desempleados y quienes trabajan, lo hacen en empleos informales (72,8%), oficios domésticos o agricultura. El más alto porcentaje está concentrado en estratos 1 y 2 (95%), de acuerdo con la clasificación realizada por la unidad administrativa municipal, entidad que logró encuestar al 70% de la población. (tabla 1).

En cuanto al nivel educativo, la mayoría de la población que vive en el asentamiento no estudia en la actualidad, sin diferencias estadísticamente significativas ($p > 0,05$) entre la población desplazada y la no desplazada. Por otro lado al analizar el máximo nivel educativo alcanzado con relación al sexo se presentan niveles educativos bajos, tanto para hombres como para mujeres; muchos de ellos no han terminado la primaria (39%), sin diferencias estadísticamente significativas ($p > 0,05$).

2. Percepción de problemas dentales

En los últimos 6 meses el 77,8% de la población reconoce haber tenido problemas relacionados con la boca. De éstos, desagregando por componente, el 78,6% manifestaron dolor, seguido de caries dental y sangrado de las encías, y en su menor proporción ruptura de prótesis (figura 1). No se encontraron diferencias significativas por sexo ($p > 0,05$).

El 68,6% de las personas que manifestaron problemas dentales no consultaron por este problema, mientras que el 31,6% si lo hicieron, en una relación de 2 a 1. Entre las personas que sí consultaron el 95,5% recurrió a un dentista o a

un odontólogo. Las personas que no consultaron explicaron como razones, la falta de dinero en un 59,2% (figura 2).

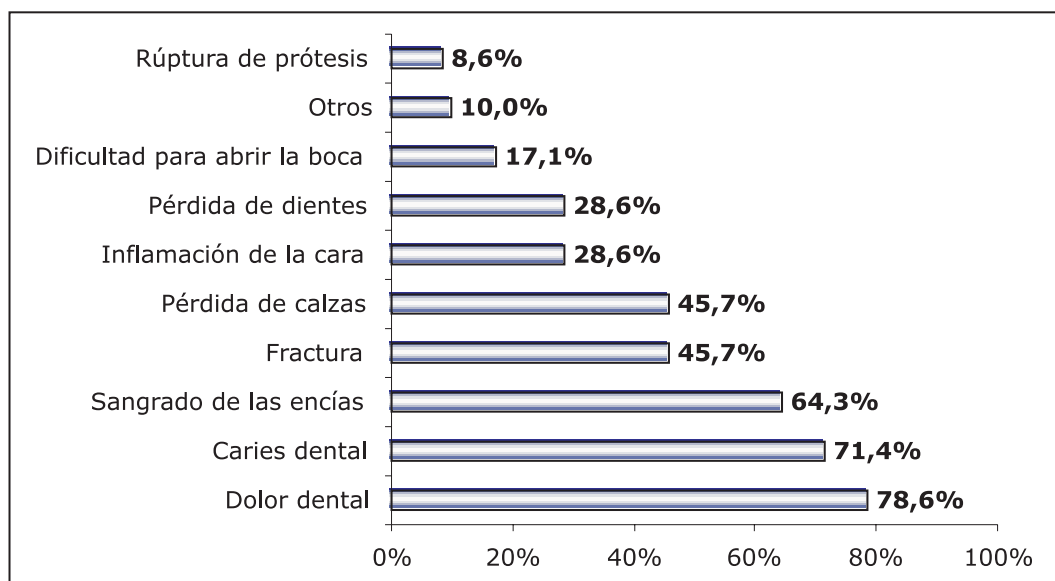
Tabla 1
Caracterización de la población encuestada

Variable	Categorías	Frecuencia	Porcentaje
Sexo	Hombre	29	32,2
	Mujer	61	67,8
Edad	0-14	1	1,1
	15-64	86	96,6
	65-más	3	3,3
Condición de desplazado	Sí	60	66,7
	No	30	33,3
Lugar de procedencia	Antioquia	50	83,3
	Caldas	3	5
	Costa Atlántica	2	3,3
	Chocó	2	3,3
	Caquetá	1	1,7
	Santander	1	1,7
	Sin dato	1	1,7
Estado civil	Soltero	22	24,4
	Casado	34	37,8
	Unión libre	28	31,1
	Separado	3	3,3
	Viudo	3	3,3

Trabaja actualmente	Sí	33	36,7
	No	57	63,3
Tipo de trabajo	Informales	10	30,3
	Oficio doméstico	9	27,3
	Agricultura	5	15,2
	Construcción	3	9,1
	Comercio	3	9,1
	Zapatería	1	3
	Obrero	1	3
Vinculación laboral	Industria	1	3
	Obrero	4	12,1
	Empleado término fijo	4	12,1
Vinculación laboral	Trabajador independiente	5	15,2
	Trabajador informal	19	57,6
	Otro	1	3
Encuesta del Sisbén	Sí	63	70
	No	27	30
Clasificación socioeconómica	1	44	69,6
	2	16	25,4
	3	1	1,6
	4	1	1,6
	No sabe	1	1,6

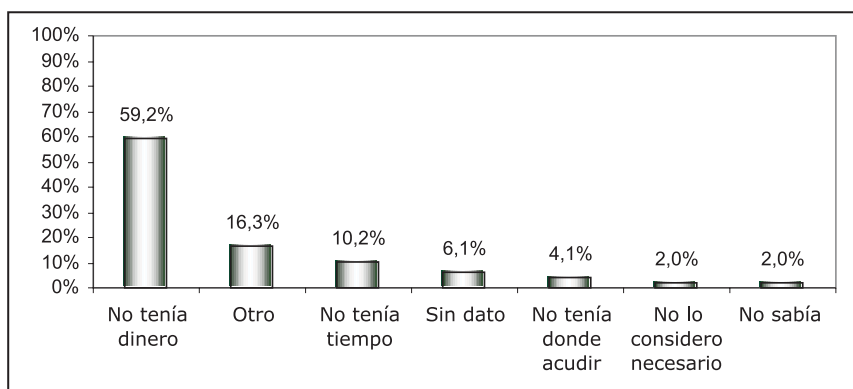
Fuente: Encuestas. Asentamiento Altos de Oriente. Bello. 2005.

Figura 1
*Percepción de problemas bucales**



* Características no excluyentes. Una persona pudo relatar varios problemas al tiempo.

Figura 2
Razones para no consultar para resolver problemas dentales



3. Servicios de salud bucal

El 55,1% de las personas encuestadas hace más de 1 año que no solicita servicios a instituciones relacionadas con la salud bucal, llama la atención que un 11,2% de la población nunca ha consultado por estos problemas (figura 3).

En cuanto a los tratamientos realizados, un 80% de las personas del asentamiento solicitaron operatoria, exodoncias y profilaxis (figura 4). Existen diferencias significativas en la solicitud de tratamiento por sexo para el caso de las extracciones ($p < 0,05$); es decir los hombres demandaron más servicios de exodoncias con respecto a las mujeres.

Los pobladores del asentamiento, acuden con mayor frecuencia al centro de salud (62,5%) y al consultorio particular del odontólogo (12,5%); un porcentaje no

despreciable (11,25%) consultó al dentista (personal de oficio, no graduado). En cuanto a la satisfacción de la atención el 93,8% (75 personas) relataron haber sido bien atendidas en el lugar donde consultaron. La percepción de la buena atención fue semejante para hombres y para mujeres ($p > 0,05$).

Sin embargo, el 21,25% (17 personas) informaron problemas al solicitar la atención odontológica en el centro de salud, por las siguientes razones: demora en el tiempo de atención, demora para la asignación de las citas, mucho trámite, falta de disponibilidad en las citas odontológicas.

Por último se exploró si las personas del asentamiento conocían sus derechos en salud; el 88,9% de las personas respondió que no, sin diferencias significativas por sexo ($p > 0,05$).

Figura 3
Tiempo de la última consulta con servicios de salud bucal.

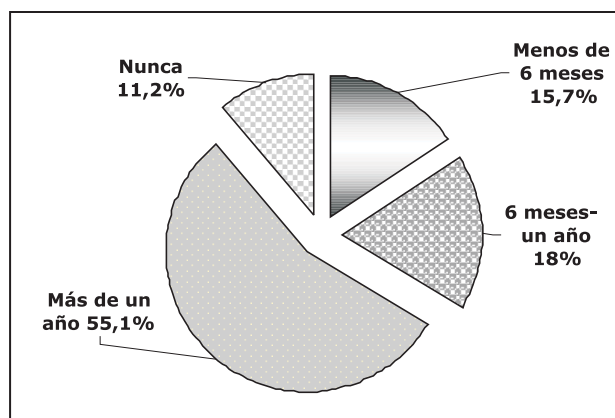
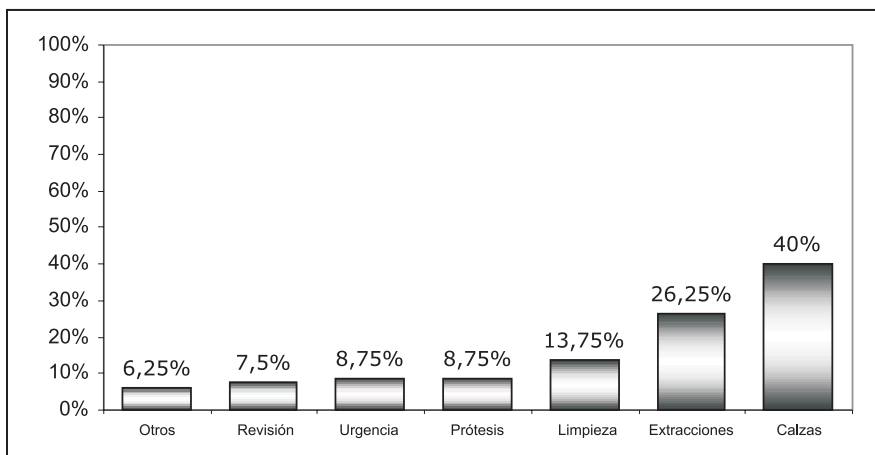


Figura 4
Percepción de tratamientos realizados



DISCUSIÓN

Una de las consideraciones más importantes a la hora de tomar decisiones en materia de salud y particularmente en salud bucal, tiene que ver con el reconocimiento y la prioridad que las personas le otorguen a dicha problemática, así como la manera de resolverla. Particularmente, en una comunidad con tantas necesidades, probablemente la salud bucal podría ocupar un lugar poco destacado, a no ser por la presencia de dolor o cualquier otra limitación. Sin embargo, si el estado de salud bucal preocupara a la comunidad, se podría lograr la articulación entre salud general y bucal; por esta razón es tan importante posicionar el tema en los colectivos sociales, especialmente en aquellos grupos más vulnerables, desde una concepción cricosocial de la odontología, colocándola al servicio de las comunidades menos favorecidas.²⁰⁻²²

La población desplazada y destechada de Altos de Oriente presenta porcentajes más altos en materia de indicadores sociales, con relación a la población general²³⁻²⁴ El desempleo es mayor en esta comunidad (37%), si se compara con el 13,6 % en la población colombiana y el 14,5% en la población antioqueña (2004); el subempleo (informalidad y precariedad laboral) también es un indicador tan grave como el desempleo. En cuanto a la escolaridad, la población colombiana presenta un 25% de mujeres y un 27% de hombres

con primaria incompleta frente al 39,3 y 38,5% en la comunidad de Altos de Oriente respectivamente. Estas cifras guardan relación con la iniquidad en la distribución y la disponibilidad de recursos del asentamiento para su desarrollo individual y colectivo, con una capacidad de acceso a servicios de salud bucal limitada por barreras económicas, así como socioculturales.

La percepción de problemas bucodentales en la población del asentamiento, en su mayoría, se relacionan con procesos infecciosos como la caries dental y la enfermedad periodontal, en consonancia con los indicadores de morbilidad establecidos en el III Estudio Nacional de Salud Bucal,¹² en el cual la historia y prevalencia de caries y enfermedad periodontal continúan en una proporción importante, igualmente con los indicadores de Medellín.¹³ Sin embargo en otros estudios de morbilidad sentida, como el que realizó Empresas Públicas de Medellín en 1998 la percepción de problemas dentales es menor; se reportaron síntomas relacionados con enfermedades de los dientes y tejidos de sostén en el 6,2%, porque dicho estudio abordó la percepción de salud general, no solamente la bucal, y en esa perspectiva es muy probable que tenga mayor impacto la salud general con respecto a la bucal.²⁵

El III Estudio Nacional de Salud Bucal también reportó que el 22,6% de la población había tenido problemas bucales en el último mes; la presente

investigación indagó por los últimos seis (6) meses, con un porcentaje mucho mayor (77,8%). Así mismo, el análisis en la población desplazada y destechada arrojó resultados mucho mayores y en lapsos mayores de tiempo; los dos casos más relevantes fueron el dolor y la caries dental, reportados en el 78,6% y el 71,4% de las personas que manifestaron algún tipo de problema en su boca, con respecto al 60,5 y al 45,4% respectivamente, en la población general colombiana.¹²

La morbilidad sentida o percibida se articula al concepto de necesidades en salud; por ello es importante reconocer cómo la gente percibe su propia salud y su estado funcional porque en esta medida influye en la magnitud de ayuda que considera necesaria.²⁶ Es importante considerar los conceptos de calidad de vida, libertad y capacidad humana, necesidades y satisfactores en salud y cómo estos afectan las decisiones en salud bucal; en el caso de la población estudiada se requiere profundizar mucho más en su comprensión, desde metodologías cualitativas.¹⁴⁻¹⁹

Teniendo en cuenta los indicadores de necesidades básicas insatisfechas (NBI), el 100% de la población se clasifica en situación de pobreza y el 49,3% en miseria; estos hallazgos superan 10 veces al municipio de Bello (Antioquia) según datos del año 2003, de igual manera a la proporción nacional (22,9%) y a la antioqueña (18,3%).^{4, 5, 23, 27} Así mismo sus ingresos mensuales son bajos producto del desempleo, de la informalidad y del abandono, lo cual confirma los indicadores del Banco Mundial para Colombia.²⁸

Las personas del asentamiento, presentan dificultades económicas para acceder a servicios de salud bucal, una de las razones argumentadas por los entrevistados (el 59,2% por falta de dinero y el 68% no consultó oportunamente) y la mayoría lleva más de un año sin hacerlo; la medición del acceso a servicios de salud, no solo se circunscribe a lo económico (aunque puede determinarlo), también es importante analizar las barreras sociales y culturales para los habitantes, los cuales se evidenciaron desde las propias características sociodemográficas.

La falta de dinero no es solamente para acercarse a los sitios de atención; empíricamente se sabe que muchas veces las personas carecen de medios económicos para transportarse desde su residencia hasta los servicios de salud; en la comunidad Altos de Oriente es mayor esta queja, que en otras regiones del país (38,3%); para el caso de no tener tiempo, el porcentaje fue menor en el estudio local (10,2%) si se compara con el ENSAB III (28%).¹²

Otra situación importante la constituye el hecho de que el 2% de los entrevistados, no considera necesario la consulta, situación que podría explicarse por la priorización de sus necesidades básicas y porque posiblemente son tantas sus carencias, que los problemas de salud bucal podrían resolverlos de otra manera, sumado al hecho político y social de ser población en desplazamiento forzado por la violencia y que comparten asentamientos con población destechada,⁵ y como se explicó en la introducción, han sido llamados pobres residentes.⁴

Más de la mitad de la población del estudio lleva más de un año sin solicitar servicios de salud bucal, una proporción mucho mayor comparada con el ENSAB III (39%).¹² La misma situación ocurre en el sentido de que un 11,2% de los habitantes del asentamiento nunca han consultado servicios de salud bucal, comparado con la población colombiana (6,2%).¹²

Los factores mencionados con relación al acceso a servicios y sus posibles causas, han sido explicados por algunos autores como el iceberg de la enfermedad, en el cual, en el vértice de una pirámide, se identifica una pequeña proporción de personas que consultan a los servicios de salud (la visible), mientras que la masa de personas más grande queda en el fondo (la no visible) y es la parte más representativa de la estructura.^{19,29} Se ha dicho que del 70 al 80% de los síntomas de enfermedad no conducen a la atención de los servicios.²⁹

Las personas que visitaron los servicios de salud bucal, perciben que la mayoría son tratamientos que en algún momento pueden ser cubiertos por las Empresas Sociales del Estado, que tienen planes de atención para población vinculada, principalmente para tratamientos de operatoria, exodoncia y

profilaxis dental, o que pudieran ser pagados por los usuarios, debido a su costo más bajo en comparación con tratamientos más complejos como la prótesis. El motivo más frecuente de consulta odontológica fue la operatoria (40%), mientras que en la población colombiana es urgencias, con 39%¹².

Existe un porcentaje representativo que consulta dentistas, situación explicable por las características propias de la población (bajos ingresos y aspectos socioculturales); de igual manera, una quinta parte de las personas ha tenido problemas con la atención odontológica, atribuibles a las características propias del Sistema de Seguridad Social en Salud que rige en el país y a los planes de beneficio en odontología. Se requiere profundizar en la investigación sobre acceso a los servicios y mecanismos de contención de la demanda, especialmente en salud bucal.

Un hallazgo importante en este estudio es la relación entre la iniquidad y la situación de salud bucal. Se han dado importantes avances en la comprensión de los determinantes de la salud, los modelos de actuación sobre los mismos y las políticas que los inciden desde la epidemiología social.³⁰⁻³² Con respecto a este punto, se habla de la agenda inconclusa, puesto que no se han garantizado elementos fundamentales en los colectivos sociales. Existen por tanto, muchos desafíos en lo que a protección social se refiere, como una estrategia para la reducción de la exclusión social, la injusticia y rescatar el concepto de salud como derecho humano y como parte de la vida digna.³³

La mayoría de las personas del estudio, desconocían sus derechos (9 de cada 10 personas); cabe resaltar que es responsabilidad de las Secretarías Municipales de Salud, en los Planes de Atención Básica (PAB), educar a los ciudadanos para acercarse de manera más ágil, más eficiente a un sistema muy complejo, con muchas barreras, especialmente para los que tienen menores recursos.

Se hace necesario privilegiar procesos tendientes a repensar los derechos sociales y de salud, promover procesos educativos en la comunidad, favoreciendo la inserción social de los grupos de desplazados y destechados.³⁴ Watt, recopilando a otros autores,

propone modelos como el salutogénico, basado en la coherencia entre las condiciones de vida y de salud y el capital social, relacionando los diferentes niveles de organización de la sociedad.³⁵ De igual manera, impulsar mecanismos de participación social y el empoderamiento en estas comunidades como mecanismos importantes para lograr que los individuos adquieran mayor capacidad de control de los procesos que afectan la salud y en este caso la salud bucal integral, como lo expresan diferentes autores.³⁶⁻³⁸

Como limitaciones del estudio se reconoce que no se profundizó en otros aspectos sociodemográficos, en las necesidades en salud y en el componente acceso a servicios de salud. Esta investigación es una aproximación descriptiva de una realidad local específica; se requieren estudios de mayor alcance, que aborden la problemática de los desplazados, advirtiendo de antemano la complejidad del problema en Colombia y en el mundo y la falta de respuestas absolutas desde el sistema y desde otros actores sociales; en este sentido, la odontología como práctica social, debe trabajar para dar respuesta a las necesidades que el país demanda continuamente, desde esquemas fundamentales como la salud colectiva y su dimensión salud bucal colectiva.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Uno de los aspectos importantes que considera el nuevo abordaje crítico social de la odontología y su relación con la salud pública y la salud colectiva, es el reconocimiento de la dinámica sociodemográfica y económica de los grupos sociales, y por tanto los componentes de la calidad de vida y su influencia en la situación de salud bucal. Para el caso de este estudio, fue evidente el análisis de ciertos indicadores sociales, cuya relación trae a colación factores de iniquidad con respecto a la población general, que influyen en la demanda de los servicios de salud bucal y en el esquema de necesidades y los mecanismos para resolverlas.

Con relación a la morbilidad bucal percibida, es importante promover la realización de estudios con

metodologías y técnicas cualitativas (entrevistas a profundidad, grupos focales) y de carácter participativo, que permitan comprender el fenómeno salud enfermedad en poblaciones específicas, para un desarrollo de programas y proyectos acordes al contexto social y la realidad local que viven los diferentes grupos sociales que conforman nuestro país.

Así mismo, se hace fundamental, la búsqueda de soluciones concretas que permitan mejorar el acceso a los servicios de salud bucal para la población desplazada y destechada. Sin bien en la teoría existe un plan definido por ley, se requieren más y mejores esfuerzos desde la academia, y desde la acción mancomunada de diferentes actores sociales. Desarrollar por tanto políticas públicas en salud de carácter intersectorial, y rescatar el concepto de salud como un derecho fundamental.

Por último, comprender la situación de salud bucal con exámenes clínicos que permitan corroborar lo encontrado en las encuestas y avanzar en la construcción de propuestas en grupos localizados; dichas propuestas pueden ser canalizadas a través de la Junta de Acción Comunal y las organizaciones presentes en el asentamiento, donde ya se han iniciado procesos de construcción participativa de proyectos de interés común.

AGRADECIMIENTOS

Los autores hacen un reconocimiento especial a los habitantes del asentamiento Altos de Oriente, cuyos aportes desinteresados y cordiales constituyen un insumo importante para la construcción social de propuestas significativas en la realidad actual del país.

CORRESPONDENCIA

Andrés Alonso Agudelo Suárez
Facultad de Odontología
Departamento de Estudios Básicos Integrados
Universidad de Antioquia
Calle 64 N.º 52-59
Medellín, Colombia
Correo electrónico:
agudeloandres@odontologia.udea.edu.co

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mogollón A, Vásquez ML y García M. Necesidades de atención en salud en la población desplazada por conflicto armado en Bogotá. *Rev Esp Salud Pública*, 2003; 77: 257-266.
2. Arias S. Análisis de género de la situación de salud de la población desplazada y no desplazada en cuatro asentamientos marginales de Medellín, 2002. [Trabajo de Grado] Medellín: Universidad de Antioquia. Facultad Nacional de Salud Pública; 2005.
3. Gaviria M, Echeverri E, Gómez J, Peñaranda F, Olaya A, Yepes C. Análisis de la situación de salud de la población desplazada y de estrato 1 de la ciudad de Medellín, 2002. [En línea] [Acceso: 10 de abril de 2005] Disponible en: <http://www.disaster-info.net/desplazados/informes/ops/perfilmedellin2003/perfilmedellin2003%20.pdf>.
4. Organización Internacional de las Migraciones. Diagnóstico de población desplazada y comunidades de recepción en seis departamentos de Colombia. OIM. [En línea] [Acceso: 15 de octubre de 2006] Disponible en: <http://www.disaster-info.net/desplazados/informes/oim/01resumen.htm>.
5. Martínez LA, Burbano SN y Restrepo C. Análisis de situación de salud de la población del asentamiento Altos de Oriente del Municipio de Bello, 2004. [Trabajo de Grado] Medellín: Universidad de Antioquia. Facultad Nacional de Salud Pública; 2005.
6. Colombia. Presidencia de la República-Red de Solidaridad Social. Registro nacional de población desplazada por la violencia. [En línea] [Acceso: 10 de abril de 2005] disponible en: <http://www.red.gov.co/Noticias/EstadisticasMedios/estadisticasmedios.html>.
7. Colombia. Consultoría para los Derechos Humanos y el Desplazamiento. Desplazamiento en cifras. [En línea] [Acceso: 25 de mayo de 2005] disponible en: <http://www.codhes.org.co/cifras.php>.
8. Colombia. Congreso de la República. Ley 387 de 1997. Por la cual se toman medidas para la prevención del desplazamiento forzado; la atención, protección, consolidación y estabilización socioeconómica de los desplazados internos por la violencia en la República de Colombia. *Diario Oficial* N.º 43.091, de 24 de julio de 1997.
9. Colombia. Presidencia de la República. Decreto 2569 de 12 de diciembre de 2000. Bogotá: La Presidencia; 2000.
10. Colombia. Ministerio del Interior y Justicia. Decreto 250 de 7 de febrero de 2005. Bogotá: El Ministerio; 2005.
11. Colombia. Presidencia de la República. Red de Seguridad Social. Atención a población desplazada: Atención humanitaria de emergencias. [En línea] [Acceso: 10 de abril de 2005] Disponible en: <http://www.red.gov.co/red/programas/ProgramaAtencionPoblDesplazada/ComponentesProgramaPoblDesplaz/AtencionHumanitariaEmergencia/atencionhumanitariaemergencia.html>.
12. Colombia. Ministerio de Salud. III Estudio Nacional de Salud Bucal ENSAB III, 1998. Bogotá: Ministerio de Salud; 1998.

13. Alcaldía de Medellín. Secretaría de Salud. Situación de salud en Medellín. Indicadores Básicos 2005. Medellín: Secretaría de Salud; 2006.
14. Sen A. Capital humano y capacidad humana. Cuad de Econ, 1998; 17 (29); 67-72.
15. Boltvinik J. Economía Moral. El Reto. El medio del medio ambiente. 2004; 49: 6-8.
16. Max Neef M, Elizalde A, Hoppenhaym M. Desarrollo a escala humana. [En línea] [Acceso: 30 de septiembre de 2005] Disponible en: <http://tsocial.ulagos.cl/apuntes/desarrolloaescalahumana.doc>.
17. Arredondo A, Meléndez V. Modelos explicativos sobre la utilización de servicios de salud: Revisión y análisis. Salud Pública Méx. 1992; 34 (1): 36-49.
18. Navas H y Moiso A. Modelos conceptuales para la investigación de necesidades en salud y utilización de servicios en poblaciones localizadas. Cuad Med Soc (Chile). 1994; 69: 32-45.
19. Mendoza R y Béria J. Utilización de los servicios de salud: Una revisión sistemática sobre los factores relacionados. Cad Saúde Pública 2001; 17 (4): 819-832.
20. Ortiz A. Condiciones de vida y de salud bucal del escolarizado y su familia: municipio de Caroni, Estado Bolívar, 1992. Acta Odontol Venez 2000; 38 (1): 18-36.
21. Barbosa W, Lillian M. La dinámica socio-histórica en el área metropolitana y su impacto en las condiciones de vida de la familia y el perfil salud enfermedad bucal del escolar, Caracas 1997. Acta Odontol Venez 1999; 37 (3): 177-187.
22. Mijares A. Indicadores odontológicos del estudio sobre condiciones de vida. Acta Odontol Venez 1994; 32 (2): 31-40.
23. Colombia. Departamento Administrativo Nacional de Estadística —DANE—. Estadísticas de empleo 2004. [En línea] [Acceso: 15 de agosto de 2006]. Disponible en: <http://www.dane.gov.co>.
24. Colombia. Profamilia. Resultados Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2005. Bogotá: Profamilia; 2005.
25. Empresas Públicas de Medellín. Encuesta de morbilidad sentida, utilización de servicios de salud y saneamiento ambiental en el reasentamiento Villa Nueva del municipio de Yolombó, 1998. Salud en Porce II 1998; 3:6-14.
26. Mogollón A. Acceso de la población desplazada por conflicto armado a los servicios de salud en las Empresas Sociales del Estado de primer nivel en la ciudad de Bogotá. [Tesis Doctoral] Bellaterra: Universidad de Barcelona. Facultad de Medicina; 2004.
27. Organización Panamericana de la Salud. Colombia. Indicadores Básicos. [En línea] [Acceso: 15 de agosto de 2006]. Disponible en <http://www.col.ops-oms.org>.
28. Banco Mundial. Informe sobre el desarrollo mundial 2003. Desarrollo sostenible en un mundo dinámico. Bogotá: Multiprensa Libros y Alfa Omega; 2003.
29. Nigenda G y Langer A. Métodos cualitativos para la investigación en salud pública: Situación actual y perspectivas. [En línea] [Acceso: 15 DE Agosto de 2006]. Disponible en: <http://www.grhf.harvard.edu/Spanish/course/sesion2/metodo.htm>.
30. Organización Mundial de la Salud. Glosario de promoción de la salud. 1998. [En línea] [Acceso: 12 de marzo de 2005] <http://www.msc.es/salud/epidemiologia/home.htm>.
31. Krieger N. A Glossary of social epidemiology. J Epidemiol Community Health 2001; 55: 963-700.
32. Krieger N. Glosario de epidemiología social. Bol Epidemiol 2002; 23 (2):10- 13.
33. Roses M. La población y sus necesidades de salud: Identificación de áreas prioritarias y sus políticas públicas correspondientes. Rev Fac Nac Salud Pública 2004; 22 (Esp): 9-20
34. Yepes A. El derecho a la salud: La necesidad de repensar los derechos sociales. Rev Fac Nac Salud Pública 1999; 17 (1): 17-29.
35. Watt R. Emerging theories into the social determinants of health: implications for oral health promotion. Community Dent Oral Epidemiol 2002; 30; 241-247.
36. Wallerstein N. Powerless, empowerment, and health: Implications for health promotion programs. Am J Health Promotion 1992; 6 (3): 197-205
37. Restrepo H y Málaga H. Promoción de la salud: Cómo construir vida saludable. Bogotá: Médica Panamericana, 2001.
38. Wallerstein N. Empowerment to reduce health disparities. Scand J Public Health 2002; 30: 72-77.