



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

DETERMINACIÓN SOCIAL DE LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA DE LAS MUJERES EMBARAZADAS DE TRES LOCALIDADES DE BOGOTÁ

Sonia Constanza Concha Sánchez

Universidad Nacional de Colombia
Facultad de Medicina, Doctorado Interfacultades en Salud Pública
Bogotá, Colombia

2015

Determinación Social de la atención odontológica de las mujeres embarazadas de tres localidades de Bogotá

Sonia Constanza Concha Sánchez

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

Directora:
Ph.D., Salud Pública. María Carolina Morales Borrero

Línea de Investigación:
Salud Colectiva
Grupo de Investigación:
Salud Colectiva

Universidad Nacional de Colombia
Facultad de Medicina, Doctorado Interfacultades en Salud Pública
Bogotá, Colombia
2015

No te rindas

*No te rindas, aun estas a tiempo
de alcanzar y comenzar de nuevo,
aceptar tus sombras,
enterrar tus miedos,
liberar el lastre,
retomar el vuelo.*

*No te rindas que la vida es eso,
continuar el viaje,
perseguir tus sueños,
destrabar el tiempo,
correr los escombros
y destapar el cielo.*

*No te rindas, por favor no cedas,
aunque el frio queme,
aunque el miedo muerda,
aunque el sol se esconda y se calle el viento,
aún hay fuego en tu alma,
aún hay vida en tus sueños,*

*Porque la vida es tuya y tuyo también el deseo,
porque lo has querido y porque te quiero.
porque existe el vino y el amor, es cierto,
porque no hay heridas que no cure el tiempo,*

*Abrir las puertas,
quitar los cerrojos,
abandonar las murallas que te protegieron.
vivir la vida y aceptar el reto,
recuperar la risa,
ensayar un canto,
bajar la guardia y extender las manos,
desplegar las alas e intentar de nuevo,
celebrar la vida y retomar los cielos,*

*No te rindas por favor no cedas,
aunque el frio queme,
aunque el miedo muerda,
aunque el sol se ponga y se calle el viento,
aun hay fuego en tu alma,
aun hay vida en tus sueños,
porque cada día es un comienzo,
porque esta es la hora y el mejor momento,
porque no estás sola,
porque yo te quiero.*

Mario Benedetti. Poeta Uruguayo (1920-2009)

Agradecimientos

En primera instancia quiero agradecer a las mujeres embarazadas, en postparto, profesionales que las atienden, administrativos, docentes, informantes base que con toda su sabiduría y paciencia me compartieron su vida y sus experiencias para el desarrollo de este proyecto.

A Carolina Morales por su amistad, solidaridad, calidez, permanente presencia y apoyo durante el desarrollo de mi proceso de formación y de este trabajo.

A los integrantes del Seminario de Determinación Social por las discusiones que me permitieron comprender la importancia de la Determinación Social de la Salud y sus implicaciones para este trabajo, para la vida y la salud.

A Jaime Breilh y a todo el equipo de área de la salud de la Universidad Andina Simón Bolívar por su acompañamiento intelectual y afectivo en el desarrollo de esta importante empresa de mi vida.

A la Universidad El Bosque y al equipo de cualitativa del proyecto de Gestantes de Colciencias.

A Carlos Martín Ardila, Cecilia Martínez, Clara Escobar y otros profesionales de la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia por su amable acogida

A la Universidad Santo Tomás por su apoyo en la realización de mi Doctorado y en especial al Padre Guillermo.

A Q, María, Vicky y Claudia por ser mis amigas en todos los momentos y lugares.

A Teito, Alex y Gloria por su apoyo en los momentos que más los necesite.

A mis amigos, amigas, compañeros, compañeras y estudiantes que con toda su generosidad y amor me permiten aprender de ellos.

A Toñito, Toñita, la Nena, Juanito, Titi, Juanfer, Juanpa, Javito, Pili, Nico, Nata, Gabito, Gerar, Rocío, Adriana, Yamile y el resto de “la tribu” por ser mi “sur” en esta “lucha” por el buen vivir.

Me resulta imposible cerrar este apartado sin agradecer a Dios que me ha mostrado, durante el desarrollo del Doctorado y durante toda mi vida, que los milagros y los ángeles existen y que están más cerca de lo que creemos.

Resumen

La alta prevalencia de patologías orales, la baja cobertura en la atención odontológica de las mujeres embarazadas, las complicaciones que generan las infecciones orales sobre la vida, la salud de la mujer y del feto, y la complejidad que representa el proceso de atención odontológica, motivaron a analizar la determinación social de la atención odontológica de las mujeres embarazadas que acudieron a la consulta prenatal a instituciones públicas de Engativá, Suba y Usaquén en el II semestre de 2012. Para ello se realizó una investigación sustentada en la epidemiología crítica con un abordaje elaborado desde el realismo dialéctico con base en los fundamentos de Breilh. En el proceso desarrollado se triangularon técnicas intensivas (entrevistas en profundidad, observación, análisis documental) y extensivas (a partir de 798 encuestas obtenidas de fuentes secundarias). Con la información se elaboró la matriz de procesos críticos, se reconoció la dialéctica y la subsunción de estos procesos a las realidades políticas, históricas, sociales y geográficas, se definió el perfil de determinación social y la dinámica de los procesos protectores y destructivos en la atención odontológica de las mujeres embarazadas. Con lo que se concluye que, si bien es posible identificar los procesos protectores tanto en el dominio individual como en el colectivo, el predominio de los procesos destructivos en todos los órdenes y dominios explican las limitaciones que tienen estas mujeres gestantes para acceder a la consulta odontológica. Esta determinación social mediada por los procesos protectores y destructivos permite evidenciar las contradicciones que operan tanto en la dimensión natural como en los fenómenos sociales, y se configura como una trama compleja contradictoria y dinámica que relaciona lo individual y lo colectivo de la determinación social de la atención odontológica de las mujeres embarazadas de las tres localidades de la red norte del Distrito Capital.

Palabras clave: Mujeres embarazadas, Determinación Social de la Salud, Odontología, Acceso a la atención, Salud oral,

Abstract

The high prevalence of oral diseases, low coverage in dental care for pregnant women, the complications that oral infections generate over life, the health of the woman and her fetus, and the complexity involved in the process of dental care, motivated to analyze the social determinants of dental care of pregnant women who attended prenatal care at public institutions of Engativá, Suba and Usaquén in the second semester of 2012. To do this, an investigation supported in critical epidemiology with a developed approach from the dialectical realism based on the fundamentals of Breilh was performed. In the developed process, intensive (deep interviews, observation, and documentary analysis) and extensive techniques (from 798 surveys obtained from secondary sources) were triangulated. With the information, the critical processes matrix was developed, the dialectic and the subsumption of these processes to political, historical, social and geographical realities were recognized, the social determination profile and the dynamics of the protective and destructive processes of determination of dental care for pregnant women were defined. Thus concluding that while it is possible to identify protective processes both at the individual and collective domain, the predominance of destructive processes at all levels and domains explain the limitations of these pregnant women to access the dental care. This social determination mediated by the protective and destructive processes allows the contradictions that operate both in the natural dimension and social phenomena to be evident, and that is configured as a contradictory complex and dynamic scheme that links the individual and the collective of social determination of dental care of pregnant women from the three localities of the northern network of the Capital District.

Keywords: Pregnant Women, Social Determination of Health, Dentistry, Access to Health Care, oral health

Contenido

Resumen	V
Lista de figuras.....	VIII
Lista de tablas	IX
Lista de Siglas y Abreviaturas.....	XI
Glosario.....	XII
Introducción	1
1. Antecedentes y Planteamiento del Problema.....	4
1.1 El embarazo, la salud oral y la atención de la mujer embarazada	5
1.2 Los paradigmas en los que se desarrolla la investigación sobre embarazo, salud oral y la atención odontológica	10
1.3 las políticas de salud y su injerencia en la atención odontológica de las mujeres embarazadas	12
1.4 Los núcleos del problema de investigación	15
1.5 Preguntas de investigación	20
2. Los objetivos y el Marco Teórico- Metodológico	21
2.1 Objetivos.....	21
2.1.1 Objetivo general	21
2.1.2 Objetivos específicos.....	21
2.2 Marco Teórico-Methodológico	21
2.2.1 Las distintas miradas de la interacción de lo biológico con lo social en la salud	21
2.2.2 Los Determinantes Sociales de la salud y la Determinación Social de la Salud.....	24
2.2.3 La interacción de lo biológico con lo social de la salud desde la perspectiva de la determinación social	26
2.2.4 El diseño metodológico.....	40
3. Resultados.....	52
3.1 La matriz de los procesos críticos	52
3.1.1 Los Procesos críticos del orden Económico.....	56
3.1.2 Los Procesos críticos del orden político.....	64
3.1.3 Los Procesos críticos del orden cultural.....	75
3.1.1 Fenotipo y genotipo.....	89
3.2 La dialéctica y la subsunción de la atención odontológica de las embarazadas a lo político y lo social geográfico	92

3.2.1 Las políticas y la atención odontológica de las mujeres embarazadas	93
3.2.2 Análisis histórico, geopolítico de Bogotá y la atención odontológica de las mujeres embarazadas	95
3.3 El perfil de la determinación social, procesos protectores y destructivos ...	100
3.3.1 En el orden económico.....	101
3.3.2 En el orden político.....	105
3.3.3 En el orden cultural	106
3.3.4 En las condiciones fenotípicas y genotípicas.....	108
4.1 Hacia una nueva visión de la atención odontológica de las mujeres embarazadas	111
4.2 La determinación social para transformar la praxis.....	122
5. Conclusiones, Fortalezas, Limitaciones y Recomendaciones.....	124
5.1 Conclusiones.....	124
5.1.1 La matriz de procesos críticos	124
5.1.2 La producción y reproducción social de la atención odontológica, el entorno geográfico y las políticas de salud.....	126
5.1.3 El perfil de la determinación social.....	127
5.2 Fortalezas y limitaciones.....	128
5.2.1 Fortalezas	128
5.2.2 Limitaciones	128
5.3 Recomendaciones.....	130
ANEXOS	132
Bibliografía	346

Lista de figuras

Figura 1 - 1. Flujograma de la revisión sistemática embarazadas, salud oral y determinación social	6
Figura 2 - 1. Teoría biomédica y de estilos de vida Vs Epidemiología social alternativa en la distribución de la enfermedad	22
Figura 2 - 2. Esquema de la matriz de procesos críticos de la determinación social de la atención odontológica de las mujeres embarazadas.....	30
Figura 2 - 3. Relación entre los dominios, dimensiones y órdenes de la determinación social de la salud	33
Figura 4 - 1. Los procesos críticos, las dimensiones, dominios y órdenes de la determinación social de la atención odontológica de las mujeres gestantes de Engativá, Suba y Usaquén	121

Lista de tablas

Tabla 2 - 1.	Síntesis de la propuesta de Breilh con relación a los diferentes paradigmas epidemiológicos relacionados con la determinación social de la salud	24
Tabla 2 - 2.	Fases del proceso metodológico desarrollado y las técnicas de investigación implementadas.....	41
Tabla 2 - 3.	Publicaciones relacionadas con la DSS.....	41
Tabla 2 - 4.	Publicaciones relacionadas con la salud oral y la atención odontológica a nivel general y de las mujeres gestantes	42
Tabla 2 - 5.	Publicaciones relacionadas con políticas de salud oral.....	42
Tabla 2 - 6.	Caracterización de los informantes base involucrados en la investigación	43
Tabla 2 - 7.	Caracterización de las gestantes y mujeres en postparto involucrados en la investigación.....	44
Tabla 2 - 8.	Caracterización de los profesionales involucrados en la investigación	45
Tabla 2 - 9.	Caracterización del personal administrativo involucrado en la investigación	45
Tabla 2 - 10.	Caracterización de las gestantes involucradas en la identificación de las trayectorias de atención odontológica.....	46
Tabla 2 - 11.	Caracterización de los documentos utilizados para exploración socio-histórica y política	49
Tabla 3 - 1.	Matriz de procesos críticos de la determinación social de la atención odontológica de las mujeres embarazadas de tres localidades de la Red Norte de Bogotá (orden económico)	53
Tabla 3 - 2.	Matriz de procesos críticos de la determinación social de la atención odontológica de las mujeres embarazadas de tres localidades de la Red Norte de Bogotá (orden político)	54
Tabla 3 - 3.	Matriz de procesos críticos de la determinación social de la atención odontológica de las mujeres embarazadas de tres localidades de la Red Norte Bogotá (orden cultural).....	55
Tabla 3 - 4.	Modelo de regresión logístico en múltiples niveles de las variables localidad y Estrato Socio Económico asociadas a la atención odontológica de las mujeres embarazadas de tres localidades de la Red Norte de Bogotá, 2012	64
Tabla 3 - 5.	Modelo de regresión logística en múltiples niveles de las variables escolaridad, estado civil y conocimientos asociados a la atención odontológica de las mujeres embarazadas de tres localidades de la Red Norte de Bogotá, 2012.....	89
Tabla 3 - 6.	Expresiones de los procesos críticos de las condiciones fenotípicas y genotípicas definidas a partir de técnicas intensivas.....	90
Tabla 3 - 7.	VARIABLES relacionadas con localidad y condición oral de las mujeres embarazadas de tres localidades de la red norte de Bogotá evaluadas en el segundo semestre de 2012, a partir de la base aportada por la U. El Bosque (Técnicas extensivas)	91
Tabla 3 - 8.	Políticas relacionadas con la atención odontológica de las mujeres embarazadas.....	94

Tabla 3 - 9.	Perfil de la determinación social de la atención odontológica de las mujeres embarazadas de tres localidades de la Red Norte del DC.....	102
--------------	--	-----

Lista de Siglas y Abreviaturas

ALAMES	Asociación Latinoamericana de Medicina Social
APS	Atención Primaria en Salud
CDSS	Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe
DC.	Distrito Capital
DSS	Determinación Social de la Salud
DsSS	Determinantes Sociales de la Salud
ESE	Estrato Socio Económico
FDI	Federación Dental Internacional
MSL	Medicina Social Latinoamericana
ODM	Objetivos del Milenio
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
SC	Salud Colectiva
SDS	Secretaría Distrital de Salud
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
SGSSS	Sistema General de Seguridad Social en Salud
VIH	Virus Inmunodeficiencia Humana

Glosario

Atención odontológica: Proceso sistemático y continuo que incluye acciones de interacción social, promoción, prevención, restauración y rehabilitación realizados por odontólogos, con participación activa y poder decisorio por parte de los sujetos intervenidos, y en el que las actividades están orientadas a la promoción y preservación de la salud oral, identificación y solución de patologías orales que afectan a las personas, todo con el fin de lograr mejores condiciones de salud, de vida y esto se realiza en el contexto individual, pero también en el comunitario e histórico-social en el que se desarrolla la vida de los sujetos.

Autonomía relativa: Libertad que tiene las personas para asumir sus estilos de vida pero que está condicionada o subsumida por la lógica de los grupos a los que pertenece y a las estructuras económicas, políticas y sociales que los determinan

Capitalismo: Sistema económico y social basado en la propiedad privada de los medios de producción, en la importancia del capital como generador de riqueza y en la asignación de los recursos a través del mecanismo del mercado.

Clase social: Característica determinante del modo de vida de un conglomerado social que comparte la misma posición en el sistema de relaciones sociales, y que corresponde a un mismo tipo de inserción en el sistema económico, que depende del tipo de actividad de sus miembros, su formas de propiedad, relaciones de trabajo y su cuota de la riqueza social, lo que determina el disfrute de sus derechos y el acceso a los bienes.

Comisión de determinantes sociales de la salud: De acuerdo a la OMS, la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud fue el equipo integrado por expertos mundiales creado para ofrecer los fundamentos para abordar los factores sociales que conducen a la mala salud y las inequidades a los países asociados.

Determinación social de la salud: Propuesta contrahegemónica orientada a comprender la salud y los eventos relacionados como un complejo multidimensional, considerando los procesos dialécticos de reproducción social que articulan el sistema de contradicciones que se enlazan en tres dominios jerárquicos, propuesta que analiza además las relaciones de poder como una matriz integrada de clase, género y etnia e incorpora la dimensión de la interculturalidad.

Determinantes sociales de la salud: Los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud y que influyen las condiciones de salud de las personas. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas.

Dialéctica: Según Marx, es la dinámica conflictiva y contrapuesta que se evidencia en la realidad social; se entiende como una realidad conflictiva debido a la contraposición de intereses materiales incompatibles.

Dimensiones de la determinación social: Según Breilh las dimensiones aluden a la salud directamente evidente (signos y síntomas), la salud actual (la salud evidente, los los

estilos y modos de vida) y la salud real, o realidad completa de la salud (los procesos determinantes más amplios y que subsume a las otras dimensiones).

Dominios de la determinación social: Aluden a los niveles jerárquicos (general, particular y singular) en los que operan los procesos sociales en relación con los biológicos.

Economía política: Aludiendo en palabras de Marx a las relaciones de producción en su conjunto y que constituyen la estructura económica de la sociedad, base real sobre la cual se erige la superestructura jurídica y política y a la que corresponden determinadas formas de conciencia social.

Embarazo: proceso en el que la mujer enfrenta una serie de cambios biológicos sociales, políticos, económicos y culturales asociados a la gestación; conlleva un proceso anatomo-fisiológico sobre el cuerpo femenino, pero está culturalmente moldeado, manifestándose de diferentes maneras en cada sociedad.

Epidemiología: disciplina científica de raíces anglosajonas que estudia la distribución, la frecuencia, los factores determinantes, las predicciones y el control de los factores relacionados con la salud, con las distintas enfermedades existentes en poblaciones humanas definidas y que se soportan en el positivismo.

Epidemiología crítica: Término utilizado para expresar una propuesta latinoamericana frente a la llamada epidemiología convencional de tradición anglosajona. Es uno de los ejes de la salud colectiva y se ubica como un movimiento alternativo de la salud pública con raíces en el marxismo.

Epidemiología social: Rama de la epidemiología que analiza cómo las interacciones sociales y las actividades humanas colectivas afectan la salud.

Epistemología: Disciplina que estudia cómo se genera y se valida el conocimiento de las ciencias. Su función es analizar los preceptos que se emplean para justificar los datos científicos, considerando los factores sociales, psicológicos e históricos que entran en juego.

Etnia: Construcción histórica cultural relacionada con la identidad que construyen ciertos grupos sociales en la interacción y que establece su forma de ver el mundo. La etnia se define por sus atributos culturales (idioma, vestimenta, religión, instituciones, creencias, cosmovisión, etc) que otorgan una identidad que es aceptada y asumida por el colectivo.

Eventos adversos en el embarazo: Todo incidente que genera daño a la mujer y a su hijo durante el embarazo, el parto o el postparto y están asociados con factores o procesos biológicos y sociales que desencadenan esta situación.

Estilo de vida: Son las opciones protectoras o destructivas asumida por los individuos y su familia en relación a cómo vivir, definir sus itinerarios, sus patrones de consumo, sus concepciones, sus valores y sus hábitos y que están fuertemente influenciadas por los colectivos, los determinantes particulares (modos de vida) y generales de la sociedad en la que los individuos viven su cotidianidad

Fenomenología: Corriente filosófica, muy amplia y diversa, por lo que difícilmente valdrá una sola definición para todas sus vertientes. Sin embargo, es posible caracterizarla como una corriente idealista subjetiva dentro de la filosofía que se propone el estudio y la descripción de los fenómenos de la conciencia o, dicho de otro modo, de las cosas tal y como se manifiestan y se muestran en esta.

Género: Alude a las construcciones culturales que surgen históricamente alrededor de las diferencias sexuales y biológicas entre los hombres y las mujeres, entendiendo cómo a partir de estas características se elaboraron culturalmente diferencias en el poder y el dominio sobre todos los ámbitos de la reproducción social.

Inequidad: Se define como la diferencia entre los grupos o clases que forman una sociedad, en la que desigualdad de oportunidades para acceder a bienes y servicios como vivienda, educación o salud son consecuencias de esta situación, pero cuyo origen está en las relaciones desiguales e injustas soportadas en el poder que asumen ciertos grupos sociales sobre otros.

Localidad: Unidad político-administrativa que divide territorialmente al Bogotá DC

Matriz de poder: Se entiende como un espacio de lucha en el que a las inequidades por clase social se deben agregar las generadas por el patriarcado, que se expresan en discriminación de género, y el eurocentrismo dominante, que se evidencian en las relaciones coloniales de racismo que se tejen entre las culturas subalternas con las hegemónicas.

Matriz de procesos críticos: Estructura que permite sintetizar e integrar los diferentes aspectos relacionados con las necesidades y las condiciones de vida de los grupos sociales. Esta matriz incluye aspectos económicos, políticos y culturales (órdenes), en los dominios general, particular y singular, en un espacio social y territorial concreto, buscando superar la mirada segmentada de la realidad social.

Medicina Social Latinoamericana: Corriente de pensamiento de América Latina que estudia la salud-enfermedad de la colectividad como una expresión de los procesos sociales

Metodológico: Proceso concreto que deriva de una posición teórica y epistemológica, para la selección de técnicas específicas de investigación

Modos de vida: Aluden a los procesos que construyen los colectivos con relación al trabajo, a la calidad y disfrute de los bienes de consumo, a la capacidad de crear y reproducir valores, la potencialidad que tienen los colectivos de transformar las situaciones que los afectan y sus relaciones con la naturaleza y que determinan las condiciones de vida, biológicas e ideológicas de los individuos.

Ontológico: Refiere a la forma como un investigador comprende el objeto de estudio.

Órdenes de la determinación social: Alude a los procesos económicos, políticos y culturales que influyen las condiciones de salud de los colectivos

Paradigma: Define a la forma en que una determinada sociedad organiza e interpreta la realidad.

Perfil de determinación social: Es un recurso que sistematiza la esencia de un complejo proceso dialéctico de determinación histórica que opera en los dominios general que subsume al particular y al singular, mediados por procesos protectores y destructivos que permite evidenciar las contradicciones que operan tanto en la dimensión natural como en los fenómenos sociales relacionados con el proceso salud-enfermedad

Políticas públicas en salud: Proyectos y actividades que un Estado diseña y gestiona a través de un gobierno y una administración pública, a fin de satisfacer las necesidades en salud de una sociedad.

Positivismo: Corriente filosófica que afirma que el único conocimiento auténtico es el conocimiento científico, y que tal conocimiento solamente puede surgir de la afirmación de las teorías a través del método científico.

Praxis: Base de un movimiento dialéctico de la acción y el conocimiento, bajo el que se transforma simultáneamente el objeto y el sujeto.

Proceso crítico: objeto dinámico que influencia las condiciones de salud de los individuos que habitan en un territorio o espacio social, proceso que se construye como una aproximación a los dominios generales, particulares, singulares y que se expresan en el proceso salud-enfermedad.

Procesos destructivos: Conjunto de procesos que adquieren propiedades destructivas/deteriorantes o insalubres para las personas, los colectivos y el medio ambiente

Procesos protectores: Conjunto de procesos beneficiosos que adquieren propiedades protectoras/benéficas o saludables para las personas, los colectivos y el medio ambiente.

Realismo dialéctico: Postura para ver y comprender la realidad en su conjunto, en su totalidad y en sus componentes, en sus interrelaciones y en sus conflictos, en su dinámica y en sus fuerzas contradictorias, en sus dimensiones cuantitativas y cualitativas, así como en las posibilidades de preservación o de transformación de esa realidad.

Representaciones sociales: Contenidos mentales concretos de un acto de pensamiento que restituye simbólicamente algo ausente, que aproxima algo lejano. Particularidad importante que garantiza a la representación su aptitud para fusionar perceptor y concepto y su carácter de imagen.

Revisión sistemática: Diseño de investigación observacional y retrospectivo, que sintetiza los resultados de múltiples investigaciones primarias, producto de un proceso riguroso de selección de la literatura científica con la mejor evidencia (medicina basada en la evidencia), por lo que se soporta en la epidemiología clínica.

Salud colectiva: Conjunto articulado de prácticas técnicas, ideológicas, políticas y económicas desarrolladas en el ámbito académico, en las instituciones de salud, en las organizaciones de la sociedad civil y en los institutos de investigación informadas por distintas corrientes de pensamiento resultantes de la adhesión o crítica a los diversos proyectos de reforma en y que se consolida como campo científico y ámbito de prácticas abierto a la incorporación de propuestas innovadoras.

Salud oral: Se comprende como una construcción colectiva, una integración tecno-política (de saberes y poderes), no sólo como la resolución técnica de los problemas del complejo “bucal”, sino como una mirada poblacional y de integración de saberes, que tienen en cuenta los componentes socio-culturales e históricos de cada población.

Subsunción: Forma de interpretar la determinación social de la salud-enfermedad, pues centra su explicación en los niveles de determinación al proponer que los niveles más complejos sobredeterminan los de menor complejidad. Es decir, el nivel social determina o subsume, el nivel biológico y psicológico.

Técnicas extensivas: Procedimientos orientados a analizar las generalidades, sustentadas en procedimientos de observación grupal como las encuestas y el análisis matemático.

Técnicas intensivas: Procedimientos orientados a profundizar en el análisis de las particularidades soportadas en historias y relatos de vida, análisis de contenido o textual.

Teoría crítica: Teoría filosófica que se propone entender que el conocimiento no es una simple reproducción conceptual de los datos objetivos de la realidad, sino su auténtica formación y constitución. Dicho de otra manera, las praxis y los intereses teóricos y extrateóricos que se dan en determinado momento histórico, revisten un valor teórico-cognitivo, pues son el punto de vista a partir del cual se organiza el conocimiento científico y los objetos de dicho conocimiento.

Teoría ecosocial: Constructo que integra en forma dinámica y en múltiples niveles, los determinantes biofísicos y los societales de la distribución de las enfermedades y de las inequidades en salud relacionadas con el curso de vida, los aspectos intergeneracionales, raciales y de género considerando el contexto histórico, geográfico y ecológico.

Teoría psicosocial: Construcción que propone que la autopercepción de las personas del lugar que ocupan en la jerarquía en sociedades profundamente desiguales, causa serios daños a la salud. La discriminación sentida por aquellos ubicados en los lugares menos privilegiados de la estructura causa estrés y éste lleva a respuestas fisiológicas de larga duración que hacen a las personas susceptibles a las enfermedades.

Teoría sociopolítica: Teoría soportada en el materialismo-estructuralista, sostiene que el escaso ingreso de algunas personas y grupos sociales las lleva a la falta de recursos para superar los factores que afectan su salud y producen enfermedad

Triangulación de técnicas: Pluralidad de enfoques e instrumentos de investigación empleados en el análisis de un problema específico con el propósito de dar fiabilidad a los resultados de una investigación

Triángulo de la política: Elaboración teórica que identifican tres elementos: El proyecto político, aludiendo al contenido de la acción, los fines estratégicos de una colectividad; la gobernabilidad, refiriendo al poder de manejar el proyecto y al grado de consenso o disenso que lo impulsa o lo obstaculiza, y finalmente la capacidad de gestión, describiendo al acervo de técnicas, destrezas y habilidades necesarias según la naturaleza de la acción y que mediante su integración hacen operativas las propuestas desde la determinación social de la salud.

Introducción

"We know that birth takes a woman from one place in her life to another. The birth of a child certainly does change her viewpoint of herself and I believe her viewpoint of the world" http://archive-org.com/org/b/birthcenters.org/2014-01-13_3523933_21/Definition_of_Birth_Center_American_Association_of_Birth_Centers/ (Agosto 2015)

"¡De tantas cosas podría escribir! Los temas me persiguen: Albania, Afganistán, la bondad, la corrupción, la desfachatez, el empleo, la falsedad....pero "me duele una mujer en todo el cuerpo" como dijo Jorge Luis Borge en su poema El Amenazado, y no me duele porque yo haya optado como pareja sexual por ese sexo, ya que soy hasta ahora heterosexual redomada, sino porque siendo mujer me pertenecen los dolores e injusticias contra mi género, y cuando veo la ligereza con que foros y notables ciudadanos discuten sobre los cuerpos y funciones de nosotras, las féminas, me duele el cuerpo". Bitácora de Gioconda Belli en El Nuevo Diario, Nicaragua 2009 <http://www.giocondabelli.org/me-duele-una-mujer-en-todo-el-cuerpo/> (Agosto 2015)

"El cuerpo femenino inventado a principios del Siglo XXI se ha convertido en un sistema de verdades que habitamos y que nos hace extranjeras a nuestros propios cuerpos.....La neolibertación de la medicina ha convertido al cuerpo en un producto que administramos y a la maternidad en una enfermedad padecida por un cuerpo necesitado de prótesis médicas y cirugías. Emmmlheinz I .Algunas notas y experiencias sobre la colonización neoliberal del cuerpo femenino: espectáculo, denigración y maternidad". En: http://www.revistacartucho.com/previos/No_07/secciones/50%20veces%20su%20peso/imgard/index.html (Agosto 2015)

"...se ha pretendido establecer la visión de una sociedad dividida en dos esferas separadas con escasa interrelación entre ellas y basadas en principios antagónicos. Por una parte, la esfera pública (masculina), que estaría centrada en lo llamado social, político y económico –mercantil y regida por criterios de éxito, poder, derechos de libertad y propiedad universales, etc. y relacionada fundamentalmente con la satisfacción del componente objetivo (el único reconocido) de las necesidades humanas. Por otra parte, la esfera privada o doméstica (femenina) que estaría centrada en el hogar, basada en lazos afectivos y sentimientos, desprovista de cualquier idea de participación social, política o productiva y relacionada directamente con las necesidades subjetivas (siempre olvidadas) de las personas. En esta rígida dualidad sólo el mundo público goza de reconocimiento social. La actividad o participación en la denominada esfera privada, asignada socialmente a las mujeres, queda relegada al limbo de lo invisible, negándole toda posibilidad de valoración social... Pero estas actividades no valoradas-que incorporan una fuerte carga subjetiva- son precisamente las que están directamente comprometidas con el sostenimiento de la vida humana..." Cristina Carrasco. La sostenibilidad de la vida humana: ¿Un asunto de mujeres? En: Rev. Mientras Tanto No.82, 2001 http://www.hegoa.ehu.es/congreso/bilbo/doku/bost/carrasco_sostenibilidadmujeres.pdf (Agosto 2015)

"La Madre Tierra tiene el derecho de existir, persistir y continuar los ciclos vitales, estructuras, funciones y procesos que sostengan a todos los seres. Mann N. La declaración universal de los derechos de la madre tierra". En: http://spiritofmaat.com/spanish/may10/mother_earth_rights.html (Agosto 2015)

La mujer embarazada vive un hecho crucial en su vida, pero el embarazo tiene múltiples significados, es un proceso biológico pero también social, conlleva felicidad pero también tristeza, expresa individualidad pero también comunalidad, libertad pero también esclavitud, representa al hijo pero también a la madre, simboliza salud pero también enfermedad; pero en medio de esta complejidad y esta dinámica la sociedad en general, los organismos nacionales e internacionales, los investigadores, los profesionales de la salud, las mujeres embarazadas y su familia tienden a concentrar su interés en los aspectos biológicos, individuales, en la enfermedad y en la importancia, casi exclusiva, que se le da al feto dejando a un lado el valor de la mujer. De esta forma, la comprensión del embarazo y la salud de las mujeres gestantes se visualizan, se comprenden y se abordan de una manera fragmentada y funcionalista (1).

La salud oral de las mujeres embarazadas representa un componente esencial de su salud y su vida; a pesar de ello, la relación embarazo, salud oral y atención odontológica se tiende a subestimar y es consecuente con la lógica que orienta la sociedad frente a la comprensión del embarazo y su atención. Adicionalmente, las profundas inequidades frente a la salud oral y la atención odontológica de las mujeres embarazadas promueven la necesidad de considerar otro tipo de abordajes investigativos y comprensivos que logren capturar la complejidad del fenómeno y los procesos que lo determinan (2). En este sentido la determinación social de la salud, derivada de las perspectivas críticas y soportada en el realismo dialéctico se convierte en una alternativa para explicar la determinación social de la atención odontológica de las mujeres embarazadas que acuden a la consulta prenatal a instituciones públicas de salud de tres localidades de Bogotá.

El abordaje de la atención odontológica desde la perspectiva de la determinación social se plantea como una alternativa que permite reconocer la complejidad del problema de la salud oral y su atención, la configuración y la dinámica de los procesos que ocurren en los diferentes dominios, dimensiones y órdenes que simultáneamente afectan a las mujeres embarazadas. Es importante reconocer que los resultados de este proceso investigativo no se proponen como una realidad permanente y constante en todos los momentos y en todos los contextos en los que viven las mujeres gestantes; por el contrario se propone comprender la determinación social de la atención odontológica de las mujeres embarazadas considerando la realidad histórica, política, social y geográfica que inciden sobre la vida y la salud de las gestantes.

A partir de la fundamentación expuesta, se presenta a continuación el desarrollo de la investigación, organizada en capítulos de la siguiente manera:

En el primer capítulo se exponen los antecedentes y el planteamiento del problema considerando cinco apartados. El primero titulado El embarazo, la salud oral y la atención de la mujer embarazada provee una visión panorámica de las investigaciones relacionadas con el embarazo, la salud oral y la atención odontológica tanto en Colombia como en el contexto mundial. En el segundo apartado, los paradigmas en los que se desarrolla la investigación relacionadas con estas temáticas, evidenciándose cómo predominan los abordajes desde las perspectivas positivistas, biologistas y asistencialistas. En el tercer apartado se refiere la injerencia de las políticas del nivel internacional y nacional sobre la determinación social de la atención odontológica de las gestantes. En el cuarto apartado de este primer capítulo se presentan los ejes nucleares del problema de investigación. Finalmente en el quinto apartado de este primer capítulo se exponen los interrogantes que orientaron esta investigación.

En el segundo capítulo se presentan los objetivos y el enfoque teórico-metodológicos elaborado para responder a las preguntas de esta investigación. Este enfoque se construyó de la siguiente manera, en primera instancia se identifican las distintas miradas que analizan la relación de lo biológico con lo social de la salud. Posteriormente, con el propósito de conocer los límites y los alcances de la relación biología-sociedad se analizó a partir de la perspectiva hegemónica de los Determinantes Sociales de la Salud y la contra hegemónica de la Determinación Social de la Salud las similitudes y las diferencias. Con este fundamento, se escoge la perspectiva de la Determinación Social de la Salud sustentada en los postulados de Jaime Breilh, por sus fortalezas desde lo epistemológico lo ontológico lo metodológico y lo praxológico. En este segundo capítulo se presentan también los elementos teóricos que soportan la propuesta de la Determinación Social de la Salud, en el marco de la Salud Colectiva y la Medicina Social Latinoamericana y se presentan elementos teóricos claves de la propuesta de la determinación social para el estudio de la atención odontológica de las mujeres embarazadas y que fueron: Los procesos críticos y la matriz del procesos críticos, el perfil de la determinación social, los procesos protectores y destructivos, la matriz de poder considerando tanto género, étnia como clase social. Adicionalmente se identifica el triángulo de la política y se conceptualiza sobre la triangulación de técnicas.

Al final del apartado teórico-metodológico que se expone en este segundo capítulo se presenta el proceso metodológico que se desarrolló en cuatro fases así: la primera, fase de comprensión del objeto e identificación teórica de los procesos críticos; seguida de la fase de desciframiento de los dominios individuales, particulares y generales, en los órdenes económico, político y cultural relacionados con la determinación social de la atención odontológica de las mujeres embarazadas; posteriormente, la fase de integración y dinamización en la que se efectuó triangulación de técnicas de investigación intensivas y extensivas soportados en el realismo dialéctico. Finalmente se realizó, la fase de síntesis y comprensión; permitiendo con ello cumplir con los objetivos propuestos en la investigación.

En el tercer capítulo denominado resultados, se presenta: la matriz de procesos críticos, la dialéctica y la subsunción de la determinación social de la atención odontológica de las mujeres embarazadas como elementos que integran la matriz de procesos críticos; explorando las políticas del nivel nacional e internacional, las características históricas geopolíticas de Bogotá, y finalmente se construyó el perfil de la determinación social.

En el cuarto capítulo correspondiente a la Discusión se presentan debates entre los resultados centrales encontrados en esta investigación y las propuestas que persisten desde otras perspectivas en el nivel particular general, particular y singular de la atención odontológica de las mujeres embarazadas.

En el quinto y último capítulo se detallan las conclusiones del proceso de investigación desarrollado, que se describen a partir de las preguntas y de los objetivos de investigación planteados. Se presenta además las fortalezas, limitaciones y alcances de la investigación desarrollada; se refiere también, las implicaciones prácticas y los aportes de esta investigación a la comprensión; así como un plan de acciones potencialmente útiles para la transformación del proceso relacionado con la atención odontológica de las mujeres embarazadas.

1. Antecedentes y Planteamiento del Problema

El propósito de esta sección es proveer una visión panorámica sobre las investigaciones realizadas relacionadas con el embarazo, la salud oral y la atención odontológica, que permita hacer un balance crítico de sus alcances tanto en el contexto mundial, nacional como en el regional, para ubicar cuidadosamente el campo de investigación de este trabajo y definir el objeto de estudio del mismo.

El embarazo, la salud oral y su atención son aspectos que despiertan el interés de investigadores en el área odontológica; sin embargo, los trabajos se centran en analizar los aspectos biológicos, patológicos que registran las mujeres gestantes, en las representaciones que las mujeres y los profesionales tienen y con menor frecuencia los relacionados con la atención odontológica o el autocuidado; dejando de lado los aspectos del nivel estructural en particular los concernientes a las políticas, la economía y la cultura que inciden sobre la condición oral y la atención odontológica de las mujeres embarazadas (2).

En cuanto a las perspectivas epistemológicas a partir de las cuales se abordan las investigaciones sobre estas temáticas, se puede afirmar que las pesquisas realizadas se sustentan fundamentalmente en el positivismo, pocas se efectúan desde el abordaje fenomenológico y son muy escasas las que se desarrollan desde las perspectivas críticas. Esta manera de construir el conocimiento en el campo de la salud oral promueve una visión fragmentada del cuerpo, tiende a aislar la boca y a limitar el uso de herramientas abarcadoras para comprender su complejidad. Los investigadores en el tema usualmente divulgan el conocimiento a través de la publicación de artículos científicos que tienen poco impacto sobre la praxis, pues con frecuencia los investigadores no reconocen que el conocimiento que se divulga a través de este medio podría ser leído por otros investigadores o mejorar el ranking de los autores en el marco del Sistema Nacional de Ciencia y Tecnología, pero no tener impacto sobre los grupos sociales que se ven afectados por los aspectos analizados (3). Para la identificación tanto de los aspectos ontológicos epistemológicos, como metodológicos se efectuó una revisión sistemática cuyo proceso se detallará más adelante.

Las políticas del nivel nacional e internacional influyen de manera directa e indirecta la atención odontológica de las mujeres embarazadas, por lo que es importante comprender la injerencia y analizar las implicaciones de estas políticas en el proceso salud enfermedad atención de las gestantes, considerando que las políticas que enfatizan sobre la salud sexual y reproductiva están fuertemente influenciadas por la lógica del mercado (4).

A título personal es importante reconocer que el proceso exploratorio desarrollado en relación a la atención odontológica de las mujeres embarazadas inicia como una inquietud intentado responder a los aspectos biológicos y asistenciales que afectan a estas mujeres, pero en el proceso de indagar mi objeto de estudio reconozco la visión reducida y el escaso impacto que tiene esto sobre la práctica, lo que me motiva analizar esta problemática desde la perspectiva de la complejidad de la relación de lo biológico asistencial con lo social de la atención odontológica de las mujeres embarazadas.

1.1 El embarazo, la salud oral y la atención de la mujer embarazada

Para explorar la literatura científica relacionada con el embarazo, la salud oral y la atención odontológica de las mujeres gestantes se efectuó una revisión sistemática en las bases Pubmed, Embase y Web of science, sin límite en el periodo de búsqueda y considerando como palabras clave: *"social determinants of health", "multilevel analysis", "social gradient", "social capital", inequality, ethnic, gender, "social class", ecosocial, psychosocial, "collective health", "social network", "social support", "oral health", "oral disease", "dental service", "caries", "periodontitis", "dental care", "pregnan", "women's health"*. Palabras que se aplicaron en las siguientes ecuaciones de búsqueda:

- **Scopus** (Elsevier, B.V. 2014)

(TITLE-ABS-KEY (("social determinants of health" OR "multilevel analysis" OR "social gradient*" OR "social capital" OR inequalit* OR ethnic* OR gender OR "social class" OR ecosocial OR psychosocial OR "collective health" OR "social network" OR "social support")) AND TITLE-ABS-KEY (("oral health" OR "oral disease*" OR "dental service*" OR caries OR periodontitis OR "dental care")) AND TITLE-ABS-KEY ((pregnan* OR "women's health"))) AND DOCTYPE (ar) AND PUBYEAR > 1999

- **Web of Science** (Thomson Reuters)

Tema:(("social determinants of health" OR "multilevel analysis" OR "social gradient*" OR "social capital" OR inequalit* OR ethnic* OR gender OR "social class" OR ecosocial OR psychosocial OR "collective health" OR "social network" OR "social support")) AND Tema: (("oral health" OR "oral disease*" OR "dental service*" OR caries OR periodontitis OR "dental care")) AND Tema:((pregnan* OR "women's health"))

- **Pubmed** (U.S National Library of Medicine. National Institute of Health)

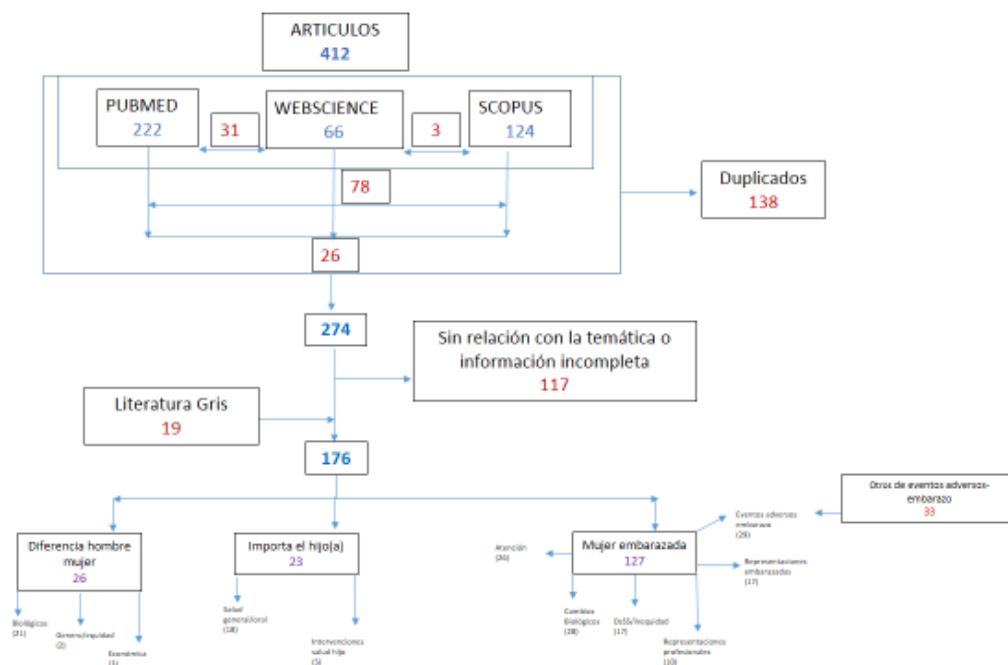
("social determinants of health" OR "multilevel analysis" OR "social gradient" OR "social capital" OR inequalit* OR ethnic* OR sex OR "social class" OR psychosocial OR "collective health" OR "social network" OR "social support") AND ("oral health" OR "oral disease*" OR "dental service*" OR caries OR periodontitis OR "dental care") AND (pregnant OR "women's health")*

Se identificaron 412 artículos, 138 estaban duplicados, 117 no tenían relación con la temática o información incompleta y se incluyeron 19 trabajos de la literatura gris; de esta forma se analizaron 176 investigaciones. El flujograma de la revisión sistemática se presenta la figura 1-1 y la relación de los trabajos incluidos en el anexo A. Es importante anotar que todas las investigaciones se incluyeron, analizaron y clasificaron de acuerdo a unos ejes temáticos y unos tópicos que orientaron la comprensión de la relación del embarazo, la salud oral y la atención odontológica.

En síntesis se puede observar que emergen de las bases de búsqueda artículos orientados a tres ejes temáticos centrales. El primero enfatiza en la mujer y cómo su condición biológica particular, relacionada con la pubertad, el embarazo, la lactancia, la menopausia y los cambios hormonales relacionados con estos eventos, marcan la diferencia en la condición oral y las necesidades de tratamiento odontológico entre las mujeres y los hombres a lo largo del ciclo vital. Como exponentes de este eje están Lukacs et al (5,6), Lee et al 2007(7), Zitzmann et al (8)., Fukai et al (9), Al-Ansari et al (10), Slavkin (11), Willis et al (12) Sinkford

et al (13), Russell et al (14, 15), , Krejci et al (16), Shan (17), Meisel et al (18), Redford (19), Konttinen et al (20), Martinez-Mier et al (21),Zakrzewska (22),Covington (23), Niessen et al (24); aunque otros reconocen además que las diferencias en la condición oral y su tratamiento entre los hombres y las mujeres se ven influenciadas por las tendencias económicas que se registran a lo largo de la historia y de la inserción en el mercado laboral, que afectan de manera diferencial a hombres y mujeres (25,26,27) o a los roles de género establecidos tradicionalmente (28) y su relación con las inequidades en salud (29). Las investigaciones relacionadas con este eje temático promueven una atención diferencial entre los hombres y las mujeres, sin embargo, concentran su atención en los rasgos biológicos o analizan aspectos del orden estructural sin establecer una conexión de estos con las condiciones biológicas generales y orales que enfrentan las mujeres embarazadas, y algunas no se libran de la lógica de comparar a las mujeres desde una perspectiva patriarcal, en el que el hombre se convierte en el parámetro de contrastación.

Figura 1 - 1. Flujograma de la revisión sistemática embarazadas, salud oral y determinación social



Fuente: Elaboración propia

En el segundo eje temático, la relación embarazo, salud oral y su atención en las gestantes se analiza considerando el impacto de estos aspectos sobre la salud oral y general del hijo o de la hija, por lo que el interés real se centra en el fruto de la gestación y no en la condición de salud, bienestar y calidad de vida de la mujer embarazada. En este grupo se destacan Riedy et al I (30), Rezende et al (31), Broughton et al (32), Saraiva et al (33), Shulman (34), Li et al (35), Do et al (36), Campus et al (37), Petti et al (38), Chaves et al (39), Chamberlain et al (40), Lida et al (41), Mobley et al (42), Rothnie et al (43), Forsman (44), Horowitz (45), Watson et al (46), Dos Santos et al (47); observándose además trabajos en el que, el periodo del embarazo se constituye en el mejor momento para efectuar intervenciones orientadas a promover la salud de los niños y las niñas (48,49,50,51,52). A pesar de reconocer las implicaciones que estas investigaciones tienen sobre la salud oral en la

infancia, la mujer embarazada pierde su valor en este proceso y subestiman el impacto que la salud oral y su atención tienen sobre la vida, la salud y la calidad de vida de estas mujeres durante el periodo de gestación.

En el tercer eje temático, la relación embarazo, salud oral y su atención, el foco de interés es la mujer embarazada y son varios los tópicos específicos que se abordan; el primero refiere los cambios biológicos que a nivel oral registran las mujeres gestantes: a nivel salival (53), inmunológico (54,55,56), Microbiológico (57,58,59,60,61), hormonal (62), sobre la condición periodontal (63,64,65,66), y a nivel oral (67,68,69,70,71,72,73,74,75,76,77,78,79). En estos trabajos se observa la relevancia que se le da a los aspectos biológicos y la tendencia a aislar la boca del resto del cuerpo y más aún de la realidad social que las mujeres embarazadas enfrentan.

Las representaciones que sobre la salud oral tienen las mujeres embarazadas, es otro tópico de este tercer eje temático, y en el que se destacan los trabajos realizados por Boggess et al (80), Jamieson et al (81), Abiola et al (82), Claas et al (83), Gabero et al (84), Córdova et al (85), Álvarez et al (86), Rengifo (87) Claro et al (88), Escobar et al (89), Yalcin et al (90), Marc et al (91), Urrea et al (92), Sourabha et al (93) en los que se refiere la influencia de las creencias y los conocimientos sobre las medidas de autocuidado, la asistencia de las mujeres embarazadas a la consulta odontológica y en el que se les atribuye la responsabilidad de la salud bucal y la atención a las gestantes, soportados en las representaciones que estas mujeres han construido a lo largo de su vida y que tienen injerencia sobre las prácticas de autocuidado en salud oral asumidas por ellas durante el proceso de gestación (94,95,96); percibiéndose en estas investigaciones la tendencia a culpabilizar a las mujeres por la situación oral que enfrentan.

Las representaciones de los profesionales de la salud es otro aspecto analizado en este tercer eje temático, en el que se destacan las investigaciones de Alves et al (97), Zanata et al (98), Salama et al (99), Pina et al (100), Chi et al (101), Rodríguez et al (102), Mills et al (103), Da Costa et al (104), Patil et al (105), Doyal et al (106). En los que se evidencia que las representaciones de los odontólogos y los profesionales sobre la salud general, la salud oral y la atención odontológicas de las mujeres embarazadas deben ser fortalecidas, todo con el propósito de promover la salud general y oral de las mujeres gestantes, pero sin reconocer el alcance limitado de la comprensión del embarazo, la salud oral y la atención odontológica desde esta mirada; concentrando gran parte de los esfuerzos investigativos en aspectos del orden individual, en lo que Breilh denominaría “la punta del iceberg” dejando de lado aspectos de la dimensión colectiva y la estructural, fragmentando la realidad (107).

En este tercer eje temático también se destacan los trabajos que se proponen evaluar aspectos relacionados con la atención de las mujeres gestantes en término de intervenciones específicas en salud oral orientadas a resolver las patologías orales que enfrentan las mujeres embarazadas durante el proceso de gestación, como los de Thompson et al (108), Boggess et al (109), Radnai et al (110), Weidich et al (111), Lindenmueller et al (112), Moss et al (113), Geisinger et al (114), Kaushal et al (115), Machuca et al (116) ; o los que evalúan el acceso a la atención como los de Boggess et al (80), Dinas et al (117), Albert et al (118), Ramos-Gómez et al (119), Russell et al (14), Adeniyi et al (120), Claas et al (83), Azofeifa et al (121), Ayala (122), Saddki et al (123), Russell et al (124), Gaffield et al (125), Sánchez et al (126), Rogers (127) que muestran el bajo acceso y las barreras que enfrentan las mujeres gestantes a la consulta odontológica; o los que analizan cómo las formas de vinculación al sistema de atención en salud tienen injerencia sobre la salud oral y la atención odontológica de las mujeres embarazadas como los de Kaylor et al (128), Xaverius et al (129), Albert et al (118), Kulikova et al (130), Marchi

et al (131) aspectos que, en su mayoría, se proponen abordar el nivel colectivo de la relación embarazo, salud oral y atención odontológica, intentado superar el nivel individual; pero que no trascienden la mirada reduccionista y fraccionada, al desconocer los aspectos del orden estructural que los influyen.

La inequidad y los determinantes sociales de la salud son otros tópicos que los investigadores en este eje temático abordan, dentro de los que cabría señalar los trabajos de Lamarca et al (132,133) soportados en la teoría de capital social y redes sociales, Xaverius et al, Chung et al, Corchuelo et al, Wu et al apoyados en la teoría de gradiente social, condición socioeconómica (129,134,135,136,137,138), en factores sociodemográficos como el de Wandera et al (139), el perfil psicosocial como el Neggers et al (140), Thwaites et al (141), o soportados en las diferencias raciales y étnicas como el trabajo de Ben et al, de Hwang et al, o el de Jamieson (142,143,144,145), en la inequidad en el acceso a la atención odontológica de las mujeres embarazadas sustentados en la determinación social de la salud fundamentados en los postulados de Breilh (2,146), o en género soportados en la comprensión de la determinación social desde la epidemiología de los modos de vida (28). Muchas de estas investigaciones se centran en la visión de los determinantes sociales como factores externos que no integran la realidad social vivida por las mujeres embarazadas con las condiciones biológicas que a nivel sistémico y oral enfrentan.

Finalmente es necesario señalar que en este último eje temático, la investigación se orienta fundamentalmente a analizar la relación de las patologías orales con eventos adversos en el embarazo (Anexo A), A partir de la revisión sistemática emergieron 29 artículos, sin embargo una exploración no sistemática de la literatura sobre este tópico, permitió identificar 33 trabajos adicionales (para un total de 62 investigaciones relacionadas). La gran cantidad de investigaciones desarrolladas alrededor de este tópico señalan la importancia que la profesión odontológica le concede a esta temática, indican la preponderancia que se le otorga a los aspectos biológicos y la visión reduccionista y fragmentada que entorno al embarazo, la salud oral y la atención odontológica existe en el marco de la profesión.

Adicionalmente, una exploración de los trabajos de grado en los repositorios institucionales en Latinoamérica considerando como criterios de búsqueda la salud oral y la atención odontológica durante el embarazo muestran cómo estas temáticas despiertan el interés tanto de jóvenes investigadores como de aquellos en formación avanzada. En estas investigaciones se observa, al igual que en las publicaciones que emergen de las revistas especializadas, el interés por explorar aspectos relacionados con las representaciones que los diferentes actores tienen sobre la salud oral durante el embarazo, seguidas por el análisis de los aspectos biológicos tanto en el campo de las ciencias básicas, sobre los cambios que ocurren en cavidad oral durante la gestación, como de la relación que tienen las patologías orales con eventos adversos durante el embarazo. Los tópicos relacionados con la atención, la dinámica del sistema de atención también se abordaron aunque con menor frecuencia y sólo una analiza aspectos relacionados con género como criterios del orden estructural relacionados con la salud oral y la atención odontológica de las mujeres embarazadas. (El anexo B resume los trabajos de grado y tesis relacionados con las temáticas de interés, mostrando su abordaje, primordialmente, desde paradigmas positivistas, pocos desde la fenomenología y ninguno desde las perspectivas críticas).

En síntesis se puede afirmar que las investigaciones relacionadas con el embarazo, la salud oral y la atención odontológica de las mujeres embarazadas de este tercer eje temático, sobre el cual enfatiza el presente trabajo (que focaliza su interés en las mujeres

embarazadas), se concentran en los aspectos biológicos, en menor proporción sobre las representaciones que sobre la salud oral tienen los diferentes actores y las prácticas de cuidado o autocuidado que asumen tanto los profesionales como las gestantes; son pocas las investigaciones que abordan la atención odontológica de las embarazadas soportadas en las intervenciones clínicas, la injerencia de la dinámica del sistema de atención en salud, muy pocas las que analizan la inequidad, la relación de lo biológico con lo social en salud y realmente escasas las que analizan esta relación de la salud oral, la atención odontológica y la inequidad que enfrentan las mujeres embarazadas vistas desde una mirada integral e integradora soportados en la determinación social de la salud.

Con estos fundamentos se observa que las investigaciones refieren cómo, durante el embarazo ocurren múltiples cambios que acontecen a nivel biológico, psicológico y sociocultural que repercuten sobre la condición oral de las mujeres gestantes. La caries dental oscila entre el 81% y el 94% y las alteraciones periodontales entre el 50% y el 98,3% de las mujeres gestantes, ambas condiciones se explican bajo una lógica biologicista que se limita a observar los cambios hormonales para referir que durante el embarazo se generan ambientes propicios para que estas patologías se presenten o se agudicen; esta visión deja de lado los aspectos del orden económico, político y cultural, y subestiman el impacto de los aspectos del dominio colectivo relacionados con el embarazo, la salud oral y su atención (147).

En el marco de esta reducida mirada, la literatura científica también refiere como las infecciones bucodentales en las mujeres embarazadas se asocian frecuentemente, con parto pretérmino, preclampsia, diabetes gestacional y en el recién nacido, con bajo peso al nacer por la restricción del crecimiento intrauterino, condiciones que comprometen la vida y las condiciones de salud presente y futura tanto de la mujer como de su hijo. (148,149). Varios estudios confirman la persistencia de estas patologías orales como eventos de alta prevalencia en las mujeres embarazadas (66, 77,150, 151). Con el agravante, que la salud oral en las mujeres gestantes no cambia a través del tiempo, pues las investigaciones se limitan a reportar el estado de la enfermedad sin ampliar el campo de análisis o implementar estrategias que promuevan una transformación que incentive la salud oral y la atención odontológica de las mujeres embarazadas.

En estudios a nivel mundial se evidencia un comportamiento diferencial en la asistencia a la consulta odontológica por parte de las mujeres gestantes. En Estados Unidos el rango oscila entre 19 y 70%; en Australia y Oceanía entre el 32 y 50%; en Latinoamérica entre 23 y el 83%, mientras que las investigaciones en Europa, Asia y África muestran que está entre el 20 y 80% (135). Saddki et al revelan cómo en Malasia a pesar que, el 60% de las mujeres embarazadas admiten tener problemas orales sólo el 29% asisten a la consulta odontológica, por lo que requiere de monitoreo constante (123).

En Colombia, de acuerdo al Tercer Estudio Nacional de Salud Bucal (ENSAB III) de 1998, del total de personas que reportaron tener problemas orales en el último mes, sólo el 45% recibieron atención; la asistencia a la consulta fue más baja en aquellas personas con primaria incompleta, las de zona rural y las afiliadas a régimen subsidiado (152); sin embargo, a nivel nacional, se encuentra poca información que caracterice las condiciones de inequidad que, frente a la atención odontológica, pueden estar afrontando las mujeres gestantes. En Bogotá al referir la cobertura de atención en salud oral de la embarazada por régimen de afiliación se encontró que en 2010 la cobertura de atención fue del 72% para las mujeres del régimen contributivo, mientras que en el subsidiado fue sólo del 33% (146). En Cali, el 83% de las gestantes asistieron a consulta odontológica; sin embargo, quienes acudieron en mayor proporción fueron las mujeres adscritas al régimen contributivo (88,7%)

y aquellas con secundaria completa o superior (88%) (135,136). En 2010 en Santander el 32% de las mujeres embarazadas asistieron a la consulta odontológica; sin embargo la frecuencia de asistencia fue menor en las mujeres que residían en los municipios de bajo desarrollo económico (16,8-24,5%), en las que vivían en la zona rural (21,2%), en las vinculadas al sistema de salud (17,1%) o usuarias del régimen subsidiado (19,9%) y en las mujeres mayores de 40 años (18,5%) (2). Estos resultados ilustran la inequidad que frente a la atención odontológica enfrentan las mujeres embarazadas por las barreras de acceso del orden político que impone la Ley 100 de 1993 en el país, del orden económico que promueven la dinámica de mercado en el campo de la salud y del desarrollo social y del orden sociocultural que definen las representaciones y oportunidades de acceso a la educación, entre otros aspectos (2).

Con esto se evidencia en la literatura pocas investigaciones que se propongan transformar esta situación pues las pesquisas y las intervenciones están orientadas a estudiar y actuar en el nivel individual, usualmente dirigidas a identificar los cambios biológicos, las patologías orales, su atención, a modificar los conocimientos, los hábitos de higiene oral y de asistencia a la consulta de las mujeres embarazadas; sin reconocer, de forma integral e integradora, los aspectos del nivel estructural, particular y singular y del orden político, económico y cultural que tienen injerencia en la atención odontológica de las mujeres gestantes (114,153).

1.2 Los paradigmas en los que se desarrolla la investigación sobre embarazo, salud oral y la atención odontológica

Jaime Breilh refiere que la forma como un investigador comprende el objeto de estudio (ontológico) tiene una estrecha relación con los paradigmas a partir de los cuales “ve la realidad” (epistemológico) y desarrolla su investigación (metodológico) (154); esto aplica para la investigación de la relación embarazo, salud oral y atención odontológica; pues hay coherencia de las temáticas con los paradigmas a partir de los cuales se realiza la investigación. En este sentido, cabe señalar, que los trabajos que enfatizan su interés en los aspectos biológicos relacionados con los cambios generales y orales en la mujer embarazada, la asociación con eventos adversos en el embarazo, las intervenciones orientadas a su atención y la vinculación al sistema de atención en salud se abordan desde el paradigma positivista soportados en la epidemiología clásica, implementando técnicas cuantitativas, fundamentando los procesos desarrollados en la estadística como principal herramienta que permite abordar los aspectos analizados.

Cuando el interés son las representaciones que sobre el embarazo, la salud oral y la atención odontológica tienen los diferentes actores involucrados, las investigaciones se abordan desde el paradigma positivista sustentadas en la epidemiología clásica, pero también se evidencian las que realizan el proceso investigativo desde paradigmas fenomenológicos, pero en esta última postura se evidencia una mirada fragmentada, estática o centrada en una visión de lo micro que atomiza la realidad (107).

Las investigaciones orientadas a explorar la relación de lo biológico con lo social en salud oral y la inequidad de la atención odontológica de las mujeres embarazadas, aunque son pocas, se abordan, usualmente, desde el paradigma positivista, soportadas en la epidemiología clásica o desde lo que Breilh denomina “epidemiología causal de transición”, en la que ubica los planteamientos de la Comisión de los Determinantes Sociales de la

Salud, entre otros desarrollos teóricos (154); cabe señalar además que en el marco de la comprensión de esta relación biología-sociedad también hay investigaciones que se fundamentan en perspectivas críticas pero estas investigaciones son realmente escasas.

Cuando en la investigación se involucran aspectos socioeconómicos en las gestantes, estos se incorporan desde la perspectiva epidemiológica clásica como variables, como ejemplo estrato socioeconómico, régimen de afiliación a la seguridad social, nivel educativo, condiciones de la vivienda o acceso a la atención; sin embargo, se siguen manejando como variables que están en el mismo plano que puede tener las variables de tipo biológicas desconociendo otras perspectivas (134, 135, 136,137,138). Cuando la investigación sobre la problemática se asume desde la óptica de los determinantes sociales, el abordaje asume los aspectos sociales como factores, mediante el uso de modelos logísticos multivariados o metodologías de análisis multinivel que se centran más en el poder del arsenal estadístico que en reconocer los aspectos estructurales que determinan la salud oral y la atención odontológica de las mujeres embarazadas (107,109,110); las evidencias ilustran como la tasa de ingreso y pobreza, el capital social y su relación con la organización de las comunidades inciden sobre la condición oral de las personas; este abordaje se hace desde la lógica de los determinantes sociales planteado por la Comisión de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la cual plantea la existencia de tres componentes principales en el modelo que proponen: el contexto socio-político, los determinantes estructurales y la posición económica, y los factores intermedios, diferenciando los determinantes más próximos (individuales, biológicos) y los distales (del nivel social) que pueden estar incidiendo en la salud oral y en la atención odontológica de las embarazadas (132,133,135,136), pero que también tienen limitaciones tales como la incapacidad de superar la visión causalista, que desconoce la historicidad, la dinámica de cualquier fenómeno en un contexto social particular y que centran las transformaciones en la gobernanza. De acuerdo a lo referido por Breilh retomando a Samaja, la dialéctica social ligada al conocimiento de la relación entre los niveles individual y colectivos de la realidad y la salud, contrastan con la capacidad generadora de las personas en contraposición a la capacidad de reproducción social de las condiciones sociales, mostrando como este movimiento de producción y reproducción se convierte en un elemento esencial a considerar cuando se analizan y se intenta comprender la determinación social de la salud (DSS) (155). Adicionalmente, se encontraron pocas investigaciones, desde la perspectiva de los determinantes sociales, relacionadas con la salud oral y la atención odontológica de las mujeres embarazadas (133,136), se observaron menos investigaciones que aborden esta relación desde las perspectivas críticas (28, 146), y no se observó ninguna que explore estos aspectos sustentada en el realismo dialéctico de acuerdo a los planteamientos de Breilh.

Entorno a la investigación relacionada con la atención odontológica de las mujeres embarazadas, es necesario señalar que la Universidad El Bosque en alianza con la Secretaría Distrital de Salud (SDS) y en particular con los Hospitales Simón Bolívar, Engativá, Suba y Usaquén con el Apoyo Financiero de Colciencias desarrollaron el proyecto “El derecho a la atención en salud de las mujeres durante el embarazo: una aproximación desde la accesibilidad a los servicios de salud oral de gestantes atendidas por la Red Norte de la Secretaría Distrital de Salud”. En el marco de este proyecto se formuló y evaluó una guía de Práctica Clínica dirigida a orientar la atención en salud oral de las mujeres embarazadas, con el propósito de mejorar la calidad de los servicios odontológicos. La guía de manejo clínico para el tratamiento odontológico en la mujer gestante se fundamentó en los principios de Odontología Basada en la Evidencia sustentado en la Epidemiología Clínica. En el marco logístico de ese proyecto, la presente investigación “Determinación social de la atención odontológica de las mujeres embarazadas de tres localidades de

Bogotá” hizo un aporte referido a reconocer las representaciones que frente a la atención odontológica tienen las mujeres embarazadas, aunque las perspectivas epistemológicas desde los que se desarrollaron los dos procesos investigativos fueron totalmente diferentes (156). En el marco del proyecto de la Universidad El Bosque y la Red Norte de la SDS se realizó también la investigación “Respeto a la autonomía de mujeres gestantes en salud, diálogo bioética-género”, esta fue una investigación enmarcada en el paradigma comprensivo interpretativo, tomado en cuenta la metodología feminista de Labraque; por lo que, desde la perspectiva ontológica y epistemológica el proceso investigativo también fue diferente a la del presente trabajo (92).

1.3 las políticas de salud y su injerencia en la atención odontológica de las mujeres embarazadas

En cuanto a las políticas en salud oral es necesario puntualizar que no se encontró dentro de la literatura revisada investigaciones que analicen o evalúen el impacto de las políticas del nivel nacional e internacional sobre la salud oral y la atención odontológica de las mujeres embarazadas. Para esta investigación se eligieron las políticas relacionadas con estas temáticas de manera intencional y se efectuó análisis de contenido (157,158). Dentro de los actores del nivel supranacional se destacan la OMS/OPS con su plan de acción para la promoción y la prevención integrada de la salud bucodental de 2007 (159), la Federación Dental Internacional (FDI) con sus metas globales para la salud oral 2020 (160), así como la carta de Brasilia sobre salud oral en las Américas de 2011 (161).

La OMS/OPS plantea la necesidad de promover la salud oral y prevenir las patologías bucodentales sustentados en las políticas para la prevención y tratamiento integrado de enfermedades crónicas soportados en la evidencia, ampliación de la cobertura, incremento de los niveles de flúor, la prevención del cáncer oral y de las enfermedades orales relacionadas con VIH/SIDA, la promoción de la salud bucodental en el ámbito escolar, en el fortalecimiento de los programas de atención integrada de enfermedades prevalentes de la infancia, atención materna y reducción de la pobreza y la desnutrición, en la formación de personal auxiliar y profesional, la incorporación de sistemas de información, el fortalecimiento de la investigación y la ampliación de los presupuestos nacionales destinados a la salud bucodental y afianzamiento de las alianzas, estas estrategias que proponen se sustentan en la epidemiología clásica pero con la emergencia de la propuesta de la Comisión, los Determinantes Sociales de la Salud se están convirtiendo en la perspectiva que soporta alguna de estas líneas de acción (159). La FDI por su parte, resalta la primacía de satisfacer la creciente necesidad y demanda de la atención odontológica, de ampliar el papel de los odontólogos, de forjar un modelo educativo atento a las necesidades de la población, de atenuar los impactos de la dinámica socioeconómica y de fomentar la tecnología y la investigación básica y transnacional pero sus propuestas se sustentan también en la epidemiología clásica (162).

En la Carta de Brasilia se plantea la importancia de trabajar la construcción de una política de salud oral en los diferentes países de Latinoamérica, de integrar acciones promocionales, preventivas y asistenciales con énfasis en la Atención Primaria de la Salud (APS); fortalecer la organización estratégica con miras a garantizar el derecho a la salud con equidad e inclusión social; construir la capacidad de gestión que permita a los países de América Latina el desarrollo de las Políticas de Salud Oral y estrategias para hacerlas viables, la cooperación horizontal entre los países, fomentar el liderazgo colectivo y abogar por la salud oral y su inclusión en la agenda política de los Ministerios de Salud;

fortaleciendo la regulación de la formación del recurso humano, la sostenibilidad de las políticas, la participación y la apropiación social de la política (161).

Estas políticas relacionadas con la salud oral del nivel internacional plantean la necesidad de afianzar el cuidado soportados en las acciones de atención primaria en salud, el fortalecimiento de la formación profesional y la necesidad de superar las desigualdades e inequidades relacionadas con la salud oral, pero con un impacto marginal dependiente de las intenciones de los Estados de promover la salud oral, la prevención de las enfermedades y el acceso a la atención y del poco liderazgo de los odontólogos en el desarrollo de la profesión tanto en el área de formación, atención como en el de la investigación.

En el nivel nacional las políticas de atención en salud aportan varios elementos, la Constitución política de 1991 por la que Colombia se declara como un Estado Social de Derecho pero que a la vez se sustenta en el libre mercado, generó ambigüedades en las leyes que se derivaron de esta; un ejemplo de ello es la Ley 100 de 1993 en la que se proponía transformar el Sistema Nacional de Salud pero que terminó supeditando el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) a las leyes del mercado y que a pesar de las reformas no mejoró el acceso a la atención en salud de las y los colombianos y que además limitó la función del Estado a la regulación, vigilancia y control del sistema de atención en salud, tareas para las que no estaba preparado (163). Intentando responder a los problemas que surgieron con la Ley 100, el Ministerio de la Protección Social decretó las modificaciones del SGSSS mediante la Ley 1122 de 2007, la Ley 1438 de 2011 y el acuerdo 029 de 2011 pero, a pesar de las expectativas generadas sólo se hicieron “ajustes funcionales”, “fortalecimiento” o se “establecieron metodologías y procesos técnicos” del SGSSS mientras que la problemática del modelo centrado en el mercado y la crisis financiera derivada, la flexibilización en la contratación, el recorte presupuestal al régimen subsidiado que hizo el Estado permaneció y ordenó la lógica de la atención en salud en Colombia y en las diferentes entidades territoriales, incluyendo al Distrito Capital (164,165).

Por otra parte, mediante la Ley 1122 (Capítulo VI) el Decreto 3039 de 2007 y la resolución 0425 de 2008 se propuso un cambio en la orientación estratégica del Sistema de Salud Colombiano, en el que se pretendió promover la evaluación y el logro de resultados con enfoque en salud pública y se definió la metodología del Plan de Salud Territorial a cargo de las entidades locales y que determina el plan de gestión de la Secretaría Distrital de Salud en Bogotá. Enfatizando aquí como el Estado soportado en las leyes de descentralización delega la responsabilidad de la salud a las entidades locales. A pesar de sus intenciones, el Distrito Capital no logra hacer contrapeso a una política nacional de salud como es la Ley 100 y sus posteriores reformas.

Cuando se habla de Bogotá, como en otras regiones de Colombia, es necesario profundizar en las relaciones de género, de poder, de dominación, de lo femenino, de su “rol social” que determinan las condiciones de vida y de salud de las mujeres, que se agudizan cuando se relacionan con la etnia y la clase social. La apropiación de las mujeres de este espacio urbano implica reconocer además la división sexual del trabajo, la relación entre el trabajo doméstico y remunerado, la violencia que la mujer enfrenta, los determinantes sociales que la ciudad impone y sus conexiones con la desigualdad, y la inequidad. No es consecuencia del azar que las mujeres en Bogotá enfrenten mayores niveles de desempleo, reciban menores ingresos laborales frente a condiciones de trabajo similares a la de los hombres, su participación en las instancias políticas decisorias sea significativamente menor, y se les haya responsabilizado de manera desproporcionada de las labores domésticas y de cuidado familiar, entre otros aspectos; condiciones que se ven agravadas cuando se

analizan las necesidades de salud no satisfechas que enfrentan las mujeres. Con estos fundamentos y con miras a lograr la equidad y la justicia social Bogotá D.C formuló políticas orientadas a superar las condiciones de inequidad que enfrentan las mujeres, en especial las gestantes (166). Considerando esto, es oportuno referir la Política de provisión de servicios de salud para Bogotá DC, la política pública de mujeres y equidad de género en el Distrito Capital y la Política de Salud Oral de Bogotá DC con participación social para el decenio 2011-2021 (167,168,169).

Las política referidas se soportan en el derecho a la salud que tienen las y los ciudadanos de Bogotá¹, y reconocen cómo la provisión de servicios, el género y las inequidades sociales y económicas son determinantes del acceso a la atención odontológica, en especial de las mujeres gestantes (167,168,169). La Política de Salud Oral de Bogotá DC con participación social para el decenio 2011-2021, en particular, refiere la importancia de implementar acciones orientadas a promover la salud oral y la atención odontológica de las mujeres embarazadas. En este sentido la política muestra inicialmente como la condición oral de estas mujeres está comprometida pues revela que las gestantes presentaron un alto porcentaje de placa bacteriana al momento del examen clínico, siendo deficiente en un 90,5% en las mujeres adultas y 87,5% en las jóvenes. Enfatiza sobre la importancia de orientar acciones sobre ciertos grupos que por su condición de género, raza, edad o situación socioeconómica o política presentan inequidades en salud oral, dentro de las que destaca a las mujeres embarazadas. Resalta como la Secretaria Distrital de Salud (SDS) se propuso formular la guía de atención en salud oral para gestantes, que se concibió desde la perspectiva de la salud, en las que se proponía integrar asuntos biológicos, sociales, las acciones desde diferentes disciplinas y en la que se plantearía articular las acciones de atención con las de promoción de la salud en el ámbito de lo colectivo; además en el marco de la política se propone incentivar a los hospitales a que presten especial atención a los programas de educación dirigidos a las mujeres gestantes y a los menores de cinco años. Ilustrando con esto cómo la política destaca la importancia de la atención odontológica de las embarazadas; sin embargo, se evidencia la necesidad de evaluar su impacto en relación a los aspectos señalados en próximas investigaciones (169).

Aunque todas estas políticas formuladas a nivel del Distrito Capital podrían tener injerencia de forma directa o indirecta sobre la salud oral y la atención odontológica de las mujeres embarazadas, no lo hacen porque están inmersas en la lógica del mercado que rigen el sistema de atención en Colombia, que aunado a la desarticulación de las acciones individuales y colectivas, así como a la fragmentación del sistema de atención influyen la dinámica de estas políticas. Adicionalmente, las decisiones públicas del sector salud están a merced de la interacción conflictiva entre diversos actores sociopolíticos, con una correlación de fuerzas cambiante, con diferentes intereses y estrategias que le imponen a las gestantes, que requieren de atención odontológica, situaciones desventajosas en el marco del SGSSS (170). Con esto en mente la noción de justicia y equidad en el marco del sistema general de seguridad social en salud en Colombia y que determina las políticas de atención en Bogotá se observa el predominio de una perspectiva liberal; con base en esta concepción, la salud pertenece al ámbito de la vida privada y la elección y distribución de los cuidados médicos y odontológicos debe hacerse a través del intercambio en el mercado, sobre la base de la libre elección, reduciendo la intervención distrital a programas básicos para la atención de los más pobres y la prestación de los mismos bajo unas condiciones

¹ Políticas que asumen el derecho a la salud con base a lo establecido en la Constitución Política de Colombia de 1991. El Artículo 49 de la Constitución define que «la atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud»

que comprometen el acceso a la atención, del que no se libran las mujeres embarazadas cuando se habla de asistencia odontológica (171)

A manera de síntesis se podría afirmar que alrededor de la problemática de la atención odontológica de las mujeres embarazadas, se evidencia una percepción orientada a verla como un mero acto clínico puntual consistente en una serie de citas, que en la mayoría de los casos se usan para curar las enfermedades orales que aquejan más frecuentemente a las gestantes, esta atención se percibe como un asunto del orden estrictamente individual. El que la atención odontológica de las mujeres embarazadas no se reconozca como un proceso colectivo, dinámico y humanizado inmerso en el proceso salud enfermedad y orientado a promover la salud y la vida como un derecho fundamental se debe a la lógica que provee el mercado para la salud soportado por la Ley 100. Otras lógicas reconocen la salud como un fenómeno complejo por lo que es necesario esclarecer en la atención odontológica de las mujeres embarazadas, qué aspectos del dominio individual y del colectivo están determinando que las gestantes alcancen o no una atención odontológica integral que les permita promover y preservar su salud general y la de sus hijas/os (107).

1.4 Los núcleos del problema de investigación

La salud oral y la atención odontológica de las mujeres embarazadas son aspectos cruciales que condicionan la vida, la salud y la calidad de vida tanto de la mujer, del feto como de su hijo(a); a pesar de ello, la prevalencia de patologías orales en estas mujeres son altas. En Colombia por ejemplo, el último Estudio de Salud Bucal, ENSAB IV, señala que la experiencia de caries en las mujeres gestantes es de 89,97%, pero aumenta a medida que avanza la edad, afectando al 90,92% en las embarazadas entre 20 y 34 años, alcanzando la máxima experiencia (100%) en las gestantes mayores de 45 años. En cuanto la condición periodontal, el ENSAB IV reporta que el 91,72% de las mujeres embarazadas presentan una pérdida de la inserción periodontal; es importante referir que este estudio de base poblacional tiene un buen marco metodológico que lo sustenta (172). Las investigaciones indican además que la cobertura de atención odontológica de las mujeres embarazadas es baja, alcanzado niveles inferiores al 20% (135); se evidencia también, asociaciones estadísticamente significativas de la enfermedad periodontal con eventos adversos en el embarazo (148,149). Aunque gran parte de las investigaciones, los recursos, y el tiempo se han invertido en explorar sobre estos aspectos los resultados no son consistentes con los esfuerzos realizados por los investigadores y menos aún con las necesidades en salud oral que tienen las mujeres embarazadas.

La salud y la atención oral de las mujeres embarazadas son aspectos que priorizan de manera diferente la mujer que vive este proceso, su familia, los profesionales que las atienden, las instituciones que las acogen, la sociedad en general y particularmente el Estado y que se ven afectadas por relaciones de poder profundamente desiguales, lo que compromete el acceso y la calidad de la atención odontológica que se le provee a las gestantes. A pesar que la salud oral y su atención en la mujer embarazada está inmersa en los programas de cuidado prenatal que, de forma reglamentada en la resolución 412, se proporcionan a las mujeres gestantes, se observan grandes inequidades frente a la condición oral y su atención en las mujeres en etapa de gestación (173). En los grupos de mujeres embarazadas de las clases sociales más bajas, de las regiones más pobres, del régimen subsidiado o vinculadas, grupos de mujeres carentes de poder y oportunidades se observan mayores prevalencias de patologías orales, una cobertura más baja en la atención odontológica y alta frecuencia de complicaciones perinatales asociadas a una condición oral comprometida como parto pretérmino, bajo peso al nacer, diabetes gestacional, preeclampsia, entre otras situaciones, con serias implicaciones sobre la vida y la salud tanto

de la madre, como del feto y del recién nacido; estos aspectos incentivan la necesidad de explorar los aspectos que pueden estar determinando la inequidad que frente a la salud general, oral y la atención odontológica enfrentan las mujeres embarazadas (2).

A pesar que las investigaciones desarrolladas hasta el momento revelan la inequidad y la crítica situación que en materia de salud oral y atención odontológica enfrentan las mujeres embarazadas, los perfiles epidemiológicos relacionados con las patologías orales de mayor prevalencia, como son la caries y la enfermedad periodontal, no registran modificaciones sustanciales, en las gestantes en general y particularmente en las más vulnerables (2, 66, 77,150,151), mostrando el poco valor y el escaso impacto de la evidencia para generar transformaciones que promuevan una buena salud oral y una mejor atención odontológica en las gestantes; los resultados de las investigaciones no se han traducido en acciones efectivas; adicionalmente, las patologías orales se han asociado con eventos adversos en el embarazo y por ende con mortalidad materna y del recién nacido, pero no se ha identificado qué porcentaje de estas muertes se le puede atribuir a las patologías orales, por las inconsistencias en los resultados de las investigaciones desarrolladas, que se asocian en parte a la calidad de los trabajos realizados como lo revelan las revisiones sistemáticas que sobre la temática han desarrollado Xiong et al y Scannapieco et al (148,149), pero también a la visión biologicista, fragmentada, inequitativa e injusta soportada en la enfermedad y desde el paradigma positivista a partir de las cuales estas investigaciones se han desarrollado.

En los trabajos realizados se percibe también que los investigadores soportados en el paradigma positivista no reconocen la realidad social geográfica y política que existe en los diferentes territorios e imponen discursos que se proponen generalizar la comprensión de la salud oral y la atención odontológica de las mujeres embarazadas como “verdades” en todos los espacios y contextos desconociendo la realidad histórica, social, cultural y del espacio socialmente construido (155). En este sentido es importante reconocer a Bogotá como un territorio social geográfico; catalogada como el principal centro político, industrial, económico y cultural del país (174), es un espacio que abarca el conjunto dinámico de procesos naturales transformados históricamente que involucran las relaciones “social-biológica” y “sociedad-naturaleza”, en el que lo natural influencia lo social para desarrollar su propio espacio legal, y a su vez participa en la configuración de la historia del todo social (155,175). En otras palabras, la ciudad capital es un producto social e histórico de la dinámica de los modos de vida de los colectivos que la habitan. De esta forma, los cambios en el espacio del Distrito Capital obedecen a ajustes que se hace sobre el modo de producción y reproducción de la sociedad, bajo un proceso permanente de transformación, relacionado con las condiciones naturales del espacio, con los procesos sociales que ocurren en él y que determinan el devenir del Distrito Capital, sus ciudadanos y ciudadanas. Bogotá hace parte de una sociedad que conjuga de manera compleja varios aspectos: territorios, localidades, barrios, grupos sociales, relaciones socio-afectivas, de poder y conflictos, superando la visión de lo físico natural para articularse a una formación socio-espacial particular. A pesar de esto, la enfermedad, la salud, la muerte o estar bien en los colectivos de la capital son características que se atribuyen sólo a los individuos, aunque son producto de múltiples determinaciones sociales que se expresan en la manera particular de vivir de los grupos humanos y que se transforma de manera permanente en el proceso de la reproducción social en Bogotá. (175, 176,177).

Al intentar comprender la relación entre sociedad, salud-enfermedad e inequidades de las mujeres gestantes en Bogotá se observó una gran segmentación espacial que se expresa en las tasas diferenciales de mortalidad materna que, en el 2011, fueron mayores en localidades como Los Mártires (78 muertes por 100.000 nacidos vivos) y Fontibón (65

muerres por 100.000 nacidos vivos) y menores en Chapinero (18 muertes por 100.000 nacidos vivos) y Usaquén (20 muertes por 100.000 nacidos vivos); en estas últimas localidades los pobladores tienen mayores ventajas económicas (176); también se encontraron diferencias apreciables en el número de controles prenatales de las embarazadas entre las diferentes localidades, pues mientras en la localidad de Sumapaz la proporción de madres con cuatro consultas fue de 75,4% en Teusaquillo fue de 91,4%. (177). Sin embargo, no se encontró información que permitiera describir la cobertura en la atención odontológica de las mujeres embarazadas en las diferentes localidades, pero si se observaron diferencias cuando se analizó esta atención según régimen de afiliación a la seguridad social; pues en el 2011, de acuerdo a lo reportado por la Secretaría Distrital de Salud, se encontró que en el régimen contributivo se atendieron al 58% de las gestantes, mientras que en el subsidiado sólo alcanzó una cobertura del 29%, evidenciándose claramente la instauración de inequidades en materia de atención odontológica de las mujeres embarazadas según régimen de afiliación a la seguridad social (178).

En la literatura analizada se constató que existen diversas miradas sobre la relación desigualdad social, embarazo y enfermedades orales; así mismo sobre las inequidades relacionadas con la salud oral y la atención odontológica en las mujeres embarazadas. Uno de los abordajes más frecuentemente utilizados para analizar esta inequidad es el de los determinantes sociales de la salud, con sustento en el paradigma positivista que se propone identificar los factores sociales causantes de las enfermedades orales. Otra vertiente es la fenomenológica, que apoyada en una racionalidad culturalista se propone señalar la diferencia humana con base en “costumbres”, “tradiciones” “conocimientos” o “creencias”. El propósito de este último paradigma es articular las estructuras soportado en la subjetividad que cada individuo construye, sustentados en este relativismo es que los investigadores de esta vertiente exploran la realidad en ciertos grupos sociales y terminan señalando a ciertos grupos, incluyendo a las gestantes, como “vulnerables”, generado así procesos que las marginan, legitimando las desigualdades sociales y los cuidados diferenciados según, nivel de vulnerabilidad, clase social, régimen de afiliación y otros aspectos sociales, esto marca las condiciones orales y la atención odontológica de las mujeres embarazadas, esta afirmación se sustenta en lo referido por Abadía-Barrero en la página 15 del documento Estudio y análisis de la equidad en salud. Una visión en salud oral, editado por la Fundación del Colegio de Odontólogos y Estomatólogos de Madrid (FCOEM) (179); aunque hay que reconocer que esta apreciación genera controversia.

Además, la profesión odontológica soportada fundamentalmente en el paradigma positivista y en la comprensión de su objeto desde la visión biologicista y asistencialista controvierde poco la concepción soportada en la enfermedad que sobre embarazo y salud oral existe en la profesión; así como la conceptualización de la atención odontológica como una acción soportada de forma exclusiva en la clínica.

Al hablar de embarazo, salud y atención es necesario hacer explícito qué se entiende por “embarazo”, qué por “salud” y qué por “atención”. Social e históricamente existen diferentes maneras de entender estos conceptos que conviven en conflicto en el interior de las sociedades. En este sentido es adecuado retomar las diferentes controversias que entorno al embarazo, la salud oral y la atención odontológica existen pues esto determina la forma como se comprende y se aborda las investigaciones relacionadas con estas temáticas.

Al referir embarazo es importante señalar que este es un proceso que tiene, profundas implicaciones a nivel biológico, social, político, económico y cultural en las mujeres; a pesar de ello, en la actualidad las investigaciones, los programas y los proyectos se concentran en los cambios biológicos, el embarazo en adolescentes, la salud sexual y reproductiva, y

ocasionalmente enfatizan en la importancia de su atención. Para algunos el embarazo es el periodo durante el cual la mujer alberga en el útero el óvulo fecundado por el espermatozoide que se desarrolla hasta alcanzar la madurez del feto, proceso que culmina con el parto (147); pero para otros, aunque el embarazo conlleva un proceso anatómico-fisiológico sobre el cuerpo femenino, nunca ocurre como un simple proceso biológico, sino que se encuentra culturalmente moldeado, manifestándose de diferentes maneras en cada sociedad y en los diferentes grupos sociales con expresión de profundas inequidades entre los diversos colectivos (180). El embarazo más allá de afectar sólo el cuerpo femenino, es un proceso social que está determinado por diferentes condiciones políticas, económicas y socioculturales, que establecen un modelo de atención basado en una ideología de la reproducción humana que dota de significado al embarazo y produce unas concepciones particulares de la maternidad (180).

Cuando se analiza las concepciones relacionadas con la salud oral es necesario en primera instancia examinar la forma como se comprende la salud. La OMS definió salud como el estado completo de bienestar físico y social que tiene una persona y que surgió en reemplazo a la noción de salud como la ausencia de enfermedades biológicas (181). Pero para las corrientes críticas de la Salud Colectiva (SC) y la Medicina Social Latinoamericana (MSL) los hechos que se perciben como fenómenos de salud y enfermedad, ocurren en diferentes dominios; pueden manifestarse como variaciones del proceso salud-enfermedad (movimientos, flujo de hechos) singulares, es decir, entre individuos; entre agrupaciones de población, por variaciones entre grupos sociales en una misma sociedad y en un mismo momento dado, o como movimientos generales, flujo de hechos que corresponden a la sociedad en general; la forma cómo se desarrollan los hechos en un determinado nivel, se traduce en organización, acumulaciones biológicas y sociales que se manifiestan en los cuerpos de los individuos, de los colectivos y de la sociedad en general (182).

La salud oral en coherencia con las construcciones de salud, se concibe como la ausencia de patologías orales, pero también se define como la integridad de los elementos que componen el sistema estomatognático (aludiendo a las estructuras sobre las que intervienen las y los odontólogos) y el bienestar físico y mental que esta condición provoca; pero además se comprende como una construcción colectiva, una integración tecno-política (de saberes y poderes), no sólo como la resolución técnica de los problemas del complejo "bucal", sino como una mirada poblacional y de integración de saberes, que tienen en cuenta los componentes socio-culturales e históricos de cada población (183). Sin embargo de manera usual, la atención odontológica está atravesado por la visión reduccionista que concibe la atención como un acto clínico que involucra exclusivamente al individuo, sin reconocer la lógica, ni las dinámicas que acontecen en el ámbito colectivo; se impone con ello una visión positivista en el que priman los aspectos mesurables del orden individual como la patología identificada, el procedimiento clínico realizado o la cobertura alcanzada. Por otra parte, aspectos relacionados con la satisfacción, la calidad frente a la atención, las percepciones que tienen los "pacientes" o las representaciones que los diferentes actores elaboran frente a este proceso se abordan desde las perspectivas fenomenológicas y que dan primacía a lo micro, por lo que esta mirada tampoco supera el reduccionismo del positivismo.

Para la atención en salud en general, incluyendo la atención odontológica, se prioriza la necesidad de comprenderla como un proceso sistemático y continuo que incluye acciones de interacción social, promoción, prevención, restauración y rehabilitación realizados por profesionales de la salud, con participación activa y poder decisorio por parte de los sujetos intervenidos, y en el que las actividades están orientadas a la promoción y preservación de la salud, identificación y solución de patologías que afectan a las personas, todo con el fin

de lograr mejores condiciones de salud, de vida y esto se realiza en el contexto individual, pero también en el comunitario e histórico-social en el que se desarrolla la vida de los sujetos (184). Sin embargo, la maternidad en los servicios de salud se aborda principalmente desde su componente biológico soportado en el paradigma empírico-analítico o modelo biomédico este abordaje es insuficiente para asumir el cuidado de las mujeres embarazadas, por lo que es necesario darle voz a estas mujeres como un elemento central que oriente el quehacer de los profesionales de la salud y en el que participen las gestantes con miras a llevar a cabo una atención prenatal adecuada a las necesidades y expectativas de estas mujeres (185). Considerando esto, en las investigaciones que analizan el embarazo la salud oral y la atención odontológica es importante reconocer y comprender los aspectos tanto del nivel individual como del colectivo, lo objetivo y lo subjetivo, lo micro y lo macro, aspectos de los que adolecen las investigaciones que sobre esta temática se han desarrollado hasta este momento.

La profesión odontológica soportada fundamentalmente en el paradigma positivista y en la comprensión de su objeto desde la mirada biológica-asistencial y causalista, controvierte muy poco la concepción tradicional del embarazo, la salud oral y la atención odontológica de las mujeres embarazadas; la problemática de las investigaciones que analizan esta relación no se restringe exclusivamente a la falta de conocimiento, también a la forma como se comprenden estos aspectos, al paradigma a partir del cual se construye el conocimiento, con un gran vacío en la comprensión integrada de estos conceptos y las acciones que se derivan desde una mirada de la relación de lo biológico con lo social en la salud oral desde perspectivas críticas que ofrecen nuevas formas de comprender y abordar la atención odontológica de las mujeres embarazadas, considerado de manera específica la comprensión de esta relación desde la Salud Colectiva y la Medicina Social Latinoamericana, en particular desde la Determinación Social de la Salud soportados en el realismo dialéctico sustentados en los postulados de Jaime Breilh (107, 186).

Es por esto que las investigaciones desarrolladas tienen un impacto limitado en la respuesta a la problemática de la atención odontológica de las mujeres embarazadas, pues no se reconoce la complejidad del problema de la salud oral, cómo se configura éste o cómo es la dinámica de los procesos críticos que ocurren en los diferentes dominios, dimensiones y ordenes que simultáneamente afectan la atención de las gestantes. Dominios aludiendo a los niveles estructural, colectivo o individual en los que operan los procesos sociales en relación con los biológicos. Las dimensiones refiriendo a la salud directamente evidente o los signos y síntomas relacionados; la salud actual o los procesos evidentes del nivel individual y colectivo y la salud real o realidad completa de la salud que involucra además de los anteriores los procesos del nivel estructural de acuerdo a los fundamentos de la determinación social de la salud. Los órdenes reseñando los procesos políticos, económicos y culturales que determinan la salud oral y la atención odontológica de las mujeres gestantes (107).

De esta forma, el abordaje desde la perspectiva crítica se convierten en otra alternativa para analizar la complejidad de la relación embarazo, salud oral y la atención odontológica de las mujeres embarazadas; en particular la determinación social, revela cómo el poder que ostentan los individuos en las estructuras sociales transforman la diversidad en asimetrías y jerarquías, mostrando las dinámicas de poder en los procesos cotidianos de la vida incluyendo la atención en salud; desde esta perspectiva se propone entender y explicar así, las construcciones sociales relacionadas con las inequidades sociales en salud a la luz del ordenamiento histórico mundial de bloques hegemónicos modernos, patriarcales y capitalistas (179). Cabe señalar que en el campo de la salud oral y específicamente de la atención odontológica de las mujeres gestantes, es escaso el abordaje desde las

perspectivas críticas y la determinación social de la salud, soportada en el realismo dialéctico, no se concibe como una alternativa para el estudio de la salud oral o de la atención odontológica en las mujeres embarazadas.

Con este fundamento es posible afirmar que en la atención odontológica de las mujeres embarazadas se debe comprender no sólo los cambios que se suscitan en el sistema estomatognático, sino también los procesos biológicos involucrados y su subsunción en una realidad histórica y social, que hace de la salud oral y por ende de la atención odontológica de las mujeres gestantes, un fenómeno complejo, dinámico, que requiere de abordajes y de lecturas que promuevan una visión integral y una comprensión amplia de las inequidades relacionadas con la salud y la atención oral de las mujeres embarazadas y del que carecen las investigaciones que abordan la atención odontológica en estas mujeres hasta este momento.

1.5 Preguntas de investigación

En coherencia con las ideas presentadas, la tesis que orienta esta investigación se soporta en la determinación social como la mejor alternativa para abordar la complejidad de la problemática relacionada con la atención odontológica de las mujeres embarazadas en los dominios individual, subsumido en el particular y general y en el que el proceso dialéctico genera dinámicas específicas según el contexto y los eventos históricos y de esta forma se aborda este proceso en las mujeres gestantes desde una perspectiva epistemológica diferente.

Considerando lo expuesto surgen los siguientes interrogantes

¿Cuáles son los procesos críticos que determinan socialmente la atención odontológica de las mujeres embarazadas que son atendidas para control prenatal en instituciones públicas de Engativá, Suba y Usaquén?

¿Cómo se configura el perfil de la determinación social de la atención odontológica de las mujeres gestantes que acuden en busca de atención en estas localidades de la Capital?

¿Por qué se genera y reproduce socialmente esta determinación social de la atención odontológica de las mujeres embarazadas de estas tres localidades del Distrito capital?

2. Los objetivos y el Marco Teórico- Metodológico

2.1 Objetivos

2.1.1 Objetivo general

Analizar la determinación social de la atención odontológica de las mujeres embarazadas que son atendidas para control prenatal en instituciones públicas de Engativá, Suba y Usaquén.

2.1.2 Objetivos específicos

- Identificar los procesos críticos del orden económico, político y cultural en los dominios singular, particular y singular que integran la matriz de la determinación social de la atención odontológica de las mujeres embarazadas que realizan su control prenatal en instituciones públicas de Engativá, Suba y Usaquén.
- Analizar el perfil de la determinación social, los procesos protectores y destructivos de la determinación social de la atención odontológica de las mujeres gestantes.
- Establecer la relación entre los diferentes dominios de la determinación social de la atención oral en la población de mujeres embarazadas involucradas en el presente trabajo.

2.2 Marco Teórico- Metodológico

En este apartado se presentan los elementos teóricos y metodológicos esenciales que orientaron esta investigación. En primera instancia se conceptualiza sobre las diversas miradas de la relación de lo biológico con lo social en salud mostrando las diferentes tipificaciones que se proponen explicar esta relación. Con este fundamento se contrasta la perspectiva hegemónica planteada por la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud (CDSSS) y la contrahegemónica de la Determinación Social de la Salud (DSS), identificando las similitudes y las diferencias (187), en ese marco se destaca la Determinación Social de la salud (DSS), sustentada en los postulados de Breilh, como el referente para el desarrollo del presente trabajo, debido a su potencialidad para mostrar la complejidad, la dinámica y la historicidad de la atención odontológica de las mujeres embarazadas y de la praxis que se propone en esta investigación como fundamento para la transformación. Al final de este apartado teórico-metodológico se expone el proceso metodológico que se implementó en esta investigación y que se desarrolló en cuatro fases con el propósito de aplicar de una manera coherente los planteamientos de Breilh.

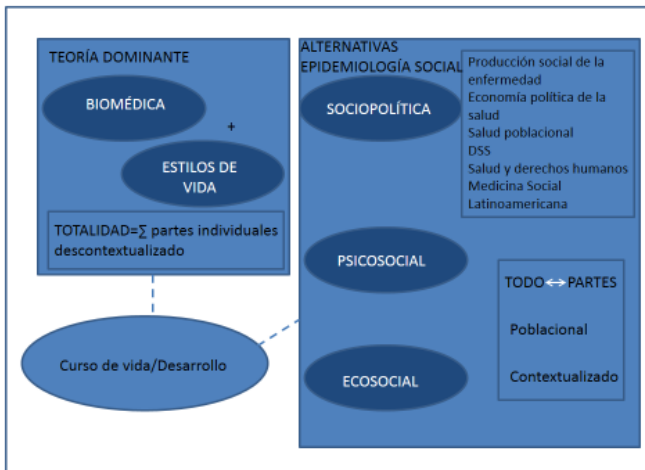
2.2.1 Las distintas miradas de la interacción de lo biológico con lo social en la salud

La relación de lo biológico con lo social en salud está atravesado por diversas miradas, la forma como se tipifican las diferentes perspectivas que abordan la relación de lo social y lo biológico registra divergencias y pueden evidenciarse al menos tres formas para

categorizarla. La propuesta de Krieger (2001, 2011) (188,189), la de Almeida-Filho (2000, 2004,2011) (190,191,192) y los planteamientos de Breilh (2013) (154).

Krieger identifica tres tendencias teóricas diferentes que abordan lo social en la salud. La primera, la teoría psicosocial enfatiza en los determinantes psicosociales de la salud; la segunda, la teoría sociopolítica centra su atención en el análisis de patrones de distribución de la enfermedad en relación con el poder, la política, la economía y los derechos (dentro de las que cabe considerar los modelos planteados en el marco de la Medicina Social Latinoamericana y la propuesta de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) de la OMS, entre otros), y la tercera la teoría ecosocial que integra en forma dinámica y en múltiples niveles, los determinantes biofísicos y los sociales de la distribución de las enfermedades y de las inequidades en salud relacionadas con el curso de vida, los aspectos intergeneracionales, raciales y de género considerando el contexto histórico, geográfico y ecológico, (Figura 2-1) (188,189). Cabe señalar el valioso ejercicio de esta autora al intentar organizar el proceso de construcción de las teorías en el marco de la epidemiología social, sin embargo es necesario referir como Krieger reúne en una misma teoría (sociopolítica) posturas que están en franca contraposición (epistemológica, ontológica y praxológica), como es el caso de la propuesta de la CDSS y los modelos desde la Medicina Social Latinoamericana. De acuerdo Krieger, las dos posturas estudian la relación de lo biológico con lo social soportado en determinantes económicos, políticos y en las relaciones de poder que se establecen; además ambas analizan los determinantes sociales como proximales y distales (188,189). Pero la comprensión de la relación de lo biológico con lo social como factores, carentes de historia y de dinámica, en el marco del positivismo en la propuesta de la CDSS de la OMS se aleja de la comprensión que hacen las posturas Latinoamericanas de esta relación como un proceso dinámico, histórico, que ocurre en un espacio social-geográfico específico y en el marco de teorías críticas.

Figura 2 - 1. Teoría biomédica y de estilos de vida Vs Epidemiología social alternativa en la distribución de la enfermedad



Fuente: adaptado de Krieger N. Epidemiology and the people's health. Theory and context. Oxford University Press 2011)

Almeida-Filho por su parte establece que la relación de lo biológico con lo social se aborda desde la epidemiología social funcionalista (anglosajona) y desde la epidemiología social latinoamericana. La primera, se estructura sobre dos abordajes, la teoría del estrés, que opera a nivel microsociales, y la teoría de la modernización de la salud, que actúa a nivel macrosociales. En la epidemiología social latinoamericana reconoce tres modelos básicos: la

epidemiología laboral (Laurell & Noriega), la epidemiología de las clase sociales (Breilh y Granda), y también la epidemiología de Modos de vida (Almeida-Filho) (190,191). Un aspecto importante en el proceso desarrollado por Almeida-Filho es la visibilidad que le da a los abordajes de la epidemiología social desde las perspectivas latinoamericanas; a pesar de ello, se percibe en su propuesta vacíos con relación a algunos abordajes de la epidemiología social que Almeida-Filho y Barreto intentan subsanar posteriormente, presentándolos como “abordajes contemporáneos”, pero de manera insuficiente, intentando con ello mantenerse al margen de las implicaciones políticas y las relaciones de poder entorno a la relación de lo biológico con lo social en la investigación sobre la temática, (158-160) pues de acuerdo a lo referido por Almeida-Filho no es adecuado involucrar estos aspectos en las investigaciones tal como lo refiere en su libro “La ciencia tímida” en la página 153

“...asumen la preparación de la investigación científica como instrumento de lucha operaria (Laurell) y de liberación de las clases oprimidas (Breilh & Grandas), lo que implica una negación de su especificidad en cuanto modo de producción del conocimiento...se trata de un retroceso frente a las epistemologías críticas contemporáneas...” (190).

Breilh reconoce cuatro paradigmas epidemiológicos desde los cuales se aborda la relación de lo biológico con lo social: El primero el causal lineal relacionado con la epidemiología unicausal y multicausal, representada por MacMahon y Rothman. El segundo el ecológico empírico refiriendo a la epidemiología empírico-ecológica de sistemas, sus principales exponentes Levell & Clark. El tercero el causal de transición aludiendo a la epidemiología social y a los DsSS, destacando a Susser, Marmot y Solar como principales representantes y, el cuarto paradigma es el de la epidemiología crítica que abarca a la medicina social crítica con Paredes, Allende, Sigerist y Rosen, a la etnoepidemiología con Almeida-Filho, a la epidemiología ecosocial de Krieger, a la epidemiología de la mercantilización y el desgaste de Laurell y a la Epidemiología de la determinación social con Breilh a la cabeza. La tabla 2-1 esquematiza la propuesta de Breilh (154). Esta propuesta concilia la exhaustividad de Krieger con el posicionamiento que Almeida-Filho otorga a las propuestas latinoamericanas. Reconoce también, en el marco de la epidemiología, los diferentes paradigmas desde las cuales se aborda el carácter social del proceso salud-enfermedad, resaltando la perspectiva teórico-política y los intereses estratégicos de los diferentes sectores sociales, resolviendo con esto las potenciales inconsistencias de los planteamientos de Krieger (154). Jaime Breilh construye esta clasificación haciendo un análisis sistemático y exhaustivo de los aspectos ontológicos, epistemológicos, metodológicos y praxológicos de las diferentes propuestas orientadas a comprender la relación de lo biológico con lo social y a partir de ello estableció el nivel conmensurabilidad o de inconmensurabilidad que existe entre ellas.

Sin embargo, llama la atención la denominación que Breilh le da a su propuesta de epidemiología de la determinación social, pues a pesar de las diferencias en la conceptualización, los modelos que surgieron en el marco de la salud colectiva y la medicina social latinoamericana emplean de manera genérica esta denominación, para referir la forma como lo social condicionan la salud de los individuos y las colectividades, soportados en los postulados de Mario Bunge cuando refiere a la determinación como un “modo de devenir”, como proceso en el que un objeto adquiere sus propiedades. Adicionalmente, integrantes de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES) refieren como la Determinación Social de la Salud es un problema central

Tabla 2 - 1. Síntesis de la propuesta de Breilh con relación a los diferentes paradigmas epidemiológicos relacionados con la determinación social de la salud

Paradigmas epidemiológicos	CAUSAL LINEAL	ECOLÓGICA EMPÍRICA	CAUSAL DE TRANSICIÓN	EPIDEMIOLOGÍA CRÍTICA				
	Epidemiología lineal (Uni-Multicausal)	Epidemiología empírico-ecológica de sistemas	Epidemiología social (DsSS)	Medicina Social crítica	Epidemiología etnosocial del modo de vida	Epidemiología eco-social	Epidemiología de la mercantilización y del desgaste	Epidemiología de la determinación social
Autores, representantes que trabajan la categoría de la determinación	MacMahon 1960, 1975. Rothman 1998,2008	Level & Clark (1965)	Susser (1973) Marmot (2006) Solar (2007)	Paredes (1938) Allende (1939) Sigerist (1944) Rosen (1958)	Almeida-Filho (1992, 2000,2011)	Krieger (1994,2001,2011)	Laurell (1977,1982)	Breilh (1976,77,79,2003,2011)

Fuente: Breilh J. La determinación social de la salud como herramienta de ruptura hacia la nueva salud pública (salud colectiva). Artículo preparado para el "VIII Seminario Internacional de Salud Pública: Saberes en Epidemiología en el contexto del Siglo XXI" (organizado por la Universidad Nacional de Colombia) Marzo 2013

trabajado durante décadas en la región, no sólo como campo del saber científico, sino también en el vínculo con movimientos sociales en defensa de su salud (193,194,195). Por otra parte, en el marco de la propuesta de Breilh no se visualizan los planteamientos de Vicente Navarro en los que se propone analizar la relación de lo biológico con lo social desde una perspectiva marxista y que Krieger denomina epidemiología materialista o epidemiología materialista histórica. Los aportes de Navarro a la epidemiología crítica y a la forma como el capitalismo incide sobre las condiciones de vida y de salud de los colectivos ameritan su inclusión en la propuesta que hace el investigador ecuatoriano (189).

Al retomar las diferentes tipologías para abordar el carácter social de la salud, se muestra la complejidad de la temática y las implicaciones que tienen los diferentes paradigmas en su construcción; intentando con ello responder a la percepción equivocada que tienen las personas que se inician en el tema o no profundizan en él, de creer que la relación de lo biológico con lo social sólo se abordan desde la propuesta de la CDSS, o de subestimar la polémica que existe entre los Determinantes Sociales de la Salud (DsSS) y DSS al considerar que esta carece de sentido, a pesar de sus grandes repercusiones en la práctica de la salud pública, en la investigación y sobre las condiciones de vida y de salud de los colectivos; aspectos que se analizan en el siguiente apartado.

2.2.2 Los Determinantes Sociales de la salud y la Determinación Social de la Salud

La comprensión de la interacción del campo social de la salud con lo biológico representa un gran reto, pues la forma como esta se concibe y se comprende (ontológico), como se establece la relación sujeto-objeto (epistemológico), como se implementan las metodologías y se aborda la investigación (metodológico), están influenciados por el paradigma que sustenta la investigación, con implicaciones sobre la práctica y sobre el uso del conocimiento generado (praxiológico) (196).

En este sentido es importante señalar el enfoque desde el cual se elabora la investigación. En la segunda mitad del siglo XX, se configuraron dos enfoques epidemiológicos centrales entorno a la comprensión social de la salud: el primero sustentado en el saber epidemiológico clásico que derivó en la epidemiología social anglosajona, base del enfoque de los Determinantes Sociales de la Salud (DsSS) considerada como la perspectiva hegemónica, y el segundo que surgió como una propuesta alternativa a la epidemiología clásica, soportado en la medicina social y la salud colectiva latinoamericana, sustento del enfoque de la DSS, catalogada como la propuesta contrahegemónica (187).

A pesar que los dos enfoques comparten el interés en la relación de lo social con lo biológico, así como la comprensión de los determinantes sociales en varios niveles; es necesario reconocer las diferencias ontológicas, epistemológicas, metodológicas y praxiológicas que existen entre ellos. Desde lo ontológico el enfoque de los DsSS concibe la realidad de una manera objetiva, aprehensible, generalizable y ahistórica; comprenden la sociedad como sumatoria de individuos, construyen la visión de la salud desde el punto de vista de la enfermedad, en la que los signos y los síntomas se constituyen en la mejor evidencia, se sustenta en el causalismo y en la perspectiva de riesgo. En el plano epistemológico desde los DsSS los investigadores se propone capturar o aproximarse a la realidad de manera neutral y objetiva, y de esta forma las metodologías que utiliza para reconocer esta realidad se sustentan en un método epidemiológico riguroso que busca simplificar, fraccionar la realidad y probar hipótesis. En la praxis los DsSS se inscriben en la noción liberal de justicia, según la cual se acepta como justo la acción individual moralizante que conlleva castigo y control sobre los enfermos (197). La política de salud desde esta noción, propende por el logro de igualdad mediante acciones de justicia distributiva con subsidios cruzados, beneficencia y cooperación. Para los enfermos esto conlleva un grado de vulnerabilidad o victimización para acceder a este tipo de política (187).

En lo ontológico la DSS asume por su parte la realidad tanto subjetiva como objetiva mediada por la praxis, sostiene además una relación dialéctica entre lo biológico y lo social, en una estructura jerárquica donde lo biológico queda subsumido en lo social, mediante procesos de producción y reproducción social en un marco histórico y contextual; concibe a la sociedad como una totalidad que no se reduce a la dinámica individual y a la salud como un valor positivo. En el plano epistemológico, la DSS capta la realidad soportada en el realismo dialéctico reconociendo la relación sujeto objeto mediada por la praxis, las metodologías que utiliza para reconocer esta realidad se sustentan en la triangulación de técnicas intensivas (cualitativas) y extensivas (cuantitativas), se soporta en un método que reconoce la complejidad y la dialéctica. En la praxis la DSS asumen la inequidad como resultado de las desigualdades sociales en las relaciones de poder y de dominación; relaciones que enajenan al sujeto de sus posibilidades de realización vital, en tanto configuran una matriz de "triple inequidad" conformada por la inequidad de género, de etnia y de clase social. Dicha matriz se articula a las formas de producción capitalista y produce inequidades sociales e inequidades en salud. Al ser la inequidad producto de la desigualdad en las relaciones de poder, su estudio y análisis implica identificar las inequidades en las relaciones de producción y de reproducción social y en el ejercicio de poder social en los ámbitos local, regional y global; en el que la participación de los colectivos en la arena política es esencial para lograr una verdadera transformación social y lograr la emancipación (187). Con base en el proceso desarrollado se identificó que la determinación social soportada en los postulados de Breilh es la mejor alternativa para comprender la determinación social de la atención odontológica de las mujeres embarazadas porque desde lo epistemológico captura la complejidad de la atención odontológica de las mujeres embarazadas, en lo ontológico supera la mirada biologicista y asistencialista y permite comprender las implicaciones sociales del problema en estudio, desde lo metodológico permite abordar la comprensión de procesos de forma dialéctica, finalmente lo praxiológico en este enfoque promueve una transformación de la práctica, eje de este proyecto. Considerando esto, en el siguiente acápite se desarrollan algunos elementos teóricos relacionados con la propuesta de la determinación social de la salud de acuerdo a los planteamientos de este investigador.

2.2.3 La interacción de lo biológico con lo social de la salud desde la perspectiva de la determinación social

La determinación social surge como un eje nodal del pensamiento en el marco de la Salud Colectiva (SC) y la Medicina Social Latinoamericana (MSL). Estas alternativas epistemológicas, éticas y políticas surgieron en oposición a la corriente hegemónica en salud pública desde la década de los sesenta, soportados en las iniciativas de Juan Cesar García, María Isabel Rodríguez, Miguel Marqués y que continuaron importantes pensadores latinoamericanos (194).

En las construcciones elaboradas desde estas perspectivas, hace cerca de 50 años, se propusieron explicar cómo, las formas de propiedad, poder y división del trabajo características de las sociedades capitalistas, sus formas de producción y reproducción, generaban diferencias abismales en la calidad de vida de las diversas clases sociales, géneros y etnias (194).

Se plantearon además la necesidad de profundizar en la inequidad y en la forma cómo, la apropiación indebida de poder generaba grandes diferencias en las condiciones de vida entre clases, géneros y etnias expresándose en distintos perfiles de salud y enfermedad. Exploran también las formas a través de las cuales los individuos y las colectividades crean, de forma colectiva, sentidos y significados de la salud y de la vida, que se materializaban en prácticas en salud (modos de vida); la interacción de estas prácticas con las condiciones de vida de los colectivos, los modos de vida que influyen las condiciones de salud de los individuos y de los grupos sociales (194).

Las primeras aproximaciones de la SC y la MSL se centraron en el papel de la clase social y el proceso de trabajo en las diferencias de salud y enfermedad, con lo que se planteó la centralidad del modo de producción en la distribución de la riqueza y por tanto en las condiciones materiales de existencia. Posteriormente analizaron también, el papel de los sentidos y significados que las sociedades otorgan a diferentes aspectos de la vida y la salud que se expresaban en las instituciones, prácticas y subjetividades, afectando la salud (194).

Este cuerpo teórico metodológico ha sido desarrollado en América Latina por varios autores, dentro de los que cabría destacar a Saúl Franco, Asa Cristina Laurell, Hesio Corderio, Sergio Arouca, Everardo Nunes, Mario Testa, Naomar Almeida-Filho, Susana Berlmartino, Jaime Breilh entre otros; algunos de ellos Fundadores de ALAMES. Estos Pensadores asumen los principios orientadores de la SC y la MSL, sin negar que en el marco de sus propuestas, como se refirió previamente, se evidenciaron desarrollos teórico-metodológicos específicos (194).

Los planteamientos de Jaime Breilh en particular tienen sus raíces en los postulados de la economía política del marxismo² a partir de la cual emergen unas categorías analíticas como son clase social, procesos de producción y reproducción social, fuerza de trabajo, modos de vida y el sujeto social, entre otros y que se priorizan en este trabajo como

² Economía Política, aludiendo en palabras de Marx a “Estas relaciones de producción en su conjunto constituyen la estructura económica de la sociedad, la base real sobre la cual se erige la superestructura jurídica y política y a la que corresponden determinadas formas de conciencia social”. (Marx C. Contribución a la crítica de la economía política”. Prologo. Editorial Progreso, 1989. Escrita entre agosto de 1958 y enero de 1859).

elementos orientadores en la comprensión de la lógica que soporta la teoría, el método y la praxis de la determinación social de la salud desde la perspectiva de este investigador y pensador latinoamericano.

Breilh en sus notas para una reinterpretación científica del proceso salud enfermedad, aporta una sistematización de las categorías del materialismo científico, bases para el perfeccionamiento teórico-metodológico de la investigación de la salud enfermedad como proceso particular del ámbito social. De acuerdo a Breilh los trabajos de Espejo, Virchow, Chadwick y Villerme, entre otros, en circunstancias y de manera distinta trazaron los primeros contornos de la determinación social de la producción de la salud y la enfermedad. Sin embargo, quienes marcaron las posibilidades reales para una profunda renovación del pensamiento epidemiológico fueron Marx y Engels (155).

Soportado en las construcciones que entorno a la economía política que Marx elaboró, Breilh refiere que las condiciones de vida y las relaciones superestructurales no pueden comprenderse por sí mismas, ya que la anatomía de la sociedad hay que buscarla en la economía política³ (107). Alude además la concepción de clase social⁴, de ahí, la importancia del trabajo de Engels “La situación de la clase obrera en Inglaterra” para la formulación de una epidemiología científica renovadora, la epidemiología de las clases sociales, soportada en las relaciones de explotación derivadas del proceso de producción. Con este fundamento retoma, de los postulados de Marx, el impacto del capitalismo sobre la estructura de la sociedad y su determinación sobre la salud. Refiere además la importancia del “sujeto” social⁵, su estrecha relación con los modos de vida⁶ comprendidos como procesos del orden colectivo que determinan las condiciones de vida, biológicas e ideológicas de los individuos, pues los sujetos no son ajenos a su realidad histórica y social. En este mismo sentido, Breilh también retoma de Marx el proceso mediante el cual el trabajo

³ “Mis indagaciones me hicieron concluir que tanto las relaciones jurídicas como las formas de Estado no pueden ser comprendidas por sí mismas ni por la pretendida evolución general del espíritu humano, sino que, al contrario, tienen sus raíces en las condiciones materiales de vida, cuyo conjunto Hegel, siguiendo el ejemplo de los ingleses y franceses del siglo XVIII, abarca con el nombre de "sociedad civil", y que la anatomía de la sociedad civil debe buscarse en la Economía política”. (Marx C. Contribución a la crítica de la economía política”. Prologo. Editorial Progreso, 1989. Escrita entre agosto de 1958 y enero de 1859)

⁴ “En la misma proporción en que se desarrolla la burguesía, es decir, el capital, se desarrolla también el proletariado, esa clase obrera moderna, que sólo puede vivir encontrando trabajo, y que sólo encuentra trabajo, en la medida en que éste alimenta el incremento del capital. El obrero, obligado a venderse a plazos, es una mercancía como otra cualquiera, sujeta por tanto, a todos los cambios y modalidades del mercado, a todas las fluctuaciones del mercado”. (Marx C. Engels F. El manifiesto comunista. En: <http://dspace.universia.net/bitstream/2024/1507/1/marxengels>)

⁵ “ La categoría “sujeto social” nos encamina hacia el conocimiento de la colectividad en su conjunto, nos permite designar esa capacidad autárquica que la posesión de conciencia le concede a la sociedad humana, esa posibilidad de tener proyecto histórico., nos define el carácter básico solidario de la sociedad humana, fracturado históricamente por la apropiación privada, que marca el inicio de una contradicción privatizadora, la cual se opone a la naturaleza solidaria que antes mencionamos”. (Breilh J. Epidemiología crítica. 2010. p 153)

⁶ “Sobre las diversas formas de propiedad y sobre las condiciones sociales de existencia se levanta toda una superestructura de sentimientos, ilusiones, modos de pensar y concepciones de vida diversos y plasmados de un modo peculiar. La clase entera las crea y las formas derivándolos de sus bases materiales y de las relaciones sociales correspondientes. El individuo suelto, al que se le imbuye la tradición y la educación podrá creer que son los verdaderos móviles y el punto de partida de su conducta”(Marx C. El dieciocho brumario de Luis Bonaparte. Escrito diciembre de 1851-marzo de 1852. Edición preparada por Fajardo JR para el MIA, abril 2000)

en el capitalismo, la producción para subsistir, la fragmentación del sujeto colectivo y la imposición del poder de la burguesía posponen la potencialidad colectiva y la convierte en una enorme fuerza destructiva opuesta a las potencialidades de la especie⁷.

Con base en estos planteamientos, Jaime Breilh concibe la DSS como una propuesta contrahegemónica orientada a comprender la salud como un complejo multidimensional, considerando los procesos dialécticos de reproducción social que articulan el sistema de contradicciones que se enlazan en tres dominios: el dominio general refiriendo a la lógica de acumulación de capital, con sus condiciones político-culturales; el dominio particular de los modos de vida de los colectivos, con sus patrones de exposición y vulnerabilidad, el singular de los estilos de vida que operan en el nivel individual, y sobre sus condiciones fenotípicas y genotípicas. Propuesta que analiza además las relaciones de poder como una matriz integrada de clase, género y etnia e incorpora la dimensión de la interculturalidad. De esta forma plantea la necesidad de nuevas categorías y metodologías en el campo de la epidemiología, así como transformaciones en las proyecciones prácticas y de la necesidad de fuerzas sociales movilizadas (155).

La DSS bajo los planteamientos de Breilh se constituye en una amplia construcción teórica, metodológica y de la praxis, considerando esto, en el presente trabajo se involucran sólo algunos de los elementos teóricos-metodológicos que se consideran esenciales para su comprensión y para el desarrollo de esta investigación. En primera instancia se aborda los procesos críticos y la matriz de determinación, también se describe el perfil de la determinación social como eje que articula los dominios general, particular y singular que determinan la salud; posteriormente se presenta la matriz de poder de clase, género y etnia, se analizan también aspectos relacionados con el triángulo de la política como un proceso que articula un proyecto político, la gobernabilidad y la gestión, para finalmente retomar la triangulación de técnicas de investigación promoviendo la integración de técnicas intensivas y extensivas soportados en la dialéctica sustento que permite relacionar en el método lo cualitativo y lo cuantitativo, lo teórico y lo empírico, lo racional y lo sensorial, lo biológico y lo social constituyéndose en un plan metodológico que enmarca la integración de técnicas.

- **Los procesos críticos y la matriz de la determinación social**

Cuando se habla de condiciones de vida y de salud se alude a las dimensiones histórico-sociales del proceso vital humano, que se perciben como indicadores de la lógica con que se conforma la sociedad, del sentido que se le da a los sujetos sociales, de las relaciones

⁷ “El obrero es más pobre cuanto más riqueza produce, cuanto más crece su producción en potencia y en volumen. El trabajador se convierte en una mercancía tanto más barata cuantas más mercancías produce. La desvalorización del mundo humano crece en razón directa de la valorización del mundo de las cosas. El trabajo no sólo produce mercancías; se produce también a sí mismo y al obrero como *mercancía*, y justamente en la proporción en que produce mercancías en general”....”Todas estas consecuencias están determinadas por el hecho de que el trabajador se relaciona con el *producto de su trabajo* como un objeto *extraño*. Partiendo de este supuesto, es evidente que cuánto más se vuelca el trabajador en su trabajo, tanto más poderoso es el mundo extraño, objetivo que crea frente a sí y tanto más pobres son él mismo y su mundo interior, tanto menos dueño de sí mismo es”...”El producto no es más que el resumen de la actividad, de la producción. Por tanto, si el producto del trabajo es la enajenación, la producción misma ha de ser la enajenación activa, la enajenación de la actividad; la actividad de la enajenación. En el extrañamiento del producto del trabajo no hace más que resumirse el extrañamiento, la enajenación en la actividad del trabajo mismo” Marx C. Manuscritos económicos y filosóficos de 1844. Primer manuscrito. El trabajo enajenado. En: <https://www.marxists.org/espanol/m-e/1840s/manuscritos/index.htm>)

políticas y de los procesos históricos que viven los colectivos; también se expresan en la posibilidad de acceder a los beneficios que provee el desarrollo social, cuyas dimensiones son dinámicas, se interrelacionan unas con otras y determinan el proceso salud-enfermedad de los individuos y de los grupos sociales y que pueden sintetizarse en una matriz de determinación social también conocida como matriz de procesos críticos.

De acuerdo a lo propuesto por Breilh, la matriz de procesos críticos permite sintetizar los diferentes aspectos relacionados con las necesidades y las condiciones de vida de los grupos sociales. Esta matriz incluye aspectos económicos⁸, políticos⁹ y culturales¹⁰ en un espacio social y territorial concreto¹¹, buscando superar la mirada segmentada de la realidad social, que se centra en las intervenciones curativas y hospitalarias, y que subestima las condiciones en las que se desenvuelve la vida de las personas.

Un proceso crítico se define como un objeto dinámico que influencia las condiciones de salud de los individuos que habitan en un territorio o espacio social, proceso que se construye como una aproximación a los dominios generales, particulares, singulares y que se expresan en el proceso salud-enfermedad (198).

En términos metodológicos una matriz de procesos críticos o matriz de la determinación social de la atención odontológica de las mujeres embarazadas se organiza como un sistema que integra en las columnas, los procesos críticos tanto en la dimensión colectiva, como en la individual. En la dimensión colectiva se organizan los procesos que hacen referencia a las relaciones estructurales generales, la lógica dominante y los modos de vida de los grupos sociales relacionados con atención odontológica de las mujeres embarazadas. En la dimensión individual se esquematizan los procesos críticos

⁸ Comprendiendo el orden económico como un proceso de determinación social de la salud importante, pues ordena la lógica social soportado en el capitalismo neoliberal, el capitalismo salvaje. El poder dañino del capitalismo se expresa de muchas formas: privatización, desregulación laboral, corrupción, terrorismo, se trata de un sistema que agudizó los términos de la explotación y la dominación social, al punto que ha degradado la subsistencia a lo mínimo y ha creado la imposibilidad estructural para una reproducción social y ecológica sustentable (Breilh J. De la vigilancia convencional al monitoreo participativo. *Ciênc. saúde coletiva*. 2003;8(4): 937-951)

⁹ Lo político y la forma de entenderlo en este trabajo se soporta en lo que refiere López et al cuando dicen: "...se asumen que los asuntos de salud están vinculados con los asuntos políticos, es decir con las decisiones colectivas e individuales y, por ende, con las relaciones de poder que definen los cursos de vida de los grupos sociales y sus procesos de salud-bienestar-muerte....La política actúa como determinante al definir la manera como se distribuye el poder económico y social, así como aspectos macro que da curso a políticas económicas, sociales y de salud tanto en ámbitos internacionales como nacionales y locales, que inciden directamente en la salud y enfermedad de las poblaciones" (López O, Escudero JC, Carmona LD. Los determinantes sociales de la salud. Una perspectiva desde el Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud, ALAMES. *Medicina Social*. 2008;3(4):323-335)

¹⁰ Concibiendo la cultura como el conjunto de ideas predominantes de un grupo social específico. En el espacio de las posturas críticas significa la politización de la cultura en cuanto se vuelve campo de lucha para revertir la exclusión (antropocentrismo, eurocentrismo, patriarcalismo, positivismo) en procura de posicionar la polifonía de voces (multiculturalidad). La cultura está supeditada al capitalismo y a la dominación que entorno a la cultura el sistema económico creó (Mato D. ¿Integrarse o subordinarse? Nuevos cruces entre política y cultura. *Cultura, política y sociedad. Perspectivas latinoamericanas*. CLACSO 2005)

¹¹ Pues se plantea para Latinoamérica la existencia de una triple exclusión: discriminación cultural (sea por factores étnicos, de género, de representaciones, de educación), exclusión socioeconómica y marginación respecto de los mecanismos de representación y participación política en acuerdo a lo referido por Breilh y lo reportado por la CEPAL. *Educación, ética y economía en América Latina*. Editorial JUS SA. 1998, p 8

relacionados con los estilos de vida que influyen la atención odontológica de las mujeres embarazadas, pero también los relacionados con las condiciones genotípicas y fenotípicas orales de la mujer embarazada. En las filas de la matriz de procesos críticos se exponen los procesos tanto del orden económico, político como cultural. En cada una de las celdas en la que confluyen los dominios y los órdenes se registra el objeto dinámico que influencia la atención odontológica de las mujeres embarazadas (proceso crítico) y de esta forma se construye una estructura que sintetiza e integra los diferentes aspectos relacionados con la determinación social de la atención odontológica de las mujeres embarazadas. Esta matriz de procesos críticos se presenta en la figura 2-2.

Figura 2 - 2. Esquema de la matriz de procesos críticos de la determinación social de la atención odontológica de las mujeres embarazadas

Relaciones estructurales generales		Dominio colectivo		Dominio individual	
		Lógica dominantes en la atención odontológica de las mujeres embarazadas	Modos de vida de los grupos sociales relacionados con la atención odontológicas de las gestantes	Estilos de vida y cotidianidad individual de las mujeres embarazadas, pareja y profesionales que los atienden	Condiciones genotípicas orales de la mujer embarazada
Económico					
Político					
Cultural					

Fuente: Breilh J. Epidemiología. Economía política y salud. Bases estructurales de la determinación social de la salud. Universidad Andina Simón Bolívar. Séptima edición. Quito, 2010 p. 228

- **El perfil de la determinación social**

El perfil epidemiológico de la determinación social es un recurso que sistematiza la esencia de un complejo proceso dialéctico de determinación histórica que opera en los dominios general que subsume al particular y al singular, mediados por procesos protectores y destructivos que permite evidenciar las contradicciones que operan tanto en la dimensión natural como en los fenómenos sociales, y que se configura como una trama compleja contradictoria y dinámica que relaciona lo individual y lo colectivo (107,155, 199).

Enmarcada en el perfil de la determinación social es necesario clarificar conceptos como son los dominios de la determinación (general, particular y singular), los procesos protectores y destructivos, la dialéctica, la subsunción, la autonomía relativa y también las dimensiones de la salud por su importancia en la perspectiva construida por Breilh, pero

también en el análisis de la determinación social de la atención odontológica de la mujer embarazada buscando con ello una mirada integral e integradora que oriente la praxis.

Los dominios de la determinación social aluden a los niveles jerárquicos (general, particular y singular) en los que operan los procesos sociales en relación con los biológicos. En el nivel general o estructural se identifica a los procesos económicos como determinantes estructurales al definir la forma como se distribuye el poder político y social, aspectos macro que determinan las dinámicas en los ámbitos locales nacionales como internacionales (200). El nivel particular alude a los modos de vida de los grupos con relación al trabajo, a la calidad y disfrute de los bienes de consumo, a la capacidad de crear y reproducir valores, así como a la potencialidad que tienen los colectivos de transformar las situaciones que los afectan. En el espacio singular o individual y familiar las personas organizan sus estilos de vida, definen sus itinerarios, sus patrones de consumo, sus concepciones, sus valores y sus hábitos; también en este nivel se identifican los patrones fenotípicos y genotípicos que expresan las condiciones fisiológicas y fisiopatológicas que se evidencian en los individuos (201).

Los procesos protectores y destructivos surgen frente a la necesidad de superar la visión unidimensional de la “*vieja epidemiología*” y esto se logra mediante la ruptura epistemológica que incorpora la complejidad y el movimiento, lo que implica deslindarse de la concepción de “*factor*” y trascender a la noción de “*proceso*”. Los modos que determinan la salud se desarrollan mediante un conjunto de procesos que adquieren proyecciones distintas frente a la salud, de acuerdo a los condicionamientos sociales de cada espacio y tiempo. Cuando estos procesos son beneficiosos adquieren propiedades protectoras/benéficas o saludables y se denomina “*procesos protectores*”, pero cuando estos asumen propiedades destructivas/deteriorantes o insalubres se llaman “*procesos destructivos*”. La dinámica de los procesos protectores y destructivos se evidencia en los diferentes dominios de la determinación social de tal forma que los determinantes del nivel estructural inciden sobre los modos de vida (nivel particular) y se concretan a su vez sobre los estilos de vida, el fenotipo y el genotipo (nivel singular). Tanto los procesos protectores como destructivos se dan de forma conjunta de acuerdo al contexto y a las condiciones históricas específicas en el que se desenvuelven los colectivos y pueden ser de carácter permanente, contingente o intermitente modificando así las condiciones de salud de los individuos y las sociedades (107).

En coherencia con su propuesta de *procesos protectores y destructivos* y del perfil de la determinación social, Breilh introduce la dialéctica como un elemento esencial para comprender su dinámica. Este investigador propone la explicación del proceso salud enfermedad desde el “*realismo dialéctico*”. El objeto de estudio no es la realidad dividida en factores de riesgo que una vez corregida derivan en salud, sino la concepción de la realidad como proceso que se desarrolla como movimiento organizado alrededor de un eje dinámico-la reproducción social-. En el marco de la dialéctica, es posible aprehender y analizar las relaciones y contradicciones de sus componentes para así encontrar las determinaciones de las condiciones de vida o modos de vida que subyacen al proceso salud-enfermedad. Sustentado en el realismo dialéctico Breilh revitaliza la diversidad, lo particular, lo microsocioal, sin perder de vista las conexiones y determinaciones generales de los procesos y cómo influyen en el todo y en las partes (202). De acuerdo a lo referido por Jaime Breilh, la construcción de la necesidad como todo proceso humano se genera desde el orden individual o micro (génesis) y se reproduce desde el orden social o macro (reproducción social). En el orden individual priman los procesos fenotípicos básicos es decir, las necesidades fisiológicas y psicológicas; en otras palabras, son las personas y las familias en su cotidianidad las que determinan los movimientos detallados del consumo,

con sus preferencias y de acuerdo a sus obstáculos (estilos posibles y deseables de vida) pero dichos estilos (preferencias y obstáculos) no operan en un vacío social, sino que se desarrollan en espacios sociales concretos, enmarcados en los condicionamientos económicos, culturales y políticos (modos de vida típicos) que en cada clase social y de acuerdo a las relaciones étnicas y de género que las caracterizan son factibles y probables, también en relación a las determinaciones más amplias (107).

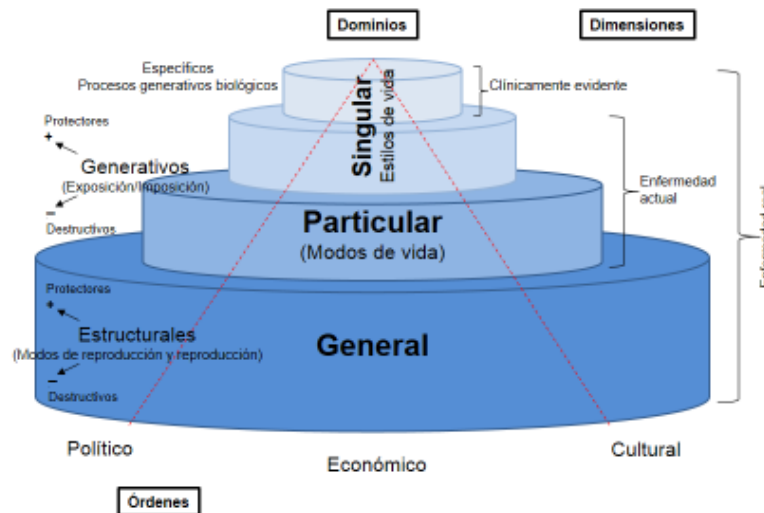
El perfil de determinación social de la salud-enfermedad se constituye entonces en un sistema multidimensional de contradicciones que abarca el movimiento dialéctico de producción-consumo mediado por la distribución y que incluye también las relaciones con el entorno, medio geográfico o territorio, las relaciones político-ideológicas que definen las contradicciones entre la organización de clases y la privatización que las afecta; sin embargo, la producción, regida por los intereses de las clases dominantes, no es sólo la producción de cosas, sino producción de significados que se concretan en el consumo. El consumo adopta a su vez varias formas: de bienes producidos y mediados por la distribución, de bienes producidos en el trabajo y labores humanas, de valores de uso naturales (por ejemplo el oxígeno), pero el consumo de estos bienes esta mediado en el nivel individual por las condiciones fenotípicas, genotípicas, fisiológicas y por las representaciones que han apropiado los individuos y su grupo familiar (154).

En estrecha relación con el perfil de determinación social, los dominios de la determinación, los procesos protectores y destructivos y la dialéctica, es importante involucrar el concepto de subsunción. En palabras de Breilh, "*subsunción quiere decir incorporar dominando y constreñir a nuevas condiciones*"; de esta forma, los determinantes del nivel singular y particular se ven reestructurados en una permanente transformación conforme a los límites y determinaciones impuestas por el orden más complejo. En consecuencia, las condiciones de salud de las personas y de los grupos sociales son el resultado de ese proceso complejo dinámico que se produce socialmente en todos los ámbitos donde la vida social se desarrolla, estructurando y reestructurando los aspectos biológicos y las construcciones de los grupos y de los individuos (203). La subsunción es otra forma de interpretar la determinación social de la salud-enfermedad, pues centra su explicación en los niveles de determinación al proponer que los niveles más complejos sobredeterminan los de menor complejidad. Es decir, el nivel social determina o subsume, el nivel biológico y psicológico. Esta explicación no recurre al concepto de "riesgo" o "factores de riesgo" como mediación entre lo social y lo biológico, ya que se basa en la concepción de que lo más complejo imprime un nuevo orden y una nueva lógica a los niveles menos complejos de organización de la materia. De allí surge una concepción de determinación estructurada que tiene una jerarquía mayor que lo biológico y psíquico. El estudio de lo social en esta concepción es imprescindible para explicar cómo se constituye el proceso salud-enfermedad porque sólo así se puede detectar sus determinantes últimos que son los de mayor poder explicativo y de predicción (194). En este punto cabe aclarar como las opciones asumidas por las personas o las familias (el libre albedrío) frente a cómo vivir (estilos de vida), operan dentro de las posibilidades históricas de un modo de vida colectivo, mostrando así que los estilos de vida están subsumidos en la lógica de los grupos a los cuales pertenece y es lo Breilh refiere como la autonomía relativa (204).

Por otra parte, en el marco de la determinación social de la salud con base en la propuesta de Breilh, surgen otros conceptos que este autor ecuatoriano refiere como las dimensiones de la salud: la salud directamente evidente, la salud actual y la salud real, o realidad completa de la salud. Jaime Breilh refiere que al analizar un evento de salud, los aspectos directamente detectables o constatables son los que pueden observarse en las personas y son propios del nivel individual. La enfermedad actual, por su parte está constituida además

por los procesos determinantes que se dan en los modos de vida y en los estilos de vida cotidianos de las familias y en los individuos, característicos del nivel particular y que subsume al individual. La enfermedad real o completa abarca además los procesos determinantes más amplios, inclusive los procesos del pasado y que siguen influenciando la enfermedad actual, es decir los procesos generales subsumen tanto a los procesos particulares como a los individuales. De esta forma se exponen en la figura 2-3 los dominios, los órdenes, las dimensiones, los procesos generativos estructurales, específicos de salud y morbilidad. Los procesos críticos se dividen en protectores o destructivos y de su análisis surge la posibilidad de desentrañar el perfil de determinación social de los diferentes eventos relacionados con la salud y en particular en la determinación social de la atención odontológica de las mujeres embarazadas (107).

Figura 2 - 3. Relación entre los dominios, dimensiones y órdenes de la determinación social de la salud



Fuente: Elaboración propia

A esta altura del texto es importante destacar la estrecha relación de cada uno de estos elementos teóricos, antes descritos, en el marco del perfil de la determinación social y de sus implicaciones en el análisis de la determinación social de la atención odontológica de las mujeres embarazadas, permitiendo abordar un evento complejo con estrategias teórico-metodológicas coherentes y con el propósito de superar la mirada biológica y asistencialista, pues esta visión es insuficiente para comprender este evento y más aún para transformarlo.

- **La matriz de poder¹²**

En el marco del realismo dialéctico y con el sustento de la reproducción social que establece, según la distribución y acumulación de bienes y riquezas, un sistema de producción consumo y de estructuras de poder que genera inequidad; Breilh aborda la inequidad como una condición que se manifiestan en desigualdades injustas en materia de clase, pero también de género y de etnia.

La inequidad es un proceso intrínseco que genera distribución desigual de riqueza (desigualdad), de poder para dominar, que despoja no sólo de bienes sino también de derechos a los subordinados y que busca perpetuar esto como una situación “natural”. Es importante señalar que desde la perspectiva de este investigador, no existe una hegemonía de género o de etnia que se sustente sólo en elementos simbólicos o relaciones culturales, sino que subyace siempre una concentración económica y de poder político que los mantiene (202). Esta propuesta que articula las categorías de clase social, género y condición étnica está cruzada por la polémica entre las distintas perspectivas; a pesar de ello, Breilh sostiene que los tres procesos de inequidad –clase, género y etnia- guardan movimiento y unidad entre sí por su estrecha relación con la inequidad y las relaciones de poder. De acuerdo a lo referido por este autor la fuente primigenia de toda inequidad es la apropiación de poder, la apropiación privada de riqueza que dio origen a las clases sociales, la apropiación patriarcal de poder, y la apropiación de poder por parte de los grupos étnicos con mayores ventajas (107).

La propuesta de Breilh señala que no se trata de “escoger” una categoría central y de tomar partido por la “clase”, el “género” o la “etnia” como eje central del análisis sino de entender su rico movimiento. Sin embargo, no debe confundirse centralidad en el análisis con jerarquía en la determinación. Desde la perspectiva de este autor, la base ontológica de todo poder es la acumulación de riqueza, pero si se está estudiando aspectos relacionados con género, la categoría especificadora es “género”, si se estudia aspectos ligados a lo etnonacional y cultural, el análisis se centra en la “etnia”; pero esto no quiere decir que el género o la etnia sean exclusivas o principales en la explicación del movimiento de ciertas poblaciones, porque ellas no conforman en sí mismas un grupo cerrado a las relaciones con la sociedad (107). De acuerdo a las investigaciones y a la teorización desarrollada, es claro que Jaime Breilh prioriza en sus investigaciones sobre la categoría “clase social”; a pesar de ello, en la presente investigación se le concedió importancia a las categorías “clase social”, “etnia” pero se le otorgó especial relevancia a la categoría de género pues se propone analizar la determinación social de la atención odontológica en las mujeres embarazadas; pero también con el propósito de superar las limitaciones que surgen cuando se enfatiza en “clase social” pues esto da pie a tener una visión parcial que le resta posibilidades para captar la complejidad del proceso salud enfermedad oral y de la atención dental en este grupo de mujeres.

¹² Entendiendo la matriz de poder como un espacio de lucha en el que a las inequidades por clase social se deben agregar las generadas por el patriarcado, que se expresan en discriminación de género y el eurocentrismo dominante, en las relaciones coloniales de racismo que se tejen entre las culturas subalternas con las hegemónicas (Eibenschutz C, Taméz S, González R. ¿Determinación social o determinantes sociales de la salud. Universidad Autónoma Metropolitana. México. 2011).

- Clase social

Para Breilh la categoría de “clase social” es fundamental; sin embargo, su conceptualización está inmersa en grandes conflictos. Si bien Marx no fue la persona que acuñó el término, fue quién realmente lo desarrolló, pero no alcanzó a elaborar una definición formal del mismo y su concepto se deduce a partir de los escritos en los que analiza las relaciones de clase; esto conduce a diferentes interpretaciones y con ello a la controversia relacionada con esta categoría. De acuerdo a Marx, las clases surgen cuando la expansión de la división del trabajo permitió la producción de un excedente del que se apropió una minoría de no productores y como consecuencia de ello se establecieron relaciones de explotación entre esos pocos no productores con la mayoría de productores, generando conflictos entre clases lo que condujo a la transformación de la estructura social (205,206).

De acuerdo a García, coexisten al menos tres líneas de pensamiento en el seno de la teoría marxista contemporánea de las clases: la primera con sus raíces en el estructuralismo, en segundo término la línea del marxismo analítico interesada en reformular las categorías marxistas a partir de datos obtenidos por la investigación empírica, y finalmente la línea que se inscribe dentro del idealismo o humanismo teórico cuyo rasgo distintivo es otorgar primacía a la conciencia en su definición de las clases. Con base en el análisis planteado por García, es posible inscribir la postura de Breilh en la última línea pues su concepto de clase no se cimenta en el individuo sino en la acción de clase, en particular al hecho que los agentes sociales tienen la capacidad de emprender una acción política-ideológica conjunta, la existencia de las clase está supeditada al capitalismo y se observan las clases a partir de las gradaciones en el nivel de conciencia de clase de los colectivos (205).

En este sentido la clase social para Breilh es un proceso económico estructural de inserción en el aparato productivo, control de la propiedad, formación de relaciones sociales de producción y acceso a una cuota de distribución social y los modos de reproducción que están inmersos en la estructura de la propiedad, reflejando la clase social “en sí”; pero también los procesos ideológicos, la reproducción del poder simbólico y en los procesos políticos, que representa la clase social “para sí” (206). Aspectos que podrían responder a la controversia que existe de si, la concepción que Breilh hace de clase social se aproxima más a la corriente estructuralista (clase social “en sí”) o a la idealista y a la comprensión de la clase social “para sí”, en el marco de la trama compleja de contradicciones y que se expresan en el perfil de la determinación social de la salud.

“...con el dominio de la clase “en sí” (la clase social por su inserción en el aparato productivo) y la clase social “para sí” (la clase que tiene conciencia de sus intereses, históricos a largo plazo...”(Breilh J, 2010)(155)

En el marco de este trabajo, la categoría “clase social” adquiere unas dimensiones particulares, respondiendo de manera coherente a la situación que enfrentan las mujeres embarazadas como sub-asalariadas, desempleadas dependientes económicamente de su esposo o desempleadas que dependen de las circunstancias, del “apoyo” familiar, que en cualquiera de los casos carecen de propiedades y que comparten condiciones de dependencia y desventaja económico-social (207).¹³

¹³ Retomando a Breilh, la clase social en este trabajo se entiende como la característica determinante del modo de vida de un conglomerado social que comparte la misma posición en el sistema de relaciones sociales, y que corresponde a un mismo tipo de inserción en el sistema económico, que depende el tipo de actividad de sus miembros, su formas de propiedad, relaciones de trabajo y su cuota de la riqueza social, lo que determina el disfrute de sus derechos y el acceso a los bienes.

- Género

Con esto en mente, la categoría “género” se constituye en un eje central en la comprensión de la determinación social de la atención odontológica de la mujer embarazada. Es necesario señalar sin embargo, que en el campo de la salud y su relación con mujeres el tema podría abordarse desde tres perspectivas la biológica que concibe a las mujeres como frágiles, vulnerables y enfermizas; la feminista que privilegia el punto de vista de las mujeres en su interés político por visualizar su condición de subordinación y discriminación y finalmente, la perspectiva de género entendida como una categoría analítica que se propone comprender el comportamiento y las relaciones asimétricas entre hombres y mujeres y que se construye sobre la base de la diferencia sexual que deriva en desigualdades sociales (208,209). Esta última (la perspectiva de género) en relación con la salud es de gran ayuda para ampliar y profundizar el conocimiento del proceso salud enfermedad oral y su atención en las mujeres embarazadas desde una perspectiva integral (209); además, es importante recordar que el concepto de género¹⁴ se ve influenciado por aspectos del orden cultural, histórico y del contexto.

El abordaje de la categoría género refleja diferentes intereses. Para algunos es importante identificar las diferentes temáticas, que en el campo social, orientan la investigación sobre mujeres y las raíces que sitúan sus desarrollos (210). Para otros lo más relevante es la conceptualización relacionada con “género” que se elabora desde las diferentes disciplinas que lo estudian, en este sentido se observa que la antropología, la sicología, la sociología, la historia y las ciencias de la salud, entre otras abordan esta categoría (211). Otros, trabajan la confluencia de género, desigualdad y salud pública y presentan las teorías sociobiológicas y sociológicas de género como las más utilizadas para explicar las inequidades. En la visión sociobiológica el eje que matiza las diferencias entre hombres y mujeres es fundamentalmente biológico, mientras que la sociológica, aunque no descarta la importancia de las diferencias biológicas, considera que los criterios que condicionan la inequidad de género son las estructuras sociales y políticas que determinan los comportamientos de las personas; a pesar de su valor, su interés sobre los aspectos del nivel individual limita sus alcances (212). El poder es otro elemento que atraviesa el género y que pasa por lo psicológico, lo cultural, lo social y lo histórico, pues a partir de él se gestan relaciones primarias de poder que se extienden a las esferas globales de lo social; así, el cuerpo de la mujer es un espacio dispuesto a cargar y recibir al otro y que la hace cautiva; de esta forma las mujeres como colectivo son expropiadas de su cuerpo, su sexualidad y su subjetividad. Los especialistas que desarrollan estudios entorno a la mujer con intereses políticos revelan la importancia de tres categorías “clase social”, “raza” y “género” buscando analizar las circunstancias de los oprimidos e invocando la comprensión de las desigualdades de poder organizados en estos tres ejes (213). La perspectiva del poder en el marco de la concepción de género orienta en gran medida la comprensión de la situación de la mujer embarazada frente a su salud oral y su atención en esta investigación. En este sentido es necesario señalar que los patrones patriarcales tienen una relación directa con las relaciones de poder, un poder controlado por los hombres; en el que se establecen unas relaciones desiguales e inequitativas que someten a la mujer al espacio doméstico, a roles secundarios, al sometimiento, a la violencia y a condiciones de carencias que aparecen

¹⁴ En este trabajo género y las relaciones de género alude a las construcciones culturales que surgen históricamente alrededor de las diferencias sexuales y biológicas entre los hombres y las mujeres, entendiendo cómo a partir de estas características se elaboraron culturalmente diferencias en el poder y el dominio sobre todos los ámbitos de la reproducción social: el trabajo, la vida familiar y cotidiana, el quehacer político y la capacidad para incidir en las ideas, en la cultura y en las representaciones que cada individuo elabora (Breilh J, El género entre fuegos: Inequidad y Esperanza. Quito Ed.CEAS,1996 p.25)

como naturales dentro de las relaciones sociales, pues son esquemas que se han repetido durante siglos y aún se mantienen.

- **Etnia**

La categoría “etnia”¹⁵ es una construcción histórica cultural relacionada con la identidad que construyen ciertos grupos sociales en su interacción y que establecen su forma de ver el mundo. La etnia se define por los atributos culturales (idioma, vestido, religión, instituciones, creencias, cosmovisión, etc) que otorgan una identidad que es aceptada y asumida por un colectivo. En general se puede afirmar que los grupos étnicos tienen recursos que los cohesionan, como el idioma, y se consolidan o no mediados por el poder, fundamentalmente cultural, aunque necesitan de otras formas de poder para reproducirse y consolidarse. De esta forma la etnia determina las condiciones de vida y de salud de los colectivos (214).

El tema de la equidad en salud para las etnias es complejo; usualmente los grupos étnicos discriminados se encuentran en los estratos sociales más bajos de los países marcados por el etnocentrismo y la visión biomédica que desconoce las historias personales y grupales culturales, la cosmovisión heredada y aprendida, y los saberes propios que constituyen su acervo de vida y condicionan las formas de estructurar sus espacios de reproducción biológica y social. Adicionar a la categoría etnia la de género, implica poner en evidencia las relaciones de poder entre géneros en los diferentes grupos culturales, lo que conlleva a manifestaciones diferentes según patrones culturales, simbolismo, cosmovisión, imaginario popular y códigos de comunicación lo que se expresa en las estructuras políticas, normativas sociales y jurídicas, de acceso a los servicios y en todos los ámbitos del accionar en la vida cotidiana (215).

De esta forma la articulación de clase, género y etnia como matriz de poder se constituye en un elemento teórico esencial para analizar la determinación social de la atención odontológica de la mujer embarazada. Sin embargo, cada uno de estos elementos que constituyen la matriz de poder se utilizarán, en este trabajo, de manera diferencial de acuerdo a las condiciones culturales, sociales, políticas y económicas observadas en el contexto.

- **El triángulo de la política**

Para Breilh el triángulo de la política se constituye en el sustento de una praxis emancipadora en el marco de un proceso investigativo que se explora desde la DSS. Con base en este argumento es necesario comprender esta conceptualización con miras a orientar los resultados de la investigación que se desarrolla para proponer alternativas que

¹⁵ La etnia en esta investigación se comprende como una construcción social dinámica e histórica que alude a contenidos de identidad sociocultural fundamentadas en formas tradicionales de ver el mundo, mitos, linaje, prácticas religiosas, lengua e institucionalidad. Lo étnico es un campo de relaciones de poder entre distintos, por lo que representa también formas de resistencia, negociación e integración subordinada ante la dominación, es decir es un campo de acción política, determinado por los niveles de conciencia y de ubicación social y material dentro de la estructura social que asumen las etnias. (Montealegre DM, Urrego JH. Enfoques diferenciales de género y etnia. Especialización acción sin daño y construcción de paz. PIUPC. En: https://campusvirtual.univalle.edu.co/moodle/pluginfile.php/487596/mod_resource/content/1/4%20Enfoques%20diferenciales%20genero%20Etnia%20UNAL%20Colombia.pdf

promuevan la salud oral y la atención odontológica de las mujeres durante su etapa de gestación y durante todo su ciclo vital.

La práctica epidemiológica desde la epidemiología crítica trabaja en la construcción popular-académica de una sociedad centrada en la vida, la equidad y la bioseguridad, mediante una investigación intercultural, interdisciplinaria, de base comunitaria, que busca alimentar un proceso de reforma crítica, cuyo eje estratégico es el apoyo desde la epidemiología a la defensa de los derechos, una investigación que monitorea los eventos de interés enfocada en los procesos críticos de la salud y que se proyecta hacia la construcción de una nueva civilización que pueda ser más saludable. En el marco de este paradigma, se asume como meta fundamental la lucha sanitaria, la denuncia y proposición de alternativas frente a la acumulación de capital como principio rector, en especial en el marco de los sistemas de salud; pero también en el de los sistemas laborales que destruyen la salud, y de los patrones consumistas que degradan los modos de vivir; sin embargo, no es posible lograr estas metas actuando sobre factores, ni ajustando sistemas, ni tampoco buscando mejoras en la gobernanza. El paradigma de la determinación social propone una mirada y una praxis diferente, visto de esta forma se convierte en la herramienta para el avance de la justiciabilidad y exigibilidad de derechos que han sido sistemáticamente negados (154).

Partiendo de los supuestos que la investigación busca conocer para transformar y que el método de investigación está supeditado a las características y movimiento del objeto, se puede concluir que es en el espacio de la acción donde se encuentra el objeto y sus elementos de transformación; de esta forma, un abordaje renovador del evento de interés, promueve la generación de un conocimiento transformador, con ello una praxis innovadora, y la política como el terreno propicio para la acción. Considerando esto, Breilh retoma el triángulo de la política (triángulo de Matus) para hacer operativas las propuestas desde la determinación social de la salud (155).

En el triángulo de la política se identifican tres elementos: El proyecto político, aludiendo al contenido de la acción, los fines estratégicos de una colectividad; la gobernabilidad, refiriendo al poder de manejar el proyecto y al grado de consenso o disenso que lo impulsa o lo obstaculiza, y finalmente la capacidad de gestión, describiendo al acervo de técnicas, destrezas y habilidades necesarias según la naturaleza de la acción (155); Breilh integra estos elementos en un proyecto emancipador para la salud, con un bloque social articulado de sujetos afectados y movilizados, y con un cuerpo de conocimiento científico y herramientas técnicas en dirección al avance de los otros dos elementos (154). Refiriendo además que la estructura y movimiento de un programa pensado desde la determinación social se sustenta en la acción interdisciplinaria, intercultural, intersectorial e interinstitucional.

En esta investigación el triángulo de la política se concibe como una herramienta que permite analizar la relación de las políticas orientadas a promover la atención de las mujeres embarazadas, en particular la atención odontológica, el poder que tienen los gobernantes, secretarios y administrativos en el área de la salud para liderar proyectos orientados a promover estas políticas, pero también la capacidad que tienen los profesionales de la salud y particularmente los odontólogos que en conjunto con las embarazadas pueden gestionar los programas y proyectos que promueven la atención odontológica de las gestantes y con ello impulsar una nueva praxis que incentive un mejor acceso de estas a la consulta dental.

- **La triangulación de técnicas**

Abordar la investigación científica con criterios sólidos es una tarea compleja, sobre todo si existen diversos estilos para afrontar el objeto de estudio desde paradigmas diferentes, esto unido a la natural evolución de la ciencia y a las exigencias planteadas por la sociedad a lo largo de la historia, han generado controversia pues han existido posiciones contrapuestas en un momento en el que se pretende absolutizar una posición paradigmática como es el positivismo, soportada convencionalmente en técnicas cuantitativas en detrimento de las perspectivas fenomenológicas y aún más de las críticas, apoyadas usualmente en técnicas cualitativas o mixtas; (216) en este sentido cabe destacar la propuesta que Breilh hace con relación a la implementación de las diferentes técnicas para la investigación.

La triangulación de técnicas es un elemento teórico básico que apoya la formulación metodológica de un proceso investigativo desde el enfoque de la DSS. De acuerdo a lo referido por Jaime Breilh el mundo objetivo y el conocimiento que lo refleja no son sólo cualitativo ni sólo cuantitativo. La realidad se caracteriza por un rico movimiento de calidad en cantidad y viceversa. El conocimiento científico parte de la delimitación cualitativa y luego avanza a la definición del movimiento y explicación de las cantidades. Por lo tanto los términos del debate con relación a lo cualitativo y lo cuantitativo están equivocados, pues lo que difieren son las técnicas, unas utilizan procedimientos extensivos, como la encuesta y las técnicas basadas en cálculos probabilísticos y otras se centran en el registro intensivo de carácter individualizado como ocurre con la entrevista, las historias de vida y otras técnicas de evocación y análisis del discurso. Pero antes que pensar en las técnicas hay que pensar en el objeto y en el método y estos no son ni cuantitativos ni cualitativos, están determinados por el problema concreto y en los sustentos que orientan al investigador (216).

En esa línea, este autor expresa la necesidad de recurrir a diferentes tipos de técnicas de observación, cuyo estatuto explicativo y límites no se establecen “a priori” sino de acuerdo al objeto en cuestión, depende del movimiento real del objeto, de las dimensiones que de este se quieren conocer y de las circunstancias históricas que rodean la relación sujeto-objeto. En términos generales se puede decir que las técnicas biográficas tendrían su lugar natural de utilización en el desciframiento de los patrones individuales o formas de concreción individual de las prácticas y saberes vinculados con la producción y distribución de la salud que serán de enorme utilidad frente al conocimiento de estrategias comunitarias y familiares relacionadas con la salud colectiva. En tanto que los procesos generales de la sociedad investigada, la delimitación que estos producen respecto al movimiento de la vida de los grupos requerirá técnicas idóneas para el análisis histórico como la inferencia sociológica, el análisis estructural económico, los recursos de organización del Estado (técnicas intensivas). Mientras que, el conocimiento de las magnitudes, proporciones, tendencias centrales y dispersión, asociaciones fenoménicas de expresiones sociológicas y biológico-sociales en fenotipos concretos tendrán que recurrir a técnicas de encuesta (extensivas). Por tanto de lo que se trata es de una complementación bajo el control metodológico de las distintas técnicas y la dialéctica se constituye en el sustento que permite relacionar en el método lo cualitativo y lo cuantitativo, lo teórico y lo empírico, lo racional y lo sensorial, constituyéndose en un plan metodológico que enmarca la integración de técnicas (216).

Considerando la complejidad y la dinámica del proceso salud-enfermedad-atención oral de las mujeres embarazadas y de las implicaciones metodológicas de la determinación social de la salud, esta investigación se soportó en el realismo dialéctico, mediante la triangulación

de técnicas intensivas y extensivas de acuerdo a lo que se presenta en el siguiente apartado.

2.2.4 El diseño metodológico

- **Enfoque metodológico**

La presente investigación se realizó desde la determinación social en el marco de la salud colectiva y la medicina social latinoamericana, sustentado en la epidemiología crítica y con un abordaje elaborado desde el realismo dialéctico -aludiendo a la discursiva epistemológica - con base en los fundamentos de Breilh (107) en el que se asume que:

“Para el realismo dialéctico la praxis¹⁶ es por tanto inherente al conocimiento y su producción; moviliza y unifica la teoría y la observación; construye y moviliza simultáneamente lo singular y lo universal, de esta manera es concebida como un acto creador de transformación. La praxis por consiguiente es productiva, y está en la base de un movimiento dialéctico de la acción y el conocimiento, bajo el que se transforma simultáneamente el objeto y el sujeto” (107).

En el proceso desarrollado se triangularon técnicas intensivas (cualitativas) buscando profundizar en la complejidad de lo singular, y técnicas extensivas (cuantitativas) para profundizar en la complejidad y regularidad de los fenómenos agregados (107) y con ello identificar los procesos críticos en cada uno de los dominios, interpretar el movimiento de la realidad y las relaciones entre diferentes dominios, dimensiones y órdenes de la matriz de procesos críticos y el perfil de la determinación social de la atención odontológica de las mujeres embarazadas que asistieron a su control prenatal a instituciones públicas de tres localidades de Bogotá en el segundo semestre de 2012.

- **Las fases del proceso investigativo**

El proceso de investigación se desarrolló en cuatro fases así:

- Fase de comprensión del objeto de estudio e identificación teórica de los procesos críticos.
- Fase de desciframiento de los dominios individuales, particulares y generales, en los órdenes económico, político y cultural relacionados con la determinación social de la atención odontológica de las mujeres gestantes.
- Fase de integración y dinamización.
- Fase de síntesis y comprensión. Permitiendo cumplir con los objetivos propuestos en la investigación (tabla 2-2).
- La fase de comprensión del objeto de estudio e identificación teórica de los procesos críticos:

Esta fase se definió como aquella parte del proceso que buscaba explorar en la literatura científica relacionada con la determinación social, la salud oral y la atención odontológica -

¹⁶ La noción de praxis se relaciona con la actividad humana, las necesidades que se presentan, su articulación con un determinado conocimiento de la realidad social, una crítica radical a dicha realidad y un proyecto para su transformación. En otras palabras, en este trabajo, implica la práctica consciente de los sujetos sociales para orientar la acción de investigación, la atención odontológica de las mujeres embarazadas, una crítica a la situación que estas mujeres enfrentan y con esto un proyecto para su transformación.

a nivel general y de las gestantes- y en los documentos relacionados con las políticas de salud los potenciales procesos críticos en los diferentes dominios y órdenes de la determinación, a partir de los cuales, se elaboró una matriz inicial de determinación social de la atención odontológica de las gestantes; así como, la construcción de los instrumentos de recolección de la información.

Tabla 2 - 2. Fases del proceso metodológico desarrollado y las técnicas de investigación implementadas

FASES				TECNICAS		Técnica implementada
				Intensivas	Extensivas	
FASE DE COMPRESIÓN DEL OBJETO E IDENTIFICACIÓN TEÓRICA DE LOS PROCESOS CRÍTICOS				X		Análisis bibliográfico en profundidad
FASE DE DESCIFRAMIENTO DE LOS PROCESOS INDIVIDUALES, PARTICULARES Y GENERALES	Consulta a informantes base			X		Entrevistas
	Identificación de las representaciones y las tendencias	Identificación las representaciones de los actores	Embarazadas y mujeres en postparto	X		Entrevistas
			Profesionales que las atienden	X		Entrevistas
			Administrativos			Entrevistas
			Protocolo de atención	X		Análisis documental
	Reconocer las trayectorias de atención odontológica de las embarazadas			X		Observación no participante
	Establecer las tendencias epidemiológicas				X	Encuestas
	Exploración socio-histórica y política			X		Análisis documental
FASE DE INTEGRACIÓN Y DINAMIZACIÓN				X	X	Análisis resultados fases anteriores
FASE DE SÍNTESIS Y COMPRESIÓN				X		Síntesis de resultados

En esta fase se identificaron las publicaciones “emblemáticas”¹⁷ soportada en los postulados de Dorothy Smtih (217), (218) y que estaban relacionadas con la DSS (tabla 2-3), con la DSS oral y la atención odontológica tanto a nivel general como de las mujeres gestantes (tabla 2-4) y los escritos relativos a las políticas (tabla 2-5), elegidos de manera intencional por su concordancia con la temática o con el contexto, después de una revisión exhaustiva de diversos textos relacionados. A estos documentos emblemáticos se les efectuó análisis intensivo y a partir de ello se identificaron de manera teórica los procesos críticos de la determinación social de la atención odontológica de las mujeres gestantes (219).

Tabla 2 - 3. Publicaciones relacionadas con la DSS

Título de la publicación	Autor(es)	Fuente	año
Epidemiología crítica. Ciencia emancipadora e interculturalidad	Breilh J	Buenos Aires, Lugar Editorial,	2003

¹⁷ Los documentos emblemáticos se definen de acuerdo a lo definido por Dorothy Smith en el marco de la etnografía institucional como “algún tipo de documento que tiene un carácter relativamente fijo y replicable ...permitiendo ser activados por los usuarios en diferentes momentos y lugares-lo que les permite cumplir un papel de estandarización y mediación”

Tabla 2 - 4. Publicaciones relacionadas con la salud oral y la atención odontológica a nivel general y de las mujeres gestantes

Título de la publicación	Autor(es)	fuentes	año
Reducing oral health disparities: a focus on social and cultural determinants	Patrick DL, Lee RS, Nucci M, Grembowski D, Jolles CZ, Milgrom P	BMC Oral Health. 2006 Jun 15;6 Suppl 1:S4.	2006
Saude bucal de gestantes: uma abordagem de gênero.	Silva A	Universidad Federal de Mato Grosso do Sul. Mestrado em saúde coletiva. Trabajo de dissertação	2001

Tabla 2 - 5. Publicaciones relacionadas con políticas de salud oral

Título de la publicación	Autor(es)	Fuente	año
Propuesta de ajuste a la política pública de salud oral de Bogotá	ACFO-SDS	Contrato No 20090137-00 Secretaria Distrital de Salud. Informe Final. Base de la política de salud oral de Bogotá, D.C. Con participación social para el decenio 2011-2021	2010

Fundamentados en el análisis documental (técnica intensiva), se identificaron los procesos críticos de la determinación social de la atención odontológica de las mujeres embarazadas tanto en los dominios generales, particulares, como singulares en el orden económico, político y cultural. Adicionalmente se generaron los instrumentos para la recolección de la información (Anexo C: (AnexoC1 entrevista a gestantes), (Anexo C2: entrevista a mujeres en posparto), (Anexo C3. Entrevista a profesionales) (Anexo C4: Guía de seguimiento a la atención odontológica de las gestantes). Estos instrumentos se presentaron tanto a personas con fundamentos en determinación social de la salud (Carolina Morales, PhD Salud Pública UNAL, Docente Universidad Nacional y Directora de esta tesis), a Jaime Breilh (Investigador, Director del programa de Doctorado Salud Colectiva, Ambiente y Sociedad de la Universidad Andina Simón Bolívar y precursor de la Epidemiología Crítica), así como al grupo de investigación multidisciplinario (odontólogo@s, psicóloga, odontóloga PhD Bioética, sociólogo@ y antropólogo@) de la Universidad El Bosque) que desarrollaba un proyecto orientado a promover la salud oral de las mujeres gestantes atendidas en la red norte de Bogotá, proyecto financiando por Colciencias y que venía desarrollando el programa de salud oral sobre las mujeres gestantes en las tres localidades analizadas(156).

- Fase de desciframiento de los procesos de los dominios individual, particular y general

Esta fase se conceptualiza como el apartado que permite conocer, explorar, confirmar, y describir los procesos críticos en los dominios colectivos e individuales de la matriz de

procesos críticos; así como los procesos protectores y destructivos del perfil de la determinación social de la atención odontológica de la mujer gestante, perfil que se construyó desde la perspectiva de los actores mediante la realización de entrevistas a embarazadas, mujeres en postparto, profesionales, administrativos y análisis documental del protocolo de atención, del marco social, geográfico y político en el que acontece el fenómeno (técnicas intensivas). Con esta fase se complementó el objetivo de identificar los procesos críticos de la determinación social y se configuró el perfil de la determinación social con sus procesos protectores y destructivos.

La fase de desciframiento de los procesos individuales, particulares y generales incluyó además, la realización de entrevistas a informantes base, el reconocimiento de las trayectorias de atención odontológica de las mujeres gestantes mediante la implementación de técnicas observación no participativa (técnica intensiva) y se identificaron también las tendencias epidemiológicas a través de los datos obtenidos a partir de fuentes secundarias mediante la aplicación de encuestas (técnicas extensivas).

- Consulta a informantes base

Los instrumentos de recolección de la información y la matriz de procesos se presentaron a los informantes base, previa explicación de los objetivos y alcance del proyecto. Los informantes base, elegidos mediante un muestreo intencional (158), fueron las personas que constataron las características y pertinencia de los criterios incluidos en el proceso investigativo. Cada uno de los informantes base fue entrevistado en una o más sesiones; la mayoría de ellos se abordaron al inicio del proceso investigativo, dos en la mitad de este y dos aceptaron participar en la validación de los resultados. Las características de los informantes base se describen a continuación y en la que se observa que se entrevistaron tanto a profesionales como a una mujer embarazada (tabla 2-6):

Tabla 2 - 6. Caracterización de los informantes base involucrados en la investigación

Ubicación socio-laboral	Procedencia	Edad (años)	Género	Formación
Docente	Bogotá	63	Femenino	Especialista
Docente investigador administrador	Medellín	57	Femenino	Magister
Docente investigador administrador	Bogotá	55	Femenino	PhD
Administrador	Bogotá	51	Hombre	Magister
Investigador administrador	Cali	35	Hombre	Magister
Odontóloga	Bogotá	48	Femenino	Profesional
Embarazada	Bogotá	40	Femenino	Bachiller

La información obtenida a partir de las entrevistas realizadas con los informantes base (técnica intensiva) permitió corroborar los aspectos que integran la matriz de procesos críticos de la determinación social de la atención odontológica de las mujeres embarazadas.

- Identificación de las representaciones y de las tendencias

Involucró la identificación de las representaciones de los actores, conocimiento de las trayectorias de atención, establecimiento de las tendencias epidemiológicas.

- Identificación de las representaciones de los actores

Se realizaron entrevistas semiestructuradas identificando los procesos críticos, en los dominios singular y particular de la determinación social de la atención odontológica de las mujeres a: gestantes, mujeres en el postparto, profesionales que los atienden, administrativos y se realizó análisis documental del protocolo de atención de las gestantes desarrollado en Engativá, Suba y Usaquén (técnicas intensivas). Proceso que implicó entrevistar, mediante muestreo intencional, nuevos actores o incluir nuevos documentos hasta el momento en que en cada grupo se alcanzaba saturación, es decir que no emergían en el proceso de análisis nuevas categorías y con la información disponible se podía construir una teoría comprensiva relacionada con la Determinación Social de la atención odontológica de las mujeres embarazadas (158).

Se entrevistaron seis mujeres gestantes y once en postparto de Suba, Engativá y Usaquén, entre los 18 y 40 años de edad, la mayoría del régimen subsidiado, de estrato socioeconómico 2, una alcanzó nivel de formación técnica y dos cursaron hasta quinto de primaria (tabla 2-7).

Tabla 2 - 7. Caracterización de las gestantes y mujeres en postparto involucrados en la investigación

Rol	Localidad	Edad	Género	Escolaridad	ESE	Régimen
Gestantes	Suba	40	Mujeres	undécimo	2	subsidiado
Gestante	Suba	19	Mujer	décimo	2	Espera carnet del subsidiado
Gestante	Suba	30	Mujer	quinto	2	subsidiado
Gestante	Engativá	24	Mujer	técnico	3	subsidiado
Gestante	Engativá	19	Mujer	undécimo	3	Fondo Distrital
Gestante	Simón Bolívar	21	Mujer	décimo	2	subsidiado
Postparto	Suba	18	Mujer	undécimo	2	subsidiado
Postparto	Suba	20	Mujer	undécimo	2	subsidiado
Postparto	Suba	19	Mujer	noveno	2	subsidiado
Postparto	Suba	25	Mujer	octavo	2	subsidiado
Postparto	Engativá	34	Mujer	octavo	3	subsidiado
Postparto	Engativá	27	Mujer	undécimo	2	subsidiado
Postparto	Engativá	18	Mujer	décimo	3	subsidiado
Postparto	Engativá	22	Mujer	undécimo	3	subsidiado
Postparto	Engativá	29	Mujer	undécimo	2	subsidiado
Postparto	Simón Bolívar	32	Mujer	quinto	1	subsidiado
Postparto	Simón Bolívar	22	Mujer	séptimo	1	subsidiado

Los profesionales incluidos en la investigación fueron auxiliares, higienista, médica general, odontólogos generales y periodoncistas que atendían a las mujeres embarazadas de las tres localidades involucradas en el estudio (tabla 2-8).

El personal administrativo involucrado en el proceso fueron principalmente enfermeras pero también se abordó a una odontóloga que coordinaba el programa de salud oral en una de las localidades (tabla 2-9):

Tabla 2 - 8. Caracterización de los profesionales involucrados en la investigación

Rol	Localidad	Edad	Género	Escolaridad
Auxiliar	Suba	31	Mujer	técnico
Auxiliar	Engativá	35	Mujer	técnico
Higienista	Suba	52	Mujer	técnico
Médica general	Suba	29	Mujer	profesional
Odontóloga general	Suba	40	Mujer	profesional
Odontóloga general	Suba	48	Mujer	profesional
Odontóloga general	Engativá	55	Mujer	profesional
Odontóloga general	Engativá	46	Mujer	profesional
Odontóloga general	Simón Bolívar	41	Mujer	profesional
Odontóloga periodoncista	Suba	34	Mujer	especialista
Odontóloga periodoncista	Engativá	33	Mujer	especialista

Tabla 2 - 9. Caracterización del personal administrativo involucrado en la investigación

Rol	Localidad	Edad	Género	Escolaridad
Odontóloga coordinadora de salud oral	Suba	25	Mujer	especialista
Enfermera	Suba	28	Mujer	especialista
Enfermera	Engativá	26	Mujer	profesional
Enfermera	Simón Bolívar	27	Mujer	profesional

La información obtenida, a partir de los diferentes actores, se registró en audio; posteriormente, se transcribió y se procesó en el paquete Atla-ti 6.0 de acuerdo a superfamilias, familias y categorías de los dominios singular, particular y general en los órdenes económico, político y cultural previamente establecidos en la fase de comprensión del objeto de estudio y de otros que emergieron en la fase de desciframiento durante el proceso investigativo desarrollado. El análisis de las representaciones se fundamentó en los postulados de Moscovici, ya que para él las representaciones sociales constituyen y son constituyentes de un imaginario social en el cual pueden encontrarse anclajes significativos determinados por situaciones históricas y socioculturales que conforman la matriz de las prácticas sociales (220).

Se realizó también el análisis de contenido del protocolo de atención odontológica de las mujeres gestantes que se implementó en las tres localidades involucradas siguiendo “la Guía de manejo clínico para tratamiento odontológico en la mujer gestante” elaborada por la Secretaria de Salud de Bogotá, Hospitales de la red norte adscritas a la SDS, Universidad El Bosque y Colciencias (técnica intensiva). A partir de este análisis se identificaron los procesos críticos de la determinación social de la atención odontológica de las mujeres embarazadas en los diferentes dominios y órdenes.

- Reconocimiento de las trayectorias de atención odontológica de las gestantes

Cuatro primigestantes, elegidas de manera intencional, se involucraron en el proceso de identificar las trayectorias de la atención odontológica de las mujeres embarazadas mediante la implementación de técnicas observación no participativa como se refirió previamente (técnica intensiva); sus características se resumen en la tabla 10.

Tabla 2 - 10. Caracterización de las gestantes involucradas en la identificación de las trayectorias de atención odontológica

Localidad	Edad	Género	Escolaridad	ESE	Régimen
Suba	21	Mujer	técnico	2	subsidiado
Engativá	19	Mujer	sexto	3	fondo
Simón Bolívar	19	Mujer	bachillerato	3	subsidiado
Simón Bolívar	22	Mujer	bachillerato	1	subsidiado

La información obtenida a partir de la técnica de observación no participante que se registró en el formato Anexo C4 (Guía de seguimiento a la atención odontológica de las gestantes) y en el diario de campo, se sistematizó, categorizó y analizó considerando los dominios y órdenes de la determinación social relacionados con la temática de interés, utilizando el paquete Atlas.ti 6.0. En el anexo D se presentan mapas y fotografías que permiten constatar la realidad social, geográfica y de la dinámica de la atención de la atención odontológica evidenciada a través de la implementación de esta técnica.

- Establecimiento de las tendencias epidemiológicas

En este punto, el único en el que se implementó una técnica extensiva soportada en encuestas, se realizó un estudio observacional descriptivo de corte transversal (221). El universo lo constituyeron la totalidad de gestantes que fueron atendidas en la consulta prenatal en los hospitales incluidos en este estudio, en el primer semestre de 2012. La muestra se calculó mediante la rutina Statcalc de Paquete Epiinfo Versión 6, considerando las siguientes especificaciones para un estudio de prevalencia: una población estimada de 100.000 gestantes atendidas en los tres hospitales e instituciones adscritas en el periodo establecido, con una prevalencia esperada de asistencia a la consulta odontológica del 23%, y como peor resultado esperado del 20%, con un nivel del confianza del 95% por lo que un número no inferior a 750 mujeres gestantes deberían incluirse en la muestra. Considerando además, una potencial atrición de la muestra del 6%, por lo que se recolectó la información en 798 mujeres embarazadas atendidas en las tres localidades involucradas en el estudio, elegidas mediante un muestreo por conveniencia. Se incluyeron mujeres

gestantes que acudieron a su control prenatal a los hospitales de Suba, Engativa y Simón Bolívar durante el primer semestre del 2012. Se excluyeron a aquellas que no tenía información relacionada con la asistencia a la consulta odontológica.

En cuanto a las variables incluidos en el estudio, es necesario señalar que se generaron variables en dos niveles: Las variables del segundo nivel fueron:

- Régimen de afiliación a la seguridad social: recolectada en las categorías contributivo, subsidiado o vinculado. Variable cualitativa, medida en escala nominal y catalogada como variable explicativa
- Localidad en la que fue atendida: que se registró como Suba, Engativá o Usaquén. Variable cualitativa, medida en escala nominal y catalogada como variable explicativa.
- Aseguradora: variable que refiere la Empresa Promotora de Salud a la que está afiliada o que cubre los gastos de la atención de la mujer gestante y se catalogó como SISBEN, Privada. Fondo Distrital o Contributivo. Variable cualitativa, medida en escala nominal y catalogada como variable explicativa
- Estrato socio económico: criterio que refiere el estrato al que pertenece la gestante de acuerdo a lo reportado en los recibos de servicios públicos y que se categorizó entre los niveles 0 a 3. Variable cualitativa, medida en escala ordinal y catalogada como variable explicativa.

Las variables sociodemográficas del primer nivel que se recolectaron de las gestantes fueron:

- Nivel de escolaridad: variable que refiere el máximo nivel educativo alcanzado por la gestante y que se categorizó como: ninguno, primaria, secundaria, técnico y profesional. Variable cualitativa, medida en escala ordinal y catalogada como variable explicativa
- Estado civil: variable que alude al tipo de unión que estableció la mujer gestante con su pareja y que se catalogó como: Soltera, casada, viuda, unión libre o divorciada. Variable cualitativa, medida en escala nominal y catalogada como variable explicativa
- Edad: variable que registra la edad en años cumplidos de la mujer entrevistada que se recolectó en escala de razón y que se categorizó como de 20 años o menos, de 21 a 30, de 31 a 39 y mayores de 40, por lo que analizó como variable cuantitativa, medida en escala de intervalo y catalogada como variable explicativa.

Las variables del primer nivel, relacionadas con la condición bucal de la mujer gestante que se incluyeron:

- Condición periodontal que se clasificó como normal, con sangrado, con cálculos, con bolsas entre 4 y 5 mm o con bolsas de 6 mm o más. Variable cualitativa, medida en escala ordinal y catalogada como variable explicativa.
- Caries en los que se reportó el total de dientes cariados, obturados y perdidos. Variable cuantitativa, medida en escala de razón y catalogada como variable explicativa.
- Conocimientos relacionados con la asistencia a la consulta odontológica que se definió con base en dos preguntas básicas. Se catalogó buen conocimiento cuando la gestante respondía de forma acertada a las dos preguntas, regular cuando respondían de manera acertada a una pregunta y mala cuando no acertaban a

ninguna de las preguntas. Variable cualitativa, medida en escala ordinal y catalogada como variable explicativa.

- Asistencia a la consulta odontológica: que se categorizó como si o no. Variable cualitativa, medida en escala nominal y catalogada como variable de salida.

La información fue recolectada por odontólogas periodoncistas estandarizadas en el proyecto de atención de las gestantes de la red norte de Bogotá financiado por Colciencias de acuerdo al protocolo establecido para dicho proyecto (156). La información fue sistematizada por duplicado en Excel por personal del proyecto del bosque y la base fue entregada a la investigadora de la presente investigación, bajo la condición de referir la procedencia de estos datos. La base en Excel se exportó al paquete estadístico STATA 11.0 para el análisis univariado, bivariado y multivariado en múltiples niveles.

El plan de análisis estadístico incluyó el análisis univariado en el que se calcularon medidas de resumen según la naturaleza de las variables, para las cualitativas proporciones, para las cuantitativas medidas de tendencia central y dispersión, también se evaluó la distribución de los datos mediante el test de Shapiro-Wilk. Para el análisis bivariado se relacionaron cada una de las variables recolectadas (variables explicativas) con el ítem asistencia a la consulta odontológica (variable de salida) para ello se aplicaron test de Chi Cuadrado o Exacto de Fisher para las variables cualitativas y para las cuantitativas prueba t de Student para muestras independientes o test de rangos de Wilcoxon dependiendo de la distribución de los datos. La elaboración del modelo multivariado de la atención odontológica se realizó aplicando regresiones logísticas en múltiples niveles siguiendo las recomendaciones de Hosmer y Lemeshow (222), estimando la contribución relativa de los parámetros del primer (embarazada) y segundo nivel (régimen de afiliación) a la atención odontológica de las mujeres embarazadas. El modelo final incluyó los potenciales confusores permitiendo calcular los respectivos OR (Odds Ratio) ajustados. Finalmente se procedió a valorar la bondad de ajuste del modelo mediante la evaluación de los cambios en la Deviance en el modelo vacío, con variables de primer nivel (modelo 1), del segundo (modelo 2), el modelo saturado (modelo 3) y el modelo mixto (modelo 4)(223). Para todo este análisis se consideró un nivel de significancia de alfa (α)=0.05 (Anexo E).

- Exploración socio-histórica y política

La exploración documental de las localidades y las políticas permitió reconocer a Bogotá y a las localidades de Suba, Engativá y Usaquén como espacios sociales históricamente construidos por la dinámica de los modos de vida de sus colectivos (técnica intensiva) (tabla 2-11).

Para la exploración socio-histórica y política se procedió a identificar en la WEB y en los archivos institucionales, aportados por diferentes actores, los documentos relacionados con los planes de intervención colectiva, las políticas institucionales, distritales y nacionales con injerencia sobre la dinámica de la atención odontológica de las mujeres embarazadas. Se incluyeron todos los documentos encontrados y que en la evaluación inicial se identificaban expresiones relacionadas con la determinación social en los niveles general, particular y singular y en los ordentes político, económico y cultural; expresiones que se obtuvieron mediante análisis de contenido de cada uno de los documentos. Para ello se procedió a identificar las superfamilias, familias y categorías predeterminadas, otras que emergieron y que se procesó mediante el paquete Atla-ti 6.0

Tabla 2 - 11. Caracterización de los documentos utilizados para exploración socio-histórica y política

Documento	Localidad	fecha
Plan de intervenciones colectivas	Suba	2012
Diagnóstico local tercer avance	Suba	2011
Evaluación PIC	Engativá	2012
Lectura de realidades mesas de gestión social integral y calidad de vida	Engativá	2010
Diagnóstico local con participación social 2009-2010	Usaquén	2011
Informe avance salud situacional 2012. Desarrollo y viabilidad de propuestas en temas de interés en salud de la localidad de Usaquén	Usaquén	2012
Política de provisión de servicios de la Salud para Bogotá D.C.	Bogotá DC	2009
Política pública de mujeres y equidad de género en el Distrito Capital	Bogotá DC	2010
Política pública Salud Oral en Bogotá	Bogotá DC	2004-2010; 2011-2021
Resolución 0412 del Ministerio de Salud	Colombia	2000
La Ley 100 d 1993, la Ley 1122 (Capítulo VI) el Decreto 3039 de 2007 y la resolución 0425 de 2008 del Ministerio de salud	Colombia	1993, 2007,2008

- La fase de integración y dinamización

La información emergente procesada a lo largo de todas las fases (técnicas intensivas y extensivas) se consolidó con el propósito de analizar en forma integrada los resultados y con esto elaborar:

- La matriz de procesos críticos que se constituyó en la herramienta que permitió visualizar de manera integral e integradora los procesos críticos en todos los dominios de la determinación social de la atención odontológica de las mujeres embarazadas.
- El perfil de la determinación social, los procesos protectores y destructivos del orden económico, político y cultural en los dominios del nivel general, particular y singular que emergieron a lo largo de todo el proceso y con ello la dinámica que se establecía entre los diferentes dominios de la determinación social de la atención odontológica de las mujeres embarazadas.

Los resultados se presentaron tanto a las gestantes, al personal odontológico que las atendía como al personal administrativo de las instituciones involucradas y con ellos se hizo la validación de la descripción, de manera que se validaba en la medida en que las personas se vieron representadas en los textos.

Para proporcionar confiabilidad y validez a la investigación se efectuó triangulación de la información recolectada buscando la convergencia y complementación de los datos provenientes de las diferentes fuentes de información.

- La fase de síntesis y comprensión

Esta fase se definió en este trabajo, como la sección que permitió, a partir del análisis de cada uno de los elementos obtenidos en las diferentes fases, la estructuración, integración y resumen de la matriz de procesos críticos, del perfil de la determinación social de la atención odontológica, los procesos protectores y destructivos; que permitió además, la síntesis, contrastación, verificación de la coherencia y ajuste de las categorías de análisis con base en las dominios de la determinación social buscando comprender la dialéctica que se establece entre los diferentes dominios de la determinación social y de esclarecer la subsunción de lo biológico en lo social entre los diferentes dominios de la determinación social de la atención odontológica de las mujeres embarazadas de las tres localidades analizadas.

- **Consideraciones éticas**

La presente investigación se acogió a la normatividad establecida en la resolución 008430 de 1993 del entonces Ministerio de Salud, por la cual se establecieron las normas científicas, técnicas y administrativas que rigen el desarrollo de la actividad investigativa en salud de Colombia.

Con base en esta reglamentación este trabajo fue aprobado por el comité de ética de la Universidad Nacional de Colombia mediante acta aprobación No.13 de Agosto 11 de 2011. En todo momento del proceso investigativo prevaleció el criterio de respeto a la dignidad, la protección a los derechos y el bienestar de las personas involucradas. La investigación fue realizada por una profesional con conocimiento y experiencia. De acuerdo a la normatividad este trabajo se catalogó como una investigación sin riesgo. Durante el proceso realizado se obtuvo el consentimiento informado escrito de cada informante (Anexo F), momento en el que se le explicó en forma completa y clara a las personas involucradas, la justificación y los objetivos; los procedimientos a realizar, las molestias, los beneficios; la posibilidad de recibir respuesta en caso de duda; de su libertad para poder retirarse en cualquier momento de la investigación y sobre la confidencialidad, y privacidad de la información aportada.

Considerando que este trabajo se soporta en el enfoque de la determinación social, en el que es posible identificar dinámicas de poder que ubican a las mujeres embarazadas, de bajos ingresos, de Engativá, Suba y Usaquén; se establecieron los siguientes dilemas éticos y políticos y las estrategias para abordarlos:

En el nivel singular la relación de las infecciones bucales y su relación con eventos adversos, a pesar de la controversia que existe frente a esta relación, impulsa asumir el principio de precaución en las recomendaciones de cuidado y atención que se le ofrecieron a las mujeres embarazadas. Además, se propuso reducir el impacto de las creencias mediante un dialogo respetuoso con las gestantes. Por otra parte, las relaciones odontólogo@-mujer embarazada podrían representar desventajas para estas últimas por lo que se promovió también un dialogo entre ellos y como investigadora actúe como facilitadora de este proceso. Se propuso ilustrar a las mujeres sobre sus derechos, estrategias para acceder a la atención y la gratuidad de estos servicios con el fin de incentivar la asistencia a la consulta odontológica y con ello cambios a corto plazo.

En el dominio particular las dinámicas institucionales y a nivel de la localidad podrían generar barreras, por ello se estableció que una vez terminadas las entrevistas se harían

recomendaciones a la mujer, a los profesionales y administrativos de los diferentes entes territoriales e instituciones esto con el fin de poner en evidencia la problemática identificada e incentivar las potenciales soluciones a mediano plazo.

En el nivel general se propuso que los procesos políticos, económicos y culturales identificados se divulgen en diferentes instancias como estrategia para promover su cambio, de esta manera está investigación responderá al interés de una praxis transformadora.

3. Resultados

3.1 La matriz de los procesos críticos

El primer resultado que surge del proceso investigativo desarrollado es la matriz de procesos críticos que se estructuró con base en la fase de comprensión del objeto de estudio y la fase de desciframiento de los procesos en cada dominio, individual, particular, general y en cada orden político, económico y cultural (ver tablas 3-1, 3-2 y 3-3). En otras palabras los procesos críticos que alimentan la matriz de determinación social muestran la complejidad del objeto de interés, como resultado de la identificación de expresiones que emergieron de los diferentes actores, las tendencias epidemiológicas, el análisis documental y el reconocimiento de las trayectorias de la atención odontológica de las embarazadas identificados en las dos primeras fases de la investigación (Anexo G). Cabe recordar que tanto la comprensión de la complejidad de la atención en este grupo de gestantes, como el eventual diseño de la matriz de procesos críticos se sustenta en los postulados de Breilh. Adicionalmente, las expresiones que emergieron de las diferentes fuentes cobraron un mayor sentido al contrastarse con la exploración socio-histórica y geopolítica realizada para configurar el marco contextual que circunscribe la atención odontológica de las mujeres embarazadas de las tres localidades de Bogotá estudiadas.

La relación entre lo biológico y lo social en la atención odontológica aparece en cada exploración del proceso de investigación para adquirir su lugar en una relación entre la necesidad de atención como proceso humano individual y la respuesta de la sociedad y de la odontología a esa necesidad. Los procesos críticos de la determinación social de la atención odontológica de las mujeres gestantes se entendieron como objetos dinámicos que permitieron comprender la complejidad del fenómeno en estudio. Según los dominios general, particular y singular cada proceso cambia y se puede estructurar con base en los aportes de los órdenes político, económico y cultural (107). Desde otras perspectivas, autores como Adelia Silva reconoce los determinantes en diferentes órdenes, según su acción sobre la inequidad (28), aspectos que también se identifican tanto en la política de salud oral para Bogotá (169), como en los aportes de informantes base, entre otras expresiones que soportan los procesos críticos y que muestran la importancia de configurar la matriz de procesos críticos.

“La construcción de la necesidad como todo proceso humano se genera desde el orden individual o micro (génesis) y se reproduce desde el orden social o macro (reproducción social)... enmarcados en los condicionamientos económicos, culturales y políticos” (Breilh, Epidemiología crítica)

“Tem-se culpado a mulher também pelo desenvolvimento de doenças bucais... sem que se conheça a realidade social, econômica e cultural que marca a condição feminina” (Silva A 2001)

“...no se le brinda (atención odontológica) por todas las barreras, así sean económicas, políticas, de momento político, de contexto actual...” (Base)

“(la salud oral)... se constituye además un constructo complejo y multifactorial donde convergen, entre otras, dimensiones biológicas, culturales, sociales, políticas, económicas y de género.” (Política de salud oral Bogotá 2011-2021)

De esta forma, los procesos críticos contenidos en la matriz en las tablas 12A, B y C surgieron inicialmente de la revisión de los documentos emblemáticos pero se fueron reconstruyendo con los aportes de los diferentes actores y fuentes con base en las

Tabla 3 - 1. Matriz de procesos críticos de la determinación social de la atención odontológica de las mujeres embarazadas de tres localidades de la Red Norte de Bogotá (orden económico)

Dominio colectivo			Dominio individual		
Relaciones estructurales generales	Lógica dominante en la atención odontológica de las mujeres	Modos de vida de grupos sociales relacionados con la atención od gestantes	Estilos de vida y cotidianidad individual de embarazadas, pareja, profesionales	Condiciones genotípicas orales de las gestantes	Condiciones fenotípicas orales de las gestantes
Modelo de Acumulación	Mercantilización/ Monopolización de la salud y en general de servicios sociales Capitalismo salvaje	Expectativas de lucro en los gremios de profesionales. Sistemas de contratación Consumismo. Informalización del trabajo	Falta de acceso y barreras en la atención Contrato prestación de servicios, carrera administrativa. Sub-asalariadas, desempleadas/ dependientes de su pareja o de las circunstancias Presupuesto familiar	Acumulación de patologías Cambios biopsicosociales relacionados con el embarazo: Físicos (general-oral) Sicológicos (general-oral) Sociales (general –oral) Culturales (general-oral) Compromiso sistémico	
Violencia	Naturalización de relaciones violentas que propicia el sistema económico	Marginación laboral de las gestantes/ oportunidades de trabajo Clase social			
Políticas económicas	Planes de desarrollo y políticas sociales donde el Estado redujo su función de regular y garantizar	Economía local infraestructura Ciudad, localidad, barrio Modelo económico institucional Segregación espacial	Vivienda, servicios públicos Seguridad Trabajadora “informal”		Complicaciones del parto y del puerperio

Tabla 3 - 2. Matriz de procesos críticos de la determinación social de la atención odontológica de las mujeres embarazadas de tres localidades de la Red Norte de Bogotá (orden político)

Dominio colectivo			Dominio individual		
Relaciones estructurales generales	Lógica dominante en la atención odontológica de las mujeres	Modos de vida de grupos sociales relacionados con la atención od gestantes	Estilos de vida y cotidianidad individual de embarazadas, pareja, profesionales	Condiciones genotípicas orales de las gestantes	Condiciones fenotípicas orales de las gestantes
Internacional	Políticas de corte neoliberal, globalización	Colombia y sus entidades territoriales asumen la lógica globalizada	Barreras de acceso a la atención	Acumulación de patologías Cambios biopsicosociales relacionados con el embarazo: Físicos (general-oral) Sicológicos (general-oral) Sociales (general –oral) Culturales (general-oral) Compromiso sistémico	Complicaciones del parto y del puerperio
Nacional	Políticas reduccionistas del Estado, “Estado precario” “Estado mínimo”. En salud la Ley 100, la 1438, entre otras	Sistema de Seguridad Social en Salud administrado desde lo local con “control” del Estado Conflicto de poder entre políticas locales (atención, género, salud oral) y las nacionales	Mujer embarazada como objeto de mercado		
Violencia	Desplazamiento forzado/monopolización de la tierra	Dinámica institucional Sociedad soportada en las relaciones inequitativas de poder Clase social	Trámites y autorizaciones Tiempos de espera La gestante frente al sistema de atención y el personal Mala praxis		

Cont. Tabla 3 - 3. Matriz de procesos críticos de la determinación social de la atención odontológica de las mujeres embarazadas de tres localidades de la Red Norte Bogotá (orden cultural)

Dominio colectivo			Dominio individual		
Relaciones estructurales generales	Lógica dominante en la atención odontológica de las mujeres	Modos de vida de grupos sociales relacionados con la atención od gestantes	Estilos de vida y cotidianidad individual de embarazadas, pareja, profesionales	Condiciones genotípicas orales de las gestantes	Condiciones fenotípicas orales de las gestantes
<p>Patrones culturales</p> <p>La forma como se entiende y se asume el género</p> <p>La Etnia</p> <p>Persiste Violencia</p>	<p>Individualismo</p> <p>Paradigmas de formación (positivista, biologicista, asistencialista)</p> <p>Anglo-Eurocentrismo-Patriarcalismo</p> <p>Triple Inequidad</p> <p>Violencia social legitimada</p>	<p>Grupos sociales que promueven o rechazan el apoyo solidario</p> <p>Falta de oportunidad de acceso y permanencia sistema educativo</p> <p>Representaciones de los grupos a los que se pertenece: Machismo, racismo, marginación y segregación social</p> <p>Crimen, maltrato impunidad, naturalización de diferentes formas de violencia género</p>	<p>Relaciones de pareja, Relaciones familiares</p> <p>Relaciones gestantes-profesionales</p> <p>Relaciones entre profesionales</p> <p>Relaciones entre gestantes</p> <p>Representaciones de gestantes, familia, amigos, los profesionales</p> <p>Educación en salud</p> <p>“Adherencia tratamiento”, “salud oral bien social apetecible” Estética</p> <p>Violencia intrafamiliar</p>	<p>Acumulación de patologías</p> <p>Cambios biopsicosociales relacionados con el embarazo:</p> <p>Físicos (general-oral)</p> <p>Sicológicos (general-oral)</p> <p>Sociales (general –oral)</p> <p>Culturales (general-oral)</p> <p>Compromiso sistémico</p> <p>Complicaciones del parto y del puerperio</p>	

representaciones, el contexto y momento histórico en el que la investigación se desarrolló.

3.1.1 Los Procesos críticos del orden Económico

Los procesos críticos del orden económico, (registrados en la tabla 12A), definen el dominio colectivo y el individual de la determinación social de la atención odontológica de las mujeres gestantes en Bogotá. Estos procesos fueron identificados mediante técnicas intensivas, extensivas y su triangulación. A continuación se presentan algunas expresiones de los procesos identificados; otras se visualizan en el Anexo G, permitiendo evidenciar la pluralidad de voces en cada uno de los procesos críticos identificados.

- **Proceso críticos del orden económico definidos a partir de técnicas intensivas**
 - En el dominio general

En correspondencia a los procesos económicos los textos y los aportes de los diferentes actores destacan las tendencias mundiales relacionadas con la mercantilización y monopolización de la salud, el capitalismo neoliberal que determinan la orientación en las políticas económicas de un país, la naturalización de las relaciones violentas que propicia el sistema económico como procesos críticos en el dominio estructural que determinan la atención odontológica de las mujeres embarazadas y que se identifican en las siguientes expresiones así:

La mercantilización, monopolización de la salud y en general de los servicios sociales

“En Colombia, existe un acuerdo cada vez más amplio tanto en el ámbito social como académico respecto a las limitaciones que tiene el modelo de mercado de seguros para garantizar el derecho a la salud en una perspectiva de equidad y universalidad”. (Política de salud oral Bogotá)

...eso fue en detrimento de la profesión como tal y lo otro, le abrió la puerta a las EPS para mercantilizar la salud (odontóloga)

El capitalismo neoliberal y la orientación de las políticas económicas de un país

“...en los actuales momentos la desregulación y flexibilización han puesto en marcha atrás en los derechos económicos, sociales, laborales de la fuerza de trabajo y han institucionalizado formas de contratación y trabajo precario, como las maquilas y semejantes, que incrementan sus índices de ganancia y competitividad a merced del deterioro de la calidad de vida de la fuerza trabajo.” (Breilh J. Epidemiología crítica)

Una de las problemáticas más grandes es la corrupción y a pesar de esto el sistema funciona, si esto no existiera, el sistema sería muy bueno (Administrativo)

“El derecho a la salud está en directa relación con la distribución del ingreso, con la seguridad social y con la protección social así como con la disposición que se haga en cada país de servicios de salud adecuados y de programas y acciones de salud pública destinados a erradicar o a minimizar problemáticas prevenibles y a fomentar prácticas saludables en la población. En este sentido, requiere de la existencia de normas, instituciones, leyes, políticas y un entorno propicio para su disfrute, lo cual implica que estas disposiciones constituyan parte esencial en los planes y proyectos de desarrollo de los Estados”. (Política de salud oral Bogotá 2011-2021)

La naturalización de las relaciones violentas que propicia el sistema económico

“La situación de los trabajadores informales es dramática y se relaciona con desprotección social, inestabilidad por tiempos de desempeño irregulares, exposición a riesgos laborales,

limitaciones en la construcción de formas de organización y de redes sociales, relaciones inequitativas, entre economía formal e informal. El análisis desagregado por sexo de los trabajadores informales refleja que las mujeres representan la población trabajadora predominante, se caracteriza por ser madres cabeza de familia, que por falta de educación y estabilidad laboral ingresan a la economía informal” (Alcaldía Mayor de Bogotá DC. Localidad Usaquén. Diagnóstico local con participación social 2009-2010).

“En salud ha sido claro que los sistemas de diferencias y desigualdad en la calidad de vida, y en el disfrute/padecimiento de procesos benéficos/destructivos expresan siempre la operación de un sistema de inequidad, es decir de concentración de poder y relaciones sociales de dominación” (Breilh J. Epidemiología crítica)

Estas expresiones permiten constatar la injerencia de los procesos críticos del nivel estructural como aspectos centrales del orden económico que generan dinámicas que profundizan las brechas entre aquellos que ostentan el poder económico y los que se encuentran en condiciones de desventaja, promoviendo la inequidad con impacto sobre los procesos críticos del nivel particular y singular de la determinación social de la atención odontológica de las mujeres embarazadas como se evidenciará más adelante.

- En el dominio particular

En el nivel particular se reconocen expresiones que reflejan la dinámica financiera y la segregación espacial que enfrenta Bogotá, las tres localidades involucradas, sus barrios; pero también, el modelo económico institucional de los hospitales y centros de atención en salud estudiados, las condiciones de contratación de sus profesionales de la salud; además, emergen expresiones de operaciones que reflejan las expectativas de lucro y aspiraciones monetarias de los operadores del sistema, los odontólogos, el consumismo, las relaciones de clase social, así como, la informalización, flexibilización, marginación y escasas oportunidades que enfrentan las mujeres gestantes que trabajan, residen y reciben atención en salud en Engativá, Suba y Usaquén. Los procesos críticos y las expresiones relacionadas:

Expectativas de lucro en los gremios de profesionales

“...porque la lógica es... yo gano plata, no me importa a qué precio...las EPS han cambiado costos para ganar, les trasladan a las IPS contener costos para ganar, les trasladan al usuario las insatisfacciones y como no somos usuarios de derecho... entonces nos quedamos callados” (informante base)

“Los profesionales no estamos preparados para esa educación, nos volvimos máquinas de atención, no se puede cuantificar lo que estamos haciendo en PyP porque no reporta plata” (Od general)

Sistemas de contratación

En la mayoría de los hospitales de la red pública, los(as) odontólogos(as) generales y especialistas están vinculados(as) con diferentes modelos de contratación para desarrollar funciones asistenciales específicas de nivel individual en el ámbito de las IPS o actividades de promoción y prevención de nivel colectivo. A algunos pocos se les asignan funciones administrativas y participan en ciertos procesos de planeación, auditoría, control, etc. En muy pocos casos existe la figura de coordinación de salud oral y muchas veces cuando existe, sus funciones se limitan a la coordinación de algún programa comunitario o de prestación de servicios. La desaparición de este cargo en la estructura de muchos servicios de salud ocasionó la pérdida de liderazgo en el equipo de salud y la falta de una adecuada planeación y evaluación de los programas. Se identifica fácilmente que en aquellos hospitales donde existe un referente que coordina todos los programas de salud oral (POS, PIC, Salud Pública

y otros) la integralidad y la calidad de los procesos es mucho mayor". Política de salud oral Bogotá

"Cabe mencionar que estos problemas tienen relación con formas de contratación de los profesionales y personal auxiliar", (Política de salud oral Bogotá)

"...porque hay mucha rotación de personal, porque no se están socializando los manuales y los protocolos que tenemos, entonces ahí es donde entra a jugar muchos aspectos, si yo tengo una enfermera que ayer me sabía todo el protocolo pero la cambié porque le salió un mejor trabajo porque se me fue y contraté otra, esta llega así... pero la dinámica es que al día, a ella yo no la puedo sacar 3 días para darle una inducción y mostrarle todo porque es que ella me tiene que atender pacientes ya, porque la otra se me fue entonces la mando yo a atender una paciente y ella no tiene ni idea de que el paciente tiene que pasar por odontología, por nutrición por..., entonces ahí se me pierde un poco, esa rotación de personal hace que se me pierda ese compromiso institucional" (Administración)

Consumismo

"...todo lo que genera gasto suntuario;..., o sea medidas en una dinámica que no puede sostener económicamente..." (Base)

"... ellas deberían valorar que deben hacer un bolsillito de la plata para los pasajes y no gastárselo en el vestido que acaba de llegar nuevo para que su panza se le vea bonita; no lo hacen, primero el vestido o sea ellas están en esas en el consumismo como nosotros" (odontóloga general)

Informalización del trabajo, marginación laboral, oportunidades de trabajo de las gestantes

"Una masa marginal, expulsada en lo laboral hacia la informalidad; en lo territorial desplazada hacia los barrios de miseria y espacios más deteriorados de campos y ciudades;..." (Breilh J. Epidemiología crítica)

Las gestantes que vienen aquí tienen un empleo inestable..., ellas se angustian mucho por la precariedad laboral...y algunas sin trabajo pasando las verdes y las maduras. Se quejan por ejemplo mucho de que tienen dos hijos y les vino el tercero y pa levantar esos tres hijos si ella no trabaja, eso incide mucho en ellas también... pero ellas si ponen resistencia si va ser en horario de trabajo, ellas dicen que no (Base)

"...las que están laborando, especialmente de manera informal enfrentan la problemática de trabajar de domingo a domingo con doble jornada en el trabajo y en la casa y las actividades que ejercen son servicios varios, en restaurantes, cafeterías, haciendo de todo de tal manera que asistir a la consulta es dejar de ganar, porque muchas trabajan a destajo".(Administrativo)

"Cuando supe que estaba embarazada me tocó salirme de trabajar, trabajaba en un restaurante y era muy pesado y de me daba un dolor de cadera que me tocó ir por urgencias" (Trayectoria Gestante)

"... más que todo que son de un nivel bajito, en cuanto a la economía de pocos recursos económicos, personas que digamos maternitas que están en el medio supongamos que yo me he dado cuenta, maternitas del área de recicladores, personas que tienen muy... vulnerable en cuanto la parte económica, yo he visto que más que todo son ellas..."(Higienista)

Clase social

“...dinámicas sociales como son tan excluyentes nos van a poner la gente en hambruna, entonces ese asunto no son capaces de declararlo, sino que lo que dicen es no van a ver recursos, claro si yo estoy acumulando los recursos para mí...” (Base)

“...se trata de problemas que aunque generalizados presentan una frecuencia y severidad mayor en aquellos grupos humanos que viven en condiciones social y económicamente más adversas”. (Politica SO)

“El estrato socioeconómico está relacionado directamente con las condiciones socio económicas y culturales que influyen en el estado nutricional durante la gestación, así como en la presencia y manejo de complicaciones durante el embarazo lo que de una u otra forma influye en el fruto de la gestación...” (Informe avance salud situacional 2012)

Economía local

La participación de Bogotá en la economía nacional ha oscilado entre el 22 y 23% y en el sector financiero y manufacturero puede llegar al 50% y 40% respectivamente y de un 43% en el sector de los servicios (PNUD, 2008). Por otra parte, la Tasa de Desempleo se ubicó en 7,78 en la ciudad mientras que en Chapinero es de 3,67, asciende a 11,94 en la localidad de Ciudad Bolívar” (Polit SO)

Infraestructura

En esta categoría podemos citar también la falta de incentivos financieros, de apoyo institucional, de responsabilidad administrativa o civil, de consultoría de apoyo por otras especialidades, de posibilidades de derivación de los pacientes en caso necesario, de materiales de trabajo apropiados, o simplemente de tiempo, todos factores que escapan al control del profesional”. (Política de salud oral Bogotá)

“O que de fato precisa ser considerado é que a resolução dos problemas de saúde bucal ...perpassa por fatores extra-odontológicos como nível educacional, acesso a bens e serviços, poder aquisitivo, enfim, condições de vida da população (Pinto, 2000), não sendo possível buscar saúde bucal sem que se esteja condicionado à melhoria destes fatores”. (Silva A 2001)

“Não existe nenhuma atenção diferenciada à saúde bucal da mulher, a não ser quando se fala da saúde bucal de bebês. Mas mesmo quando se fala da atenção à saúde bucal de mulheres gestantes, esses serviços ainda são esparsos e de baixa cobertura”. (Silva A 2001)

Ciudad, localidad, Barrio

De acuerdo con la Encuesta de Calidad de Vida del 2007 el 0,7% de los hogares bogotanos habitan viviendas cuyas condiciones son inadecuadas, el 0,2% no cuentan con servicios públicos adecuados, el 2,6% viven en condiciones de hacinamiento crítico. Adicionalmente, se presenta un 0,5% de inasistencia escolar y en 1,6% de los hogares existen condiciones de alta dependencia económica. En la ciudad, un 24% de los hogares manifiestan no tener los ingresos suficientes para cubrir sus gastos mínimos, un 56,5% informa que sus ingresos son apenas suficientes para cubrir sus gastos, y un 19,6% dice contar con suficientes recursos como para satisfacer más que sus necesidades mínimas (PIC).

la alta densidad poblacional, hacinamiento y una alta deficiencia en la malla vial. Se observa que se han asentado grupos poblacionales en condiciones vulnerables (Políti SO)

Modelo económico institucional

“a los hospitales les están exigiendo resultados e intervenciones para gestantes, porque hay un... no sé cómo se llama eso, pero creo que el Distrito como que les manda un paquete económico donde deben cubrir PYP y hay una parte específica para atención prioritaria de gestantes y PYP incluye salud oral, instrucción en higiene, control de placa, ...; sí influye en la presión que hace el Distrito o el sistema al hospital, el hospital con su cabeza mayor influye sobre PYP para que así sea, PYP sobre la gestante dando toda las citas, pero ahí se nos corta la cadena, o sea, realmente la intención grande es excelente y así debería ser, pero la realidad seguimos en el mismo 15% o 30% yéndonos bien” (Od periodoncista)

Segregación espacial

“La presencia de desigualdades sistemáticas, injustas y evitables entre grupos poblacionales son evidentes. Estas desigualdades se expresan en la segregación, donde ricos y pobres se mezclan muy poco, pues existen divisiones sociales rigurosas definidas espacialmente”. (Política de salud oral Bogotá)

“Barreras relacionadas con el entorno: de más está mencionar lo importante que puede llegar a ser la limitación de recursos financieros u otros para la implementación de una GPC (Guía de práctica clínica).

“Al salir de la casa se sigue a mano derecha y se toma la vía a la candelaria, las casas de los alrededores son muy similares a la que vive A..P, muchas de ellas con ladrillo a la vista, ventanas pequeñas, puertas y estructuras estrechas; El barrio está construido en la cima y las faldas de la loma; la mayoría de las calles tienen bastante pendiente y algunas de ellas no están pavimentadas; disponen de agua corriente y sistema de alcantarillado” (Ruta seguimiento a la embarazada)

“Ya en la parada caminamos a la derecha y llegamos a un pequeño parque donde está el CAI, por ese lado no hay acera y hay un charco, a travesamos la calle seguimos por el andén de enfrente, que es bastante irregular y S... muestra como hay varias alcantarillas sin tapa, y comenta que es por eso que le da miedo caerse y me toma del brazo. Caminamos por dos cuadras, a los alrededores hay talleres y bodegas” (Ruta de seguimiento a la embarazada)

“El transporte en Bogotá es malísimo, si uno se viene temprano en el transmilenio es horrible y en buseta no llega uno nunca es muy lenta” (Ruta seguimiento a la embarazada)

Las expresiones del dominio particular y del orden económico muestran unas dinámicas supeditadas a la evolución del mercado que comprometen las condiciones financieras de los colectivos que viven y trabajan en Bogotá y en las localidades estudiadas; estas situaciones vulneran el derecho a la salud, el acceso a la atención, a condiciones dignas de trabajo, que comprometen la vida, la salud de las mujeres embarazadas y su atención odontológica.

- En el dominio singular

En la dominio singular, también emergen expresiones que permiten reconocer procesos críticos relacionados con las barreras de acceso a la atención que enfrentan la mujer embarazada, conexas al tipo de contrato que tiene el profesional que la atiende y que determina, en este último, su estabilidad, permanencia laboral, su bienestar, desarrollo humano y profesional, condicionando su desempeño y calidad de la atención. Las condiciones de trabajo, también afectan a la mujer gestante, su cónyuge y su familia pues enfrentan condiciones de pobreza relacionadas con la pérdida del empleo a causa de su embarazo, o de informalidad laboral; bajo estas condiciones el presupuesto familiar está comprometido y con esto la vivienda, la seguridad, la prestación de servicios públicos se limitan y con ello la necesidad de asistir a la consulta odontológica pierde importancia.

Falta de acceso y barreras de acceso a la atención

“Pues, ahorita me toca acá, pero me toca ahora ir a Colsubsidio a que me den autorización y fui y pues yo no sabía que me habían mandado hasta La Candelaria, o sea, me dejaron re lejos, entonces me toca otra vez ir para que me atiendan acá o cerca donde vivo porque es que es muy lejos” (Embarazada)

“...si no es de Bogotá no la atienden, que si no está actualizado en el sistema tampoco la atienden, a veces ellas van a pedir la cita y no hay citas que porque en odontología no hay cita, entonces uno a veces ve que son como muchas interferencias más como externas”(Od general)

“Estas barreras están determinadas por las características (diferencias) entre la cultura del “prestador” y la cultura o “culturas” de los usuarios de los servicios, limitando y/o dificultando el acceso “real” de estos últimos a los servicios. En términos generales, estas están determinadas por el género, el grupo étnico, la clase social, la edad, la preferencia y orientación sexual, la asociación gremial, entre muchos otros factores” (Política Salud Oral)

“La ubicación geográfica de la sede principal limita el acceso a algunos servicios que no se ofertan en el territorio, razón por la cual deben trasladarse a la sede principal del Hospital” (PIC).

Contrato de prestación de servicios

“... se configuran barreras de accesibilidad organizacional generadas por las características de los servicios, como la calidad de la información dispuesta por el servicio o la atención diferencial (tiempos, duración del tratamiento, interacción) según la modalidad de contratación que se tenga (por ejemplo, el Fondo Financiero Distrital, en este momento paga por tratamiento terminado en vinculados, a diferencia del Régimen Subsidiado que lo hace por UPC, de ahí que el profesional procede de forma diferente de acuerdo a la exigencia de cumplimiento de metas definidas igualmente de forma diferente según la contratación”. (Política de salud oral Bogotá)

“...es increíble que tengamos mano dura para las EPS y que les exijamos que contraten a su gente con vacaciones, con primas, con cesantías, con todo y el estado le permita al mismo estado una contratación infame en que un médico de 8 horas se gane \$800.000 antes de los descuentos; eso es infame, y eso hace que cada vez haya menos gente buena queriendo trabajar en salud”(Odontóloga).

“...depende si me pagan por evento o me pagan por capitación, de y..., nos reunieron un tiempo y nos dijeron tal EPS traten de espaciar la oportunidad de atención porque ya se nos va acabar la plata, entonces ¿usted de qué EPS es? Tal... no hay citas para la otra semana, venga dentro de 1 mes a pedir la cita o sea, y uno se presta como odontólogo a eso, porque son las políticas financieras de la institución”.(Base)

“...a nosotros nos evalúan por productividad, yo soy una odontóloga de carrera administrativa y dependo, que mi evaluación sea buena, y si yo aparto un día para las gestantes y ellas no vienen, yo pierdo productividad” (Od general)

Subsalarizadas, dependiente de su pareja, de las circunstancias, trabajadora “informal”

“...La señora me dijo que no volviera más por mi embarazo” (Embarazada)

“...Estaba trabajando pero precisamente por estar embarazada me sacaron del trabajo...” (Mujer postparto)

“Pues la verdad, yo estaba trabajando hace un mes y pues, o sea, me enfermé porque tenía una infección en un riñón. Entonces pues desde ahí supe que estaba embarazada, tenía cuatro meses, entonces pues, ahorita no me permitieron seguir trabajando porque la verdad yo estaba trabajando por horas, no tenía seguro ni nada. Entonces el señor pues ya no podía asegurarme porque ya tenía cuatro meses..” (Embarazada)

“...Si me dolía una muelita; pero era así por días y yo me tapaba con un algodón...no iba por razones de trabajo...”(Mujer postparto)

“La que no trabaja tiene más tiempo para venir a las consultas, la que trabaja y necesita de su trabajo embarazada no puede dar el papayaso de perder su trabajo y eso es una limitación” (Od general)

“Antes de embarazarme, ah... estaba trabajando pero ya no era propio mío, sino estaba le estaba trabajando así en restaurante, lo que me salía a veces me salían 3 turnos en casa de familia y restaurantes” (Mujer PPT)

“Mi pareja me iba a pagar seguro, me iba a afiliar pero se complicó mucho el costo, no había dinero” (Embarazada)

Presupuesto familiar

“...como a media hora en bus, pero caminando una hora y veinte minutos...a veces en bus, a veces caminando; depende de cómo este económicamente” (Embarazada)

“...pero cuando uno pasa el año y ya empieza a pagar pues cuotas como siempre alticas, porque estoy en estrato 3” (Mujer Postparto)

“Pues, como en la casa siempre somos bastantes porque somos cinco hermanos más mi papá, mi mamá. A mi mamá le pagan mensual, entonces a ella la plata como que no le alcanza porque ya a final de mes debe toda la plata” (Mujer PPT)

la población que nosotros manejamos, sus prioridades son otras... muy seguramente y lo han referenciado los pacientes, si tiene bus para venir a medicina general si tiene plata para el bus para venir a medicina general no le va a quedar plata para venir mañana a odontología (Od general)

“pero lo que al parecer está ocurriendo es que hay restricción de ese servicio y digamos hay un menor... la gente no ha entendido que el sistema de aseguramiento le permite acceder disminuyendo el gasto de bolsillo, no tiene que pagar la totalidad del tratamiento y sin embargo no va de la manera que uno esperaría que fuera” (Base)

Vivienda, servicios públicos, seguridad

“..Ese barrio no me gusta mucho por lo que botan mucha basura y se mantiene mucha mosca en el patio. Así si me ha dado problemas por lo que a mí me mandaron lavar la ropa interior que echarle vinagre, lavarla con...., esas cosas por lo que presenté un flujo y a causa de eso estuve hospitalizada y me han dicho que de pronto es por las moscas...” (Embarazada)

“Estamos viviendo en el tercer piso eso es lo feo la habitación que tenemos es pequeña, no tiene casi ventilación, no tiene ventana, no tiene baño tampoco, toca ir hasta el primero, es lo peor... el cansancio me duelen las piernas, los calambres, sube y baja escaleras...es incómodo (Embarazada)

“Si y estamos ahí, en una pieza estamos, que no es tan grande que digamos pero en una pieza están ellos, mis papás, yo, mis hermanos y yo y mis hijos, pero ahora ya está mi

hermano, los dos hermanos míos, mis hijos y yo. En la otra pieza están ellos y en la otra mi hermana” (Mujer PPT)

“..las familias tienen como prioridad garantizar la vivienda que aumento en 5% para los casos que están pagando arriendo con respecto al tercer trimestre, así mismo la población que vive en condición de hacinamiento continua igual en 13.3% con respecto al tercer trimestre del año 2011” (PIC)

“Pues, el lugar donde vivo es un poquito peligroso por la gente, pero no; la verdad, no he tenido problemas por lo que casi no, como que es sólo con mi familia, nadie más. Entonces no somos de las personas que nos metemos en problemas ni nada de eso, tratamos de evitarlo” (mujer postparto)

“no sólo ellas, todos tenemos barreras en el hospital en el sitio de seguridad, estamos ubicados en uno de los sitios más peligrosos de Bogotá” (Od general)

“Las visitas que se realizan especialmente en el barrio ... deben realizarse hasta máximo 2 pm por condiciones de seguridad para el personal que realiza las actividades de promoción y prevención desde el Plan de Intervenciones Colectivas PIC” (PIC)

De esta forma se observa como las condiciones laborales del profesional compromete su salud y la calidad de la atención que proporciona a la gestante. La condición laboral de la mujer embarazada, limitan su presupuesto familiar, la posibilidad de tener vivienda propia, de vivir en espacios seguros y adecuados, con servicios públicos, movilidad y transporte apropiado, cuyas viviendas estén más cerca a los centros de atención; con esto la prioridad que concede a su atención odontológica se ve seriamente comprometida a fin de cubrir otras necesidades que tiene su familia.

- **Procesos críticos del orden económico definidos a partir de técnicas extensivas**

Los resultados que se obtienen a partir de la implementación de técnicas extensivas permiten observar que una mejor condición socio-económica, analizada mediante la pertenencia a un estrato socioeconómico y recibir la atención en salud en una localidad, condiciona la probabilidad de las mujeres embarazadas de asistir a la consulta odontológica (tabla 3-4). Para esto se contrastan las tres localidades de la red norte de Bogotá observándose que residir y recibir la atención en salud y particularmente la atención odontológica en las instituciones públicas de Engativá y Usaquén reduce la posibilidad de asistir a la consulta odontológica al compararse con aquellas que reciben la atención en Suba. En cuanto al estrato socioeconómico se evidencia que las personas que refieren pertenecer al estrato tres tienen una probabilidad casi 2 veces mayor de asistir a la consulta odontológica que las de estrato socioeconómico uno.

Estos resultados permiten evidenciar la coherencia de los datos obtenidos con las técnicas intensivas y extensivas en la definición de los procesos críticos del orden económico. En este sentido es importante señalar como expresiones que emergieron a partir de técnicas intensivas relacionadas con la segregación muestran barreras espaciales, condiciones geográficas, de movilidad, de vivienda, de vida que afectan a las personas que se catalogan en los Estratos Socioeconómicos (ESE) más bajos, permitiendo comprender porque las mujeres embarazadas en ESE I y II tienen menor probabilidad de asistir a la consulta odontológica al compararse con las que se catalogan en el III.

Tabla 3 - 4. Modelo de regresión logístico en múltiples niveles de las variables localidad y Estrato Socio Económico asociadas a la atención odontológica de las mujeres embarazadas de tres localidades de la Red Norte de Bogotá, 2012

Variable	OR	IC95%	P
Localidad (base Suba)			
Engativá	0,03	0,02;0,06	<0,0001
Usaquén	0,3	0,2;0,5	<0,0001
ESE(Base ESE1)			
ESE2	1,2	0,8;2,2	0,348
ESE3	1,9	1,1;3,5	0,027
ESE(Estrato Socioeconómico)			

El Plan de Intervención Colectiva de Engativá refiere como en esta localidad predominan áreas residenciales que se catalogan en ESE III, pero con condiciones vida, vivienda y servicios de ESE II por lo que se podría comprender la menor asistencia a la consulta de las gestantes en esta unidad territorial, estrechamente relacionada con lo que se refirió previamente (224).

3.1.2 Los Procesos críticos del orden político

Los procesos críticos del orden político tanto en el dominio colectivo como en el individual (tabla 12B) se sustentan también en diferentes expresiones referidas por las diversas fuentes y que se obtuvieron mediante la implementación técnicas intensivas; estas expresiones se evidencian en los siguientes apartados y se complementan en el anexo G.

- **Proceso críticos del orden político definidos a partir de técnicas intensivas**
 - En el dominio general

Los cambios que ha experimentado la política social en Colombia a partir de las transformaciones económicas dirigidas a promover un modelo neoliberal, orientó la reforma sanitaria a fin de responder a los parámetros impulsados por el Banco Mundial (225). Adicionalmente, Colombia es un Estado débil y fragmentado, producto de la reestructuración política y económica de los años noventa, reflejándose en su incapacidad para controlar de manera efectiva sus instituciones, el incremento de la pobreza de la población, reducción en su capacidad para responder a las necesidades de sus ciudadanos, por lo que la violencia se constituyó en una expresión de la crisis de Estado; todo esto se evidencia en las siguientes expresiones

Políticas de corte neoliberal, globalización

“Bajo las premisas neoliberales en salud, las responsabilidades fundamentales del Estado han sufrido transformaciones importantes a la luz de los cambios en las relaciones entre Estado, Mercado y Sociedad Civil. En este contexto, se favorece una tendencia de separación de funciones en los sistemas de salud: rectoría, financiamiento, aseguramiento,

compra y provisión de servicios, están a cargo según el caso de cada país, a uno o múltiples actores y/o agencias públicas o privadas". (Política de salud oral Bogotá 2011-2021)

"Few empirical oral health models have made visible the contextual qualities in which structural/political forces constrain and perpetuate processes of social differentiation in society, which subsequently contribute to oral health disparities". (Patrick 2006)

"...ya no existen acciones promocionales, sino que la promoción, se define como una estrategia que se materializa en políticas públicas y ordena todas las acciones a ella vinculadas. Esta perspectiva reconoce la necesidad de la interacción permanente entre el sector salud y otros sectores del Estado, tanto como el papel de las personas y las organizaciones sociales en la producción de la salud" (PIC)

"...un aumento en la carga de la enfermedad debido a entidades no infecciosas y el reconocimiento de las crecientes inequidades que han acompañado los procesos de expansión mundial de sistemas de libre intercambio, economías de mercado y el establecimiento de democracias con un claro enfoque liberal" (Política de salud oral Bogotá 2011-2021)

Políticas reduccionistas del Estado "Estado precario", "Estado mínimo". En salud la ley 100, la 1438 entre otras

El actual sistema de salud de Colombia opera mediante estrategias y programas que dejan de lado la atención integral de la persona, lo cual puede evidenciarse desde la misma concepción, normatividad y reglamentación del mismo; dado que aunque la ampliación de la cobertura cercana al 100% encabezó la propuesta planteada en la ley 100/93, ésta afectó de manera crítica la calidad, pertinencia, acceso y oportunidad del "servicio de la salud" (éste término en sí mismo determina la violación del derecho a la salud enmarcado dentro de los derechos humanos, ya que pasó a ser un bien y privilegio manejado por el mercado)" (Informe avance salud situacional 2012.)

"Entonces si la UPC vale tan poquito en odontología entonces no nos podemos desmandar hacer tratamientos y un mundo de cosas rápidamente porque no seríamos auto sostenibles y si el hospital no se sostiene se tiene que ir, aquí el que no se sostiene se tiene que ir" (Odontóloga general)

"Debilidad o ausencia de acción intersectorial, pues al centrarse en el asistencialismo con una fuerte focalización, desaparece la perspectiva intersectorial y se profundiza el desconocimiento de los procesos de producción y reproducción social del proceso salud-enfermedad". (Política Salud Oral)

"Las mujeres del régimen subsidiado pues ellas son como las más vulnerables son como 25.000 partos y los cuenta propia que son que no son ni lo suficientemente pobres para recibir un subsidio ni están en el contributivo de esto tocará que ver en qué condiciones está la mujer allí" (Base)

"La existencia de diferentes planes de beneficios, basados en la capacidad de pago de los usuarios genera grandes inequidades en salud. Esta debilidad propia del actual Sistema de Salud, se hace más notoria en el sector público donde la mayoría de la población usuaria de los servicios pertenece al régimen subsidiado, cuyo plan de atención es el más limitado. Si bien las pretensiones del sistema es reducir estas brechas, la forma como se concibió el POS no permite la integralidad en la atención" (PIC)

Desplazamiento forzado/monopolización de la tierra

“Uno de los principales fenómenos de migración en Colombia es el desplazamiento forzado por el conflicto armado. Bogotá continúa siendo el principal municipio receptor (9% del total de desplazados del país) con más de 380.000 personas estimadas por CODHES, un 1,4% más de las incluidas en el registro oficial SIPOD de 223.087. Entre 2005 y 2008 se desplazaron 1.108.66 personas de las cuales 155.587 arribaron a Bogotá, y se ha alertado sobre un incremento de más del 40% entre el primer semestre de 2008 y el mismo período de 2007. Según cifras de CODHES, el número de personas que arribaron a Bogotá producto del conflicto armado desde el 2002 hasta el 2007 tuvo un descenso importante en el 2003 y después un ascenso paulatino hasta superar las 40 mil personas en el 2007...” (Política de salud oral Bogotá 2011-2021)

“...como buena parte de los territorios de los afrodescendientes han sido objeto de disputa por parte de los actores armados, esto ha devenido en una gran diáspora de desplazados que migran a Bogotá” (PIC)

“...para este grupo etario (niñez) la violencia predominante es la negligencia, cuya principal causa de notificación obedece a situaciones precarias en salud tales como higiene deficiente, desnutrición en estado variable, ropa inadecuada para el lugar o clima, condiciones habitacionales inadecuadas, asistencia médica inoportuna, asistencia irregular al sistema educativo, ausencia de registro civil y vinculación al sistema general de salud, entre otros...” (Plan de intervenciones colectivas. 2012)

“.....la condición de ruralidad, la condición de desplazamiento, fenómenos relacionados con violencia podrían estar más relacionados con las condiciones de la salud oral de la gestante. Porque la mayoría de esas personas puntuales, le refieren a uno, primero no tengo acceso en donde estaba a salud y segundo uno no se motiva a arreglarse ni a preocuparse por uno mismo, o sea por una parte de la boca o del cuerpo, si yo lo que tengo que preservar es mi vida (Od periodoncista)...” (Odontóloga periodoncista)

Los procesos críticos del dominio estructural y orden político revelan como la crisis de Estado, la reforma en salud, la fragmentación del sistema se constituyen en fuerzas que restringen y perpetúan la inequidad social, la precarización de la respuesta institucional, que aunado a la violencia promueven situaciones críticas que dificultan el acceso a la atención odontológica de las mujeres embarazadas

- En el dominio particular

Las expresiones del orden político en este dominio señalan como las entidades territoriales deben asumir políticas relacionadas con la lógica de mercado establecidas por organizaciones del nivel internacional y del nacional; deben además, administrar los sistemas locales de salud en medio de frecuentes conflictos que entorpecen las dinámicas a nivel del territorio, de las instituciones, fragmentan y dificultan la atención en salud en especial de los grupos más vulnerables y con menor poder político y económico.

Colombia y sus entidades territoriales asumen la lógica globalizada

“Lo anterior es en gran medida consecuencia de la fragmentación estructural del diseño del Estado colombiano y en particular del actual sistema de salud vigente en el país Los diseños institucionales orientados por la reforma establecieron una división entre la administración y organización de los servicios (EPS) y la prestación de los mismos a cargo de las instituciones prestadoras de servicios (IPS) o de los profesionales; las instituciones públicas de prestación de servicios se constituyeron en empresas sociales del Estado y su financiamiento se vinculó a un sistema de pagos que tiene en cuenta la cantidad y el tipo de servicios prestados; se convirtió en obligatoria la afiliación al SGSSS y se amplió la vinculación del sector privado

tanto en el ámbito de la provisión como del financiamiento a través de la expansión de los mercados de seguros”. (Política de salud oral Bogotá)

“Los problemas de la rectoría pública en salud oral en Bogotá, no deben leerse solamente en función de las transformaciones generales del Estado y la asignación de sus nuevas funciones, sino que debe entenderse como parte de la precarización del proceso de institucionalización de la salud oral en su conjunto. Esto se refleja en la limitación de los recursos para responder a las demandas y necesidades existentes”. (Política de salud oral Bogotá)

“En general la ley 100 es una ley que universalizó las coberturas que trajo cosas muy buenas para los usuarios, no así para los profesionales, creo que fue una ley que desmejoró notablemente la situación profesional” (Odontóloga)

Sistema de Seguridad Social en Salud administrado desde lo local con “control” del Estado

“Esta problemática se evidencia fundamentalmente en la desarticulación en las acciones de orden individual y colectivo, las de promoción de la salud y aquellas cuyo énfasis es la prevención y atención a la enfermedad, persistiendo además algunos problemas de articulación institucional entre el nivel local y distrital. Así mismo se destaca la dificultad de establecer procesos de trabajo conjunto entre entidades públicas y privadas aseguradoras, prestadoras de servicios de salud oral y aquellas pertenecientes a diferentes sectores. Lo anterior es en gran medida consecuencia de la fragmentación estructural del diseño del Estado colombiano y en particular del actual sistema de salud vigente en el país. Los diseños institucionales orientados por la reforma establecieron una división entre la administración y organización de los servicios (EPS) y la prestación de los mismos a cargo de las instituciones prestadoras de servicios (IPS) o de los profesionales; las instituciones públicas de prestación de servicios se constituyeron en empresas sociales del Estado y su financiamiento se vinculó a un sistema de pagos que tiene en cuenta la cantidad y el tipo de servicios prestados; se convirtió en obligatoria la afiliación al SGSSS y se amplió la vinculación del sector privado tanto en el ámbito de la provisión como del financiamiento a través de la expansión de los mercados de seguros” (Política de Salud Oral)

“...la resolución 412 cuando habla de la atención el control del embarazo más exactamente está todo el listado de acciones que se hacen durante el embarazo está la consulta médica, la toma de VRL, el parcial de orina, las dos ecografías y dice consulta de primera vez por odontólogo es decir, hay un paquete en términos reales contienen los controles regulares que debe tener una mujer en embarazo por eso está ahí y eso es obligatorio que lo hagan” (Base)

“..Resolución 0425 de 2008, Por la cual se define la metodología para la elaboración, ejecución, seguimiento, evaluación y control del Plan de Salud Territorial y las acciones que integran el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas a cargo de las entidades territoriales...” (Plan de intervenciones colectivas 2012)

Conflicto de poder entre políticas locales y las nacionales

“...las gestantes tienen muchas ventajas pero quizás la mayor problemática para que las políticas sean operativas están en los factores económicos y en que no están planeadas desde la perspectiva de la comunidad, porque las políticas se gestan desde los escritorios y no se aterrizan en la realidad de la comunidad...” (Administrativo)

“Existen dificultades en la atención de la población que proviene de otros entes territoriales por la falta de convenios de las EPSS departamentales con las de Bogotá”.(PIC)

“...la actual estructura organizacional de la Secretaría Distrital de Salud contribuye a la falta de coordinación entre las acciones en salud oral, especialmente entre las que se realizan a nivel individual con las que se realizan a nivel colectivo. Esta situación, que obedece en parte

a la estructura del actual sistema de salud, hace que la presencia de profesionales de salud oral en grupos interdisciplinarios de las diferentes áreas de la SDS no resuelva aspectos críticos de desarticulación, duplicidad o vacíos en las acciones que se ejecutan o direccionan desde el nivel central.” (Política de salud oral Bogotá)

“El enfoque de derechos en la política en salud oral de Bogotá reconoce que es necesaria la construcción de una institucionalidad social, incluyente y con objetivos de equidad, que pueda incidir en la transformación de los determinantes sociales que producen y reproducen los problemas de salud oral, y que afectan en especial a los sectores históricamente excluidos de los beneficios sociales, por razones de clase, género, generación, etnia y origen regional. En esa perspectiva reconoce que el derecho a la salud oral es consustancial a la persona y la dignidad humana, aun cuando las enfermedades y traumas o malformaciones orales no constituyan en la mayoría de los casos, riesgo para vida, pues es tarea del Estado garantista brindar las condiciones de oportunidad equitativa para el pleno goce de la salud, como parte sustantiva de la potenciación de las propias capacidades humanas a la que tiene derecho cada individuo en la sociedad a la que pertenece”. (Política de salud oral Bogotá)¹⁸

“Esta problemática se evidencia fundamentalmente en la desarticulación en las acciones de orden individual y colectivo, las de promoción de la salud y aquellas cuyo énfasis es la prevención y atención a la enfermedad, persistiendo además algunos problemas de articulación institucional entre el nivel local y distrital. Así mismo se destaca la dificultad de establecer procesos de trabajo conjunto entre entidades públicas y privadas aseguradoras, prestadoras de servicios de salud oral y aquellas pertenecientes a diferentes sectores.” (Política de salud oral Bogotá con participación social para el decenio 2011-2021)¹⁸

Dinámica institucional

“...la poca integración del talento humano con los procesos institucionales y dinámica de las localidades”. (Política de salud oral Bogotá)

“Siempre me decían que me faltaba un papel y después a lo último con esa otra sesión que le piden a uno, y entonces en C...M es muy complicado eso, se demora ocho días, no, eso es un problema (Embarazada)

“...pero el gran problema siempre han sido los de caja y los que dan las citas, porque ellos están como encapsulados allá en su cubículo, no tienen como contacto con el mundo, excepto con la persona que le está hablando por un huequito así de grande y uno entiende que se cansan de eso, y yo pensaría que salud ocupacional debería hacer algún tipo de intervención, rotación no sé cómo funciona eso, pero sí debería haber, como que estar refrescando el proceso porque es que se saturan y uno lo entiende, atender personal, atender público es muy complicado y, es gente enferma, y es gente que viene con dolor, que viene con un montón de cosas que obviamente no están en la mejor disposición, y el que está acá también indispuerto” (Od periodoncista).

Sociedad soportada en las relaciones inequitativas de poder

“...las EPS han cambiado costos para ganar, les trasladan a las IPS contener costos para ganar, les trasladan al usuario las insatisfacciones y como no somos usuarios de derecho uno o dos tenemos quien si ponemos problema o zapateo entonces nos quedamos callados” (Base)

¹⁸ En la página 14 de este documento se enfatiza la necesidad de evaluar la implementación de esta política en próximas investigaciones, pues el propósito de este trabajo es identificar, a partir del análisis documental de la política, las expresiones de los procesos críticos relacionados con la atención odontológica de las mujeres embarazadas. En el anexo H se presenta la estructura, líneas estrategias de acción y elementos para la evaluación de la Política de Salud Oral con participación social para el decenio 2011-2021. Con base en esto se podría suponer que la implementación de esta Política de Salud Oral es aún incipiente.

“Yo diría que más que conveniencia podría ser, por sobresalir en un medio dentro de una gente, dentro de un medio complicado donde todo el mundo está juzgando qué avances está mostrando un hospital con respecto a otro, y que la habilitación, la acreditación y la calidad y las competencia y..., puede ser presión por ese lado”(Base)

“llegamos a enfrentarnos a un monstruo de hospital como este, donde cada uno maneja políticas y partes administrativas de una manera totalmente diferentes, entonces a mí me tocó empezar a leer y aprender y entender cómo funcionaba realmente la parte administrativa, y cuándo se dirige uno a quién, que a quién le corresponde” (Od periodocista)

“Débil participación de la salud oral en los procesos de planeación y gestión local, se evidencia en la poca cantidad de programas y proyectos de salud oral en los planes de desarrollo local” (Polit SO)

Clase social

“...comparten características de la población de la zona. Esta población está afiliada en su mayoría al régimen subsidiado y participantes vinculados” (PIC)

“Entonces este señor dice que son tantas las cosas que tienen que resolver los más pobres, no se refiere pa nada a los ricos, porque una persona uno asume que una persona con dinero tiene un status educativo distinto que lo hace consultar porque algo le produce alarma y en ellas la alarma es el diario buscar la comida” (Base)

La descentralización en Colombia delegó en los diferentes entes territoriales la responsabilidad de generar planes de desarrollo y de beneficio social que promuevan la salud de sus ciudadanos en tanto que el Estado asumió el “control”, sin mayores resultados. Las políticas de salud que se generan en estas instancias buscan responder a las necesidades detectadas; en ese sentido, las políticas en Bogotá se constituyen en referentes importante que promueve la atención odontológica de las mujeres embarazadas.

En este orden de ideas la Secretaria Distrital de Salud en el documento “Balance de Resultados 2012 programa Territorios Saludables” Plan de Desarrollo Distrital Bogotá Humana 2012-2016 señala como la Administración Distrital se propuso asegurar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud a través de un modelo humanizado, participativo, integral e incluyente, basado en la Atención Primaria en Salud (APS) y en la organización de los servicios estatales en red, logrando con ello modificar las condiciones que determinan la calidad de vida y la salud de la población del Distrito Capital, para la superación de todas aquellas situaciones problemáticas inherentes al modelo de seguridad social en salud que prevalece en la ciudad y en el país, favoreciendo con su operación la atención integral y oportuna, en coordinación y con el apoyo de la comunidad y los demás sectores y entidades de la administración, bajo la perspectiva del enfoque diferencial en la atención en cuanto a género, edad, ciclo vital, etnia, territorio, grupo y condición social, promoviendo así un ejemplo de construcción de Bogotá como una ciudad que genera vida y salud mediante una gestión que impacta sobre los patrones estructurantes y determinantes del proceso salud enfermedad con intervenciones coordinadas y complementarias con los demás actores y sectores de la administración en tres niveles, el Distrito Capital, las localidades, los territorios y microterritorios de salud y calidad de vida, organizados alrededor de los centros de salud y desarrollo humano como puertas de entrada a los servicios de salud y estatales en las distintas localidades del DC, mediante la estrategia “Salud a su casa” y que para el periodo 2007-2012 se catalogó como una experiencia exitosa.(226) (227)

En cuanto a la Política Pública de Mujeres y Equidad de Género se destaca que el sector salud del DC se comprometió con las mujeres en la implementación de los derechos a una vida libre de violencia, salud plena, paz y convivencia, para ello armonizó las acciones prioritarias del Plan de Igualdad de Oportunidades y Equidad de Género con las metas de Plan de Desarrollo de Bogotá, se promovió la utilización de centros especializados como los servicios amigables en salud sexual y reproductiva como medio que permitió a las mujeres la protección a sus derechos y a una atención más humana e intento reducir la segregación mediante la reducción de barreras de acceso, monitoreo de las mismas y el fortalecimiento de tecnologías diseñadas para el análisis de dichas barreras. Los mecanismos propuestos para implementar la política pública de mujeres y equidad de género considerados en el decreto 166 de 2010 incluyen un plan de igualdad de oportunidades para la equidad de género, el plan Distrital y Sectorial de transversalización de género e incluye además las estrategias para la financiación, el seguimiento y la evaluación aunque para estos últimos aspectos hay poco desarrollo que oriente la acción. El desarrollo de la política pública de mujer y géneros en Bogotá permite evidenciar la voluntad y legitimidad política que se le otorga, lo que se traduce en insitucionalización transversalización de la equidad de género; con base en esta política se implementó el Observatorio de Mujeres y Equidad de Género de Bogotá como estrategia de la Secretaría Distrital para promover el conocimiento y la implementación de la política. Aspectos relacionados con las líneas de acción de esta política se observan en el anexo H. (226, 228, 229)

A pesar de los esfuerzos propuestos a nivel de Bogotá, no resulta fácil superar las problemáticas que la dimensión política del nivel general impone a la ciudad, con todo, la administración distrital se propuso mejorar las oportunidades en la atención de las mujeres, incluyendo la embarazadas.

- En el dominio singular

Las barreras de acceso a la atención, la tramitología, los tiempos de espera, los planes de atención se constituyen en procesos críticos del nivel singular y del orden político que junto con la mala praxis y la conversión de la mujer gestante en un objeto del mercado provocan situaciones que comprometen la salud y la atención oral de la mujer embarazada.

Barreras de acceso a la atención

“... se configuran barreras de accesibilidad organizacional generadas por las características de los servicios, como la calidad de la información dispuesta por el servicio o la atención diferencial (tiempos, duración del tratamiento, interacción) según la modalidad de contratación que se tenga (por ejemplo, el Fondo Financiero Distrital, en este momento paga por tratamiento terminado en vinculados, a diferencia del Régimen Subsidiado que lo hace por UPC, de ahí que el profesional procede de forma diferente de acuerdo a la exigencia de cumplimiento de metas definidas igualmente de forma diferente según la contratación”. (Política de salud oral Bogotá)

Adicionam-se a tais incoerências a baixa cobertura assistencial e a falta de horário de atendimento disponível para os trabalhadores (Silva A 2001)

“...vive cambiando mucho de sitio de residencia, entonces digamos hoy está afiliada aquí al Hospital de Suba y vive lejos, pero entonces ya mañana se fue para el sur entonces ya en

el sur no la atienden porque estaba aquí en el hospital entonces tiene que hacer cambio entonces empieza a tener como barreras de acceso” (Auxiliar)

“...porque en realidad mira si yo vivo en Suba y Capital Salud es aquí en la 161, entonces eso es lejos y allá si es peor porque allá si no hay prioridades para mujeres embarazadas ni nada” (embarazada)

“...meses allá y 2 acá, porque como me colocaron problema por el carnet, pero ya me afilie a Colsubsidio” (Mujer PPT)

Mujer embarazada como objeto del mercado

“...depende de cómo los hayan contratado porque hay algunos que los contratan entonces si hacen más les pagan o no, entonces puede que algunas gestantes sean muy sanas y entonces no sean atractivas porque como se vive de la enfermedad, eso tiene un pocotón de cosas complejas” (Base)

“...la repartición de plata, por así decirlo, entonces si el ministerio le dice a una EPS vea no está atendiendo embarazadas en odontología, apreta y sale de atención de embarazadas, vea como la facturación está por debajo apreta sale la facturación aumenta los índices” (Base)

“...entonces nos toca o nos toca priorizar a la gestante independientemente sea la forma como ellos nos tienen contratados entonces el paquete y dentro del paquete sabemos pues es malo hablarlo en estos términos, pero sabemos que nos lo van a pagar, entonces la priorizamos” (Administrativo)

“A mí me parece que es una contención de costos, entonces ¿a partir de qué? de odontología” (Od periodoncista)

“...eso sí es mejor ahora que estoy en el SISBEN que antes cuando tenía que pagar” (Embarazada)

“Que había un problema..., que tocaba primero cancelar para poder asistir” (Mujer PPT)

Trámites y autorización

“...también resalta las demoras en la asignación de citas a causa de la congestión en las agendas médicas y las largas esperas de las personas enfermas en la sala de urgencias, generando en la comunidad desmotivación, descontento y falta de credibilidad para las empresas prestadoras de salud y por esto consideran apremiante cambios políticos reflejados en mayor inversión social, en generar acciones que garantice el derecho a la salud de toda la población, para superar las brecha existentes” (PIC)

“...tiene toda la razón, porque además tienen toda la razón, pero que hago es muy complicado es frustrante tener que decirle no señor haga la fila, vuelva a la EPS, cambie la orden, le quedó mal eso es terrible” (Od general)

“No lo que pasa es que ella me dijo no había sistema yo no sé qué y entonces me dio un papelito y me dijo que me fuera temprano, tipo siete de la mañana para que me dieran la cita” (Embarazada)

“...o sea digamos aquí como eso es con autorización para poderse hacer el tratamiento o algo, le toca con autorizaciones y le toca uno ir allá” (Mujer Postparto)

Tiempos de espera

“... se configuran barreras de accesibilidad organizacional generadas por las características de los servicios, como la calidad de la información dispuesta por el servicio o la atención diferencial (tiempos, duración del tratamiento, interacción) según la modalidad de contratación que se tenga (por ejemplo, el Fondo Financiero Distrital, en este momento paga por tratamiento terminado en vinculados, a diferencia del Régimen Subsidiado que lo hace por UPC, de ahí que el profesional procede de forma diferente de acuerdo a la exigencia de cumplimiento de metas definidas igualmente de forma diferente según la contratación”. (Política de salud oral Bogotá)

“...también resalta las demoras en la asignación de citas a causa de la congestión en las agendas médicas y las largas esperas de las personas enfermas en la sala de urgencias, generando en la comunidad desmotivación, descontento y falta de credibilidad para las empresas prestadoras de salud y por esto consideran apremiante cambios políticos reflejados en mayor inversión social, en generar acciones que garantice el derecho a la salud de toda la población, para superar las brecha existentes...” (Plan de intervenciones colectivas. 2012)

“...odontólogos y son muy poquitos y la agenda está para dar oportunidad, es más bien larga...” (Administrativo)

“...tenía que hacerse unos exámenes de sangre y también cita odontológica y por eso me tuve que venir sin desayuno, ese día bebe me molestó, porque le gusta que coma a horas, pero tuve que esperar, espere y espere y no me llamaban, a pesar que había entregado los papeles, cuando volví a preguntar qué pasaba, la auxiliar me dijo que no estaba en la agenda de la doctora, el problema fue que en la EPS me mandaron para acá pero no contaron con la agenda de la doctora” (Embarazada)

“Cuando se dirige a la ventanilla de facturación y de citas, le dicen que el dependiente que la atendió salió a su hora de almuerzo y que vuelve a la 1 pm; la dependiente que lo cubre le recibe los papeles pero le dice que debe volver a la 1 con el otro dependiente; le indica además que debe ir a la ventanilla 5 a pedir el anexo 3 y la historia clínica; esa ventanilla está en el primer piso y el responsable de atender esta ventanilla también está en hora de almuerzo; el joven llega a la media hora y atiende a R y a una señora; le recibe los papeles a R y le dice que cuando vuelva de su hora de almuerzo le entrega los papeles correspondientes. R lo espera, el joven procede a ingresar la información pero en ese momento nota que uno de los códigos registrados por la odontóloga está mal, envía a R al consultorio odontológico y allí la auxiliar dice que el computador lo tiene el “doctor”, le pregunta al odontólogo si puede usar el computador y él responde que sí; verifica en el papel que le entregó la odontóloga y detecta el error, la auxiliar lo corrige, con ese papel vuelve a la ventanilla 5, el dependiente genera el anexo 3 y la HC y le indica a R que suba al 2 piso para que le den la orden para llevar a autorización; en esa ventanilla el dependiente le dice que no le puede dar orden para higiene oral, que necesita la orden y el código, volvemos al primer piso y allí la devuelven pasamos con la higienista y ella va a la ventanilla y le dice al dependiente que le genere la orden, él responde que no puede porque no hay convenio con la EPS, dice que necesita la orden de la odontóloga, volvemos al consultorio y la auxiliar se dirige a la ventanilla, le explica al dependiente y después de esto el dependiente genera la orden para la higienista, R sale de la institución, son las 2:20 de la tarde” (Ruta seguimiento a la embarazada de Suba)

Gestante frente al sistema de atención y el personal

“Proyectos como la gratuidad de la atención para menores de 5 años y maternas de la actual administración deben motivar al equipo de salud para el mejor manejo integral de estos grupos poblacionales” (Política SO)

“Hay buena intención para generar bienestar y ese servicio de atención a la paciente gestante, hay que enlazar baterías para que se haga de verdad, verdad y no se quede sólo en intención, sino eliminar barreras para que puedan acceder simplemente, una cita de prevención no es muy costosa y si puede a futuro generar beneficios para la paciente y para el mismo sistema” (Base)

“todas les dicen si, está embarazada sí, pero entonces tiene que ir a la EPS, tiene que hacer digamos tres trámites, o que pasar allí a la cita, se complica mucho el trámite para hacer de una atención; entonces, a veces pienso que dicen, bueno si no es tan grave, no me está doliendo pues aplacémoslo un poquito y no le dan como la importancia que realmente tiene” (Od general)

“la ventaja de este hospital es que todo el proyecto para las gestantes está entrando por Fondo Financiero, entonces al entrar por fondo financiero no importa tú qué seguridad tengas, haces derecho, haces una facturación, te inscribes que entras a proyecto, porque eso nos metieron acá en el hospital afortunadamente y listo, tiene su atención prioritaria a la hora que a usted le parezca o le pueda servir, diferente cuando vienen no que mi EPS es tal y que entonces me dijeron que para poder recibir consulta de especialista tengo que hacer una autorización en el centro y luego llevarlo a otro sitio y no sé qué, entonces cuando le cuentan a uno esa historia, uno le dice no pero usted está embarazada y esta vinculación al proyecto es gratis, usted solamente viene, trae la fotocopia de su cédula, fotocopia de la historia (no se entiende) y ya, entra derecho por fondo financiero, no importa si es particular lo que sea, entra gratis, esa es una ventaja de aquí” (Od periodoncista)

“ahorita esta semana tenía dos citas y pues me las cancelaron por lo que no tengo el carnet de maternidad” (Embarazada)

“Mientras se demoraba el transmilenio en llegar, mientras llegaba allá y hacía la fila. Pues, uno prioritaria paro como uno no es el único, también las que tienen niños, las que tienen bebés, las embarazadas, viejitos. Entonces, mientras toda esa fila y después lo mandan a uno a que se siente por ahí mientras después lo llaman a uno de ahí, siempre uno se demora” (Mujer PPT)

“No, pues la mayoría de veces, que a veces me daban cita, tenía que ir hasta S... Tl a que me autorizaran pa´ que me pudieran atender o si no, no me atendían sin la autorización...” (Mujer PPT)

Mala praxis

“La existencia de diferentes planes de beneficios, basados en la capacidad de pago de los usuarios genera grandes inequidades en salud. Esta debilidad propia del actual Sistema de Salud, se hace más notoria en el sector público donde la mayoría de la población usuaria de los servicios pertenece al régimen subsidiado, cuyo plan de atención es el más limitado. Si bien las pretensiones del sistema es reducir estas brechas, la forma como se concibió el POS no permite la integralidad en la atención”. (Política de salud oral Bogotá)

“Além da ineficácia, da ineficiência, das iatrogenias, do baixo impacto social, da desordem, entre outros problemas já citados, é possível também visualizar que o acesso aos serviços

odontológicos e médicos aumenta proporcionalmente ao aumento da renda familiar” (Silva A 2001)

Una paciente gestante que estuvo aquí, entro por urgencias llevaba dos días con dolor, o sea si uno no la puede atender porque no tiene la orden de la EPS, eso es muy triste...por Dios, pero yo que hago, dos días o sea... pero el paciente que llega aquí por urgencias tiene que pasar primero por su primer nivel y si el primer nivel si lo remite se puede recibir y sino no (Odgeneral)

Al odontólogo cuando lo evalúan por cumplimiento es por actividades, no de PYP porque el PYP va para la higienista, entonces no es como problema mío, el problema mío es hacer huequitos y tapar huequitos (Odperiodoncista)

O sea ¿Todo?, bien, me gustó mucho. Lo que no me gustó fue la odontología que eso sí, un problema para sacar una cita y nunca pude asistir a odontología (Mujer PPT)

De esta forma la dinámica del sistema y de las instituciones generan situaciones que vulneran el derecho a la salud de las mujeres embarazadas, que provocan insatisfacción frente a la atención, pero en la mayoría de los casos las mujeres no reclaman sus derechos, en primera instancia porque no reconocen el acceso a la atención como un derecho y en segundo lugar porque son mujeres en condiciones de vulnerabilidad social y económica que naturalizaron las condiciones de carencia y de negación como un estado normal en sus vidas, proceso que se evidencian en las siguientes expresiones

“...se presenta una débil capacidad de los usuarios para buscar y obtener atención debido principalmente por la percepción mínima de riesgo a enfermarse de la población. Esta percepción no promueve la realización de prácticas preventivas intencionadas por parte de la población. También se encuentra una percepción de temor a los procedimientos de la atención oral, generado por las experiencias anteriores de dolor y trauma en la consulta. Asimismo, la débil capacidad de las personas por buscar y obtener atención se vincula a su percepción y satisfacción con el servicio, en donde juegan nuevamente los antecedentes previos de interacción paciente-servicios de salud oral. Por último, existe la percepción de que los servicios de salud oral son costosos y por lo tanto inaccesibles para grandes grupos de población...” (Política de salud oral Bogotá 2011-2021)

“...y como no somos usuarios de derecho uno o dos tenemos quien si ponemos problema o zapateo entonces nos quedamos callados...” (Base)

“...todas les dicen si, está embarazada sí, pero entonces tiene que ir a la EPS, tiene que hacer digamos tres trámites, o que pasar allí a la cita, se complica mucho el trámite para hacer de una atención; entonces, a veces pienso que dicen, bueno si no es tan grave, no me está doliendo pues aplacémoslo un poquito y no le dan como la importancia que realmente tiene” (Od general)

¿Ah cuando uno madruga? Mucha gente que se mete adelante, uno madruga desde las cinco y gente que llega a la 6:30 apenas llegando y se meten adelante y el celador no dice nada, ahí calado mirando. Y todo el mundo...: “vea, pero hagan la fila que uno madruga” y el celador ahí... pero no, normal (Embarazada)

“Le pregunto por qué no le dieron todos los medicamentos y ella responde que porque está mal formulada, pero añade “nadie tiene la culpa”” (Ruta de seguimiento a la atención embarazada de Usaquén)

“Vuelve a la oficina de SV y yo le dijo que es paciente y ella responde “toca porque el médico me dijo que el niño no está creciendo y tras de que lo están atendiendo a uno y uno se pone

con exigencias” Ruta de seguimiento a la atención embarazada de Usaquén)

En el panorama político, los procesos críticos del dominio estructural referidos como la crisis de Estado, la reforma en salud, la fragmentación del sistema se constituyen en fuerzas que restringen y perpetúan la inequidad social, la precarización de la respuesta institucional, que aunado a la violencia promueven situaciones críticas que dificultan el acceso a la atención odontológica de las mujeres embarazadas. En el dominio particular y como efecto de la descentralización en Colombia el Estado delegó en los diferentes entes territoriales la responsabilidad de generar planes de desarrollo, propiciando conflictos entre las leyes que se promulgan en el nivel nacional y el local; con este sustentó Bogotá formuló políticas orientadas a promover la atención, la equidad de género y la salud oral pero a pesar de los esfuerzos del DC no se logran superar las relaciones de poder inequitativas que se reflejan en las dinámicas institucionales y en las relaciones sociales, de clase social con efectos en el dominio singular y que se evidencian en las barreras de acceso a la atención, la tramitología, los tiempos de espera, los planes de atención, que se constituyen en procesos críticos del nivel singular y del orden político que junto con la mala praxis y la conversión de la mujer gestante en un objeto del mercado provocan situaciones que comprometen la salud y la atención oral de la mujer embarazada.

3.1.3 Los Procesos críticos del orden cultural

El modelo de desarrollo económico generó un nuevo imaginario social de la vida cotidiana, de los valores, de los comportamientos, de los patrones culturales, de la generación del conocimiento, de la comprensión del género, de la etnia y de la naturalización de la violencia. El modelo neoliberal influenció el orden cultural en todos sus dominios y dimensiones; su inclusión en la matriz de procesos críticos promueve una visión integral y compleja, esencial para la comprensión de la determinación social de la atención odontológica de las mujeres embarazadas.

- **Procesos críticos del orden cultural definidos a partir de técnicas intensivas**
 - En el dominio general

En la dimensión general se propició una cultura individualista, soportada en el anglocentrismo, eurocentrismo y patriarcalismo, en el positivismo como paradigma de formación e investigación, incentivando la apropiación indebida de poder que se refleja en la triple inequidad (de género, etnia y clase social) y en la legitimización de la violencia, que se constituyen en los procesos críticos del orden cultural.

Individualismo

“...plantea el problema de las voluntades individuales y los intereses diversos, presentes en la ejecución de las políticas, en sus escenarios y en los espacios de operación más locales: clientelas, corrupción, apropiación individual de recurso público”. (Política de salud oral Bogotá 2011-2021)

“Los procesos de globalización también han traído a nuestra sociedad el modelo de éxito occidental que se caracteriza por tener un gran capital, y satisfacer muchas de las necesidades del mercado a partir de compras de bienes y servicios” (Informe avance salud situacional 2012. Desarrollo y viabilidad de propuestas en temas de interés en salud de la localidad de Usaquén. 2012)

“...es el producto de un complejo proceso de construcción comercial cultural de escenarios y afinidades altamente compatibles con la sociedad moderna,....la imposición de patrones lúdicos y comerciales respaldados por el poder del dinero, el bombardeo de propaganda y la imposición de nuevos sentidos...” (Breilh J. Epidemiología crítica)

“Nosotros no tenemos la visualidad de gremio, o sea, de gremio unido y fuerte, somos islas y cada isla tiene sus propios proyectos, se beneficia de sus propias cosas y obtiene sus propias metas, y no sé en qué momento la odontología o no sé si siempre ha sido, solamente se vuelve plata,...” (Base)

“Lo que paso entre la sociedad nuestra es que los sanos se replegaron porque ya no encontraron nada que hacer no pueden hacer nada. Si los poderes se corrompieron los sanos se replegaron porque no pudieron hacer más nada” (Base)

“Una de las problemáticas más grandes es la corrupción y a pesar de esto el sistema funciona, si esto no existiera el sistema sería muy bueno” (Administrativo)

Paradigma de formación (positivismo, biologicismo, asistencialismo)

“La profesionalización sigue siendo el eje de formación en las Facultades de Odontología, en menoscabo de la investigación”. (Política de salud oral Bogotá)

Entendiendo que el énfasis en la formación del Talento Humano Odontológico desde un enfoque biológico y de enfermedad, técnico instrumental y repetitivo, descontextualizado muchas veces de las condiciones sociales y culturales y de la dinámica de los servicios en el sistema de salud, tiene como una de sus causas el que los procesos formativos no se desarrollen en espacios ni contextos reales de la sociedad ni de los servicios, se plantea como alternativa el fortalecimiento de la relación docencia - servicio, a través de la realización de convenios docente – asistenciales”. (Política de salud oral Bogotá)

“viene el problema de la subordinación de la profesión al interior de los servicios y si nos los formaron para que digan yo me integro al equipo hago asistencia hago un poco como programas pues no van a estar y quien tiene que hacer eso, tanto el que le toca hacer la asistencia directa como el que administra el servicio y si eso no se hace, pues no se va hacer y por eso es subordinado en cambio si uno estuviera empoderado del proceso que contribuya al proceso se le estaría peliando”. (Base)

“sigue teniendo énfasis lo que estamos hablando de centrado en lo puramente estético donde la parte biológica eh es muy reducida también como que no tiene incidencia en el resto del cuerpo y ese cuerpo biológico es parte de un cuerpo social y político, entonces como él no lo ve así no se siente que participe y que vaya a participar porque está completamente fraccionado, hay una ruptura total entre lo que es la boca lo estético no ve el cuerpo integral y dentro de ese cuerpo pues hay una representación de lo social y lo político, entonces hay una continuidad si uno lo ve así de ese cuerpo biológico todo el tiempo está dentro de un contexto social, político, económico, religioso muy fuerte también y entonces dentro de lo político pues el no ve esa ese continuo que hay entre ese cuerpo biológico y ese cuerpo social, o sea si uno lo mira hay un panorama amplio que el odontólogo o muy pocos, yo creo que de pronto la salud publica debería mirar a profundidad y yo creo que lo han hecho las personas que han dedicado a la parte de salud y que tienen una inquietud distinta”. (Base)

“Yo creo que depende mucho del perfil de odontólogo que tenga, primero la universidad donde venga, si la universidad tiene un programa estructurado a nivel social” (EnfCoor)

Anglo-eurocentrismo, patriarcalismo

“...la consolidación de una cultura patriarcal donde la dominación del género masculino halló un escenario adecuado para la institucionalización de relaciones culturales y jurídicas de subordinación de la mujer.” (Breilh J. Epidemiología crítica)

La ciencia positivista se desarrolló preponderantemente desde una plataforma cultural Europea y masculina; desde una visión individual de las relación sujeto-objeto, para la cual “una realidad rota en mil fragmentos debía reflejarse inductivamente en el sujeto” (Breilh J. Epidemiología crítica)

“construcción de lo que es el cuerpo de lo que es la gestante, es una construcción cultural en torno a la mujer que la mete en unos roles y en unos estereotipos y que la lleva a tener un tipo de atención, porque cuando tú le preguntas a la gestante y porque entonces viene a la consulta médica y odontológica es que me toco, es porque tengo una responsabilidad con el hijo, o sea ella no habla de ella, ella habla del feto, incluso el feto se vuelve es feto...que es más fuerte que la mujer embarazada” (Base)

“...no es ni siquiera porque se preocupen por ellas, sino porque les preocupa es el bebé, ¿qué le van hacer a mi hijo? A usted háganle lo que quieran, pero a mi hijo que es lo que le van hacer y eso no le hace daño al niño y nunca le preguntan ¿a usted le dolió, usted está bien? No, y eso ¿le hizo daño al niño y pasó algo?” (Od perio)

Triple inequidad

..”Triple inequidad”-de clase, étnica y de género...persiste un tratamiento separado de las tres formas de subordinación social y deshumanización...no son procesos totalmente desligados. Es así, primeramente, porque los tres procesos comparten la misma raíz germinal que es la acumulación y concentración de poder...” (Breilh J. Epidemiología crítica)

“Estas barreras están determinadas por las características (diferencias) entre la cultura del “prestador” y la cultura o “culturas” de los usuarios de los servicios, limitando y/o dificultando el acceso “real” de estos últimos a los servicios. En términos generales, estas están determinadas por el género, el grupo étnico, la clase social, la edad, la preferencia y orientación sexual, la asociación gremial, entre muchos otros factores” (PIC)

“...lo que sí se es que el género permea todo absolutamente todo, la clase social, todo, hay yo pensaría que tiene una influencia una impronta muy fuerte...yo reafirmaría lo que hemos venido hablando y es que ahí el estereotipo de género en la cual le da a las mujeres en general una relación de subordinación, van a estar muy subordinadas a lo que digan otros y este en especial es una... etapa en la cual la mujer puede verse entre comillas más vulnerable” (Base)

“...esas niñas que no querían tener bebé y quedaron embarazadas, sufren por todo, porque lo que le expresan a uno es miedo, miedo a enfrentarse a una sociedad primero que las está juzgando, a una familia que las esté juzgando, a una pareja que no las quiere, porque la mayoría de los casos le dicen que eso ni siquiera es de ellos, entonces tienen que asumir toda una vida de ellas, más la vida de su bebé, solas, y les da pánico porque es elemental, todavía no está en condiciones de aceptarse como mamá y como mujer grande, porque ellas acaban de soltar el colegio, cuando no están todavía estudiando en el colegio, porque muchas están en el colegio aún y para colmo pertenecen a familias muy pobres”(Od period)

Violencia social legitimada

“Entre otros motivos, esta que para muchas personas en la actualidad en donde cabe destacar que en la mayoría de los casos son adolescentes, quienes por distintas problemáticas; como son hogares disfuncionales, embarazos no deseados, consumo de SPA, duelos no elaborados, seguido por estado civil unión libre con 16 casos, asociados a conflictos o violencias intrafamiliares, separaciones conyugales, duelos no elaborados, débiles canales de comunicación, consumo de SPA, falencias económicas, en menores porcentajes los que están casados 2 casos, siendo 6 casos los separados, viudos 2. En donde la mayoría de los casos se repiten las mismas problemáticas” (PIC)

“...más de la mitad no tienen una pareja estable, ellas viven en su círculo familiar primario, con papá y mamá, y su pareja o el papá de su bebé no vive con ellas, vive en algún otro sitio, la gran mayoría no le responden o les dan cualquier cosa y ellas son las que asumen todo, asumen las visitas al odontólogo, al médico, asumen todo y ellos no se dan por enterados de lo que está sucediendo, en la mayoría están solas, no hay acompañamiento de sus parejas” (Odperio)

“El 30 de diciembre me quedé sin trabajo. El papá del niño antes del embarazo me apoyaba económicamente y por esto estaba acostumbrada a otro nivel de vida; pero cuando supo que estaba embarazada me dijo que me quitaba el apoyo sino abortaba y como no aborté no lo volví a ver” (Embarazada base)

Con base en estas expresiones de los procesos críticos del orden cultural y del dominio general se puede evidenciar la preminencia de una sociedad opuesta a la vida, que promueve y profundiza la inequidad, los patrones de dominación, que se propone naturalizar las condiciones de inequidad y de violencia. Se observa además, como la corrupción, el clientelismo y la apropiación indebida de recursos del estado se comprenden como procesos de la esfera económica que permean las políticas y reconfiguran la cultura colombiana, en la que se observa la ausencia de controles sociales y éticos derivados de la generalización de estas formas socialmente aceptadas de “ganarse la vida” (230). Por otra parte, el paradigma positivista en salud oral en el que tradicionalmente se construye el conocimiento científico en el área odontológica, la preponderancia de una visión medicalizada de la salud oral que limita la comprensión de la relación de lo biológico con lo social, que influencia los procesos de formación profesional y de la práctica odontológica son aspectos que deben analizarse cuando se propone comprender la determinación social de la atención odontológica de la mujer embarazada.

- En el dominio particular

Las expresiones que representan los procesos críticos del orden cultural en la dimensión particular ilustran como la existencia de grupos sociales que promueven o desincentivan el apoyo solidario, el acceso y permanencia de las mujeres en el sistema educativo, el machismo, el racismo, la marginación y segregación social son aspectos que se ven determinados por las representaciones de los colectivos a los que pertenecen las mujeres embarazadas, pero también influenciados por las condiciones de violencia social, la naturalización de diferentes formas de intimidación y de la impunidad que las mujeres enfrentan.

Grupos sociales que promueven o rechazan el apoyo solidario

“...deterioro de las formas culturales propias de vida comunitaria y familiar; agravamiento de las condiciones de inseguridad y violencia; deterioro de las formas comunitarias y solidarias de organización;...” (Breilh J. Epidemiología crítica)

una agenda de acción política por la salud oral y el derecho a la salud con personas, organizaciones sociales y comunitarias que haga parte de los planes de acción a nivel local o territorial...Para el caso de la salud oral, estas formas organizativas pasan por la construcción de alianzas, redes colaborativas, gestión, organización y concentración de recursos, procesos de negociación para definir prioridades de investigación e innovación, estímulos y generación de condiciones espaciales y de tiempo (Política SO)

"...no yo no creo que haya una integración, integración tomándola del concepto de que yo me meto, participo, actúo y evalúo. El control prenatal depende de quién esté, va muy ligado a las personas, si el programa está en manos de un enfermero o de un médico que no le interese mucho eso, el odontólogo pasa desapercibido, igual porque el odontólogo, la formación de nosotros es como te dije en las 4 paredes, si me llaman participo, medio participo, si no, no" (Base)

"...no sabemos que hay programas de salud oral a nivel comunitario que hay fundaciones que nos pueden facilitar ese apoyo, que hay fundaciones lo que hacen las madres FAMI del ICBF se apoyan en uno y se apoyan en otro porque ellas saben de todo, ellas tienen una visión integral porque saben de un lado, saben del otro me apoya la fundación de no sé dónde, me apoya el colegio de no sé si se manga, me apoya el hospital, me apoya salud pública, porque ellas si tienen ese punto a su favor, ellas si conocen la función" (Enfcoordinadora)

"Vienen muy poquitas, es que hay una gran cantidad de mamitas que vienen a tener su bebe por ejemplo en el mes como 600, 700 que atienden aquí partos a esa escala, pero mire las poquitas que vienen aquí a odontología. Faltaría es como más promoción en odontología yo creo, mas promoción pero solamente... por eso es que la labor de las enfermeras jefes es arduo porque las mamitas bueno están viniendo... no vienen" (Auxiliar)

Falta de oportunidad, de acceso y permanencia en el sistema educativo

El nivel educativo de la madre repercute directamente en la calidad de cuidado del menor y el poder adquisitivo de las familias para garantizar una alimentación completa, equilibrada, suficiente y adecuada teniendo en cuenta además que las familias tienen como prioridad garantizar la vivienda.... Es importante observar la relación de la economía local con las oportunidades de trabajo que en el caso de Suba muestran la tendencia a la informalidad (PIC)

Existe una estructura comercial significativa que no logra emplear el caudal de jóvenes provenientes del sistema educativo local, lo cual aunado a la falta de oportunidades incide de manera directa en las condiciones de vida de la juventud y sus familias (PIC)

"...hay muchas gestantes que no tiene un nivel educativo que le de facilidades para desempeñar una labor y que les produzca para vivir bien, entonces pasa a segundo plano la parte de su salud (Base)

"...sino tienen una educación más amplia, no van a poder desempeñarse en una buena labor, no van a tener una escala económica más alta, entonces pues va ser muy poquito, entonces qué ven hacer, lo que hizo la familia trabajar en lo que trabajó la familia, digamos, supongamos en el área de reciclaje" (Higienista)

O sea, yo estaba terminando bachillerato el año pasado en el San Ignacio, pero era validando, o sea, ya era pa terminar. Yo me metí como a mitad de año y terminé noveno y ya este era pa que estuviera en décimo y once, pero por el embarazo entonces paila (Mujer PPT)

Representaciones sociales de los grupos a los que pertenecen

la construcción de territorialidad sobre el espacio físico, es decir, el desarrollo de un conjunto de prácticas con sus expresiones materiales y simbólicas que permiten procesos de apropiación y reconocimiento sobre los procesos (individuales y colectivos) e identidades construidas por las comunidades a través de la socialización de dicho espacio, cuyo resultado se traduce en el fortalecimiento de la capacidad de organización, participación, concertación y regulación al interior de las mismas comunidades, y de interlocución y regulación hacia las instituciones y las políticas... El territorio es producto de prácticas de producción, de consumo, de intercambios simbólicos y culturales que determinan la formación de subjetividades particulares...” (Política de salud oral Bogotá 2011-2021)

“En tercer lugar, se presenta una débil capacidad de los usuarios para buscar y obtener atención debido principalmente por la percepción mínima de riesgo a enfermarse de la población. Esta percepción no promueve la realización de prácticas preventivas intencionadas por parte de la población. También se encuentra una percepción de temor a los procedimientos de la atención oral, generado por las experiencias anteriores de dolor y trauma en la consulta. Asimismo, la débil capacidad de las personas por buscar y obtener atención se vincula a su percepción y satisfacción con el servicio, en donde juegan nuevamente los antecedentes previos de interacción paciente-servicios de salud oral. Por último, existe la percepción de que los servicios de salud oral son costosos y por lo tanto inaccesibles para grandes grupos de población” (Polit SO)

“Como buena parte de los territorios de los afrodescendientes han sido objeto de disputa por parte de los actores armados” (Plan de intervenciones colectivas. 2012)

“En general es un sector en el que sus habitantes cuentan con pocas oportunidades, en el que no existe un reconocimiento de comunidad ni de identidad social y en el que existe una dinámica de exclusión y discriminación en los diferentes grupos que habitan el sector” (Plan de intervenciones colectivas. 2012)

“Esta situación se convierte a diario en un dilema ético para el profesional frente a las decisiones que debe tomar con su paciente pues muchas veces lo que se puede hacer no es lo mejor o lo que es peor, nada se puede hacer” (PIC)

“Si bien se pretende que el presente documento tenga una mirada integral, también es importante tener en cuenta que se ha dado un tratamiento diferencial para cada tema, en el abordaje de las enfermedades crónicas no transmisibles en Usaquén guarda una estrecha relación con los siguientes elementos: la actividad física, los hábitos nutricionales, la calidad del aire, las etapas del ciclo vital, la discapacidad y la salud oral (entendida como una situación que aunque no ocasiona desenlaces fatales como tal, si representa una alta carga de morbilidad)...Se cita el tema de la salud oral en esta sala situacional de enfermedades crónicas ya que constituye la principal causa de consulta externa en el Hospital de Usaquén. Sin embargo, no se le da la importancia real ya que la caries, la gingivitis o la enfermedad periodontal no causa “la muertes como tal”, al compararla con otros eventos en salud” (PIC)

“Esses papéis que atribuem à mulher com os cuidados e a saúde dos outros; esses papéis atribuídos à mulher fazem, então, que ela seja socialmente moldada para os cuidados com a maternidade, com a casa e com o marido. E mais do que isto, a sociedade considera tais cuidados menos importantes do que as atividades atribuídas aos homens. E essa divisão de papéis é ainda consolidada pela igreja, pela educação, e pela medicina; instituições que contribuíram, ao longo da história, cada uma à sua maneira, para o destino biológico da mulher”. (Silva A 2001)

“...lo que significa ser mujer en un país como Colombia y una mujer... impresionantemente donde hay un estereotipo marcado hacia la reproducción...” (Base)

“...la gestante, es una construcción cultural entorno a la mujer que la mete en unos roles y en unos estereotipos y que la lleva a tener un tipo de atención, porque cuando tú le preguntas a la gestante y por qué entonces viene a la consulta médica y odontológica es que me tocó, es porque tengo una responsabilidad con el hijo...” (Base)

“...el servicio de odontología es un servicio subordinado dentro de los hospitales cualquiera que él sea, sean los hospitales públicos o los prestadores privados,..., de las EPS, o de las secretarías de salud y esa marginalidad de la profesión hace que sean marginales los servicios...” (Base)

“Del comienzo cuando estábamos, él estaba feliz y él del comienzo se estaba portando bien, después yo no sé, empezó a tomar y eso y hasta que cambió y eso, entonces uno como hace con un hombre así, ni pieza la pagábamos porque yo vivía en Cúcuta hasta con mis papás, y eso que mi mamá nos había dejado un pedacito de lote pa que lo construyéramos así sea de madera, pero no tampoco quiso, una rogadera pa' que ¡no!” (Mujer PPT)

Crimen maltrato, impunidad, naturalización de diferentes formas de violencia de género

Los roles sociales basados en el género, también se convierten en un aspecto a tener en cuenta, los modelos basados en la fuerza y la violencia en los hombres han logrado a partir del miedo crear una represión contra la mujer” (Informe avance salud situacional 2012.)

“Como buena parte de los territorios de los afrodescendientes han sido objeto de disputa por parte de los actores armados, esto ha devenido en una gran diáspora de desplazados que migran a Bogotá....en puntos específicos y concentrados en zonas determinadas, creando colectividades enlazadas por un elemento físico (lugar de vivienda) y por los lazos de parentesco y afinidad, lo cual de una u otra manera contribuye a mitigar el proceso cruel del desplazamiento” (Plan de intervenciones colectivas. 2012)

“Se observa que para 2011 el territorio de Rincón presenta el nivel más alto de notificación durante todo el año 2011 con 890 casos de los cuales el 76% corresponde a víctimas de sexo femenino, es importante anotar que este territorio presenta la notificación más alta en cuanto a la violencia física con el 47% del total de casos intervenidos cuya víctima recurrente es la mujer, de igual forma registra el mayor número de casos respecto a la violencia sexual con un 51% del total de la notificación de las UPGDs (PIC)

“cuando supo que estaba embarazada me dijo que me quitaba el apoyo sino abortaba y como no aborté no lo volví a ver” (Embarazada base)

“T... es una mamá, que tiene con la bebé que tuvo 3 niños, que son 2 niños y la bebé 3, mamá que quiere mucho a los hijos, a los niños. Una madre trabajadora para lograr sacar a mis hijos adelante, una madre sola...” (Mujer PPT)

En el orden cultural las expresiones muestran cómo procesos relacionados con la persistencia de patrones patriarcales, eurocéntricos que determinan en gran medida las construcciones discriminatorias relacionadas con etnia y género establecen unos procesos particulares que influyen las representaciones de los colectivos, la interacción y el apoyo que se establece, las oportunidades de acceso a la educación y los fundamentos positivistas sobre los cuales se orienta la formación profesional; condicionando a su vez las representaciones de los diferentes actores involucrados y las relaciones familiares y sociales que condicionan la atención odontológica de las mujeres embarazadas, en especial de los grupos sociales con mayores desventajas.

- En el dominio singular

De esta forma, en el orden cultural y en el dominio singular, los procesos críticos asociados con las relaciones de la mujer embarazada con su pareja, su familia, con los profesionales de la salud que las atienden, pero también la interacción que pueden tener con otras mujeres gestantes; así como los contactos que se pueden establecer entre profesionales, pueden constituirse en elementos dinámicos que promueven o limitan el acceso a la atención odontológica de las gestantes por la injerencia que puede tener en la construcción o reconstrucción de representaciones y valores entorno al cuidado oral y la atención dental, la adherencia al tratamiento, la comprensión o no de la salud oral como un bien social o de su visión entorno a lo estético y lo asistencial.

Relaciones de pareja

“una rogadera que el papá de los niños nos diera a nosotros porque él tenía pero era pa jartarse o para él gastarse pero no era capaz de todo, una rogadera entonces me cansé de él y entonces me vine pa’ ca... en cambio acá yo sé que más adelante, yo puedo darle a mis hijos lo mejor” (Mujer postparto)

“...él que supo que estaba embarazada me dio como la espalda...” (Embarazada)

“No gracias a Dios no, pues mi esposo siempre ha tenido el trabajito y él siempre respondía por mí y todo eso” (mujer postparto)

“Son muy nerviosas vienen con problemas de la casa puede ser problema con el esposo, problema social, problema psicológico, uno que va saber esas pobres niñas como llegan y sin un peso” (Higienista)

Relaciones familiares

“El 47.9% que corresponde a gestantes solteras es decir que se encuentran a cargo de sus padres, familiares o amigos, seguido esta el 39.6% de las gestantes intervenidas que conviven en Unión Libre, y en menor proporción aquellas que se encuentran casadas con un 12.5%. Esto nos muestra que la composición familiar en la cual se constituirá el nuevo hogar del bebé en muchas ocasiones los abuelos serán los futuros responsables” (PIC)

“...porque vienen los papás, la mamá o el esposo y pues ellas se sienten como motivadas, pero si implica mucho porque de momento como si uno está acompañado, uno finalmente como se siente bien como que le gusta hacer las cosas, pero si está sólo sino tiene pareja si tiene problemas económicos” (EnfCoord)

“...por esa falta de conocimiento de los familiares en este caso era la mamá de la chica que le dijo que no que ella mejor esperaba que ella tuviera él bebe para sacar esa muela (Odgeneral)” (od general)

“...uno ha tenido una gestante que llega y apenas lo mira a uno se derrama en llanto, ¡qué le pasó!, no vino el esposo anoche, no me trajo la comida, estoy sin desayuno, no sé si se cuándo, una serie de problemáticas internas familiares, en la casa me echaron, se dieron cuenta y estoy viviendo de arrimada, no tiene papá el bebe” (Higienista)

Pues con mi familia no conté durante el embarazo, solamente con mi esposo y la familia de mi marido (mujer postparto)

“Pues la verdad, ahorita me va a colaborar mi hermano al que le cuido el niño y pues, del ingreso de mi hermana no, pero pues, digamos que ella me ayuda cuando tengo que venir al médico para los transportes. Ella me colabora, no sé, quedándome en la casa de ella o cosas así por el estilo” (Embarazada)

Relación gestante profesional

Estas barreras están determinadas por las características (diferencias) entre la cultura del “prestador” y la cultura o “culturas” de los usuarios de los servicios, limitando y/o dificultando el acceso “real” de estos últimos a los servicios. En términos generales, estas están determinadas por el género, el grupo étnico, la clase social, la edad, la preferencia y orientación sexual, la asociación gremial, entre muchos otros factores”. (Evaluación PIC. 2012)

“Si la paciente no está en control prenatal, refiérala al programa de gestantes para valoración por enfermería. En este caso infórmele a la paciente la importancia del control prenatal y la necesidad del control médico para iniciar o continuar el tratamiento odontológico”. (Guía atención od gestante)

“...el odontólogo no tiene la capacidad de influenciar en la gestante para que regrese, no le da la confianza de adherencia” (Base)

“ellas lo toman a veces en regaño, porque a veces uno está ahí como auxiliar el odontólogo eh... por lo menos yo les digo, no piensen que esta brava que las está regañando, ella se pone así es para que usted se ponga pilas con su dentadura, con su boca, con su salud oral eso tiene que ver también con su salud en general” (Aux)

“A unos lo atienden bien y a otro no, entonces me parece que la atención debería ser igual para todos” (Embarazada)

“Pues bien, primero me hicieron unas preguntas, después me revisaron y ahí ellos hablando en sus idiomas raros que yo no les entiendo nada, después volvieron a hacerme otras preguntas y ya”. (Mujer PPT)

“A las 9:30 la odontóloga la llama a consulta. La odontóloga se sienta de espaldas a R (mirando la pantalla del computador) y ella se sienta en la unidad pero aún no se acuesta y empieza el interrogatorio, en algunos momentos la odontóloga no alcanza a escuchar bien las respuestas de la gestante (en preguntas relacionadas con semanas de gestación, ocupación, y otros detalles de la anamnesis) a pesar de ello le sigue dando la espalda a R durante todo el diligenciamiento de la historia clínica” (Ruta seguimiento a la embarazada de Suba)

Relación entre profesionales

“Sigue siendo muy conservadora, el odontólogo metido en un espacio muy restringido de una consulta externa, donde le da temor salir a hablar con los otros, donde ese trabajo en equipo y ese trabajo interdisciplinario no se ve para nada, absolutamente para nada. O sea son muy pocas las personas que emigran temerosas de que van a encontrar, pero en general está muy... existiendo un campo tan amplio, el odontólogo siente como temor en la relación con la enfermera, en la relación con el médico, yo veo que dice... ah sí vamos hacer un procedimiento a un paciente, es la autorización por parte del médico a ver que va ocurrir” (Base)

“...el médico le dice tiene que pasar por odontología, pero ahí está rota la comunicación, la articulación odontólogo-medico, medico-odontólogo, para que el medico haga la remisión inmediata a odontología y haya una ventana abierta en el servicio de salud para atenderlas” (administrativa)

“...en los programas de salud pública se vincula tardíamente al odontólogo y por esto esté tuvo dificultades para su desempeño de campo” (EnfCoord)

el médico especialista ya valora la paciente obviamente le hace una valoración integral directa desde cavidad oral y ellos también hacen las remisiones y nos solicitan muchas veces lo que le digo vienen y ellos personalmente, como el doctor de aquí más querido (Od general)

“si tu estas consciente que eres profesional de la salud, tu no solamente esperas que te vinculen sino que tú te vincules a ellos” (Od periodoncista)

Relación entre gestantantes

“La misma red de gestantes ejerce de alguna manera influencias sobre la atención odontológica de la mujer. Por ejemplo una gestante le dice a la otra oiga me fue súper bien o me fue súper mal” (Od general)

“... daba tranquilidad al ver que las situaciones que vivía también eran compartidas por otras mujeres” (Embarazada)

Representaciones de las gestantes, la familia, los amigos, los profesionales

“En la medida en que el campo de la salud oral ha estado dominado por una visión biologicista de la enfermedad, que no toma en cuenta los determinantes sociales, que su práctica ha estado centrada en la acción clínica; la percepción del territorio no ha sido un referente de sentido para la planeación y organización de las tareas propias del campo.” (Política de salud oral Bogotá 2011-2021)

“Estas percepciones de mínimo riesgo a enfermarse, de temor a los procedimientos odontológicos, de insatisfacción con los servicios de salud oral y de sus altos costos van de la mano con los conocimientos, actitudes y prácticas de la población, es decir, constituyen barreras de tipo cultural” (Política de salud oral Bogotá 2011-2021)

“Las mujeres embarazadas tienen prácticas, actitudes y conocimientos basados muchas veces en creencias y mitos heredados por una tradición cultural que asocia erróneamente la gestación al deterioro de la salud oral” (Universidad El Bosque. SDS. Guía de manejo clínico para tratamiento odontológico en la mujer gestante, 2010)

“Pero la mirada desde afuera, es una mirada que los odontólogos tienen muy reducido como con un gran temor a tener interlocución con los otros, dentro se pelean muy fuerte digamos los periodoncistas de pronto con el rehabilitador, el rehabilitador con el cirujano pero en unos campos muy estrechos” (Base)

“...la falta de integración de nosotros como odontólogos al control prenatal...(Base)

“...el servicio de odontología es un servicio subordinado dentro de los hospitales cualquiera que él sea, sean los hospitales públicos o los prestadores privados,..., de las EPS, o de las secretarías de salud y esa marginalidad de la profesión hace que sean marginales los servicios...” (Base)

“... sí será que el odontólogo... si, como que se reduce a la parte estética, a la parte de las cavidades, ni siquiera a la parte de cómo se produce la caries, mucho menos la enfermedad periodontal...” (Base)

“...la crítica de pronto que podría hacer es que nosotros los odontólogos no profundizamos ni somos valga la redundancia críticos con esa política pública y deberíamos aportar mucho más...” (Base)

“... , para los estudiantes una gestante ¡uy juemadre a quien le toco!...” (Base)

“tú le preguntas a la gestante y por qué entonces viene a la consulta médica y odontológica es que me tocó, es porque tengo una responsabilidad con el hijo...” (Base)

“Mi paciente llega el primer medio por el que llega o es enfermería o es medicina general, es el primer profesional que la gestante acude por qué? Por la concepción que tiene, lo importante es su bebé y la odontóloga no le va a mirar el bebé, la odontóloga no le va a mirar la hipertensión, la odontóloga... es la enfermera la que le va a mandar cuadros hemáticos, que su examen de orina, todos sus controles. (Odgeneral)

“...la verdad ahorita lo malo del transporte es que digamos ya uno sube embarazada y como que no hay puestos y como que todo el mundo, “ay, no” no le da importancia, entonces es difícil...” (Embarazada)

“...le reste como importancia, me dijo que llevara crema, cepillo dental y hilo, seda dental, era como para enseñarme a manejar cepillo y eso, pues yo más o menos” (Mujer PPT)

Educación en salud

“Mejorar las condiciones de vida de las personas, propiciar proyectos de vida autónomos, tiene más efectos positivos sobre la salud y la salud oral que las tareas educativas por muy esforzadas y repetitivas que ellas sea” (Politi SO)

“La temática de educación en salud se identifica como de alta prioridad en procesos de capacitación para profesionales de la salud y personal auxiliar vinculado a procesos de atención y trabajo comunitario. Resulta primordial tener un trabajo sostenido con los profesionales y personal auxiliar teniendo en cuenta la necesidad de desarrollar fortalezas conceptuales y herramientas prácticas que cualifiquen estas acciones, aún más cuando la práctica odontológica tradicionalmente ha tenido avances hasta ahora incipientes en este campo...Es necesario construir un enfoque compartido del modelo pedagógico, que oriente las actividades educativas en salud oral. El modelo tradicional se piensa en una relación asimétrica, memorística y repetitiva y centrada en la enfermedad. Es necesario superar este modelo de manera que se posibiliten metodologías de trabajo que faciliten el diálogo de saberes y la comprensión de las representaciones sociales relacionadas con el autocuidado, la atención odontológica, la valoración del cuerpo etc., Desde esta perspectiva se deben propiciar metodologías horizontales del trabajo educativo en salud en salud, darle salida a la creatividad y a la innovación pedagógica” (Polit SO)

“Como recomendación del grupo se planteó la necesidad de Visibilizar la voz de las comunidades en los servicios de salud por medio de este tipo de ejercicios, con el fin de reivindicar y garantizar los derechos en salud, siempre y cuando sea un trabajo conjunto con las y los usuarios para fomentar de igual manera el sentido de corresponsabilidad” (PIC)

“hay limitados conocimientos de la posible relación entre la salud oral y resultados del embarazo lo que sugiere que una mejor educación enfocada en resaltar la importancia del cuidado dental, antes y durante el embarazo, es una excelente herramienta en la prevención de sus futuras complicaciones” (Guía atenc od. gestan)

“El embarazo es una etapa ideal para el establecimiento de buenos hábitos, pues la embarazada se muestra psicológicamente receptiva para adquirir nuevos conocimientos y cambiar conductas que probablemente tendrán influencia en el desarrollo de la salud del bebé” (Guía atenc od. gestante)

“muy ligado a su estrato o sea, yo siempre me he dedicado a los pobres, yo diría que es mala, el estado de salud oral es mala, o es regular y al momento en que llega el embarazo

empeora, ¿porqué? Porque dentro de los programas, los programas tienen educación en salud oral, lo manejan de una manera muy light, no interiorizan, no llevan a la embarazada a que sea consciente de su estado sino que priorizan otras cosas, y eso está bien priorizar el desarrollo del bebé, pero los programas no han incluido en esas educaciones las investigaciones que ha hecho por lo menos C...sobre el recorrido de infecciones en la placenta” (Base)

“yo le hago la parte educativa pero uno no sabe, ni si me entendió , si lo que ve es lo mismo que se hace ella misma ese trabajo motriz que tiene que realizar con la seda dental, con el cepillo, eso es con practica; en la siguiente cita que les digo que traigan cepillo y la seda dental es como si no hubiesen venido, ¡sí, no se les olvida lo de la sustancia pero se les olvida totalmente como se llama la placa bacteriana, la placa blanda la olvidan, los nombres, se confunden placa blanda con caries y peor placa blanda con la enfermedad de la encía y con la enfermedad... bueno... hay uno se da cuenta, cómo llegó, ahí es cuando yo me evaluó que paso. Problemas con ellas es si vuelven, si vuelven todo bien pero si no vuelven se van con ese mix” (Odgener)

“me dicen que es conveniente ir por lo que de pronto uno tiene una infección, usted sabe que todo lo que uno come, traga, así, o sea, todo le cae al bebé, entonces imagínese que el bebé procesa eso con infecciones, entonces eso es necesario” (Embarazada)

Adherencia al tratamiento

“La adherencia a las GPC entre los profesionales depende de la existencia e intensidad de una serie de barreras. Las barreras pueden ser divididas en conocimientos, actitudes o prácticas de los odontólogos. Falta de conocimiento: Se refiere a la falta de conciencia sobre la existencia de la GPC. Esto tiene relación con la sobrecarga de información disponible hoy en día, al tiempo destinado a la formación, y a las estrategias de diseminación que aplican a cada guía en particular sus autores o las instituciones de las cuales el profesional depende” (Politica de SO)

“Las personas en general asisten a consulta... solo cuando se sienten enfermas, los procesos preventivos no se están gestando e interiorizando desde etapas tempranas de la vida” (PIC)

“la mujer gestante teniendo tantos beneficios porque es una población especial no me está asistiendo a la consulta o sea, del porqué ella no es consciente de que me están dando todo y es para beneficio mío como gestante yo voy y aprovecho mis servicios pero entonces no... yo te lo pongo todo desde el punto administrativo que hay citas las ponemos a una hora les tenemos todo pero ellas no vienen, entonces no sé esa es como mi duda no sé porque no hay adherencia al tratamiento por parte de las gestantes, o sea no sé en qué punto estamos de pronto fallando como institución” (Administr)

“pero la mayoría no es porque vengan convencidas y que tengan como ese criterio de que es por mí y de que yo quiera estar, de que por la salud no, o sea, es porque yo pienso que la mayoría si es porque tocó cumplir con ese requisito digámolo así, no por voluntad propia digamos yo si me voy a interesar por mi salud” (Higienista)

“yo siempre voy al odontólogo pero cuando estoy embarazada, mientras tanto no voy” (embarazada)

“Hasta ahorita que me toca por lo del bebé y todo eso porque como que lo obligan a uno, pero no, primero yo nooo, yo me quedaba hasta dos, tres años sin ir” (mujer ppt)

La salud oral bien social apetecible

“...la salud oral no es reconocida significativamente como un bien social deseable teniendo en cuenta que los individuos adecuan sus expectativas de salud oral a las condiciones sociales, materiales, culturales y morales en que se desarrollan sus proyectos vitales...” (Política de salud oral Bogotá 2011-2021)

“Aún en el marco de los cuestionados procesos de participación que caracterizan al SGSSS, la salud oral en Bogotá no aparece como un asunto que se reflexione sistemáticamente en los espacios definidos desde la institucionalidad, lo cual refleja por un lado, que la salud oral está aún lejos de ser considerada un bien social valorado como positivo y deseable” (Política de salud oral Bogotá 2011-2021)

“La salud oral es a la vez un hecho individual y un hecho colectivo, es un producto social en el marco de interacciones sociales, políticas, histórico culturales complejas, que exige una comprensión disciplinar e interdisciplinaria y un abordaje multisectorial”. (Política de salud oral Bogotá 2011-2021)

Se cita el tema de la salud oral en esta sala situacional de enfermedades crónicas ya que constituye la principal causa de consulta externa en el Hospital de Usaquén. Sin embargo, no se le da la importancia real ya que la caries, la gingivitis o la enfermedad periodontal no causa “la muertes como tal”, al compararla con otros eventos en salud...” (Informe avance salud situacional 2012. Desarrollo y viabilidad de propuestas en temas de interés en salud de la localidad de Usaquén. 2012)

“Los significados y representaciones sociales sobre la maternidad presente en las comunidades se relacionan de manera directa con las barreras de acceso de tipo cultural e institucional relacionadas con la salud materna. La humanización de la asistencia sanitaria implica reconocer que las realidades de salud son vividas de un modo particular por una persona que a su vez tiene una serie de particularidades sociales y culturales” (Guía de manejo clínico para tratamiento odontológico en la mujer gestante, 2010)

“...muito ainda há que se trabalhar junto à população no sentido de buscar a valorização da saúde bucal como parte da saúde geral; é preciso começar a mudar a representação que a maior parte da população tem com relação a seus dentes” (Silva A 2001)

“...en esta época se está viendo mucha materna con los dientes sanitos, vienen a control y ni una calcita ¿porque? porque han sido niños cuidados por sus papás desde chiquiticos, ya ellos tienen cultura, ya saben que los tienen que llevar y los traen a su control...” (Higienista)

“...o sea, como dicen en los comerciales, no hay una bonita sonrisa o un bonito ver los dientes blanquitos, bien sanos...” (Embarazada)

Violencia intrafamiliar

“...la violencia intrafamiliar se logra evidenciar que las causas que mas menciona la comunidad es la situación económica y que a raíz de esta problemática se desencadenan el resto de situaciones en las familias, otra de las causas que se evidencian es la falta de diálogo al interior del núcleo familia lo que nos genera distanciamiento y fractura de un entorno familiar para con los hijos” (PIC)

“Pues, la verdad con él desde que supo que estaba embarazada no ha habido ningún tipo de contacto. Sí, ya él que supo que estaba embarazada me dio como la espalda” (Embarazada)

“Pues hasta ahora ha sido pues buena la relación, la convivencia, nos entendemos mucho,

pues el diálogo también. O sea, así de pelear, de peleas fuertes, que digamos tratarnos mal, no, nada de eso” (Embarazada)

“...me daba un dolor de cadera que me tocó ir por urgencias; mi anterior pareja me pegaba y una vez me dio tan duro que me fregó la cadera” (Trayectoria)

El apoyo y las formas solidarias de organización que superan las relaciones de poder, que se sustentan en las acciones colectivas organizadas de las comunidades, las familias; pero que también tienen que ver con las relaciones que establecen las gestantes con las instituciones y los profesionales que las atienden, se convierten en estrategias que influyen la asistencia y la prestación de los servicios odontológicos de las mujeres embarazadas. Los grupos a los que las mujeres gestantes “pertenecen” promueven la creación y reproducción de valores culturales, de identidad, de necesidades y de disfrute de bienes de consumo, los que a su vez determinan las concepciones, los valores, los estilos de vida y los hábitos de cuidado que asumen las mujeres, influenciando de esta forma los procesos de determinación social de la atención odontológica de las mujeres embarazadas. Las relaciones de género y las construcciones que sobre este tema se han elaborado muestran la injerencia que este aspecto tiene sobre las condiciones culturales, jurídicas, sobre los roles atribuidos a las mujeres y sobre su impacto en el proceso salud-enfermedad oral de las mujeres. Al considerar aspectos étnicos y su relación con la atención odontológica de las gestantes, es necesario identificar la forma cómo desde las políticas, el sistema de salud y el personal que presta la atención incentivan o no un enfoque diferencial que proteja las particularidades de los grupos poblacionales y de esta forma se comprenda, se respete y se eliminen las barreras para acceder a una atención integral en salud. Las relaciones de pareja sustentadas en la dominación imponen a las mujeres condiciones desventajosas, roles catalogados como poco importantes, espacios de violencia doméstica y social perpetuados por diferentes instancias, ejercen una influencia importante para que las gestantes asistan a la consulta odontológica. De igual forma, las relaciones que las mujeres embarazadas establecen con los profesionales de la salud que las atienden, usualmente asimétricas, generan ambientes que promueven o entorpecen su asistencia a la consulta odontológica. La formación profesional y los paradigmas biologicistas y asistencialistas a partir de los cuales se desarrolla este proceso, muestran limitaciones que deben ser comprendidas si se espera promover transformaciones que incentiven la asistencia odontológica de las mujeres embarazadas.

- **Proceso críticos de orden cultural definidos a partir de técnicas extensivas**

Los resultados que se obtienen a partir de la implementación de técnicas extensivas muestran cómo ser profesional y estar casada aumenta la probabilidad que tienen las mujeres embarazadas de asistir a la consulta odontológica a pesar de no evidenciarse diferencias estadísticamente significativas (tabla 3-5); Este resultado se aprecia mejor al relacionarlo con la información obtenida a partir de las técnicas intensivas. Esto se relaciona con la significancia social de la información derivada de todas las fuentes estudiadas una vez se han triangulado, evidenciándose la consistencia en la información.

Por otro lado, las embarazadas con unos conocimientos regulares o buenos fueron cerca de 3 a 7 veces más a la consulta odontológica al compararse con aquellas que tenían malos conocimientos relacionados con la temática (tabla 3-5). Aspecto que también coincide con la información recolectada a través de técnicas intensivas y de apoyo a la definición de procesos críticos.

Tabla 3 - 5. Modelo de regresión logística en múltiples niveles de las variables escolaridad, estado civil y conocimientos asociados a la atención odontológica de las mujeres embarazadas de tres localidades de la Red Norte de Bogotá, 2012

Variable	OR	IC95%	P
Escolaridad			
Primaria	0,4	0,1;1,6	0,214
Secundaria	0,5	0,1;1,9	0,338
Técnica	0,6	0,2;2,2	0,435
Profesional	1,1	0,2;4,8	0,943
Estado civil			
Casada	2,2	0,9;5,4	0,082
Viuda	1,1	0,3;3,9	0,859
Unión libre	1,5	0,9;2,2	0,08
Divorciada	0,4	0,02;4,3	0,418
Conocimientos asistencia consulta odontológica			
Regular	2,8	1,3;5,8	0,006
Bueno	6,6	4,2;10,5	<0,0001

3.1.1 Fenotipo y genotipo

Proceso críticos de las condiciones fenotípicas y genotípicas definidos a partir de técnicas intensivas

Los procesos críticos identificados en la matriz y sus respectivas expresiones en los órdenes político, económico y cultural en los dominios general, particular y singular orientan la relación de estos con los procesos fenotípicos y genotípicos relacionados con la acumulación de patologías, los cambios biopsicosociales y la presencia de complicaciones del parto y el puerperio en coherencia con las condiciones orales que las embarazadas registran.

Las mujeres embarazadas registran una elevada prevalencia de patologías bucodentales durante todo el ciclo vital y en particular durante la gestación; los cambios biológicos a nivel oral como efecto del embarazo, los procesos biológicos que desencadenan las complicaciones perinatales asociados a infecciones orales son los tópicos sobre los que se centra la mayor parte investigación en el campo odontológico, sin profundizar en los modos de vida y los aspectos estructurales de la determinación social de la atención odontológica de las mujeres gestantes; de esta forma, los aspectos biológicos están desconectados de los procesos del orden económico, político y cultural en los dominios general, particular y singular que influyen el acceso, la adherencia al tratamiento odontológico, los cambios biopsicosociales relacionados con el embarazo y las complicaciones durante el parto y el puerperio que afectan la vida y la salud de la mujer y de su hijo o hija. Las expresiones relacionadas con estos procesos críticos se presentan en la tabla 3-6 y se describen con mayor detalle en el anexo G.

A partir del análisis de los procesos críticos relacionados con las condiciones fenotípicas (cambios biológicos en el sistema estomatognático de la mujer) y genotípicas (la injerencia de las condiciones orales de la mujer embarazada sobre el feto) se observan diversos cambios que ocurren a nivel general y oral; así como la relación de las infecciones

Tabla 3 – 6. Expresiones de los procesos críticos de las condiciones fenotípicas y genotípicas definidas a partir de técnicas intensivas

Procesos críticos	Sistémico		Oral	
	Entrevistas	Bibliográficas	Entrevistas	Bibliográficas
Acumulación de Patologías	<i>Al comienzo me dio muy duro por lo que yo sufro de gastritis, entonces pues eso se me dificultaba mucho para comer porque cuando me daba mucho dolor, al comer vomitaba, entonces eso me ponía un poquito débil. Ya duré, una sola vez me hospitalizaron porque ya estaba deshidratada por lo que no resistía la comida” (Embarazada)</i>	<i>“...que busca reducir los índices de mortalidad materna” (Universidad El Bosque. SDS. Guía de manejo clínico para tratamiento odontológico en la mujer gestante, 2010)</i>	<i>“Lo que pasa, o sea, desde pequeñita ya, cuando pequeñita ya me habían colocado calzas cuando tenía como un añito. O sea, no sé por qué es, pero siempre ha sido así. O a veces iba y no había cita o que había una reunión, entonces todo me iban aplazando ¿sí? Y a la medida que me aplazaban pues empeoraba todo o a veces no tenía plata porque eran cosas costosas, que coronas... entonces por eso ha sido más que todo”. (Embarazada) Las mamitas que ya, si vienen digamos que porque tienen que venir, ya mayorcitas de edad, ya vienen con gingivitis más crónica, problemas más acentuados” (higienista)</i>	<i>“Exacerbación de la periodontitis pre-existente: El período entre las semanas 12 y 28 de la gestación pueden estar caracterizados por la susceptibilidad a la colonización bacteriana y la infección con una respuesta inflamatoria concurrente (68), por lo que se recomienda iniciar las intervenciones periodontales temprano en el embarazo antes de la semana 12” . (Universidad El Bosque. SDS. Guía de manejo clínico para tratamiento odontológico en la mujer gestante, 2010)</i>
Cambios biopsicosociales	<i>Entonces esos cambios físicos que son evidentes con lo que ellas mencionan por ejemplo que les crece la barriga, los senos, hay la incomodidad para dormir, para comer, pero hay un fuerte componente emocional en ellas, que la mayoría de ellas no mostraban, o no hablaban de que qué verraquera estar embarazada” (Base).</i>	<i>“Comprende todos los procesos fisiológicos y morfológicos de crecimiento y desarrollo del feto en el interior del útero materno, así como los importantes cambios fisiológicos, metabólicos y morfológicos que se producen en la mujer encaminados a proteger, nutrir y permitir el desarrollo del feto” (Universidad El Bosque. SDS. Guía de manejo clínico para tratamiento odontológico en la mujer gestante, 2010)</i>	<i>“...también me sangra la encía claro que ahora me cepillo sólo una vez al día porque tengo unas nauseas horribles; antes del embarazo no me sangraban las encías pero ahora sí; la doctora me dijo que me cepillara sin Colgate, solo con el cepillo pero hay hombre...” (Trayectoria Embarazada)</i>	<i>“Gingivitis del embarazo: La evidencia soporta que durante el embarazo se aumenta la incidencia de la inflamación gingival y esta se mantiene durante todo el embarazo. En el tejido gingival existen receptores para estrógenos y progesterona, gracias a los cuales estas hormonas ejercen diversos efectos, ya sea en el epitelio, el conjuntivo o los vasos sanguíneos” (Universidad El Bosque. SDS. Guía de manejo clínico para tratamiento odontológico en la mujer gestante, 2010)</i>
Complicaciones del embarazo, parto y puerperio	<i>“la bebida no me crece y ya tengo 8 meses de embarazo... Está muy bajita de peso, entonces quiero saber si me hacen alguna cirugía, si me la sacan para alimentármela en una incubadora” (Embarazada)</i>	<i>(pre-eclampsia) se caracteriza por hipertensión, edema generalizado y proteinuria que se produce después de la vigésima semana de gestación (por lo general durante el último trimestre o el principio del puerperio) (Universidad El Bosque. SDS. Guía de manejo clínico para tratamiento odontológico en la mujer gestante, 2010)</i>	<i>“yo escuché en el noticiero que es bueno revisarse cada ratito los dientes, es bueno porque las mujeres embarazadas... se le enferman mucho las encías y que las infecciones pueden afectar la salud de la madre y del bebe” (Embarazada)</i>	<i>“Según pruebas científicas fehacientes, la salud bucodental y la salud general están interrelacionadas, en particular, las infecciones bucodentales y los resultados adversos del embarazo” (Políticas Salud Oral 2011-2021)</i>

bucodentales con la complicaciones en el embarazo, en ese sentido es relevante enfatizar las implicaciones biológicas y patológicas con relación al embarazo y la salud oral; sin embargo, también se debe señalar la importancia de reconocer la subsunción de estos eventos biológicos en el nivel individual, del colectivo y de la injerencia del orden político, económico y cultural sobre la salud oral, de la gestación y de la atención odontológica de las mujeres embarazadas.

Proceso críticos de las condiciones fenotípicas y genotípicas definidos a partir de técnicas extensivas

La base de datos aportada por la Universidad El Bosque, que registra la información recolectada a partir de la encuesta realizada sobre 798 mujeres embarazadas, permite observar que cerca del 60% asistieron a consulta odontológica, sólo el 10,6% de las gestantes de Engativá asistieron a la consulta comparado con las de Suba en las que el 72,6% lo hicieron.

El 59,5% de las gestantes tenían cálculo dental y sólo el 3,6% registraron una condición periodontal normal. El COP-d registró una mediana de 5 dientes cariados, obturados y perdidos y el componente obturados, con una mediana de 2 dientes obturados, fue el que más le aportó al índice; cabe señalar que la mediana de dientes obturados en el grupo que asistió a la consulta odontológica fue de 2 mientras que en el que no asistió fue de 3 dientes obturados; la mediana de dientes cariados en las gestantes que asistieron a la consulta fue de 1 y en el que no lo hizo fue de 0 dientes cariados mostrándose diferencias estadísticamente significativas tanto para el componente de obturados ($p=0,0469$) como para el de cariados ($p=0,0006$) (tabla 3-7) .

Tabla 3 - 7. Variables relacionadas con localidad y condición oral de las mujeres embarazadas de tres localidades de la red norte de Bogotá evaluadas en el segundo semestre de 2012, a partir de la base aportada por la U. El Bosque (Técnicas extensivas)

Variable	Total	Atención odontológica		P
		No Frec. (%)	Si Frec. (%)	
Total	798(100)	324 (40,6)	474 (59,4)	
Localidad				
Suba	462(57,9)	118 (36,4)	344 (72,6)	<0,0001*
Engativá	181(22,7)	131(40,4)	50 (10,6)	
Usaquén	155 (19,4)	75 (23,2)	80 (16,9)	
Condición periodontal	798(100)	324(40,6)	474(59,4)	0,025*
Normal	29 (3,6)	5 (1,5)	24 (5,1)	
Sangrado	158 (19,8)	69 (21,3)	89(18,8)	
Cálculos	475 (59,5)	185(57,1)	290(61,2)	
Bolsas 4-5 mm	120(15)	57 (17,6)	63(13,2)	
Bolsas 6mm	16(2)	8(2,5)	8(1,7)	
Caries				
Cariados	0 (0-2) ♦	1(0-2) ♦	0(0-2) ♦	0,0006 **
Obturados	2(0-6) ♦	2(0-5) ♦	3(0-6) ♦	0,0469 **
Perdidos	0 (0-2) ♦	0 (0-2) ♦	0 (0-2) ♦	0,4261 **
COP(d)	5 (2-9) ♦	5 (2-9) ♦	5 (2-9) ♦	0,542 **

*Chi² ** Test de Rangos de Wilcoxon ♦ Mediana (rango intercuartílico)

La convergencia de la información obtenida a partir técnicas intensivas y extensivas señalan el compromiso de la condición oral de las mujeres embarazadas de Engativá, Suba y Usaquén derivadas de los procesos biológicos que se desencadenan como efecto del proceso de gestación, pero también por aspectos relacionados con la deficiencia en la atención. En este sentido cabe señalar como la historia de caries, que se refleja en el índice COP (d) muestran las lesiones dentales presentes y pasadas que la mujer registra y que coincide con las historias referidas por las mujeres embarazadas cuando reportan su susceptibilidad a presentar este tipo de lesiones a lo largo de su vida. Cuando se analiza la condición periodontal se evidencia que cerca del 17% de las mujeres embarazadas evaluadas (el 15% de las que registran bolsas periodontales entre 4 y 5 mm y el 2% con bolsas de 6 mm) podrían catalogarse como personas que podrían registrar eventos adversos relacionados con el embarazo. De igual forma la presencia tanto de caries como de enfermedad periodontal podría ser el reflejo de condiciones derivadas del embarazo aunque el haber recolectado los datos en un solo momento en el tiempo no permite saber si las lesiones son actuales o producto de lo que le ha ocurrido a las mujeres a lo largo de todo su ciclo vital.

3.2 La dialéctica y la subsunción de la atención odontológica de las embarazadas a lo político y lo social geográfico

Considerando que el objetivo central de la matriz de procesos críticos es mostrar la complejidad de los procesos relacionados con la atención odontológica de las mujeres embarazadas pero no su dinámica, es necesario involucrar la dialéctica y la subsunción como elementos clave que permiten dilucidar además de esta dinámica, la historicidad de los procesos relacionados con la atención odontológica de las embarazadas. A partir de la configuración de la matriz procesos críticos de la determinación social se identificó en el dominio estructural (orden político) la injerencia de las políticas internacionales y nacionales sobre los procesos particulares y singulares de la determinación social de la atención odontológica de las mujeres en gestación, definiendo así una historia y un flujo particular a nuestro objeto de interés. Así mismo, se observó en el dominio particular (orden económico) la segregación espacial y con ello las especificidades del espacio socialgeográfico como un elemento que confiere también una historia y una dinámica que subsume los procesos del nivel individual; surge con esto la necesidad de profundizar en la dialéctica y la subsunción de estos procesos sobre la determinación social del proceso salud-enfermedad atención bucal de las gestantes.

En este sentido y como sustento a la presentación de estos resultados es necesario retomar a Jaime Breilh cuando refiere que "... existe una historia específica de la parte, pero que también es producida por el todo, como es el caso de los procesos que llevan a enfermar. Por eso, para conocer las determinaciones a este nivel hay que recurrir a la historia del todo". Se puede concluir entonces que, para este caso en particular, no se puede entender la relación social-biológica si no se entiende la "subsunción" de lo biológico en los procesos relacionados con las políticas y el espacio social geográfico, pero esta relación no es determinística ya que la condición oral de las embarazadas está subsumida y dinamizadas de manera particular por por estos procesos (107).

Con este fundamento se puede afirmar que, la salud oral y su atención en las mujeres embarazadas son el resultado de un proceso complejo y dinámico que se produce

socialmente en todos los ámbitos donde la vida social de las mujeres se desarrolla. En cada uno de esos espacios de la vida social ocurren hechos que incentivan o desincentivan las posibilidades para que la mujer gestante tenga una buena salud oral y reciban la atención odontológica. Los cambios biopsicosociales que acontecen a nivel de la boca de las mujeres embarazadas se debaten entre lo fisiológico y lo fisiopatológico debido a los condicionamientos del patrón de vida, mediados por los procesos coyunturales de la cotidianidad.

De esta forma, en este proceso investigativo se reconoce la relación dialéctica que ocurre entre las fuerzas determinantes más amplias y la posibilidad que existan cambios biopsicosociales y de estilos de vida relacionados con el cuidado oral y la asistencia a la consulta odontológica por parte de las mujeres embarazadas; en el que se identifica, la necesidad de observar los aspectos políticos, sociales, geográficos e históricos de la producción y la organización de la sociedad bogotana y en particular de las localidades de Engativá, Suba y Usaquén, para explicar los determinantes más profundas de la atención odontológica de las mujeres embarazadas, también se reconoce que el único camino para comprender lo específicamente epidemiológico es saber cómo los procesos de reproducción individual cotidiana y los procesos biológicos actúan y se transforman en el seno de ese movimiento más amplio para originar los fenómenos relacionados.

En este apartado se presenta aspectos relacionados con las políticas que determinan la atención odontológicas de las embarazadas en lo relativo a Bogotá y las localidades involucradas en el proceso investigativo como territorios saludables socialmente construidos que influyen también la atención oral y de las patologías a este nivel en las mujeres embarazadas.

3.2.1 Las políticas y la atención odontológica de las mujeres embarazadas

Las políticas que promueven o desincentivan la atención odontológica de las mujeres embarazadas son procesos que integraron la matriz de procesos críticos que se presentó en el apartado anterior; en este acápite se analizará cómo las políticas le confieren unas particularidades al devenir de esta atención en las embarazadas, por lo cual es importante su comprensión. El análisis crítico de las políticas que tienen injerencia de manera directa o indirecta sobre la atención odontológica de las mujeres embarazadas orientó la necesidad de estudiar las políticas en tres aspectos esenciales: la atención en salud, la salud oral y la mujer (tabla 3-8).

Considerando esto, la dinámica de las políticas públicas respecto a la atención de las y los colombianos y en particular de las mujeres gestantes se identificaron varios procesos determinantes referidos a la globalización, el “ajuste estructural” y a un nuevo régimen de acumulación en Latinoamérica desde los años 80 del siglo pasado. Al comenzar la década de 1990 en el gobierno de Cesar Gaviria se asumió el cambio del modelo económico; con ello Colombia desmontó su modelo económico débilmente proteccionista alimentado en un marco cuasi- keynesiano y se embarcó en un modelo neoliberal sustentado en la ley del mercado para todas las políticas públicas y al mismo tiempo proclamó ser un estado social de derecho, lo que generó ambigüedades al proclamar la nueva Constitución Política de 1991.

Tabla 3 - 8. Políticas relacionadas con la atención odontológica de las mujeres embarazadas

Atención			Salud oral			Mujeres		
Internacional	Nacional	DC	Internacional	Nacional	DC	Internacional	Nacional	DC
80s Era de ajuste estructurales, FMI, BM 2005. OMS. Cobertura sanitaria universal. Aspectos centrales: 1.Prestación y acceso a los servicios. 2. Protección de los riesgos económicos personas usan servicios salud 5ODM: Mejorar la salud materna	Ley 100 de 1993, La resolución 412 de 2000 Ley 1122 de 2007, Ley 1438 de 2011, el acuerdo 029 de 2011 Política Nacional de provisión de los Servicios de Salud de 2005 5ODM Mejorar la salud sexual y reproductiva La estrategia de "cero a siempre"	Política de provisión de los servicios de salud para Bogotá DC	2003. OMS/OPS-FDI global goals for oral health 2020 2011Mejoramiento de la salud oral en las américas visión 2020	1996 Plan Nacional de Salud Bucal (ACFO-FOC) La resolución 412 de 2000 2006 Plan Nacional de Salud Bucal decreto 3577 2007-2010 2009 DxTx Asp. Metodológicos línea de base (obj 3) PNSP 2008-2011: 3 objetivo PNSP 2012-2021 (Crónicas) 2013 Reunión SB, visual y auditiva	Política de salud oral 2004-2010 Política pública de salud oral 2011-2021 Guía atención odontológica gestantes (Colegio) Guía Atención odontológica gestantes (U. El Bosque)	1952 Convención sobre los derechos políticos de la mujer 1953 Convenio de la OIT remuneración = hombre y mujeres 1967 Declaración sobre la eliminación de toda forma de discriminación con la mujer 1975 (Mx), 1980 (Nairobi), 1995 (Beijin) Conferencia mundial sobre la mujer 2000:Beijin +5 2005:Beijin +10 2010:Beijin +15 3ODM: Promover la igualdad entre los sexos y el empoderamiento de la mujer	1984 Política para la mujer rural CONPES 2109 1992 Política integral para la mujer 1994 Política de participación y equidad de las mujeres EPAM 1999 Plan de igualdad de oportunidades para las mujeres 2003 política de mujer constructora de paz 1990-1994 Consejería para la mujer, juventud y la familia 1994-1998 Dirección de equidad para la mujer 1998-2010 Consejería presidencial para la equidad de la mujer 2010-adelante Alta consejería presidencial para la equidad de la mujer Lineamiento de la Política Nacional de equidad de género para las mujeres 3ODM Promover la igualdad entre los género y al autonomía	Acuerdo 091 de 2003 = oportunidades para la equidad de género Decreto Distrital 403 de 2009 representación de la mujer DC Decreto Distrital 627 de 2009 Consejería Distrital de cultura de la mujer Acuerdo 301 concejo DC cumplimiento ODM en capital Artículo 3 del decreto distrital 256 de 2007 subsecretaria de mujer, género y diversidad sexual

En un marco político progresista las reformas de carácter incluyente eran la meta de todos los órdenes, políticos, económicos y sectores sociales con un nuevo contrato social y en una nueva dinámica de ciudadanías diversas, riqueza étnica y regional. La contradicción plena fue con la política económica que se formuló, que aumentó las exclusiones junto con las acumuladas del pasado, derivando en políticas de salud y seguridad social como la Ley 100 de 1993 (231).

Con la Ley 100 de 1993, y sus posteriores reformas, (Ley 1122 de 2007 en el gobierno de Álvaro Uribe y la Ley 1438 de 2011 en el gobierno de Juan Manuel Santos), el Estado Colombiano se limitó a un ejercicio de vigilancia y control del sistema de atención en salud, incentivando el uso de los mecanismos de mercado y de economía neoclásica para estimular la competencia en el que empiezan a participar otros actores privados con interés particulares en la administración de los recursos públicos en salud, y de esta forma las personas que requieren atención son tratados como clientes perdiendo la dimensión humana, el derecho al bienestar social y a la salud (163). Frente a esta situación, en 2005 el Ministerio de la Protección Social entregó al país la Política Nacional de Servicios de Salud, con la cual el Estado se proponía lograr que la información sobre la calidad se convirtiera en el soporte que orientaría los agentes del sistema, modernizaría la operación de los prestadores públicos, consolidaría la red de servicios de salud para optimizar recursos y mejoraría el acceso a la atención en salud.

En medio de la crisis del sistema que registró problemas acumulados relacionados con su baja capacidad resolutoria, el pasivo prestacional de los hospitales públicos, la ausencia de mecanismos de evaluación, e incorporación de tecnología, la falta de información, la ausencia de un sistema de rendición de cuentas, la fragilidad en los procesos de articulación departamento - municipio, debilidad en la gestión, la falta de universalidad en el aseguramiento y, también los problemas de implementación del sistema tales como la fragmentación y atomización de los servicios, el desequilibrio en la relación entre aseguradores y prestadores, pero aún mayor entre prestadores y usuarios, las limitaciones en los sistemas de contratación, el desequilibrio en la oferta de servicios, que promovió situaciones violentas entorno a la atención en salud (232), problemáticas para las que la Política Nacional de servicios de Salud fue insuficiente y obsoleta, considerando que el que sistema de atención en salud colombiano registraba una crisis estructural y sistémica que requería de transformaciones profundas.

Por su parte el Distrito Capital formuló la Política de Provisión de Servicios de Salud para Bogotá DC y a pesar de su interés por reconocer la provisión de los servicios de salud como un determinante del proceso salud enfermedad permaneció sin opción de cambio en una lógica económica determinada por las directrices del orden internacional y nacional (167).

Los diferentes actores refieren cómo, con relación a las políticas, se evidencia que entre lo escrito y lo que se lleva a la acción existen grandes contradicciones y diferencias; así la falta de planeación estratégica para coordinar la relación entre políticas, programas y proyectos que promuevan la salud oral y la atención de las y los colombianos, en especial en las mujeres embarazadas es lo común.

“...señala la necesidad de fortalecer la salud pública en el país, reconociendo los problemas de dispersión institucional, ausencia de objetivos en salud y pérdida de la rectoría pública”. (Política de salud oral Bogotá)

“...una política pública se expresa en planes, programas y todo eso, no hay un eje conductor...” (Base)

El factor económico incide a todo nivel para que no se puedan hacer operativas ni las políticas ni los procesos (administrativo)

Cabe entonces retomar lo referido por Starfield al analizar la atención en salud

“Los servicios de salud requieren de políticas nacionales, no sólo retórica, para los tipos de servicios locales asociados con una mejor salud, sin estas prioridades centralizadas, parece poco probable que los cambios descentralizados puedan ser mantenidos o difundidos” (233).

La salud oral y las políticas de nivel internacional, nacional y distrital que la orientan no se libran de la lógica del mercado que condicionan la práctica, la proyección social y la investigación odontológica, pese a que las políticas del orden internacional y local reconocen los problemas de exclusión, inequidad y profundización de la pobreza que condicionan la salud oral y la atención odontológica de la población y en particular de las mujeres embarazadas. Es importante anotar además la poca relevancia que la profesión odontológica le otorgó a las políticas que promueven la transformación de la práctica profesional y sobre la atención social en salud oral, lo que señala la necesidad de un trabajo político fuerte entorno a la construcción e implementación de políticas de equidad en salud oral a nivel nacional y local. En Bogotá la política de salud oral 2004-2010 se convierte en un ejemplo de una política en salud oral que intentar promover la equidad para la salud y la atención oral, pero se evidencia una gran brecha entre los postulados referidos en la política y los planes, proyectos y programas que permiten llevarla a la práctica (169).

El análisis de las políticas públicas relacionadas con mujeres y género permite comprender los determinantes que contribuyen a la desigualdad económica, social, política y cultural entre hombres y mujeres, así como la necesidad de definir estrategias, acciones y mecanismos orientados a lograr la igualdad. A pesar de la intensa actividad entorno a la formulación de políticas de mujer y género se evidencia, especialmente en el contexto colombiano, mayores avances en lo normativo que en lo operativo de las políticas para lograr un ejercicio real de equidad entre los géneros. Los contenidos de los diferentes documentos de políticas que se han formulado, dan cuenta de las problemáticas que continúan afectando a las mujeres en el mundo y en especial en Colombia, dificultades para generar ingresos, tener empleo decente, baja participación política, altos niveles de violencia basadas en género, problemas de acceso a la atención en salud, a la educación o demoras injustificadas en la protección de sus derechos (168).

Los aspectos referidos y sobre los cuales se propone incidir las políticas relacionadas con mujer y género se convierten en elementos que influyen la atención en salud de las mujeres y por supuesto su asistencia a la consulta odontológica, por lo que se constituyen en elementos normativos básicos que podrían incentivar un mejor cuidado en salud de las mujeres embarazadas y de su componente oral. Por lo tanto uno de los determinantes de la atención odontológica de las mujeres son las relaciones de poder que impiden que las políticas se formulen e implementen para corregir las inequidades en salud oral.

En los planteamientos señalados la integración de políticas de atención, salud oral y mujeres muestran la necesidad de promover reformas estructurales en las que las mujeres (en especial las embarazadas), los odontólogos, los profesionales de la salud que las atienden, hagan efectivo el derecho a la atención en salud oral; sin embargo, es importante reconocer la correlación desigual de fuerzas, lo que obliga al desarrollo de acciones como colectivos integrados más que como individuos o gremios; mecanismos que permitan a los actores sociales, acordar, negociar y asumir funciones de vigilancia de la esfera pública,

pero en las que el Estado reasuma su liderazgo y su responsabilidad frente a los ciudadanos, eliminando, controlando y neutralizando el poder del mercado (234).

El único modo que poseen los diversos actores de la sociedad para conseguir una decisión pública es a través del poder influyendo en el sistema político; sin embargo, esto se ve afectado por diferentes aspectos como son las ideas que agrupan a los diversos actores, la capacidad de adaptación al sistema y el poder que ostentan los grupos. El poder dependerá de los procesos sociales y contextuales, así como de las dinámicas individuales, el vínculo entre estos determinará el ejercicio efectivo de poder sustentados en la posibilidad que tiene los seres humanos para actuar colectiva y organizadamente, compartiendo objetivos, potenciando sus capacidades. Las organizaciones sociales al coordinarse, asociarse y unirse poseen mayor poder, con lo que se incrementarán sus capacidades de influir en el sistema político y las políticas públicas (235). Con esta base surge la necesidad de gestar procesos colectivos que orienten las potencialidades de las mujeres embarazadas, los profesionales e instituciones que las atienden y de las organizaciones que protegen sus derechos sociales.

Para cerrar este apartado relacionado con las políticas y la atención odontológica de las mujeres gestantes es importante referir las posibles limitaciones que representan para la mujer y su atención los Objetivos del Milenio (ODM). A pesar del potencial positivo de los ODM, el alcance de los mismos se han centrado en la definición y alcance de unas medias por países o regiones que podrían mostrar los resultados esperados; sin embargo, sólo estimulan el cambio de indicadores sin afectar las estructuras sociales y los sistemas de salud, ocultando la verdadera inequidad que enfrentan los grupos poblacionales más excluidos, de las que no se libran las mujeres embarazadas de las localidades bogotanas estudiadas frente a la salud oral y su atención odontológica (236).

3.2.2 Análisis histórico, geopolítico de Bogotá y la atención odontológica de las mujeres embarazadas

La segregación espacial, como una característica del espacio socialgeográfico de Bogotá, se evidenció como un proceso significativo, que integra la matriz de la determinación social de la atención odontológica de las mujeres embarazadas, por ello es importante entender su injerencia en el marco geopolítico de Bogotá. En Colombia la organización del espacio social e histórico en el territorio ha constituido un ámbito de inequidad, intolerancia e impunidad que explica la producción y reproducción de la violencia característica de la realidad colombiana en los últimos siglos (237), situación que se refleja en la cotidianidad de Bogotá por ser la ciudad a la que migran gran parte de la población desplazada por la violencia política, económica y social del país (178, 238).

Bogotá reúne y contiene elementos de unidad tanto en lo normativo, como en lo ambiental, económico y administrativo, pero es una ciudad fragmentada y excluyente, donde resalta la discriminación más que la unidad, lo diferente y particular más que lo común y lo público, con elementos culturales y espaciales donde se recrean culturas híbridas de la modernidad y la post-modernidad de forma simultánea. En las 20 localidades de Bogotá, la estructura político administrativa, ordena la dinámica poblacional que reflejan nuevos y viejos pobladores (238). Bogotá es una ciudad inequitativa, esto se evidencia tanto en la ciudad en su totalidad como al interior de sus localidades con diversas expresiones dentro de las que se resalta la segregación geográfica que determina una clara separación entre los que tienen y los desposeídos. Los procesos de urbanización diferencial han facilitado la concentración de la pobreza en el sur, así como la segmentación y segregación espacial

que determinan las desigualdades en los perfiles de morbi-mortalidad; esto hace que en esta ciudad coexistan condiciones que posibilitan el bienestar, pero también las que imponen gran tensión social por la contaminación, las condiciones físicas peligrosas, la exposición a múltiples estresores psicológicos e innumerables limitaciones de acceso a servicios de salud básicos que determinan socialmente las condiciones del proceso salud enfermedad de los grupos poblacionales (175).

La ciudad se define como un espacio de ejercicio de derechos, en el caso de las mujeres, como un ámbito para el ejercicio pleno, libre y autónomo de la ciudadanía femenina, que se materializa en diversas formas de disfrute equitativo de los bienes, los servicios y las oportunidades que el ámbito urbano ofrece (239); sin embargo cuando se habla de Bogotá es necesario profundizar en las relaciones de género, de poder, de dominación, de lo femenino, de su "rol social" que determinan las condiciones de vida y de salud de las mujeres, y que se torna más crítica cuando se relacionan de manera articulada con la etnia y la clase social. La apropiación de las mujeres del espacio urbano implica reconocer además las relaciones sociales que se establecen entre los géneros, la división sexual del trabajo, la relación entre el trabajo doméstico y remunerado, la apropiación de las mujeres de los espacios de poder público, de los determinantes sociales que la ciudad impone y sus conexiones con la desigualdad, y la inequidad que las afecta. Las mujeres en Bogotá, también las embarazadas, enfrentan condiciones injustas que condicionan su salud, su atención, incluyendo el componente oral (166,240).

Las localidades de Engativá, Suba y Usaquén comparten con otros espacios de la ciudad, aspectos comunes; sin embargo, la localización al norte de la ciudad y las dinámicas que el espacio social crea, registran características que los hacen diferentes y desiguales respecto del resto del DC. Estas localidades inicialmente fueron municipios cundinamarqueses absorbidos por la dinámica económica y política arrasadora de Bogotá, que contrasta con las localidades del sur y occidente que registran las mayores necesidades de la ciudad; al interior de estas localidades se observan profundas inequidades que afectan a la población, en particular a las mujeres, por lo que es importante explorar sus características geopolíticas y sus implicaciones sobre las condiciones de salud de sus pobladores. Es relevante reconocer además que en cada una de estas localidades existen aspectos que las hacen diferentes y que determinan las dinámicas sociales, políticas y económicas que inciden sobre los modos y los estilos de vida de los colectivos y los individuos (241)

En Engativá se evidencian problemáticas relacionadas con la inseguridad, los problemas ambientales, las pocas oportunidades de trabajo y su creciente informalización, el cambio en el uso del suelo de vivienda a un uso comercial, el crecimiento urbano desorganizado, las dificultades de movilidad, la cantidad y calidad de la infraestructura vial, la insuficiencia en la capacidad institucional para responder a las necesidades de la comunidad, los limitados ingresos económicos familiares, la calidad de los espacios de recreación, de tenencia de vivienda, de vinculación al SGSSS, la calidad y acceso a la atención, los problemas de alimentación, la contaminación auditiva, visual y ambiental asociada al sistema productivo que impera, así como la proliferación del comercio y consumo de drogas psicoactivas, alcohol y prostitución afectan de manera global esta localidad.

Los habitantes que residen en las diversas UPZ de Engativá coinciden en expresar demoras en la asignación de citas y demasiados trámites para acceder a la atención en salud; que aunado al cierre y cancelación de contratos con las empresas promotores de salud del régimen subsidiado, la falta de oportunidad en el pago a los trabajadores del Hospital de Engativá y sus cierres temporales afecta a las familias pues no tienen recursos para acudir

a hospitales que estén fuera de la localidad; también reportan que la atención en urgencias es precaria, el trato recibido por parte de los profesionales de la salud y por el personal de facturación es inadecuado y deshumanizado. En el diagnóstico de necesidades realizado por el hospital se resalta que pese a que los 12 puntos de atención del Hospital se encuentran distribuidos por toda la localidad, las distancias que deben recorrer los usuarios para acceder a los servicios es otra barrera, pues las personas se ven obligadas a desplazarse durante horas para cumplir la cita, además de los trámites que deben hacer para que les den la autorización para la prestación del servicio (224).

Es importante señalar además que en ciertas UPZ de Engativá las problemáticas de acceso se concentran, debido al crecimiento y expansión acelerado de la población de estrato socioeconómico dos con condiciones laborales precarias que hacen insuficiente la capacidad individual para responder y limita el acceso a la institución. Así mismo la capacidad instalada en la localidad queda subutilizada al preferirse los criterios de focalización de los programas sociales del Estado, incumpliendo con esto su función de garantizar los derechos a toda la población. La mortalidad materna, el madre solterísimo, la insuficiencia de cupos escolares, complican la situación de salud de las mujeres, en especial de las embarazadas (224).

Suba por su parte, cuenta con indicadores de Calidad de Vida y desarrollo altos respecto del promedio de la ciudad con un buen comportamiento en los procesos de vinculación al Sistema de Seguridad Social en Salud; sin embargo, extensos grupos de población segregados en los territorios periféricos presentan situaciones críticas por la existencia de grandes inequidades. La mayoría de la población está ubicada en los estratos 2 y 3 y algunos en estratos 5 y 6. Las múltiples fragilidades sociales surgen cuando grandes grupos poblacionales se encuentran expuestos de forma permanente a situaciones que limitan la autonomía funcional, social y política. Por ejemplo, el deterioro ambiental, el crecimiento urbanístico desordenado, la vulneración de los derechos de la población con discapacidad, y la violencia cotidiana contra la mujer, caracterizan la exposición diaria a una situación social que enferma a las mujeres en esta localidad (242).

Históricamente la localidad de Suba es un territorio de diversidad étnica y cultural, hecho que se constata con el asentamiento permanente de población indígena y afrodescendientes en diversas etapas del ciclo vital; cada uno de estos grupos poblacionales presentan una historia particular en el territorio, con modos de organización propios, usos, costumbres que se reflejan en sus comportamientos en salud; sin embargo, los organismos gubernamentales no los reconocen como colectividad étnica, ni de género o edad, lo cual dificulta la inclusión legal dentro de las acciones y políticas estatales; aunque en esta localidad hay un buen seguimiento a las condiciones de vida y de salud de las mujeres embarazadas, no es suficiente, ante el efecto de las políticas locales y nacionales en el orden político y económico (242).

Al mencionar a Usaquén, se resaltan los imaginarios y las condiciones particulares que existen sobre esta localidad. Esta unidad territorial es la que presenta mayores contrastes en términos sociales y económicos porque reúne a grupos con grandes posibilidades económicas (224), pero también a colectivos con grandes necesidades, que se agrupan en barrios no legalizados y con servicios públicos restringidos como la recolección de basuras, el agua, el gas y la salud entre otros. En estas condiciones de inequidad y desigualdad, sus habitantes disponen los residuos sólidos y basuras a cielo abierto, los queman o los arrojan a las quebradas con efectos en la salud de los más vulnerables. Otra problemática que surge paralelamente está asociada al desempleo y la alta vulnerabilidad social de las familias dedicadas a la recuperación, separación y venta de material reciclable,

actividades que se hacen en condiciones sanitarias inadecuadas; a la par han surgido focos de inseguridad, expendio de sustancias psicoactivas, incremento de plagas, invasión del espacio público, contaminación visual y amenaza de accidentes por una infraestructura vial inadecuada (243).

La relación producción consumo en la localidad de Usaquén está determinada por aspectos del orden estructural especialmente por el régimen de acumulación económica del país. En este sentido la sobreoferta de mano de obra y la globalización financiera repercuten en que el régimen de acumulación de capital en el país, apoyado en varias reformas laborales para flexibilizar el mercado de trabajo, generan reducción de ingresos salariales, aumento de la informalidad y el trabajo precarizado; estas situaciones se evidencian claramente en la localidad y de manera diferencial para distintos grupos sociales. En consecuencia, las empresas sustentan su creciente flexibilización y la contratación con deterioro en las condiciones de trabajo, inestabilidad laboral y precariedad en el empleo. La situación de los trabajadores informales es dramática y se relaciona con desprotección social, inestabilidad por tiempos de desempeño irregulares, exposición a riesgos laborales, limitaciones en la construcción de formas de organización y de redes sociales, relaciones inequitativas, entre economía formal e informal. El análisis desagregado por sexo de los trabajadores informales refleja que las mujeres representan la población trabajadora predominante, se caracteriza por ser madres cabeza de familia, que por falta de educación y estabilidad laboral ingresan a la economía informal (243).

Con base en esta información, las condiciones del entorno geográfico y las particularidades de cada uno de los territorios determinan la dinámica del proceso salud enfermedad y su atención en los diferentes grupos poblacionales, entre ellos el grupo de mujeres embarazadas, comprometiendo también su salud oral y su atención odontológica. Aspectos comunes como la segregación territorial evidente en cada una de las localidades analizadas, muestra condiciones sociales geográficas que profundizan las brechas sociales; pero se observan también condiciones que marcan diferencias como la dinámica de vinculación a la seguridad social en salud en Suba, el imaginario y grandes contrastes entorno a las condiciones económicas de los residentes de la localidad de Usaquén, y en Engativá las condiciones laborales particulares que enfrentan los profesionales de la salud que atienden a las mujeres gestantes incentivan procesos específicos que deben ser comprendidos en cada contexto por su impacto sobre la atención odontológica de las mujeres embarazadas.

3.3 El perfil de la determinación social, procesos protectores y destructivos

Con relación a la atención odontológica de las mujeres embarazadas es necesario analizar los cambios biopsicosociales, del genotipo y fenotipo como parte de los procesos fisiológicos pero a la vez de los procesos protectores y los deteriorantes en los diferentes órdenes y dominios que desencadenan o agudizan las patologías bucodentales y la dificultad de la atención en este grupo de mujeres.

Desde el punto de vista de la epidemiología crítica la tarea es relacionar la salud oral y la atención odontológica con la vida social, con las distintas dimensiones de la reproducción social en la que se encuentra inmersa, es decir, la explicación del conjunto. Una mirada integral de la determinación social de la atención odontológica de las mujeres embarazadas tiene consecuencias en la posibilidad de comprender este proceso y en el de implementar acciones orientadas a lograr una promoción y prevención profunda de las condiciones bucodentales, de incentivar una mejor calidad de vida en las gestantes y de identificar vías

para alcanzar estos propósitos. En este sentido, el trabajo epidemiológico debe indagar los procesos protectores y los que destruyen, pues a la par que suceden procesos destructivos, se le están oponiendo otros procesos protectores. Tanto en la vida colectiva como en el de la mujer embarazada, en su cotidianidad y en su cuerpo suceden esos procesos protectores. En la vida colectiva, en esta investigación, estos procesos protectores van desde la solidaridad familiar, el apoyo, la organización grupal y de clase, el saber y el hacer cotidiano; todos estos recursos, sobre todo la organización y el poder para movilizarse son fundamentalmente un poder social y económico. Pero también existen procesos saludables y de soporte de carácter biológico individual y de los estilos de vida que pueden operar como fuerzas protectoras.

Lo que se propone con la definición del perfil de la determinación social de la atención odontológica de las mujeres embarazadas en esta investigación, es develar, jerarquizar y sistematizar todo el conjunto de fuerzas que componen los procesos protectores y destructivos en los diferentes dominios y ordenes de la determinación social, con la finalidad de reforzar e impulsar las fuerzas y procesos protectores en todos los niveles del sistema de salud. Promover el acceso de la población a los valores de uso social que operan como recursos de poder y de defensa, hacer promoción de la salud, y a la par contrarrestar las fuerzas destructivas lo que equivale a la prevención profunda (tabla 3-9); en definitiva el perfil de la determinación social es un recurso que identifica, sistematiza y analiza la esencia de un complejo proceso dialéctico de determinación histórica que opera en los dominios general que subsume al particular y al singular. Esta determinación social esta mediada por los procesos protectores y destructivos que permiten evidenciar las contradicciones que operan tanto en la dimensión natural como en los fenómenos sociales, y que se configura como una trama compleja contradictoria y dinámica que relaciona lo individual y lo colectivo de la determinación social de la atención odontológica de las mujeres embarazadas de las tres localidades de la red norte del Distrito Capital.

Pero estos procesos protectores y destructivos que integran el perfil de la determinación social de la atención odontológica de las mujeres embarazadas se identifican, se configuran y se comprenden a partir de la integración y la dinámica de los procesos críticos identificados en la matriz de la determinación social. Es decir, los procesos del dominio estructural en los diferentes órdenes subsumen y constriñen los procesos del nivel particular y singular y es en este devenir que se configuran los procesos que protegen o incentivan la salud y los que los destruyen o deterioran.

3.3.1 En el orden económico

El devenir de los procesos protectores y destructivos en el orden económico contribuye a configurar el perfil de la determinación social de la atención odontológica de las mujeres embarazadas.

- Los procesos protectores
 - Los recursos públicos destinados a la atención de las mujeres embarazadas

Procesos críticos que los sustentan: En el dominio general el capitalismo neoliberal y la orientación de las políticas económicas de un país, en el particular, el modelo económico institucional y las expectativas de lucro de los gremios de profesionales, mientras que en el

Tabla 3 - 9. Perfil de la determinación social de la atención odontológica de las mujeres embarazadas de tres localidades de la Red Norte del DC

Dominios/Ordenes	Económicos		Políticos		Culturales	
	Protectores	Destructivos	Protectores	Destructivos	Protectores	Destructivos
General	Estado centró recursos en salud para la atención de las gestantes	<p>Mercantiliza/monopolización de la salud</p> <p>Capitalismo salvaje en salud</p> <p>Naturalización relaciones violentas entorno sistema económico-salud</p> <p>Estado regulador</p>	<p>ODM (5 mejorar la salud materna)</p> <p>Derecho internacional humanitario que respalda la equidad en las políticas en favor de la equidad social y en salud de las mujeres</p> <p>Salud materna, recién nacido, género OMS, UNICEF</p> <p>Política Nacional focalizó materna e infante (Resolución 412, gratuidad atención gestantes, infantes, estrategia cero a siempre)</p>	<p>Globalización</p> <p>Políticas reduccionistas del Estado</p> <p>Desplazamiento forzado/Violencia</p>	<p>Solidaridad de género y por condición gestante</p> <p>Emergencia paradigma crítico</p> <p>Denuncia violencia contra la mujer</p>	<p>Individualismo</p> <p>Paradigma positivista, asistencialista, biologicista</p> <p>Patriarcalismo</p> <p>Androcentrismo</p> <p>Violencia social legitimada</p> <p>Sistemas de justicia ineficientes</p>
Particular	<p>Atención embarazada como medio para generar recursos para instituciones y profesionales.</p> <p>Profesionales de carrera administrativa</p>	<p>Precarización laboral del trabajo profesional y auxiliar odontológico</p> <p>Lucro de los gremios y profesionales</p> <p>Sistema de contratación por prestación de servicios</p> <p>Consumismo</p> <p>Informalización y desregularización del trabajo</p> <p>Sistema laboral, flexibilización laboral y de contratación gestantes</p> <p>Economía local, modelo económico territorio Segregación espacial, exclusión social por clase social</p>	<p>Dinámica de afiliación al SGSSS por localidad</p> <p>Dinámica para la afiliación de las mujeres gestantes al SGSSS</p>	<p>Descentralización</p> <p>Expansión urbana</p> <p>Control de e afiliación al SGSSS en el nivel local</p> <p>Dinámica institucional</p> <p>Relaciones de poder (Clase)</p> <p>Barreras del sistema y las instituciones para el acceso a la atención</p>	<p>Apoyo solidario grupos sociales que apoyan a la mujer embarazadas</p> <p>Movimientos sociales contra la discriminación social, género y etnia</p>	<p>Grupos que vulneran los derechos y desincentivan el apoyo solidario a las gestantes</p> <p>Naturalización de las diferentes formas de violencia e inequidad localidades e instituciones salud</p> <p>Impunidad frente al maltrato y violencia en contra de la mujer</p>
Singular	<p>Mujer gestante no paga cuota moderadora por su atención</p> <p>Oportunidades de trabajo y estabilidad laboral para los profesionales</p> <p>La mujer gestantes subasalariada tiene ventajas con respecto a la desempleada</p>	<p>Barreras en la atención salud gestantes</p> <p>Pérdida derechos laborales de profesionales de la salud Gestantes Desempleadas dependientes pareja, familia, circunstancias</p> <p>Presupuesto familiar carece de recursos atención en salud/desplazamiento</p> <p>Vivir lejos de los centros de atención, barrios no legalizados, inseguridad</p> <p>Mujer trabajo informal</p>	<p>Capacidad mujer gestantes como sujeto de derecho</p> <p>Capacidad de gestión marco del sistema (autorizaciones)</p> <p>Agenda prioriza a las gestantes</p>	<p>mujer gestante como objeto de mercado en la atención</p> <p>Trayectorias tramitología, en el marco del SGSSS para las gestantes</p> <p>Tiempos de espera y oportunidad en la atención</p>	<p>Relaciones de pareja, familia, amigos solidarias</p> <p>Relación profesional-gestante horizontales</p> <p>Nuevas concepciones Promoción de la salud y prevención profunda</p> <p>Adopción de hábitos protectores y reducción destructivos</p> <p>Adherencia al tratamiento entorno al bienestar, la salud, la vida (incluye belleza)</p>	<p>Relaciones peligrosas (pareja)</p> <p>Relaciones profesional-gestante verticales</p> <p>Promoción de la salud vista como charlas o regaño</p> <p>Hábitos y creencias erróneas entorno a la salud oral y la atención</p> <p>Falta de adherencia al tratamiento o condicionada a la estética</p>
Feno-Genotipo	Protectores: La relación patologías bucodentales con parto pre-termino, bajo peso al nacer, diabetes mellitus, pre-clampsia promovió la atención de la salud oral en la mujer gestante. Destructivos: Cambios biopsicosociales gestación, Acumulación de patologías					

dominio singular el presupuesto familiar son los procesos críticos que sustentan este proceso protector.

Cómo se expresa este proceso protector: En el orden económico los recursos del Estado destinados a la atención en salud de las gestantes se convierten en elementos centrales que promueven el interés de las instituciones públicas de las tres localidades analizadas y de sus profesionales de la salud para proporcionarle la asistencia necesaria; el hecho que las mujeres gestantes estén exentas del pago de las cuotas moderadoras contribuye a su asistencia a la consulta. En el área odontológica esta lógica económica también orienta la dinámica de la atención de las mujeres embarazadas lo que promueve su asistencia a las citas.

- Las condiciones laborales en el sector público o en el sistema informal

Procesos críticos que lo sustentan: Para este los procesos críticos relacionados con el capitalismo neoliberal y la orientación de las políticas económicas de un país en el dominio general. Los sistemas de contratación y la informalización de trabajo, marginación laboral y oportunidades de trabajo de las gestantes en el particular, y el contrato de prestación de servicios y el proceso que alude a la mujeres subasalariadas, dependientes de su pareja, las circunstancias y trabajadora “informal” en el nivel singular configuran este proceso.

Cómo se expresa este proceso protector: También en este orden, las condiciones laborales de los odontólogos en el sector público y su vinculación como profesionales de carrera administrativa les proporciona estabilidad laboral y con ello continuidad en los procesos institucionales, una tranquilidad relativa a los trabajadores, sentimientos de confianza de las mujeres embarazadas frente a los profesionales que las atienden, de la continuidad y calidad de los tratamientos que reciben.

Las mujeres embarazadas atendidas en las instituciones de salud públicas de Engativá, Suba, Usaquén y que trabajan en el sector informal, usualmente como subasalariadas, (a pesar de las dificultades económicas que enfrentan) tienen mayor independencia que aquellas cuya fuente de ingresos es provista por la pareja, la familia o los amigos por la inestabilidad que esta situación representa. La relativa independencia económica que registran estas gestantes contribuye a que las mujeres asistan a odontología.

- Procesos destructivos

Mientras que los procesos destructivos en el orden económico en estrecha relación con los protectores tienden a reducir las posibilidades que las gestantes asistan a la consulta dental.

- La mercantilización y monopolización de la salud

Procesos críticos que lo sustentan: En el dominio general la mercantilización, monopolización de la salud y en general de los servicios de salud, así como la naturalización de las relaciones violentas que propicia el sistema económico; en el particular el modelo económico institucional, el sistema de contratación, las expectativas de lucro de los gremios de profesionales; en tanto que en el singular la falta de acceso y barreras de acceso a la atención se constituyen en los procesos críticos que soportan este proceso.

Cómo se expresa este proceso destructivo: La ley del mercado, los monopolios en el aseguramiento, el apoderamiento del sector salud por parte de las grandes farmacéuticas, además de un sistema estatal incapaz de hacer una regulación efectiva frente al incumplimiento de los contratos, la corrupción, la apropiación indebida recursos públicos destinados a la salud, promueven el apoderamiento del capitalismo salvaje en el área de la salud; de esta forma se incentiva la naturalización de relaciones violentas entorno al sistema económico de la salud; así, las empresas responsables de la administración en salud con el ánimo de incrementar sus márgenes de ganancias flexibilizan la contratación de los profesionales, limitan o contralan la provisión de servicios de salud a los usuarios. En este mismo sentido, los gremios de profesionales orientan sus intereses a alcanzar mayores lucros, y ventajas al interior de un sistema dejando de lado las necesidades en salud que tienen las personas y en particular las mujeres embarazadas y su atención odontológica.

- El embarazo como una condición que compromete los derechos laborales de las mujeres

Procesos críticos que lo sustentan: En el dominio general el capitalismo neoliberal y la orientación de las políticas económicas, pero también la naturalización de las relaciones violentas que propicia el sistema económico; en el dominio particular el proceso relacionado con la informalización del trabajo, marginación laboral, oportunidades de trabajo de las gestantes; en el singular ser subasalariadas, dependientes de su pareja, de las circunstancias, trabajadora informal y el presupuesto familiar se evidencian como los procesos relacionados con este proceso destructivo.

Cómo se expresa este proceso destructivo: Las empresas frente a sus intereses económicos niegan o reducen las posibilidades para que las mujeres trabajen o ganen un salario justo, por lo que deben concentrar sus actividades al hogar, sin recibir compensación económica. Además, Engativá, Suba y Usaquén son territorios en los que la mujer trabajadora, en especial la de los estratos más bajos, pierde su empleo al embarazarse, de esta forma el presupuesto familiar se convierte en un aspecto relevante a la hora de tomar decisiones frente a si se asiste o no a la consulta odontológica.

- La ciudad, la localidad y/o el barrio como territorios sociales subordinados a la lógica global del mercado

Procesos críticos que lo sustentan: En el dominio general el capitalismo neoliberal y la orientación de las políticas económicas, así como la naturalización de las relaciones violentas que propicia el sistema económico; en el particular el proceso la segregación espacial, pero también el relacionado con ciudad, localidad y barrio y la clase social; en tanto que en el dominio singular vivienda, servicios públicos, seguridad y las barreras de acceso a la atención soportan este proceso destructivo.

Cómo se expresa este proceso destructivo: La globalización incide sobre los lineamientos económicos de un país, una ciudad o una localidad de esta forma el modelo económico del territorio, la segregación espacial que se registra a todo nivel define la clase social, la exclusión, la disposición de los barrios y la ubicación de los centros de atención; en este orden de ideas, la mujer embarazada que reside en barrios marginales, no legalizados, inseguros, sin unos sistemas de servicios públicos adecuados, con unas condiciones de vivienda deplorables registra condiciones de vida que difícilmente le ofrece oportunidades para que la atención en salud sea una necesidad vital, en el que la atención odontológica está aún más comprometida.

3.3.2 En el orden político

- Los procesos protectores
 - Las políticas dirigidas a la mujer

Procesos críticos que lo sustentan: En el dominio genera las políticas de corte neoliberal, globalización. En el particular Colombia y sus entidades territoriales asumen la lógica globalizada, la dinámica institucional, así como el sistema de seguridad social en salud administrada desde lo local con “control” del Estado. En el singular Mujer gestante frente al sistema de atención y el personal, pero también trámites y autorizaciones son procesos críticos cuyas expresiones soportan este proceso protector.

Cómo se expresa este proceso protector: En el nivel internacional, el quinto objetivo del milenio orientado a mejorar la salud materna, el derecho internacional humanitario y su respaldo a las políticas de equidad social en salud de las mujeres son asumidas por Colombia y en particular por el Distrito Capital como directrices que orientan la formulación de políticas del nivel nacional y local. Con ellas se definen políticas especiales de afiliación al SGSSS de las mujeres gestantes a nivel de las diferentes localidades y la posibilidad de acceder a una atención adecuada a sus necesidades; políticas que pueden verse influenciadas por las capacidades que tienen las mujeres para hacer valer sus derechos, de gestionar la atención odontológica en el marco del sistema de salud pero que sin lugar a dudas dependerán también de las alternativas que ofrecen las instituciones y que se reflejan en una agenda que prioriza la atención en salud, incluyendo la atención odontológica, de las mujeres embarazadas.

- Procesos destructivos
 - El modelo neoliberal impulsado por organismos internacionales

Procesos críticos que lo sustentan: El dominio general está representado por los procesos Políticas reduccionistas del Estado “Estado ‘precario”, “Estado mínimo” en salud la Ley 100, la 1438, entre otras. El dominio particular lo configura Conflicto de poder entre políticas locales y nacionales, dinámica institucional. El singular lo estructuran procesos como trámites y autorización, así como barreras de acceso a la atención.

Cómo se expresa este proceso destructivo: Las políticas sociales que se proponen reducir las funciones del Estado y dejar a merced del mercado los derechos sociales de sus ciudadanos, que se reflejan en políticas como la Ley 100 y sus posteriores reformas, la descentralización política que delegó a las unidades territoriales la administración de la salud y la prestación de la atención en el marco del sistema público, por lo que también determina la dinámica de las instituciones públicas de atención en salud; de esta forma las barreras que se interponen en el acceso a la atención, se derivan de esa lógica y se expresan en la tramitología, los tiempos de espera y la falta de oportunidad en la atención odontológica que registran las mujeres embarazadas atendidas en las instituciones públicas de las tres localidades de Bogotá incluidas en este estudio.

- El desplazamiento forzado y la violencia como orientadores de la lógica política

Procesos críticos que lo sustentan: Para este proceso destructivo se identificó que el desplazamiento forzado/monopolización de la tierra en el dominio general; conflicto de poder entre políticas locales y las nacionales, sociedad soportada en relaciones inequitativas de poder, en el nivel particular, así como clase social y en el singular barreras de acceso a la atención, la mujer embarazada frente al sistema de atención y el personal.

Cómo se expresa este proceso destructivo: La violencia y el desplazamiento forzado convierten a Bogotá en una ciudad receptora de grupos sociales con grandes condiciones de vulnerabilidad, esta migración forzada provoca expansión urbana a expensas de las zonas marginales de la ciudad, bajo esas condiciones, las relaciones de poder desigual, inseguridad, violencia social y de género, condiciones de pobreza extrema generan inequidades sociales y en salud, que se magnifican en el marco de un sistema de salud inequitativo, en el que la atención odontológica de las mujeres embarazadas se ve seriamente comprometida.

3.3.3 En el orden cultural

- Procesos protectores
 - Las relaciones sociales solidarias y horizontales como expresiones de una cultura para la vida

Procesos críticos que lo sustentan: Este proceso protector se fundamenta en expresiones que surgen de los siguientes procesos: del dominio general el proceso individualismo y la triple inequidad; en el particular los grupos sociales que promueven o rechazan el apoyo solidario, las representaciones sociales de los grupos a los que pertenecen; mientras que en el singular las relaciones de pareja, familiares, entre gestantes y con profesionales que las atienden.

Cómo se expresa este proceso protector: Un entorno social que propicia una buena vida para las mujeres y en particular para las embarazadas, que promueve relaciones solidarias, que protegen, que apoyan y que brindan oportunidades se convierten en alternativas para aquellas mujeres que registran condiciones de vida difíciles, como es el caso de las mujeres gestantes que viven en barrios marginales de Engativá, Suba y Usaquén. En este sentido, las relaciones solidarias que incentivan la equidad de género, de clase y de etnia, que se evidencian en unas relaciones de pareja, familiares, con amigos, con vecinos armónicas; en una relación mujer gestante con los profesionales de la salud igualitarias y horizontales; unas relaciones laborales justas son importantes y necesarias. Los efectos que se derivan de estas redes solidarias se reflejan en espacios sociales saludables que apoyan social, política, y económicamente a las embarazadas, de esta forma se promueve la asistencia y la adherencia a los tratamientos, en especial al cuidado oral de las mujeres embarazadas.

- La emergencia de paradigmas críticos en el campo de la formación, investigación y de la praxis en salud

Procesos críticos que lo sustentan: Para este, el paradigma de formación en el dominio estructural; las representaciones sociales de los grupos a los que pertenecen en el particular, y las representaciones de las gestantes, la familia, los amigos y los profesionales,

la educación en salud y la salud oral bien social visto como bienapetecible en el singular se constituyen en los procesos cuyas expresiones permiten comprender la dinámica protectora de este proceso.

Cómo se expresa este proceso protector: Las perspectivas que promueven en los profesionales nuevas visiones de la complejidad, de la dialéctica, de la dinámica de la relación de lo biológico con lo social se constituyen en opciones que permiten analizar los aspectos del orden colectivo y del orden individual, de lo subjetivo y objetivo, de lo simple y de lo complejo, de la totalidad y de la parte; de esta forma se promueve una visión diferente de los procesos relacionados con la atención odontológica de las mujeres embarazadas, superando la mirada biológica y asistencialista que domina los procesos de formación e investigación sobre la temática, con ello el uso y el impacto del conocimiento más allá de transformar los estilos de vida, incide sobre los modos de vida y sobre los aspectos estructurales que determinan estas relaciones.

- Procesos destructivos
 - El individualismo, el patriarcalismo y androcentrismo como fundamentos de la dinámica social que subordina a la mujer

Procesos críticos que lo sustentan: En el dominio general el individualismo, el anglo-eurocentrismo patriarcalismo y la triple inequidad; en el particular los grupos sociales que promueven o rechazan el apoyo solidario, falta de oportunidad y permanencia en el sistema educativo, representaciones sociales de los grupos a los que pertenecen; mientras que, en el singular las relaciones de pareja, familiares, representaciones de la gestante, familia, amigos, los profesionales y la violencia intrafamiliar.

Cómo se expresa este proceso destructivo: Las relaciones sociales centradas en la búsqueda exclusiva del bienestar individual, orientadas a establecer relaciones de género inequitativas soportadas en la apropiación de los hombres del poder económico, social y cultural posicionando a las mujeres en situaciones desventajosas, generan espacios que vulneran sus derechos, incluyendo el derecho a la salud y a la atención. En este mismo sentido, las relaciones desiguales y violentas que se establecen entre los profesionales de la salud y las mujeres gestantes en el marco de la atención provocan que la mujer embarazada evite o postergue la asistencia a la consulta odontológica. Las relaciones de género, entre profesionales y gestantes han naturalizado una correlación de fuerzas inequitativas en las que la mujer embarazada está en desventaja, pero las acepta como una situación cotidiana y normal.

- El biologicismo, el asistencialismo y el positivismo abordajes que fragmentan y reducen la realidad

Procesos críticos que lo sustentan: Este proceso destructivo se sustenta en los siguientes procesos de la matriz: En el dominio estructural: Paradigma de formación (Positivismo, biologicismo, asistencialismo. En el dominio particular: representaciones de los grupos sociales a los que pertenecen. En el dominio singular: representaciones de las gestantes, la familia, amigos, los profesionales, pero también la educación en salud.

Cómo se expresa este proceso destructivo: La formación y la investigación en el campo odontológico, incluyendo en el área de atención de las gestantes, tradicionalmente se han desarrollado desde paradigmas clásicos orientados a la comprensión de los fenómenos

biológicos y clínicos, de esta forma las acciones orientadas a la transformación de los procesos biológicos sociales se centran en estrategias dirigidas a modificar los estilos de vida, soportados en la educación para la salud, actividades que tienden a culpabilizar a las mujeres gestantes de las condiciones que viven y padecen.

- La violencia social legitimada y la impunidad en una sociedad en contravía a la vida

Procesos críticos que lo sustentan: Para este proceso destructivo las expresiones de procesos del dominio general como la violencia social legitimada, la triple inequidad; en el particular crimen, maltrato, impunidad, naturalización de diferentes formas de violencia de género y, en el singular las relaciones de pareja, familiares, relación gestante profesional y la violencia intrafamiliar configuran este proceso destructor

Cómo se expresa este proceso destructivo: El entorno social que legitima la violencia de toda índole pero en particular sobre las mujeres, incluyendo las embarazadas, que aunada a la inoperancia del sistema de justicia promueven la impunidad frente a la inseguridad y el maltrato que enfrentan las mujeres entorno a los lugares donde vive, a las relaciones familiares y de pareja, a las relaciones que establecen con los profesionales que las atienden; de esta forma, las opciones para acceder a la atención odontológica de las mujeres embarazadas se reducen como efecto de esta dinámica social.

3.3.4 En las condiciones fenotípicas y genotípicas

En cuanto a los procesos críticos relacionados con las condiciones fenotípicas y genotípicas es necesario señalar que cada uno de los procesos identificados en la matriz de la determinación social, en los diferentes ordenes y dominios, se relacionan con las expresiones que se evidencian en el cuerpo y en la boca de las mujeres embarazadas pues actúan de manera directa o indirecta para que las gestantes tengan o no una buena salud oral y acceso a la atención odontológica.

- Procesos protectores
 - La relación de las infecciones orales con complicaciones sistémicas tanto en la mujer como en el feto

Procesos críticos que lo sustentan: La presencia de complicaciones del parto y del puerperio es finalmente el proceso cuyas expresiones permiten evidenciar este proceso protector; de manera paradójica desde el paradigma positivista se promovió las representaciones de los profesionales e investigadores en salud y con ello un mayor interés sobre la salud bucal de la embarazada y su atención odontológica.

Cómo se expresa este proceso destructivo: El interés que suscitó la relación de las infecciones orales con el parto pretérmino, el bajo peso al nacer, la diabetes gestacionales, la preclampsia se convirtió en un proceso que incentivó el interés clínico e investigativo hacia a la atención odontológica de las mujeres embarazadas y fortaleció la comprensión de la salud oral como parte esencial de la salud general; a pesar de ello, esta mirada no trascendió a la comprensión de estos constructos y su relación con lo social y de esta forma no repercute en la práctica, ni incentiva una visión integral de la salud oral y la atención odontológica de las mujeres embarazadas. De esta forma se hace necesario incorporar una

mirada crítica, con el propósito de promover una comprensión integral, compleja y orientada a transformar la praxis.

- Procesos destructivos
 - Los cambios biopsicosociales que ocurren durante el embarazo

Procesos críticos que lo sustentan: Los cambios biopsicosociales que ocurren durante el embarazo se evidencia como el proceso crítico a nivel fenotípico que soporta este proceso destructivo. Cabe señalar sin embargo que, procesos generales del orden económico como son la mercantilización y monopolización del sistema de salud, del orden político el reduccionismo del Estado, en el orden cultural el individualismo y los paradigmas de formación modulan las expresiones y con ello las manifestaciones que a nivel bucal y sobre la atención odontológica las mujeres embarazadas presentan.

Cómo se expresa este proceso destructivo: Los cambios hormonales asociadas al embarazo, el estado anímico y las relaciones que establece la mujer embarazada consigo misma y con su entorno generan transformaciones a nivel de su salud general; modificaciones que pueden afectar de manera directa o indirecta la condición oral en las mujeres gestantes. Sin embargo, es necesario recalcar que los procesos puramente biológicos se convirtieron en el eje que orienta la comprensión de la atención odontológica de las mujeres embarazadas y de esta forma las intervenciones e investigaciones no superan lo biológico y lo patológico.

- La acumulación de patologías

Procesos críticos que lo sustentan: Este proceso crítico y sus expresiones se relacionan de manera directa con la problemática relacionada con el acceso a la atención odontológica por parte de las mujeres embarazadas; se evidencia con esto que, la mercantilización/monopolización de la salud, las políticas reduccionistas, el desplazamiento forzado/monopolización de la tierra, el individualismo, el anglo-eurocentrismo-patriarcalismo se constituyen en procesos críticos en los ordenes económico, político y cultural que determinan el acceso a la atención odontológica de las mujeres durante el embarazo y durante todo su ciclo vital.

Cómo se expresa este proceso destructivo: Las patologías orales afectan la salud y la calidad vida de las mujeres embarazadas; sin embargo, este tipo de enfermedades aquejan a las mujeres a lo largo de su ciclo vital, por lo que su presencia en estadios tempranos de la vida pueden llegar a comprometer y agudizar aún más la condición oral de las mujeres durante el proceso de gestación.

A manera de síntesis y con el propósito de configurar una visión integral e integradora y una mayor comprensión del lector se afirma que:

En este contexto, el perfil de la determinación social de la atención odontológica de las mujeres embarazadas se comprende como un proceso complejo, dinámico y dialéctico que involucra los procesos protectores y destructivos. Si bien es posible identificar los procesos protectores tanto en el individual como en el colectivo, el predominio de los procesos destructivos en todos dominios y en todos los órdenes explican las limitaciones que tienen las mujeres gestantes para acceder a la consulta odontológica. Adicionalmente, se

evidencia la necesidad de comprender la relación y la dinámica que existe entre los diferentes órdenes de la determinación social.

La salud oral y su atención no se realizan en el vacío, están profundamente concatenadas con todas las dimensiones de la vida social de la gestante. Si el embarazo genera cambios en diferentes partes del cuerpo y del ser humano, de la psiquis y de las relaciones sociales de la mujer embarazada, las condiciones orales, las alteraciones gingivales, las dentales, el flujo salival, la alteración del sistema inmune, la modificación de las fibras colágenas y del flujo sanguíneo, entre otros aspectos que pueden llegar a originar y/o agudizar las patologías bucodentales de las mujeres durante su periodo de gestación; aspectos que se analizan de manera imbricada con la pobreza, los bajos niveles educativos, las pocas oportunidades de trabajo, las relaciones familiares y particularmente de pareja poco solidarias e inequitativas, unas políticas de acceso a los servicios de salud que desincentivan a las gestantes a cuidarse y que no cubren el cuidado oral de las mujeres durante todo su ciclo de vida, por mencionar sólo algunos aspectos, determinan socialmente la atención odontológica, la salud oral de la embarazada y por tanto ocasionan mayores compromisos en la salud general de la mujer. Lo que quiere decir, que los procesos biológicos están profundamente concatenados con procesos sociales más complejos, que superan lo corporal e individual.

4. Discusión

4.1 Hacia una nueva visión de la atención odontológica de las mujeres embarazadas

Frente al proceso realizado y los resultados obtenidos se hace necesario analizar una nueva forma de ver la relación de lo biológico y lo social de la atención odontológica de las mujeres embarazadas, en donde las condiciones biológicas están subsumidas en las realidades históricas y contextuales de Engativá, Suba y Usaquén. Estas realidades, en su mayoría, reducen las posibilidades para que las mujeres puedan asistir a la consulta odontológica y alcanzar una buena salud oral mientras que son pocos los procesos que promueven y facilitan la posibilidad que las gestantes reciban una atención dental adecuada; pero estas circunstancias en cada una de las localidades están inmersas e influenciadas por las dinámicas de producción capitalista, por la injerencia de las políticas y afectadas por los entornos culturales generando inequidades sociales frente a la atención odontológica de las gestantes.

El proceso investigativo desarrollado permite evidenciar la complejidad que representa el análisis de la determinación social de la atención odontológica de las mujeres embarazadas e ilustra la necesidad de un marco interpretativo diferente que permita captar la complejidad, la dinámica y la dialéctica, superando las limitaciones de la epidemiología clásica.

El hecho que en esta investigación se reconozcan los procesos económicos, políticos y culturales como base del movimiento epidemiológico relacionado con la determinación social de la atención odontológica de las mujeres gestantes, no quiere decir que no se le conceda importancia a lo individual biológico, que ocurre en la mente, el cuerpo, en la boca de las embarazadas y en un ser humano como tal, como aspectos que definen la condición oral de estas mujeres y su asistencia a la atención odontológica. Si bien, los procesos donde se desenvuelve la vida de las gestantes y los procesos biológicos de carácter fisiopatológico y etiopatogénico que ocurren en el organismo de las mujeres en proceso de embarazo son aspectos relevantes; estos cambios meramente orgánicos se subordinan a procesos de la vida social más amplia y participan como determinantes de su asistencia a la consulta odontológica, condicionando el comportamiento epidemiológico del proceso salud-enfermedad-atención oral de las mujeres en proceso de gestación. Estas formas de entender la relación entre lo social más general y lo biológico rompe con la idea que estas instancias sólo se tocan externamente; por el contrario entre lo social más amplio y lo biológico más complejo hay un profundo entrelazamiento, por lo que el análisis integral e integrador de la determinación social de la atención odontológica de las mujeres embarazadas es fundamental.

La salud oral y su atención en las mujeres durante el embarazo, usualmente se analizan desde la perspectiva biológica buscando comprender los procesos fisiológicos y patológicos que acontecen en las gestantes; reconocer estos procesos tiene un significado en el sentido de identificar las condiciones clínicas que, en el nivel individual, comprometen la salud oral y general de las mujeres embarazadas. Aunque en esta investigación sólo se observaron las patologías orales más frecuentes y que podrían relacionarse con los cambios que ocurren a nivel oral, asociadas a la gestación, se reconoce a partir de la literatura revisada la relación de la salud oral con las modificaciones que ocurren en el organismo de la mujer alterando la fisiología de los diferentes sistemas, incidiendo sobre la salud oral de las embarazadas y desencadenando respuestas patológicas en el sistema

estomatognático de estas mujeres, con efectos que comprometen la vida y la salud de las gestantes, del feto y del recién nacido (147). Pero también se evaluaron los procesos económicos políticos y culturales en las dimensiones general, particular y singular relacionados con la salud oral y la atención odontológica de las mujeres embarazadas, proponiendo con ello superar una visión fragmentada de la salud oral que concentra las acciones de los odontólogos en actividades clínicas asistenciales, respondiendo a situaciones puntuales que no representan ni comprenden la complejidad del proceso salud enfermedad oral y de su atención en las mujeres en estado de embarazo. Pero no reconocer estos cambios biológicos que ocurren en la boca de las mujeres embarazadas también sería fragmentar la realidad, por lo que es importante analizar estos aspectos de forma integrada, considerando la dinámica y la historicidad en la que ocurren los procesos que inciden sobre la salud oral y la atención odontológica y las implicaciones que sobre la práctica odontológica tiene una visión integradora de estos eventos.

Hemalatha et al (244), presentan con claridad los limitados alcances de los abordajes biológicos y asistencialistas con los que se afronta la comprensión de la salud oral y la atención odontológica de las mujeres gestantes; evidenciándose además consistencia tanto en la mirada como en los procesos frente a la atención, pero de igual forma del impacto limitado en el proceso de atender y de promover una mejor salud oral de las embarazadas, en las investigaciones que se han desarrollado a través de los años (245)

En este trabajo también se evidenciaron representaciones sociales sobre la salud oral y la atención odontológica tanto en las mujeres embarazadas, en su familia, como en los profesionales que los atienden, que sin lugar a dudas son producto de experiencias vividas por las gestantes u otros actores, o aprendidas en el proceso de interacción social. En coherencia con estos hallazgos, las investigaciones realizadas asociadas con esta temática ilustran muy bien cómo las intervenciones “educativas” se concentran en ofrecer acciones a nivel individual, que tienden a culpabilizar a las personas por las patologías que presentan, ya sea por la adopción o no de hábitos que protegen o comprometen la salud, la salud oral y la atención odontológica (89), al ser actividades que se limitan a proponer acciones en el nivel individual, sin reconocer el impacto de los colectivos, de la cultura, de las políticas y de los criterios económicos del nivel particular y general.

Desde la perspectiva de la determinación social se reconoce que la atención odontológica de las mujeres gestantes está inmersa en los modos de vida de los grupos sociales a los que pertenecen las mujeres que residen en las diferentes localidades investigadas de la red norte de Bogotá, por lo que es importante analizar estos espacios socialmente construidos. Las evidencias clínicas e individuales, a pesar de ser importantes, poco aportan a la comprensión epidemiológica si se analizan por fuera de los contextos de la realidad en la que viven su cotidianidad estas mujeres; con esta base, estudiar este espacio en el que transcurre la vida y que condiciona la salud oral y la atención odontológica de las mujeres embarazadas, los procesos relacionados con su atención, requiere de una comprensión de lo social en su ámbito geográfico, político, económico y cultural (107).

En este trabajo, tanto en la matriz de procesos críticos, como en el perfil de la determinación social, pero en particular en el análisis de la subsunción y la dialéctica se mostró la injerencia del territorio como construcción social, por la forma como los pobladores de las diferentes localidades han habitado el espacio bajo la influencia de la dinámica social que determinan el acceso a servicios y a la atención odontológica de las mujeres embarazadas.

De acuerdo al informe de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) sobre las mujeres en Bogotá, las condiciones de pobreza, el desempleo, las labores y los roles atribuidos a las mujeres, las limitaciones en el acceso a dotaciones y recursos, la baja

incidencia de las mujeres en la esfera de toma de decisiones, la feminización de la pobreza, las diferentes formas de violencia a las que se ven expuestas las mujeres en Bogotá muestran una dinámica social particular que configura situaciones de inequidad de género (166).

La política de salud oral con participación social para Bogotá 2011-2021 identifica la segregación del espacio social como determinante de las condiciones de salud y atención oral de las y los ciudadanos en Bogotá, esto se explica, porque de acuerdo a los planes de intervención colectiva la discriminación de los pobres en el uso de los espacios determina también la disponibilidad y acceso a los servicios sociales y en particular de atención en salud. Esto va integrado a la infraestructura vial, la movilidad, las distancias a recorrer, las condiciones de seguridad, de vivienda y de servicios públicos que crean condiciones de vulnerabilidad y promueven procesos destructivos e impiden el acceso a la atención odontológica (169).

Rubio-Mendoza evidencia la inequidad en el acceso a los servicios de salud en Bogotá, lo cual afecta de manera importante a la población más pobre de la ciudad, y a la no afiliada al SGSS; refiere además, que toda la población del DC incurre en gastos de bolsillo para financiar la atención en salud, por lo que el dinero se constituye en la principal barrera para la no utilización de los servicios de salud, destacando además que el tipo de aseguramiento representa una de las mayores barreras de acceso a los servicios de salud, observándose diferencias en el análisis según localidad. Considerando esto se podría concluir que el aseguramiento puede constituirse en un proceso protector, lográndose con ello un mejor acceso a la atención odontológica por parte de las mujeres embarazadas vinculadas al régimen contributivo y confirmando las condiciones de inequidad que enfrentan las mujeres embarazadas cuando están afiliadas al subsidiado o las vinculadas, aspectos que coinciden con lo reportado por Corchuelo y Concha et al (2, 115, 135, 136, 246).

Las diferencias por localidades, por regiones, ciudades o países en relación a la asistencia a la consulta odontológicas por parte de las mujeres embarazadas según las investigaciones existentes (137), motivan a una exploración del significado del contexto social geográfico, y aunque en este trabajo no se presentó un análisis en profundidad, sí señala la necesidad de superar la mirada estática que desde la perspectiva clásica se le otorga a las variables referidas a lugar y tiempo ya que no permiten comprender la magnitud de estos determinantes en la matriz de determinación social de la salud oral de las mujeres embarazadas (2). Criterio que desde la epidemiología crítica y particularmente desde el enfoque de la determinación social explica las implicaciones de la atención odontológica de las mujeres gestantes sobre el proceso salud enfermedad de la mujer y de su hijo(a).

Las diferencias que se evidencian en la atención odontológica entre las localidades analizadas podría sustentarse en la desigualdad en las dinámicas de afiliación a la seguridad social, pues Suba que es una de las localidades con una mayor registro de población afiliada al sistema de salud, también reporta una mayor asistencia a la consulta odontológica de las mujeres embarazadas; adicional a esto es importante reseñar que en el marco de la política institucional en el Hospital de Suba existe la figura de coordinador en salud oral, que no se evidenció en las otras localidades, y podría estar determinando la dinámica del proceso de prestación de los servicios; además, las características de la coordinadora de los programas de promoción de la salud y de prevención de la enfermedad, que incentiva la interacción entre los profesionales, incide en que el hospital de Suba y sus centros de atención ofrezcan mejores opciones de atención odontológica a las mujeres gestantes. En este sentido, la Política de Salud Bucal con participación social 2011-2021 destaca el liderazgo que requiere la profesión odontológica frente a la coordinación de los

programas, tanto individuales como colectivos, en promoción de la salud oral y de atención odontológica; así como la necesidad de una mayor integración del personal responsable de la salud oral con otros profesionales (139). Sin embargo, el liderazgo de los profesionales de la salud está condicionado por la dinámica del actual sistema de salud y seguridad social, por lo que más allá de acciones individuales se requiere de acción colectiva y política que permita transformar la precarización del trabajo y la inequidad en la atención (247).

Sobre los modos de vida hay dos aspectos relevantes a analizar en relación con el trabajo:

El primero alude a la forma de contratación que enfrentan los profesionales de la salud en el marco del SGSSS. La dinámica de mercado en el sistema establece que los diferentes profesionales sean contratados por actividad final o por capitación (169). En el contexto de los servicios públicos se habla de los profesionales de carrera administrativa y los contratados por prestación de servicios. Estas formas de contratación afectan la calidad de la atención, en primera instancia porque comprometen la permanencia y la continuidad de los odontólogos que ofrecen la atención odontológica a las gestantes, y en segunda, porque también afectan la condición anímica de los profesionales, pues es difícil estar motivado con inestabilidad laboral, horarios de trabajos intensos, altos niveles de estrés, escaso tiempo dedicado al ocio y la recreación, salario bajo y pago inoportuno. Para quienes son profesionales de carrera, con contrato, aunque parecen tener estabilidad laboral, se ven también afectados por el sistema de evaluación implementado por la institución que está centrado en la productividad. Por lo cual los grupos poblacionales que no facilitan el logro de metas de productividad no se atienden o se evitan como es el caso de las mujeres embarazadas. Datos que respaldan esta afirmación se evidencia en las siguientes expresiones:

“...se configuran barreras de accesibilidad organizacional generadas por las características de los servicios, como la calidad de la información dispuesta por el servicio o la atención diferencial (tiempos, duración del tratamiento, interacción) según la modalidad de contratación que se tenga (por ejemplo, el Fondo Financiero Distrital, en este momento paga por tratamiento terminado en vinculados, a diferencia del Régimen Subsidiado que lo hace por UPC, de ahí que el profesional procede de forma diferente de acuerdo a la exigencia de cumplimiento de metas definidas igualmente de forma diferente según la contratación...” (Política de salud oral Bogotá)

“...depende si me pagan por evento o me pagan por capitación, de y..., nos reunieron un tiempo y nos dijeron tal EPS traten de espaciar la oportunidad de atención porque ya se nos va acabar la plata, entonces ¿usted de qué EPS es? Tal... no hay citas para la otra semana, venga dentro de 1 mes a pedir la cita o sea, y uno se presta como odontólogo a eso, porque son las políticas financieras de la institución”. (Base)

“...porque hay mucha rotación de personal, porque no se están socializando los manuales y los protocolos que tenemos, entonces ahí es donde entra a jugar muchos aspectos, si yo tengo una enfermera que ayer me sabía todo el protocolo pero la cambié porque le salió un mejor trabajo porque se me fue y contraté otra, esta llega así... pero la dinámica es que al día, a ella yo no la puedo sacar 3 días para darle una inducción y mostrarle todo porque es que ella me tiene que atender pacientes ya, porque la otra se me fue entonces la mando yo a atender una paciente y ella no tiene ni idea de que el paciente tiene que pasar por odontología, por nutrición por..., entonces ahí se me pierde un poco, esa rotación de personal hace que se me pierda ese compromiso institucional” (Administr)

“Hay que ver 2 cosas, si yo priorizo una gestante a una hora la consulta, pues estamos hablando que si tengo mi odontóloga de 8 horas, ella me va a ver 8 paciente diarias... eso me parece en esos términos pues claro importante, le puede hablar más, le puede hacer tratamiento, le puede terminar el tratamiento en 1 hora, pero qué pasa si mi gestante no viene, entonces estoy quitándole el cupo a otras, se me aumenta la oportunidad, entonces no estoy haciendo nada, tengo que buscar un punto de equilibrio en donde, si bajo esa consulta aumento más cupos pero cuál va a ser la calidad que le voy a dar a mi gestante en la atención, son 2 cosas con las que hay que jugar” (Administrativa)

“a nosotros nos evalúan por productividad, yo soy una odontóloga de carrera administrativa y dependo, que mi evaluación sea buena, y si yo aparto un día para las gestantes y ellas no vienen, yo pierdo productividad” (Od general)

Brito Quintana en el 2000 refería con respecto al impacto de las reformas del sector de la salud sobre el recurso humano y la gestión laboral, que los profesionales enfrentan una creciente flexibilidad e inestabilidad del empleo en los servicios de salud y falta de condiciones adecuadas para un desempeño eficiente y de calidad, mostrando las políticas como determinante del nivel estructural que subsumen las dinámicas institucionales y la práctica de los profesionales de la salud, que se ven enfrentados a situaciones críticas que dificultan una prestación adecuada de los servicios: Esto coincide con los resultados de esta investigación (248).

El segundo aspecto a considerar con relación al trabajo se refiere a las oportunidades y la permanencia de las mujeres embarazadas en el mercado laboral. La relación producción consumo establece una discriminación por parte de las empresas para contratar personal que represente “riesgos” que puedan comprometer la producción y el rendimiento económico; en términos laborales las gestantes se constituyen en grupos de riesgo por los costos que representa la licencia de maternidad y los permisos. Adicional a esto la informalización y desregulación de los sistemas de contratación vulneran los derechos de las mujeres, en especial de las embarazadas. En este proceso investigativo se encontró que aquellas gestantes que trabajan y que acuden a los servicios públicos de atención en salud son mujeres con trabajo informal, catalogadas como subasalariadas, lo que les impide acceder a la atención en salud en el régimen contributivo; esto condiciona además, los tiempos que pueden dedicar para su cuidado, para asistir a los controles prenatales y acudir a la consulta odontológica. A pesar de ello, las mujeres subsalariadas tienen mejores oportunidades que aquellas que dependen económicamente de su esposo por lo limitado que puede ser su presupuesto familiar, de esta forma las mujeres embarazadas, dependientes de su esposo, prefieren dedicar este dinero en las necesidades de su familia, que asistir a la consulta por los gastos que representa el desplazamiento para la atención y el tiempo para solicitar la autorización respectiva para la realización del servicio de atención odontológica; aspectos que usualmente no se analizan y no permiten comprender la magnitud que este aspecto representa (2). Criterio que desde la epidemiología crítica y particularmente desde la determinación social involucrada en este trabajo ilustra sobre sus implicaciones relacionadas con el proceso salud, enfermedad, atención odontológica de las mujeres embarazadas.

Las gestantes que no trabajan, que no tienen una pareja que las apoye económicamente y que dependen de las “circunstancias”, ya sea del Estado, de su familia, de sus vecinos o de una mano solidaria que les brinde ayuda por las condiciones de inestabilidad social, se preocupan principalmente en lograr su subsistencia, por los que los problemas de salud incluyendo la salud oral pasan a ser problemas que se pueden postergar y sólo son

atendidos cuando representan dolor, incapacidad o urgencias. Las enfermedades orales de estas mujeres son consecuencia de la inequidad en salud (249) aspecto que también evidencio Contreras-Brito en un trabajo que desarrollo con adolescentes embarazadas (250); en la presente investigación, se muestra como ser mujer embarazada, ubica al grupo de mujeres ante condiciones particulares de discriminación y exclusión que deben ser tenidas en cuenta si se pretende promover el acceso de las mujeres a la atención en salud y en particular a la asistencia odontológica y que paradójicamente está en contraposición a lo establecido en los ODM, política a la que se vinculó el país y en particular Bogotá.

En el nivel particular, los modos de vida incluyen la capacidad que tienen los colectivos para crear y reproducir valores, así como la potencialidad que tienen de transformar las situaciones que los afectan. En la presenta investigación, estos aspectos aluden a la capacidad que tienen los colectivos de generar redes de apoyo solidario y avanzar en cambios para mejorar la situación laboral. Los grupos sociales de los vecindarios, los usuarios de servicios de salud, o vinculados a una EPS, se convierten en masa de reproducción de los procesos protectores o destructivos. Cuando se analizan los vecindarios como espacios de reproducción social, es importante reconocer que el nivel de inseguridad, de violencia, de comercialización de drogas psicoactivas, aumenta el nivel de vulnerabilidad social y determina el tipo de relaciones que se establecen entre los individuos y los colectivos; con esta investigación se confirma que los barrios en los que residen las mujeres embarazadas entrevistadas no les ofrecen las condiciones de seguridad y de bienestar que les permitan moverse en los vecindarios con tranquilidad, ni desplazarse a los centros de salud para recibir la atención odontológica.

Pero por otra parte, los grupos de usuarios de las instituciones prestadoras de servicios de salud generan dinámicas particulares por el intercambio de experiencia y compartir costumbres que les ayuda a sortear las barreras y tropiezos que las instituciones de salud y las empresas promotoras de salud generan. El grupo de gestantes en particular, crean lazos, redes sociales y de solidaridad que se facilita por los espacios comunes de encuentro. Allí se aconsejan y se apoyan, porque comparten los beneficios y las dificultades que el embarazo les genera; de igual forma algunos centros de atención brindan alternativas para su encuentro, filas prioritarias, espacios educativos que se proponen facilitar la atención odontológica de las embarazadas; pero que con frecuencia no son suficientes para contrarrestar las dificultades que el sistema de salud les impone. Adicionalmente, este tipo de apoyo social puede ser fortalecido con el soporte de la familia, los amigos y la pareja ya que en las interacciones cotidianas, continuas, duraderas y cercanas es en donde en realidad las mujeres embarazadas enfrentan los problemas para su atención dental. Este aspecto también lo observaron Kolodin & Rodríguez en su investigación en la que evaluaban el impacto de las redes de apoyo en mujeres embarazadas. En su trabajo refieren la influencia de la pareja y la familia en las decisiones que toman estas mujeres en el uso de los servicios de salud (251).

La Organización Panamericana de la Salud refiere una Ruta de Maternidad Segura, según la cual, las organizaciones comunitarias deben jugar un papel clave al facilitar que las mujeres gestantes asistan oportunamente al control prenatal. Sugiere propender por la creación de redes de apoyo a las gestantes, que apuntan a la disminución de barreras de acceso. Los agentes populares representan un apoyo fundamental, actividades que deben coordinarse con las instituciones de salud. Las familias deben proporcionar afecto, cuidado, consideración y reducción del trabajo doméstico, brindar estímulo que incentive la asistencia médica y odontológica (252). Sin embargo, las redes sociales y de apoyo son espontáneas, se crean en las dificultades de las mujeres y muchas veces las entidades no

las reconocen, ni las empoderan con el propósito de promover su capacidad para exigir sus derechos como ciudadanas.

Los procesos críticos no se comportan de manera similar en todos los grupos constitutivos de esta investigación. El origen, sus propiedades, su distribución no son uniformes; por eso la epidemiología crítica aporta en el estudio de los modos de vida y procesos relacionados con la salud oral y la atención odontológica de las mujeres embarazadas, lo cual implica identificar las relaciones sociales y su incidencia en la atención odontológica de las mujeres embarazadas, así mismo, devienen en modos y estilos de protección y promoción de la salud oral y su cuidado (107).

Hay diferentes mecanismos para favorecer o limitar la atención odontológica de las mujeres embarazadas los cuales dependen de la posición y clase social, de los recursos organizativos y culturales de sus miembros; el acceso de las mujeres a la atención y al disfrute de las mejores condiciones de vida están determinados socialmente. En la actualidad existen muy pocas investigaciones sobre los contrastes que existen entre las distintas clases sociales, géneros, etnias y su relación con la salud oral y la atención odontológica de las mujeres embarazadas, y son aún menos las revisiones científicas que aluden a las estructuras y relaciones de poder que moldean los modos y estilos de vida de los grupos y de las gestantes que los integran (107). Sin embargo, algunas investigaciones se proponen analizar aspectos relacionados con estratificación social, redes de apoyo y género, sin mencionar las relaciones de poder y la determinación social, como es el caso de las investigaciones de Corchuelo (135,136,137), Lamarca (132,133) y Silva (28), esto debido al enfoque usado para la investigación.

Mientras que Corchuelo identificó aspectos relacionados con la edad, el nivel de escolaridad, la etnia, el estatus marital, el ingreso, la ocupación, el nivel socioeconómico, el acceso a la información en salud, como factores relacionados con la atención odontológica y el acceso al cuidado dental en las mujeres embarazadas; sin embargo, no analizó las relaciones sociales, las estructuras de poder, los procesos políticos y económicos que determinan estas relaciones de poder que desencadenan la inequidad (135,136,137).

Lamarca et al, investigan el papel que juega el vecindario, el capital social y la calidad de vida en la salud oral durante el embarazo y el postparto. Muestran cómo el capital social, comprendido como soportes y redes sociales, fue muy relevante para la calidad de vida y la salud oral de las mujeres gestantes, mientras que los vecindarios en los que residen estas mujeres fueron poco relevantes. Sin embargo, igual al trabajo de Corchuelo, se analizan sólo aspectos del orden particular sin incluir la influencia de los determinantes del nivel estructural (132,133). Además el enfoque se soporta exclusivamente en la teoría de capital social, que podrían tener cierta similitud con aspectos relacionados con los modos de vida, dejando de lado aspectos del orden económico, político y cultural del nivel estructural. A pesar de las potenciales limitaciones Lamarca et al refieren en los resultados de su trabajo como las mujeres embarazadas y en postparto que tienen empleo remunerado fuera de su hogar reportan tener una mejor calidad de vida relacionada con salud oral, aspecto que coincide con los resultados de esta investigación pues las mujeres catalogadas como subsalariadas asistieron más a la consulta odontológica que aquellas que dependían de su pareja o para aquellas cuyos recursos para subsistir eran inciertos (106).

Por su parte Silva A, en la investigación sobre la salud oral de las gestantes, desde un abordaje de género, concluye que el ser madre trae consigo una carga social de género complicada, pues la mujeres deben enfrentar todos los problemas incluyendo los bucodentales de forma solitaria, y si busca ayuda profesional puede significar para las

mujeres enfrentar riesgos para la salud de su bebe, riesgos que no le son socialmente permitidos; la investigadora constató los cambios biológicos y fisiológicos que padece la mujer durante la gestación, y afirmó que las condiciones biológicas y sociales genera alteraciones orales que no se pueden pasar por alto, pues las diferencias socialmente construidas entre hombres y mujeres se relacionan también con el proceso salud enfermedad tanto en la mujer como en su hijo. Esta investigación aporta en la comprensión del orden estructural de la cultura patriarcal, aspectos que inciden sobre las representaciones sociales que tienen las comunidades a las que pertenecen las mujeres embarazadas y que tienen ellas mismas e inciden también sobre los estilos de vida asumidos por las gestantes, su familia; aunque, no se analizan aspectos del orden político y económico, por lo cual no se alcanza a percibir la complejidad del proceso salud enfermedad atención oral de las mujeres embarazadas (28). Sin embargo, es importante resaltar el análisis que Silva hace con relación a los procesos de formación e investigación en el área odontológica al revelar aspectos que inciden también en la determinación social de la salud-enfermedad oral de las mujeres embarazadas.

Los procesos de formación en el área odontológica y los paradigmas a partir de los cuales se constituye el campo social de la profesión son aspectos que determinan la atención odontológica de las mujeres embarazadas; en este trabajo estos aspectos se asumen como procesos del orden estructural que subsumen la dinámica y la praxis odontológica, la práctica profesional en las instituciones, lo que a su vez influencia las relaciones de los odontólogos con las mujeres gestantes, sus familias, con otros profesionales, por tanto la atención odontológica de las mujeres embarazadas. Con esto en mente, es necesario reconocer los paradigmas dominantes que orientan los procesos de formación, atención e investigación en esta profesión y su determinación social. Las facultades y escuelas de odontología en Colombia tradicionalmente promueven una formación biologicista, asistencialista y la investigación se desarrolla en el marco de paradigma positivista; pese a que en Colombia la odontología se inició como profesión hacia la segunda mitad de 1800, sus tendencias en la formación continúan enfatizando en lo mismo, lo técnico instrumental (253). Adicionalmente, la profesión y la formación del odontólogo está inmersa en las dinámicas del mercado por lo cual predominan interés en los procesos técnicos que reportan mayores beneficios económicos, pero deja de lado los procesos sociales del orden estructural y particular que promueven una transformación de las condiciones orales de los colectivos y los individuos y una transformación de las condiciones laborales de los profesionales y el bienestar de sus familias; de esta forma el profesional percibe que gana más pero pierde reconocimiento social y capacidad de resolver problemas de salud oral en las personas y las comunidades. Estos resultados coinciden con lo reportado por Silva cuando refería que las facultades y escuelas de odontología brasileñas continuaban enfatizando en la teoría y la práctica de reparar daños a través de diferentes procedimientos técnicos, sobrevalorando las nuevas tecnologías, la especialización y muy distantes de la realidad de sus colectivos, de sus contextos, y sin capacidad de responder a sus necesidades (28).

En esta investigación se analizaron los procesos del dominio estructural del orden económico, político y cultural, la forma como estos subsumen los procesos del dominio particular relacionados con los modos de vida de los colectivos y estos a su vez influyen los del dominio individual incluyendo los aspectos relacionados con el fenotipo y el genotipo, en particular los cambios biopsicosociales y de acumulación de patologías orales que enfrentan las mujeres embarazadas; sin embargo, es importante analizar un aspecto del dominio general que se evidenció tanto en los órdenes político, económico como cultural y tiene que ver con la violencia. En relación a este proceso se evidencia en el orden económico la naturalización de relaciones violentas entorno a los sistemas de mercado, de

esta forma el capitalismo salvaje resta oportunidades a las mujeres para vivir bien; en el campo político en Colombia el desplazamiento forzado y la monopolización de la tierra afectan en gran medida la vida y la salud de las mujeres, en lo cultural una violencia contra la mujer socialmente legitimada incide para que las oportunidades de construir un mejor desarrollo y estilos de vida se vean reducidas. Esta violencia se refleja en Bogotá, en las localidades, en los vecindarios y en las casas de las mujeres embarazadas. Esta violencia también es evidente en el sistema de salud, en las instituciones que administran y prestan la atención, en la atención que algunos profesionales les prestan a las gestantes, por lo que las mujeres sienten temor frente a las diferentes situaciones que enfrentan y que lo expresan algunos de los entrevistados y se evidencia en algunos textos así:

“Uno de los principales fenómenos de migración en Colombia es el desplazamiento forzado por el conflicto armado. Bogotá continúa siendo el principal municipio receptor (9% del total de desplazados del país) con más de 380.000 personas estimadas por CODHES”. (Política de salud oral Bogotá)

“...los cuales están clasificados en condición o situación de desplazamiento forzado por la violencia. Con esta población existe un choque cultural de costumbres, ritos y creencias propias de una etnia que choca frente a la lógica urbana y un sistema de Gobierno, el drama de la violencia en cada historia de vida, el poco apoyo institucional, la escasa presencia institucional en sus lugares de origen y el marco jurídico que especifica que el desplazamiento es considerado una tragedia” (PIC Suba).

“Los roles sociales basados en el género, también se convierten en un aspecto a tener en cuenta, los modelos basados en la fuerza y la violencia en los hombres han logrado a partir del miedo crear una represión contra la mujer” (PIC Suba).

“...el sistema no se compadece de las gestantes...pero tampoco de los profesionales que las atienden” (Odontóloga).

“...reconociendo que las principales causas de no asistencia no es por este factor sino por las múltiples barreras de acceso a los servicios de salud, incluyendo el trato por parte de los profesionales de salud” (Informe de avance salud situacional 2012).

“Concentración de Problemas Sociales donde predomina población de estrato 1 y 2, alta densidad poblacional, hacinamiento, deficiencia en infraestructura vial, en servicios públicos y escasos equipamientos, asentamiento de recicladores, generando, debilitamiento del tejido social, violencia intrafamiliar, abuso sexual, uso de sustancias psicoactivas, embarazo en adolescentes, muertes violentas, suicidio entre otras. Además existen problemas de inseguridad debido a la existencia de varios expendios de drogas y de alcohol lo que genera un aumento marcado de la inseguridad y de los problemas de drogadicción en los jóvenes” (PIC Suba).

“Los episodios de violencia física registrando como principal víctima a las mujeres con 20 casos, de los cuales el mayor porcentaje corresponde a mujeres con estado civil soltera y cuya escolaridad no supera el nivel de secundaria completa” (PIC Suba).

“con sus preguntas me pueden quitar los servicios” porque yo no pago nada a pesar de que esta EPS es para personas que pueden pagar,... él me dijo que usted podría

ser del Bienestar Familiar y que me podría perjudicar...quitarme el niño”(Embarazada)

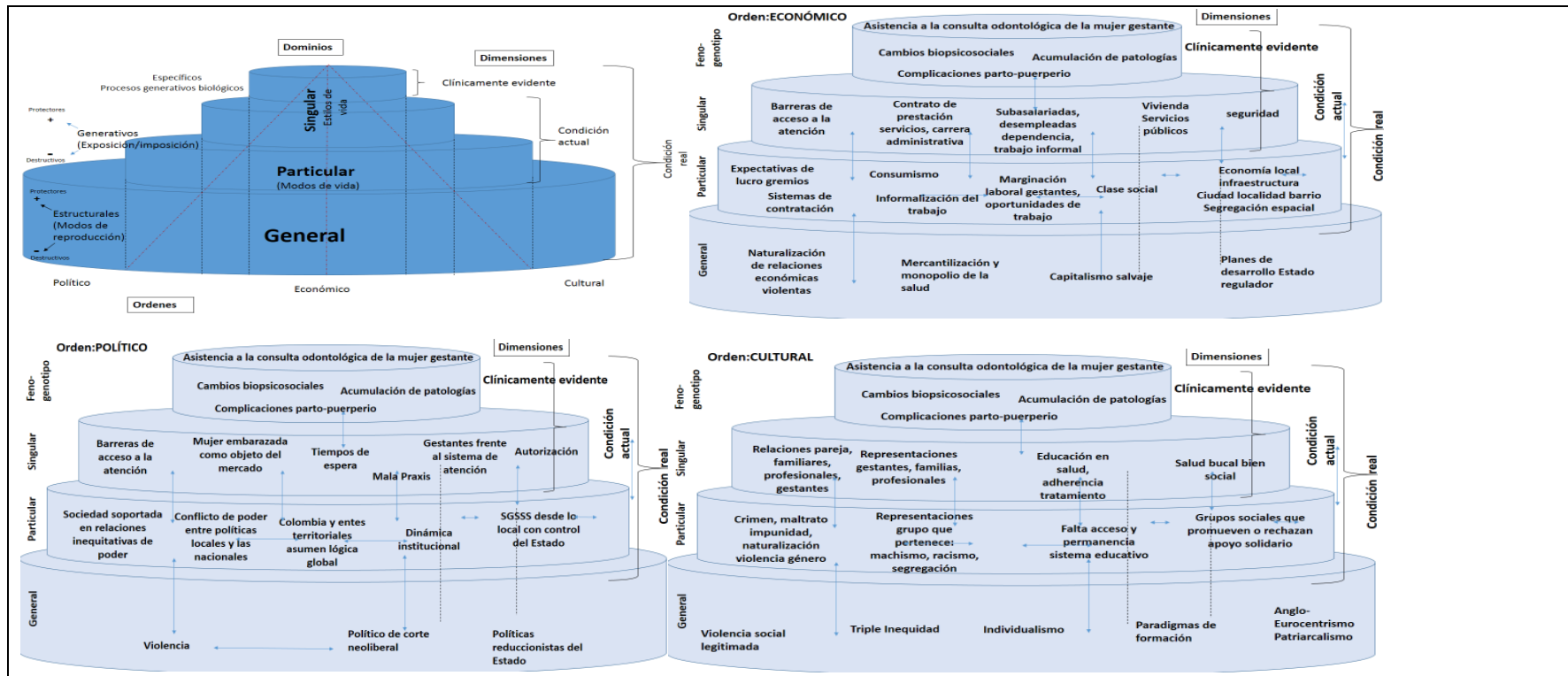
Por todo lo anterior el conocimiento de todos los órdenes y dominios de la determinación, así como de las interrelaciones entre estos, facilita la comprensión de los procesos del orden estructural, los patrones colectivos pero también los del dominio individual de la determinación social de la atención odontológica de las mujeres embarazadas que acuden a su control prenatal a instituciones públicas de las tres localidades de Bogotá estudiadas.

La epidemiología crítica a diferencia de la epidemiología convencional y del conocimiento clínico individual propone además relacionar tres dimensiones de la salud: la salud directamente evidente, la condición actual y la condición real o realidad completa de la atención odontológica de las mujeres embarazadas. En la determinación de la atención odontológica de las gestantes los aspectos directamente evidentes son los cambios biopsicosociales que ocurren en la mujer a nivel general y oral, las patologías orales no atendidas, y las complicaciones que registran las mujeres durante la gestación, el parto y el puerperio, aspectos sobre las que los odontólogos tienden a centrar su atención. La condición actual está constituida además por los procesos determinantes que se dan en los modos de vida típicos del colectivo al que pertenecen estas personas, y que incluyen las representaciones de los grupos sociales, las condiciones laborales, las características de la ciudad pero también los relacionados con los estilos de vida, las representaciones que sobre la atención odontológica tienen las mujeres embarazadas, su familia y los profesionales que los atienden. La enfermedad real o completa abarca los condicionamientos generales macro o más amplios incluyendo los procesos económicos, políticos y del pasado que se pueden expresar como mutaciones. Los detalles de las diferentes dimensiones, los dominios, órdenes y los procesos críticos que incluyen se representan en la figura 4-1 (107).

Los procesos críticos del nivel estructural de la determinación social de la atención odontológica de las embarazadas actúan como modos de reproducción en su conjunto. Son ellos por ejemplo, la mercantilización y monopolización de la salud, el capitalismo salvaje que se tomaron el proceder del Estado y la práctica odontológica como parte del mercado de la salud. En el nivel particular, los procesos críticos hacen referencia a grupos sociales y sus modos de vida tanto en las condiciones sociales de Bogotá y las localidades estudiadas como en los patrones de trabajo y consumo y las representaciones de los grupos a los que pertenecen. Todo esto determina grados de exposición/imposición de las mujeres a condiciones de vida que enferman. Los procesos generativos son los que actúan directamente sobre los comportamientos de las gestantes, los estilos de vida, los hábitos de autocuidado, la adherencia al tratamiento, las relaciones que se establecen entre gestantes y profesionales que los atienden. Finalmente, los procesos biológicos y patológicos, los cambios hormonales, vasculares, inmunológicos, de la flora microbiana, las características de las fibras colágenas, el flujo salival, entre otras, desencadenan la aparición de las patologías orales y hacen que la mujer gestante requiera de atención odontológica (107).

Para que la atención odontológica de las mujeres embarazadas actúe como una estrategia que ofrezca equidad es indispensable repensar y reconstruir todo el conjunto social y no sólo los procesos que están en la punta del “iceberg” y que la epidemiología convencional los maneja como asociaciones empíricas con relaciones causales. Una visión diferente genera un ejercicio diferente de los profesionales de la salud que atienden a las gestantes, considerando esto, en el siguiente acápite se analizará las implicaciones praxiológicas de

Figura 4 - 1. Los procesos críticos, las dimensiones, dominios y órdenes de la determinación social de la atención odontológica de las mujeres gestantes de Engativá, Suba y Usaquén



Fuente: Elaboración propia

esta nueva mirada de la atención odontológica de las mujeres embarazadas que se propone en esta investigación (107).

4.2 La determinación social para transformar la praxis

El abordaje praxiológico desde la perspectiva de la determinación social siguiendo los postulados de Breilh se sustenta en el realismo dialéctico; esto significa que en la práctica este abordaje se declara como instrumento de profunda renovación social, en el que la praxis asume un papel central (107).

El primer problema que surge en la praxis es enfrentar la racionalidad de la epidemiología al aplanar la realidad de la salud oral, de la atención odontológica, sin concebir la desigualdad en las mujeres embarazadas. Así se invisibilizan los dominios de la determinación social y se renuncia al conocimiento de los procesos estructurales, de la economía política de la determinación social de la atención odontológica de las mujeres embarazadas, dejando de lado la riqueza del movimiento de los dominios particular y singular para fijarse sólo en una acción focalizada y funcional, desechando transformaciones más profundas. Es indispensable analizar la estructura de poder que determina los rasgos saludables o malsanos relacionados con el proceso salud, enfermedad y la atención odontológica de las gestantes (254).

El paso inicial para comprender la determinación social de la atención odontológica de las mujeres embarazadas desde una perspectiva integral es romper las nociones biomédicas y la lógica liberal de la práctica convencional. Los problemas no se reducen a ver las enfermedades orales, su prevención y su atención como fenómenos individuales; los hechos que llevan a las gestantes a enfermar, recibir o no a la consulta odontológica no afectan sólo a una mujer o unas pocas, sino que operan potencialmente sobre toda una comunidad, además estos procesos se producen y se extienden a toda la colectividad en toda una sociedad. Sólo al analizar la salud oral y la atención odontológica como un problema colectivo se comprende su complejidad (254).

Si la salud oral y su atención están determinadas en los tres dominios de la realidad y si existen relaciones de mutua determinación entre los procesos generales, particulares y singulares, sería un error actuar con una práctica y con elementos del derecho enfocados sólo en uno de los dominios y en sólo un organismo o en parte de él. La gestión debe combinar acciones preventivas enfocadas tanto en contrarrestar los procesos malsanos, como en promover los procesos protectores. Las acciones son más eficaces y sustentables, mientras más abarquen los tres dominios de la realidad; se debe actuar respetando, protegiendo y asegurando el derecho al acceso a atención odontológica para las mujeres embarazadas, pero esas acciones no son sustentables si esto no se acompaña de acciones que actúen sobre los procesos colectivos particulares y generales. Las acciones en salud individuales pueden ser más inmediatas y son necesarias como reacción emergente a trastornos de salud individuales, pero si no se acompañan de acciones en los otros niveles no se puede modificar las condiciones determinantes que provocan el problema (254). En el apartado de recomendaciones se formula una propuesta de acción que involucra a los diferentes actores en los diferentes órdenes y dominios para promover la atención odontológica de las mujeres embarazadas.

Considerando esto el perfil de la determinación, los procesos protectores y destructivos que lo integran no son elementos puramente interpretativos, sino que sirven para reflexionar sobre la acción, la praxis, para organizar la prevención, la promoción profunda y la atención en relación con los procesos de determinación social de la salud oral y la atención odontológica de las mujeres embarazadas (254).

Pero la praxis tiene varias dimensiones, el desafío es analizar nuevas formas de articulación de la praxis científica o académica con la praxis contrahegemónica y la construcción de un nuevo proyecto colectivo orientado a promover la atención odontológica de las mujeres embarazadas. En una propuesta como esta, se resalta la relación entre lo humano, lo científico y lo político, el asunto crucial es construir la unidad entre el modelo epidemiológico, el político y, al mismo tiempo el descubrimiento de las diferentes percepciones entre los diversos actores en las tres localidades. En este sentido se considera que la praxis gramsciana, de acuerdo a lo referido por Breilh, se constituye en una herramienta poderosa para trabajar esa dialéctica entre unidad y diversidad, no sólo entre los grupos sociales, sino también entre los expertos académicos y entre los profesionales de distintos campos de la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y la asistencia. Esto significa que es necesario articular la complejidad social y humana, la intersubjetividad y la práctica unitaria que enlaza los diferentes elementos (107). Esta experiencia investigativa se constituye en un ejemplo de lo planteado por Jaime Breilh, en la que se propuso integrar lo humano, lo científico y lo político en un modelo epidemiológico, en el que también se involucraron las percepciones de los diferentes actores, de esta forma fue posible identificar la dinámica y la subsunción entre el nivel general, el particular y el singular en la atención odontológica de las mujeres e ilustró la necesidad de innovar las formas de analizar la salud oral, transformar la formación profesional y la práctica odontológica con el propósito de brindar una mejor atención a las mujeres embarazadas.

Con estos fundamentos el triángulo de la política se constituye en una herramienta que permite articular tres elementos esenciales para la transformación de la gestión ligada a la protección de los derechos en salud de las mujeres embarazadas y su atención odontológica: El proyecto político que refiera las acciones que orientan el logro de los fines estratégicos de una colectividad para construir las bases económicas, sociales, culturales y políticas para el buen vivir y la ética de la salud para las gestantes, incluyendo su componente oral. Involucra además, la gobernabilidad refiriendo el poder para administrar el proyecto considerando el nivel de consenso, para ello se requiere de un análisis estratégico de los diferentes actores involucrados en el proceso y de relaciones de poder que inciden sobre la salud oral y la atención odontológica. La capacidad técnica refiere las aptitudes, destrezas y habilidades indispensables considerando la naturaleza del programa (254). La estructura y movimiento de un programa orientado a promover la salud oral y la atención odontológica puede articularse a la luz del triángulo de la política, el cual permite pensar en los campos del conocimiento y las disciplinas relacionadas con la complejidad que representa la atención odontológica de las mujeres gestantes y las demandas de acción (proyecto político) pero además los elementos indispensables para trabajar en la transformación (gestión).

El derecho a la salud de las mujeres embarazadas, en particular en su componente oral, abarca más que el derecho a los bienes y a las posibilidades que hagan factible una atención curativa adecuada, sino que más bien su vigencia se vincula a los derechos del buen vivir; considerando esto, la epidemiología puede contribuir a la elaboración de criterios y parámetros de monitoreo crítico de la realidad que faciliten el control social, la rendición de cuentas y la exigibilidad jurídica de los derechos por lo que es importante identificar los procesos protectores y destructivos en el perfil de la determinación social de la atención odontológica de las mujeres embarazadas atendidas en instituciones públicas de salud en Enigativá, Suba y Usaquén (254).

5. Conclusiones, Fortalezas, Limitaciones y Recomendaciones

5.1 Conclusiones

De acuerdo a los resultados se puede concluir con relación a:

5.1.1 La matriz de procesos críticos

Se identificaron procesos críticos en el orden económico, político y cultural en los dominios singular, particular y general que determinaron la atención odontológica de las mujeres embarazadas que fueron atendidas para control prenatal en instituciones públicas de Engativá, Suba y Usaquén; a partir de los procesos identificados se elaboró la matriz de procesos críticos, como una herramienta que permitió visualizarlos de una manera integral e integradora.

Con relación a los procesos económicos, las tendencias mundiales, el capitalismo neoliberal que determinan la orientación en las políticas económicas de un país, la mercantilización y monopolización de la salud, la naturalización de las relaciones violentas que propicia el sistema económico son procesos críticos en la dimensión estructural y que tienen impacto sobre los procesos críticos del nivel particular y singular de la determinación social de la atención odontológica de las mujeres embarazadas. En el particular, la dinámica financiera y la segregación espacial que enfrenta Bogotá, las localidades, los barrios; pero también, el modelo económico institucional, las condiciones de contratación de los profesionales de la salud, las expectativas de lucro y aspiraciones monetarias de los operadores del sistema, los odontólogos, el consumismo, las relaciones de clase social, así como, la informalización, flexibilización, marginación y escasas oportunidades de trabajo que enfrentan las mujeres embarazadas comprometen las condiciones financieras de los colectivos que viven y trabajan en Bogotá y en las localidades estudiadas; estas situaciones vulneran el derecho a la salud, el acceso a la atención, a condiciones dignas de trabajo y comprometen la vida y la salud de las mujeres embarazadas y su atención odontológica. En el dominio singular, las barreras de acceso a la atención que enfrentan la mujer embarazada, conexas al tipo de contrato que tiene el profesional que la atiende y que determina, en este último, su estabilidad, permanencia laboral, su bienestar, desarrollo humano y profesional, condicionando su desempeño y calidad de la atención. Las condiciones de trabajo, también afectan a la mujer gestante, su cónyuge y su familia pues enfrentan condiciones de pobreza relacionadas con la pérdida del empleo a causa de su embarazo, o de informalidad laboral; bajo estas condiciones el presupuesto familiar está comprometido y con esto la vivienda, la seguridad, la prestación de servicios públicos se limitan y así la necesidad de asistir a la consulta odontológica pierde importancia.

En cuanto al orden político, los procesos críticos del orden general revelan como la crisis de Estado, la reforma en salud, la fragmentación del sistema se constituyen en fuerzas que restringen y perpetúan la inequidad social, la precarización de la respuesta institucional, que aunado a la violencia promueven situaciones críticas que dificultan el acceso a la atención odontológica de las mujeres embarazadas. En la dimensión particular señalan como las entidades territoriales deben asumir políticas relacionadas con la lógica de mercado establecidas por organizaciones del nivel internacional y del nacional; deben

además, administrar los sistemas locales de salud en medio de frecuentes conflictos que entorpecen las dinámicas a nivel del territorio, de las instituciones, fragmentan y dificultan la atención en salud en especial de los grupos más vulnerables y con menor poder político y económico; para Bogotá, no resulta fácil superar las problemáticas que la dimensión política del nivel general impone a la ciudad y a las localidades estudiadas, con todo, la administración distrital se propuso mejorar las oportunidades en la atención de las mujeres, incluyendo las embarazadas. En el nivel singular, las barreras de acceso a la atención, la tramitología, los tiempos de espera, los planes de atención se constituyen en procesos críticos de este nivel que junto con la mala praxis y la conversión de la mujer embarazada en un objeto del mercado provocan situaciones que comprometen la salud y la atención oral de la mujer gestante. De esta forma la dinámica del sistema y de las instituciones generan situaciones que vulneran el derecho a la salud de las mujeres embarazadas, que provocan insatisfacción frente a la atención, pero en la mayoría de los casos las mujeres no reclaman sus derechos, en primera instancia porque no reconocen el acceso a la atención como un derecho y en segundo lugar porque son mujeres en condiciones de vulnerabilidad social y económica que naturalizaron las condiciones de carencia y de negación como un estado normal en sus vidas.

En la dimensión general una cultura individualista, soportada en el anglo-centrismo, eurocentrismo y patriarcalismo, en el positivismo como paradigma de formación e investigación, incentivan la apropiación indebida de poder que se refleja en la triple inequidad (de género, etnia y clase social) y en la legitimización de la violencia, que se constituyen en los procesos críticos del orden cultural; se puede evidenciar la preminencia de una sociedad opuesta a la vida, que promueve y profundiza la inequidad, los patrones de dominación, en la que se naturaliza las condiciones de inequidad y de violencia. El paradigma positivista en salud oral en el cual tradicionalmente se construye el conocimiento científico en el área odontológica, la preponderancia de una visión medicalizada de la salud oral que limita la comprensión de la relación de lo biológico con lo social, que influencia los procesos de formación profesional y de la práctica odontológica son aspectos que deben analizarse cuando se propone comprender la determinación social de la atención odontológica de la mujer gestante. En la dimensión particular, la existencia de grupos sociales que promueven o desincentivan el apoyo solidario, el acceso y permanencia de las mujeres en el sistema educativo, el machismo, el racismo, la marginación y segregación social son aspectos que se ven determinados por las representaciones de los colectivos a los que pertenecen las mujeres embarazadas, pero también influenciados por las condiciones de violencia social, la naturalización de diferentes formas de intimidación e impunidad que las mujeres enfrentan. En la dimensión singular, los procesos críticos asociados con las relaciones de la mujer embarazada con su pareja, su familia, con los profesionales de la salud que las atienden, pero también la interacción que pueden tener con otras mujeres gestantes; así como los contactos entre profesionales, pueden constituirse en elementos dinámicos que promueven o limitan el acceso a la atención odontológica de las gestantes por la injerencia que puede tener en la construcción o reconstrucción de representaciones y valores entorno al cuidado oral y la atención dental, la adherencia al tratamiento, la comprensión o no de la salud oral como un bien social o de su concepción entorno a lo estético y lo asistencial.

Por otra parte, los aspectos biológicos están desconectados de los procesos del orden económico, político y cultural en los dominios general, particular y singular que influyen el acceso, la adherencia al tratamiento odontológico, los cambios biopsicosociales relacionados con el embarazo y las complicaciones que la mujer gestante registra durante el parto y el puerperio y que afectan la vida y la salud de la mujer y de su hijo o hija.

5.1.2 La producción y reproducción social de la atención odontológica, el entorno geográfico y las políticas de salud

En este proceso investigativo se reconoce la relación dialéctica que ocurre entre las fuerzas determinantes más amplias y la posibilidad que existan cambios biopsicosociales y estilos de vida relacionados con el cuidado oral y la asistencia a la consulta odontológica por parte de mujeres gestantes; en el que se identifica, la necesidad de observar los aspectos políticos, sociales, geográficos e históricos de la producción y la organización de la sociedad bogotana y en particular de las localidades de Engativá, Suba y Usaquén, para explicar los determinantes más profundos de la atención odontológica de las mujeres embarazadas, también se reconoce que el único camino para comprender lo específicamente epidemiológico es saber cómo los procesos de reproducción individual cotidiana y los procesos biológicos actúan y se transforman en el seno de ese movimiento más amplio para originar los fenómenos relacionados con la atención odontológica de las mujeres embarazadas atendidas en instituciones públicas de Engativá, Suba y Usaquén.

La salud oral y su atención de las mujeres embarazadas de las tres localidades del Distrito capital estudiadas, son el resultado de un proceso complejo y dinámico que se produce socialmente en todos los ámbitos donde la vida social de las mujeres se desarrolla. En cada uno de esos espacios de la vida social ocurren hechos que incentivan o desincentivan las posibilidades para que la mujer gestante tenga una buena salud oral y reciba la atención odontológica. Los cambios biopsicosociales que acontecen a nivel de la boca de las mujeres embarazadas se debaten entre lo fisiológico y lo fisiopatológico debido a los condicionamientos del patrón de vida, mediados por los procesos coyunturales de la cotidianidad.

Las condiciones del entorno geográfico y las particularidades de cada uno de los territorios determinan la dinámica del proceso salud enfermedad y su atención en los diferentes grupos poblacionales, entre ellos el grupo de mujeres embarazadas, comprometiendo también su salud oral y su atención odontológica. Aspectos comunes como la segregación territorial evidente en cada una de las localidades analizadas, muestra condiciones sociales geográficas que profundizan las brechas sociales; pero se observan también condiciones que marcan diferencias como la dinámica de vinculación a la seguridad social en salud en Suba, el imaginario y grandes contrastes entorno a las condiciones económicas de los residentes de la localidad de Usaquén y las condiciones laborales particulares que enfrentan los profesionales de la salud que atienden a las mujeres gestantes en Engativá incentivan procesos específicos que deben ser comprendidos en cada contexto por su impacto sobre la atención odontológica de las mujeres embarazadas.

La integración de políticas de atención, salud oral y mujeres muestran la necesidad de promover reformas estructurales en las que los odontólogos, los profesionales de la salud que atienden a las mujeres, las mujeres en especial las embarazadas, hagan efectiva su exigibilidad del derecho a la atención en salud oral; sin embargo, es importante reconocer la correlación desigual de fuerzas, lo que obliga al desarrollo de acciones como colectivos integrados más que como individuos o gremios; con participación en los procesos de formulación y ejecución de políticas públicas creadoras y reguladoras de instituciones y mecanismos que permitan a los actores colectivos, acordar, negociar y asumir funciones de vigilancia de la esfera pública pero en las que el Estado reasuma su liderazgo y su responsabilidad frente a los ciudadanos, eliminado, controlando y neutralizando el poder del mercado.

5.1.3 El perfil de la determinación social

El perfil de la determinación social de la atención odontológica de las mujeres embarazadas se comprende como un proceso complejo, dinámico y dialéctico que involucra los procesos protectores y destructivos. Si bien es posible identificar los procesos protectores tanto en el dominio individual como en el colectivo, el predominio de los procesos destructivos en todos los órdenes y dominios explican las limitaciones que tienen las mujeres gestantes para acceder a la consulta odontológica. Esta determinación social mediada por los procesos protectores y destructivos permite evidenciar las contradicciones que operan tanto en la dimensión natural como en los fenómenos sociales, y que se configura como una trama compleja contradictoria y dinámica que relaciona lo individual y lo colectivo de la determinación social de la atención odontológica de las mujeres embarazadas de las tres localidades de la red norte del Distrito Capital.

En el orden económico los recursos públicos destinados a la atención de las mujeres embarazadas, la vinculación de los odontólogos como profesionales de carrera administrativa, la relativa independencia económica que registran las mujeres gestantes que laboran como subasalariadas son procesos protectores, pues promueven la atención odontológica de las embarazadas. Mientras que la mercantilización y monopolización de la salud; el embarazo como una condición que compromete los derechos laborales de las mujeres; la ciudad, la localidad y el barrio como territorios sociales subordinados a la lógica global del mercado son procesos destructivos que reducen la atención dental de las mujeres gestantes. Las políticas dirigidas a la mujer se constituye en un proceso protector; en tanto que, el modelo neoliberal impulsado por organismos internacionales, el desplazamiento forzado y la violencia como orientadores de la lógica política se comportan como procesos destructivos en el dominio estructural.

En el orden cultural las relaciones sociales solidarias y horizontales como expresiones de una cultura para la vida y la emergencia de paradigmas críticos en el campo de la formación, la investigación y la praxis en salud son procesos protectores y como procesos destructivos en este orden se destacaron el individualismo, el patriarcalismo y androcentrismo como fundamentos de la dinámica social que subordinan a la mujer; también el biologicismo, el asistencialismo y el positivismo, en los procesos de formación, como abordajes que fragmentan la realidad; así como la violencia social legitimada y la impunidad en una sociedad en contravía a la vida.

A nivel del fenotipo, el interés que suscitó la relación de las infecciones orales con el parto pretérmino, el bajo peso al nacer, la diabetes gestacionales, la preclamsia se convirtió en un proceso que incentivó el interés clínico e investigativo hacia a la atención odontológica de las mujeres embarazadas; mientras que los cambios biopsicosociales y la acumulación de patologías a lo largo del ciclo vital de las mujeres son los procesos destructivos a este nivel que influyen la salud oral y la atención odontológica de las mujeres embarazadas.

De esta forma, El devenir de los procesos protectores y destructivos del orden económico, político y cultural identificados y su relación con el fenotipo contribuyen a configurar el perfil de la determinación social de la atención odontológica de las mujeres embarazadas que acuden en busca de atención a los centros de atención en salud del sector público de las localidades involucradas en este trabajo de investigación.

5.2 Fortalezas y limitaciones

5.2.1 Fortalezas

De esta forma y en términos prácticos esta investigación provee una visión integral y compleja de la determinación social de la atención odontológica de las mujeres embarazadas, pero además, proporciona los elementos claves que permitirían estructurar un programa orientado a transformar la gestión entorno a los procesos que la determinan. De esta forma y en coherencia con los postulados de Breilh hay interdependencia de lo vemos, lo que pensamos, de la forma como actuamos y de la importancia que esto tiene para transformar la gestión de tal forma que se incluyan las tres 'S' de la determinación: la sustentabilidad vista como la forma de construir trabajo y modos de vivir dignificantes, recreación, cultura e identidad, formas de organización solidaria y soportes colectivos; la solidaridad comprendida como la existencia de una estructura económica productiva organizada alrededor de la preeminencia de la vida y el bien común, y lo saludable que posibilite la consolidación y perfeccionamiento de espacios socioculturales, la preeminencia de procesos protectores, colectivos, familiares e individuales y de las formas fisiológicas y biológicas (204).

Es importante señalar como en el proceso investigativo se identificó la condición laboral de la mujer embarazada que asiste a los centros públicos de salud como un proceso crítico importante que incentiva la atención a la consulta odontológica, enfatizando la importancia de reconocer la interacción género con clase social; surge con ello también la necesidad de generar nuevas categorías entorno al estatus de trabajo de la gestante; pues en este caso en particular es insuficiente reconocer a la gestante o su pareja como empleada(o), sub-salariada(o) o desempleada(o) porque en el proceso de análisis se identificó en la categoría de desempleadas dos alternativas adicionales la gestante desempleada dependiente de su pareja, con ciertas condiciones laborales en todos los casos con formas de contratación informal y desregularizada, pero también las gestantes desempleadas que dependen de las circunstancias refiriendo aquellas que no tienen una fuente de recursos segura que en la mayoría de los casos provienen de la caridad, de redes solidarias ya sea de la familia, los amigos o instituciones que le prestan el apoyo. Para que estas mujeres puedan ser atendidas por instituciones públicas deben estar adscritas al régimen subsidiado o ser vinculadas, sin embargo, esto representa condiciones de desventaja social frente a las mujeres que trabajan, o que sus parejas o acudientes laboran bajo regímenes laborales con contratación formal pues ellas serían atendidas en el régimen contributivo y sólo tendrían que acceder a las instituciones públicas en casos de urgencia.

5.2.2 Limitaciones

Este proceso investigativo podría tener limitaciones al intentar representar la dinámica de la determinación social de la atención odontológica de las mujeres gestantes de la localidad de Usaquéen ya que el proceso investigativo se realizó en el hospital Simón Bolívar, institución del tercer nivel de atención y de esta forma es un centro al que se remiten las gestantes de alto riesgo de todas las localidades. Un ejemplo de ello fue el seguimiento a la trayectoria de atención odontológica de una mujer embarazada captada en esta institución, porque representó seguir esta trayectoria iniciado en el barrio Jerusalén, de la localidad Ciudad Bolívar, ubicado cerca al portal el Tunal y desplazarse hasta el Portal Norte para recibir la atención prenatal y hasta la calle 100 con Suba para la atención odontológica, mientras que las autorizaciones debían tramitarse en la Carrera séptima con calle 48. Sin

embargo, es un caso que representa las barreras que la ciudad ofrece en términos de movilidad, infraestructura, seguridad, además de las que el sistema de salud les impone a las mujeres en la búsqueda de su atención odontológica como parte del paquete de atención que se le brinda a las embarazadas.

En este mismo sentido, es necesario reconocer que centrar la investigación en las localidades de Engativá, Suba y Usaquén ubicadas en el norte de Bogotá y en las instituciones del sector público que prestan la atención en salud a las mujeres embarazadas, no permiten reconocer la determinación social de la atención odontológica de las gestantes del DC, ni en todas las clases sociales, ni de aquellas vinculadas al sistema contributivo, ni poner en evidencia la posible diferencialidad de la atención según afiliación al SGSSS y quizás menos lo ocurre en las localidades de Bogotá que albergan a población con mayores necesidades y privaciones de la ciudad como podrían ser Ciudad Bolívar o Usme.

Se reconoce también las potenciales limitaciones que los documentos explorados relacionados con políticas y los referidos a la comprensión social-geográfica de las diferentes localidades pueden tener, pues los relacionados con políticas reflejan las intenciones del Estado y del gobierno distrital y los planes de intervención colectiva (PIC) podrían registrar contenidos subordinados a las presiones laborales a las que se ven sometidos los trabajadores del Distrito. Además, la metodología con la que se elaboran estos escritos en ocasiones se cuestiona; sin embargo están soportados en metodologías investigación acción participación que pueden generar suspicacias; pero que son importantes porque reflejan la voz de otros actores involucrados en la construcción de la Determinación Social de la atención odontológica de las mujeres embarazadas. En este sentido, retomando a Breilh estos actores cobran sentido cuando dice que:

“...es más bien un desafío para perfeccionar un proceso intercultural que permita, ..., la traducción recíproca de conocimientos, la construcción conjunta del objeto de transformación y del marco interpretativo, la aparición de nuevas formas de análisis y la aparición de conceptos renovados; implicaría la creación de un marco epistemológico integrador que ampare la “negociación” de conocimientos, una nueva estructuración, y un [in]disciplinamiento de las estructuras que se integran para que se atienda a los significados...”

Adicionalmente, las expresiones que surgieron a partir de estos documentos fueron consistentes con las que emergieron a partir de otros actores evidenciándose la convergencia de la información promoviendo la comprensión del objeto de estudio.

Por otra parte, para definir los procesos críticos mediante técnicas extensivas se utilizó información secundaria recolectada por la Universidad El bosque. En este sentido, las encuestas realizadas por esta institución sobre 978 gestantes atendidas en instituciones públicas de Engativá, Suba y Usaquén fueron un aporte importante al proceso investigativo; sin embargo, implicó tener que desarrollar el trabajo sustentados en los criterios definidos para otra investigación implementada desde una perspectiva positivista y soportada en la perspectiva de odontología basada en la evidencia. A pesar de ello los datos obtenidos a partir de las variables sociodemográficas y clínicas registraron convergencias con la información derivada de las técnicas intensivas, de esta forma le aportó a la definición de los procesos críticos; con todo esto es necesario para futuras investigaciones fortalecer los aspectos que permiten establecer la relación entre lo biológico y lo social considerando criterios relacionados con la injerencia que pueden tener la clase social, la inserción social,

el acceso a oportunidades laborales, económicas y políticas recolectadas mediante técnicas extensivas.

Es necesario reconocer además, el desconocimiento que sobre Bogotá y su dinámica tenía como investigadora, pues esto representó una limitación al ignorar algunas de las características económicas, políticas, culturales y sociales que caracterizan el vivir en Bogotá y que sólo se conocen realmente cuando se vive en ella. Esta dificultad se subsanó mediante el reconocimiento de esta ciudad durante mi proceso de formación doctoral, gracias al apoyo del grupo de investigación del cual formé parte para realizar este trabajo, así como, al aporte de los diferentes actores involucrados en el proceso que me mostraron a través de sus historias la situación vivida por cada uno de ellos; de esta forma pude corregir en alguna medida esta dificultad y aproximarme a la realidad que viven las mujeres embarazadas de las tres localidades de Bogotá.

5.3 Recomendaciones

En este orden de ideas, es necesario implementar acciones inmediatas orientadas a ofrecer la atención necesaria que les permita a las mujeres embarazadas erradicar las patologías orales presentes, promover y mantener las mejores condiciones orales; para lograr esto es necesario en el nivel particular y en el orden económico, político y cultural promover oportunidades de trabajo para las mujeres, mejores opciones para una vinculación formal al sistema de atención en salud, fortalecer en ellas el reconocimiento y el hacer efectivos sus derechos y deberes, eliminar las barreras económicas, sociales y culturales en particular las relacionadas con las creencias en las gestantes, su familia, profesionales que las atienden; incentivar las relaciones horizontales entre profesionales y gestantes, pero también entre los mismos profesionales, logrando una integración real de los odontólogos a los equipos de salud. Es necesario superar la visión que entorno a la promoción de la salud y a la educación se construyó en el sistema de atención que depositan toda la responsabilidad en las acciones en el dominio individual desconociendo las relaciones que el individuo tiene con sus grupos sociales y de la injerencia los procesos del nivel estructural.

Estas acciones sin embargo, no se logran o no tienen el impacto necesario sino se incorporan estrategias a corto o mediano plazo en el nivel particular que logren promover nuevas visiones y alternativas entorno al lucro esperado y a la formas de contratación a las que se enfrentados los profesionales de la salud; la necesidad de modificar y contrarrestar la segregación espacial y con ello superar las barreras geográficas, de movilidad, de espacios inseguros y que representen peligro para las mujeres embarazadas; de igual forma es necesario que las instituciones prestadoras y las EPS reduzcan los trámites y den viabilidad a la atención odontológica de las mujeres gestantes, de acuerdo a la normatividad establecida. Con base en los procesos identificados es necesario además promover los grupos sociales que apoyan a las mujeres embarazadas y fortalecer las acciones que reduzcan la impunidad frente a la violencia de género en todos los ámbitos en que esta se registra.

En el nivel general, a mediano y largo plazo, es necesario crear espacios que promuevan la vida, soportes para la salud y desarrollo que superen el pensamiento capitalista los monopolios del mercado; crear espacios que incentiven los movimientos sociales organizados que promuevan la reforma a las políticas que sustentan el SGSSS y acciones que comprometan al Estado en la formulación y desarrollo de políticas, programas, proyectos y acciones coordinadas a promover la salud y la vida de todas las personas

incluyendo a las mujeres embarazadas en su componente oral; es necesario que las políticas, programas, proyectos y acciones se formulen y se desarrollen considerando el contexto y la dinámica social de los colectivos a los cuales van destinados. En el orden cultural es necesario reconstruir la sociedad con sustento en relaciones equitativas entre los géneros, las razas, que superen esa cultura egoísta e individualista. En cuanto a los procesos de formación de los profesionales de la salud, en particular de los odontólogos, se deben reconocerse otros paradigmas para la investigación, los abordajes individuales y colectivos, la comprensión del proceso salud enfermedad y su atención, la necesidad de reconstruir la visión de la complejidad de la salud oral; pero en particular la capacidad del odontólogo de ser líder político con habilidad de transformar las condiciones que vulneran los derechos de los colectivos. Es necesario también, establecer nuevas relaciones con la naturaleza, superado las acciones orientadas a su explotación y depredación.

Por otra parte, es necesario fortalecer los procesos protectores del nivel individual, las oportunidades que frente a la atención las mujeres embarazadas pueden tener, y que pueden ser aprovechadas de una mejor manera si las mujeres se perciben como sujeto de derecho y como colectivos que se cohesionan en defensa de estos; es importante fortalecer la capacidad de familiares y amigos mediante relaciones solidarias, el interés particular que el embarazo y su cuidado tienen para la mujer, en especial si el proceso se da en mejores condiciones económicas y sociales. En el nivel particular, es importante promover espacios para que las sociedades de profesionales fortalezcan sus capacidades y su interés por atender de forma integral a las mujeres como una oportunidad para el desarrollo humano y profesional, sin dejar de lado un beneficio económico razonable frente al trabajo realizado. Las políticas del orden nacional e internacional, aún retóricas, apuntan a ofrecer mejores opciones de atención y salud a las mujeres embarazadas, por esta razón es necesario implementar acciones estratégicas orientadas a que las políticas, los programas, y las acciones orientadas a promover la salud de las gestantes tengan personal destinado para su cumplimiento que sean planeados, asumidos, monitoreados y evaluados también por los grupos de gestantes objeto de la acción, de los profesionales que las atienden, el personal administrativo, de todo el personal vinculado al sistema de atención y de los formuladores de políticas.

Para futuras investigaciones se recomendaría desarrollar investigaciones que permita caracterizar la determinación social de la atención odontológica de las mujeres embarazadas en Bogotá, lo que implicaría incluir mujeres de todas las localidades, clase social y regímenes de afiliación al SGSSS. Sugeriría además, recolectar a partir de fuentes primarias, de forma válida, mediante técnicas extensivas criterios que pudiesen evaluar la clase social como podrían ser estatus laboral, la posesión de bienes raíces, el acceso a crédito, a bienes y servicios, entre otros aspectos; soportados en indicadores como los aportados por investigadores como Jaime Breilh o Marcela Arrivillaga (255), por mencionar algunos.

ANEXOS

ANEXO A

**Revisión sistemática de la
literatura**

Nº	Eje temático	Tópico	Título	1autor	Idioma	Año	País	Fuente	Estudio	Población	Conclusión	Epistemológico	Breilh
1	diferencias entre mujeres y hombres	biológica	Sex differences in dental caries experience: clinical evidence, complex etiology	Lukacs JR	Inglés	2011	United States	Clin. Oral Invest.	Revisión	NA	Caries etiology is complex and impacts understanding of the sex difference in oral health. Both biological (genetics, hormones, and reproductive history) and anthropological (behavioral) factors such culture-based division of labor and gender-based dietary preferences play a role	fenomenológico	NA
2	diferencias entre mujeres y hombres	biológica	Gender issues and oral health in elderly Indians	Shan N	Inglés	2003	India	Int. Dent. J.	estudio base poblacional	urban and rural women	Women's oral health is significantly influenced by social, economic and psychological factors	psicosocial	causal de transición
3	diferencias entre mujeres y hombres	biológica	Women are periodontally healthier than men, but why don't they have more teeth than men?	Meisel P	Inglés	2008	Alemania	Menopause	Estudio poblacional	4,290 randomly selected participants from the normal population (Study of Health in Pomerania)	The apparent paradox of having fewer teeth despite better periodontal health in women compared with men is related to an increased bone turnover rate and socioeconomic conditions such as low education and low social status. Periodontal health is even worse if these factors are combined	positivismo	causal lineal
4	diferencias entre mujeres y hombres	biológica	Parity & Untreated Dental Caries in US Women	Russell SL	Inglés	2010	United States	J Dent Res.	Estudio poblacional	2635 women selected from the NHANES III dataset	We found that while increased parity was not associated with a greater level of total caries (DFS), parity was related to untreated dental caries (DS). The mechanisms by which parity is related to caries, however, remain undefined. Further investigation is warranted to determine if disparities in dental caries among women are due to differences in parity and the likely changes that parallel these reproductive choices	positivista	causal lineal

5	diferencias entre mujeres y hombres	biológica	Exploring potential pathways between parity and tooth loss among American women	Russell SL	Inglés	2008	United States	American Journal of Public Health	Estudio poblacional	2635 White and Black non-Hispanic women who had taken part in the third National Health and Nutrition Examination Survey	Parity is related to tooth loss among American women, but the mechanisms of the association remain undefined. Further investigation is warranted to determine whether disparities in dental health among women who have been pregnant are caused by differences in parity or to physiological and societal changes (e.g., factors related to pregnant women's access to care) paralleling reproductive choices	positivista	causal de transición
6	diferencias entre mujeres y hombres	biológica	Women's oral health: The evolving science	Sinkford JC	Inglés	2008	United States	J Dent Educ.	Revisión	Mujeres	This report chronicles some of the factors that have and continue to influence concepts of women's oral health in dental education, research, and practice. Gender issues related to women's health are no longer restricted to reproductive issues but are being considered across the life span and include psychosocial factors that impact women's health and treatment outcomes	psicosocial	causal de transición
7	diferencias entre mujeres y hombres	biológica	The Neolithic Demographic Transition and Oral Health: The Southeast Asian Experience	Willis A	Inglés	2013	United States	. American Journal of Physical Anthropology	Revisión	Bronze, and Iron Age Southeast Asian dental series	The consensus view among Southeast Asian bioarchaeologists that oral health did not decline with the adoption/intensification of agriculture in Southeast Asia, can no longer be supported. In light of evidence for (1) the low cariogenicity of rice; (2) the physiological predisposition of females (particularly when pregnant) to poorer oral health; and (3) health predictions of the NDT model with respect to elevated levels of fertility, the most plausible chief explanation for the observed patterns in oral health in Southeast Asia is increased	fenomenológico	NA

											levels of fertility during the Neolithic, followed by a decline in fertility during the subsequent Bronze and Iron Ages		
8	diferencias entre mujeres y hombres	biológica	Distinguishing Mars from Venus: emergence of gender biology differences in oral health and systemic disease.	Slavkin HC.	Inglés	2002	United States	Compend Contin Educ Dent	Revisión	Mujeres	This article highlights many opportunities to enhance the quality of oral health care for women.	positivista	causal lineal
9	diferencias entre mujeres y hombres	biológica	Explaining sex differences in dental caries prevalence: saliva, hormones, and "life-history" etiologies	Lukacs JR,	Inglés	2006	España	Am J Hum Biol. 2006	Metanálisis	sex differences in dental caries rates among the Guanches	This paper presents recent research on physiological changes associated with fluctuating hormone levels during individual life histories, and the impact these changes have on the oral health of women. The biochemical composition of saliva and overall saliva flow rate are modified in several important ways by hormonal fluctuations during events such as puberty, menstruation, and pregnancy, making the oral environment significantly more cariogenic for women than for men. These results suggest that hormonal fluctuations can have a dramatic effect on the oral health of women, and constitute an important causal factor in explaining sex differences in caries rates.	positivista	causal lineal

10	diferencias entre mujeres y hombres	biológica	Gender differences in oral health knowledge and behavior of the health science college students in Kuwait.	Al-Ansari JM,	Inglés	2007	Kuwait	J Allied Health	Corte transversal	<p>This study was first conducted at the college of the male students (n = 153) during the autumn semester in 2001. A similar questionnaire study was then conducted at the college of the female students (n = 547) during the spring semester in 2002</p> <p>Most of the students had visited a dentist during the past year, and quite a high proportion was seen for an examination or prevention. Female students reported twice-a-day tooth-brushing frequency much more often than did male students. They also used fluoride toothpaste more often than male students. Oral health knowledge (as a summary variable) was statistically significantly higher among the female students than among the male students. It was also strongly associated with the older age among the female students. The knowledge and oral health behavior of the Health Sciences College students in Kuwait, especially among the male students, seems to be poor and calls for an urgent improvement of health education programs.</p>	positivismo	ecológica empírica	
11	diferencias entre mujeres y hombres	biológica	Gender differences in oral health behavior and general health habits in an adult population	Fukai K	Inglés	1999	Japón	. Bull Tokyo Dent Coll.	Corte transversal	<p>The subjects were 207 males and 196 females aged 20-64 yrs who were public officials in the city or town administrations in Chiba Prefecture, Japan</p> <p>These results support the thesis that gender specificities in oral health depend on individual attitudes to oral health and dental utilization. In addition, understanding the cognitive factors of males and females would accelerate dental approaches to modifying oral health behavior of both groups, thus contributing to lifelong health maintenance.</p>	positivismo	ecológica empírica	
12	diferencias entre mujeres y hombres	biológica	Gender-specific dental health issues and treatment considerations.	Zitzman n N	inglés	2007	Suiza	Int J Prosthodont.	NR	NR	NR	positivismo	ecológica empírica

1 3	diferencias entre mujeres y hombres	biológica	Impact of clinician gender on examination anxiety among female veterans with sexual trauma: a pilot study	Lee TT	Inglés	2007	United States	J Womens Health	Corte transversal	31 female veterans with a history of sexual trauma.	Anticipated anxiety was found to be a function of both examination type and clinician gender but not of PTSD symptom severity. These findings emphasize the importance of screening for sexual trauma and the careful consideration of female veterans' unique needs during sensitive medical procedures	positivista	causal de transición
1 4	diferencias entre mujeres y hombres	biológica	Beyond pregnancy gingivitis: bringing a new focus to women's oral health.	Redford M	ingles	1993	united states	Journal of Dental Education	revisión	mujeres	. It is this broad array of factors which differentiate women from men and which should be considered when defining priority research and treatment issues for women's oral health.	positivista	causal de transición
1 5	diferencias entre mujeres y hombres	biológica	Health services and women's oral health.	O'Mullane D	ingles	1993	ireland	Journal of dental education	revisión	mujeres en irlanda	There is a need for consensus on methods of reporting oral health data in major descriptive studies. Further research is required to investigate why women tend to lose their natural teeth at an earlier age than men.	positivista	ecológica empírica
1 6	diferencias entre mujeres y hombres	biológica	Salivary glands - "an unisex organ"?	Kontinen YT	ingles	2010	finland	Oral diseases.	revisión	na	These are processed in peripheral tissues, not only in female breast and uterus and male prostate, but also in salivary glands by an intracrine enzymatic machinery to active 17b-estradiol, dihydrotestosterone and others, to satisfy and buffer against a constantly changing needs caused by circadian, menstrual, pregnancy and chronobiological hormonal changes in the systemic circulation. Female dominance of Sjögren's syndrome and certain forms of salivary gland cancer probably reflect these gender-based differences.	positivista	causal lineal

17	diferencias entre mujeres y hombres	biológica	The impact of gender on caries prevalence and risk assessment.	Martinez-Mier EA	ingles	2013	united states	Dental Clinics of North America	revisión	mujeres	Differences in access to care as reflected by untreated caries rates also reflect gender disparities. There is a lack of evidence in regard to gender differences and dental caries. Therefore, there is an urgent need to develop the evidence necessary to meet the oral health needs of both women and men worldwide.	positivista	ecológica empírica
18	diferencias entre mujeres y hombres	biológica	Women as dental patients: are there any gender differences?	Zakrzewska JM	ingles	1996	UK	International dental journal	revision	NA	Care must also be taken in prescribing drugs during pregnancy and lactation and attention must be paid to the interaction of drugs with oral contraceptives. Certain systemic diseases such as Sjögrens syndrome, rheumatoid arthritis and anorexia nervosa which have specific oral manifestations are especially common in women. Although oral cancer is mainly a problem among men the rise in smoking among young women poses a problem for the future. HIV/AIDS can be diagnosed on the basis of oral lesions and this may be of great importance in the event of a pregnancy. Although facial pain and facial arthromyalgia (temporomandibular joint dysfunction) pain are common in the population, women come forward for treatment much more frequently. Burning syndrome is especially common among post menopausal women and urgently needs more research	positivista	causal lineal

19	diferencias entre mujeres y hombres	biológica	Women's health issues and their relationship to periodontitis.	Krejci CB	ingles	2002	united states	The Journal of the American Dental Association	revision	mujeres	The literature suggests that more sex-specific research is essential to determine the strategies needed to prevent and treat adverse pregnancy outcomes, CVD and osteoporosis through hormone modification and periodontitis control. CLINICAL IMPLICATIONS: Dentists must assume greater responsibility for the overall health of their patients, and acquire knowledge of relevant systemic conditions to interact meaningfully with medical colleagues	positivista	ecológica empírica
20	diferencias entre mujeres y hombres	biológica	Women's oral health issues: an exploration of the literature.	Covington P.	ingles	1996	united states	Probe (Ottawa, Ont.).	revision	mujeres	Like medicine, dentistry must re-examine the viewpoint that women's oral health differs from men's only as it is influenced by reproductive processes. There are many areas where women's oral health may differ from that of men. This paper will explore the literature for potential women's oral health issues in the areas of oral hygiene behaviours, esthetics, eating disorders, temporomandibular disorders, and hormonal influences on periodontal health	critico	ecosocial de Krieger
21	diferencias entre mujeres y hombres	biológica	Women's oral health: why sex and gender matter.	Niessen LC	ingles	2013	united states	Dental Clinics of North America	revision	mujeres	The article reviews the research on sex and gender and provides examples of their interactions. Examples of oral diseases that affect primarily women are reviewed. Advice for clinicians on the diagnosis, management, and prevention of these conditions is provided	positivista	causal lineal

2 2	diferencias entre mujeres y hombres	inequidad y salud	Social inequality in health among women in Campinas, São Paulo State, Brazil [Desigualdades sociais na saúde de mulheres adultas no Município de Campinas, São Paulo, Brasil]	Senicatto C,	Inglés/portugués	2012	Brasil	Cad. Saude Publica	Corte transversal	508 women from 20 to 59 years of age living in Campinas, Sao Paulo State	The results show social inequalities in various health indicators and equity in access to various components of the health services	positivismo	causal de transición
2 3	diferencias entre mujeres y hombres	rol de genero	Saude bucal de gestantes: uma abordagem de género.	Silva A	Portugués	2001	Brasil	Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Mestrado em saúde coletiva. Trabajo de dissertação	Cuali-cuanti	a obtenção de dados se deu por meio de dois tipos de entrevistas, uma totalmente estruturada, feita com 96 gestantes, e outra semi-estruturada, realizada com 10 gestantes que já haviam respondido à anterior	O fato de ser mãe traz consigo toda uma carga social de gênero que implica num enfrentar todo e qualquer problema, inclusive dores de dente, de forma solitária, uma vez que a busca de ajuda profissional pode significar para estas mulheres, dentro do universo dos conhecimentos por ela construídos, um risco a saúde do bebê, que a elas não é socialmente permitido correr. Constatou-se que além das especificidades biológicas que cercam a mulher durante a gestação, também a sua condição dentro da sociedade gera alterações bucais que não podem mais ser ignoradas, pois as diferenças socialmente construídas entre homens e mulheres refletem-se também nos indicadores do processo saúde/ doença bucal de ambos.	crítica	Epidemiologia etnosocial del modo de vida
2 4	diferencias entre mujeres y hombres	tendencias económicas	Fertility and Agriculture Accentuate Sex Differences in Dental Caries Rates	Lukacs JR	Inglés	2008	United States	Current Anthropology	Revisión	Mujeres	I argue that the impact of dietary change on women's oral health was intensified by the increased demands on women's reproductive systems, including the increase in fertility, that accompanied the rise of agriculture and that these factors contribute to the observed gender differential in dental caries	fenomenológico	NA

25	diferencias entre mujeres y hombres	tendencias económicas	Population groups in dietary transition	Wandell PE	Inglés	2013	Suecia	Food & Nutrition	Revisión	total of 840 articles were identified, with a final 32 articles used to tabulate results which were included in the primary analysis	Risk of vitamin D deficiency is alarmingly high in the Nordic countries among immigrants of non-Western origin, especially among women. Dental caries is high among immigrant children aged 0–7 years due to a higher intake of sugary products. Overweight and obesity, associated with a higher risk of diabetes and CHD, are prevalent in many immigrant groups and need further attention	positivista	causal lineal
26	diferencias entre mujeres y hombres	tendencias económicas	Introduction of Agriculture and Its Effects on Women's Oral Health.	Watson JT	Inglés	2010	United States	Am J Hum Biol.	Estudo retrospectivo	This is tested by comparing the presence, location, and severity of caries lesions and antemortem tooth loss across groups of reproductive aged and postreproductive females (n = 71) against corresponding groups of males (n = 71) in an Early Agricultural period (1600 B.C.-A.D. 200) skeletal sample from northwest Mexico	Differences were initially minimal but increased by age cohort until postreproductive females experienced a considerable amount of tooth loss, during a life stage when the accumulation of bodily insults likely contributed to dental exfoliation. Higher caries rates in females are often cited as the result of gender differences and dietary disparities in agricultural communities. In an early farming community, with diets being relatively equal, women were found to experience similar caries expression but greater tooth loss. We believe this differential pattern of oral pathology provides new evidence in support of the interpretation that women's oral health is impacted by effects relating to reproductive biology	positivista	causal lineal

27	Importante el hijo(a)	eficacia de intervenciones en embarazadas	When can oral health education begin? relative effectiveness of three oral health education strategies starting pre-partum	Clifford H	Inglés	2012	Australia	Community Dent. Health	A quasi-experimental intervention trial	Women attending the midwife clinic at approximately 30 weeks gestation were recruited (n=611) in a public hospital providing free maternity services	While mothers indicated that the later stage of pregnancy was a good time to receive oral health education, many suggested that this should also be provided after birth at a time when teeth were a priority issue, such as when "baby teeth" start to erupt	positivismo	ecológica empírica
28	Importante el hijo(a)	eficacia de intervenciones en embarazadas	Oral health interventions among Indigenous populations in Canada	Lawrence HP	Inglés	2010	Canada	Int. Dent. J.	Revisión	Aborígenes canadienses	Particular emphasis is placed upon community-based and national initiatives to prevent dental caries in young Indigenous children that begin by improving the oral and general health of young women and mothers through pre-conception interventions. In addition, recently developed and implemented national First Nations- and Inuit-led oral health surveys are set to provide new evidence to inform future programmes and policy initiatives that will help to reduce dental disease burden and inequalities affecting Indigenous Canadians	positivismo	causal de transición
29	Importante el hijo(a)	eficacia de intervenciones en embarazadas	Reducing disease burden and health inequalities arising from chronic disease among indigenous children: an early childhood caries intervention in Aotearoa/New Zealand.	Broughton JR	Inglés	2013	Nueva Zelandia	Bmc Public Health	ECC	Māori mothers residing within the Waikato-Tainui tribal area.	It is only by engaging in this approach that the outcomes will have validity, credibility and acceptability to Māori and will have the potential to make a significant contribution to the improvement of Māori health status and overall Māori health	positivismo	ecológica empírica

30	Importante el hijo(a)	eficacia de intervenciones en embarazadas	Efficacy of an oral health promotion intervention in the prevention of early childhood caries	Plutzer K	Inglés	2008	Australia	Plutzer K, Spencer AJ. Efficacy of an oral health promotion intervention in the prevention of early childhood caries. Community Dent Oral Epidemiol. 2008 Aug;36(4):335-46.	EC	A programme was developed around the provision of anticipatory guidance to nulliparous women (women expecting their first child) in Adelaide. Mothers in the test group received oral health promotion information during pregnancy, and later when the child reached 6 and 12 months of age	An oral health promotion programme based on repeated rounds of anticipatory guidance initiated during the mother's pregnancy was successful in reducing the incidence of S-ECC in these very young children	positivista	ecológica empírica
31	Importante el hijo(a)	eficacia de intervenciones en embarazadas	Cluster-randomized trial of infant nutrition training for caries prevention	Chaffee BW,	Inglés	2013	Brasil	J Dent Res.	Ensayo comunitario	In a cluster-randomized controlled trial (n = 20 clinics), health care workers either were trained in guidelines for infant nutrition, stressing healthful complementary feeding, or were assigned to a 'usual practices' control, which allowed for maternal counseling at	Eligible pregnant women were enrolled to follow health outcomes in their children. Early childhood caries (ECC) was measured at age three years (n = 458 children). The overall reductions in ECC (relative risk, 0.92; 95%CI, 0.75, 1.12) and severe ECC (RR, 0.87; 95%CI, 0.64, 1.19) were not statistically significant. There was a protective effect among mothers who remained exclusively at the same health center (S-ECC RR, 0.68; 95%CI, 0.47, 0.99) and among those naming the health center as their principal source of feeding advice (S-ECC RR, 0.53; 95%CI, 0.29, 0.97). Health care worker training did not yield a statistically	positivista	ecológica empírica

										practitioner discretion.	significant reduction in caries overall, although caries was reduced among children of mothers more connected to their health centers		
3 2	Important e el hijo(a)	impacto sobre salud general oral del hijo(a)	An ethnographic study for understanding children's oral health in a multicultural community	Riedy CA	Inglés	2001	United States	Int. Dent. J.	estudio etnográfico	7 grupos focales con 5 etnias que viven en la isla de Saipan, Islas mariana	Aversive parental experience and disregard for primary dentition were identified as serious obstacles to be addressed in order for any new programme to be effective. Despite these obstacles, new mothers were open to information and strategies to reduce the prevalence of early childhood caries	fenomenológico	NA
3 3	Important e el hijo(a)	impacto sobre salud general oral del hijo(a)	Evaluation of primary tooth eruption in infants considered at risk [Avaliação da erupção dentária decidua em bebês considerados de risco]	Rezende KMPC	Portugues	2010	Brasil	Pesqui. Bras. Odontopediatria Clin. Integr.	estudio longitudinal	250 niños entre 0 y 3 años considerados de riesgo	he presence of maternal disease and use of medications during pregnancy could not be demonstrated as factors leading to a delay in primary tooth eruption. However, pre-term and consequently low-weight children presented a mild delay in the beginning of tooth eruption when compared to the children born at term	positivista	causal de transición

3 4	Important e el hijo(a)	impacto sobre salud general oral del hijo(a)	Reducing disease burden and health inequalities arising from chronic disease among indigenous children: an early childhood caries intervention in Aotearoa/New Zealand	Brought on	Inglés	2013	Australia/ Canada/ New Zealand	BMC Public Health	ECC	The participants are Maaori women who are expecting a child and who reside within the Maaori tribal area of Waikato-Tainu	This study will assess an ECC intervention which could provide a meaningful approach for Maaori for the protection and maintenance of oral health for Maaori children and their family, thus reducing oral health disparities	positivismo	ecológica empírica
3 5	Important e el hijo(a)	impacto sobre salud general oral del hijo(a)	Is low birthweight associated with dental caries in permanent dentition?	Barbieri MA,	Inglés	2007	Brasil	Paediatr. Perinat. Epidemiol.	Estudio poblacional	This study used data from the Third National Health and Nutritional Examination Survey, 1988- 94 (NHANES III) including 7- to 11-year-old children with complete dental caries information (n = 2439)	his study could not demonstrate an association between low birthweight and dental caries in permanent teeth of 7- to 11-year-old American children	positivismo	causal lineal
3 6	Important e el hijo(a)	impacto sobre salud general oral del hijo(a)	Is there an association between low birth weight and caries in the primary dentition?	Shulman JD	Inglés	2005	United States	Caries Res.	Estudio poblacional	sample of US children 2-6 years of age	This study did not support the association between low birth weight and caries of the primary dentition.	positivismo	causal lineal
3 7	Important e el hijo(a)	impacto sobre salud general oral del hijo(a)	Mode of delivery and other maternal factors influence the acquisition of Streptococcus mutans in infants	Li Y	Inglés	2005	United States	J. Dent. Res.	Cohorte	156 mother- infant pairs	Analysis of the data demonstrated the possible perinatal influences on infants' acquisition of a member of the cariogenic microbiota, and its potential effect on caries outcome	positivismo	causal lineal

38	Important e el hijo(a)	impacto sobre salud general oral del hijo(a)	Common risk factor approach to address socioeconomic inequality in the oral health of preschool children - A prospective cohort study	Do LG	Inglés	2014	Australia/ NZ, UK, US	BMC Public Health	an observational prospective study design to a cohort	an observational prospective study design to a cohort of socioeconomically-diverse South Australian newborns and their mothers	This prospective cohort study will examine a wide range of determinants influencing child oral health and related general conditions such as overweight. It will lead to the evaluation of the inter-relationship among main influences and their relative effect on child oral health. The study findings will provide high level evidence of pathways through which socio-environmental factors impact child oral health. It will also provide an opportunity to examine the relationship between oral health and childhood overweight	positivismo	causal de transición
39	Important e el hijo(a)	impacto sobre salud general oral del hijo(a)	National pathfinder survey on children's oral health in Italy: Pattern and severity of caries disease in 4-year-olds and the collaborating study group	Campus G	Inglés	2009	Italia	Caries Res.	Estudio poblacional	5,538 subjects were examined. Information on the children's and their parents' social, behavioral, ethnic and demographic status was obtained through a series of closed questions	The results suggest a need to plan preventive programs to reduce oral health disparities among Italian preschool children, based on educational intervention with parents and children concerning oral health and caries prevention	positivismo	causal de transición
40	Important e el hijo(a)	impacto sobre salud general oral del hijo(a)	Rampant early childhood dental decay: An example from Italy	Petti S	Inglés	2000	Italia	J. Publ. Health Dent.	Estudio poblacional	From a sample of 2,025 children, 1,494 de 3 a 5 años	The high prevalence of RECDD suggests that the implementation of preventive programs should be a priority for dental public health. Because of its high prevalence among children as young as 3 years of age, preventive measures targeted toward pregnant women and toddlers should be developed and tested, while kindergarten students could be used for	positivismo	causal lineal

											monitoring RECD prevalence and for detection of communities at risk		
4 1	Important e el hijo(a)	impacto sobre salud general oral del hijo(a)	Enamel defects and its relation to life course events in primary dentition of Brazilian children: A longitudinal study	Chaves AM	Inglés	2007	Brasil	Communit y Dent. Health	Estudio de seguimiento	At the baseline, 246 were examined and in the follow- up, 228	he results indicate that life course events such as undernutrition and childhood infections during teeth development may be associated with enamel defects in socioeconomically underprivileged communities and may compromise the oral health-related quality of life	positivismo	causal lineal
4 2	Important e el hijo(a)	impacto sobre salud general oral del hijo(a)	Child advocacy training - Curriculum outcomes and resident satisfaction	Chamb erlain LJ	Inglés	2005		Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine	Corte transversal	Residents from 3 pediatric training programs participated in the Child Advocacy Curriculum, which featured standardized workshops and the development of individual advocacy projects.	The wide range of topics and settings in which residents developed projects illustrates residents' extensive interests and ingenuity in applying needed advocacy solutions to complex child health issues	positivismo	ecológica empírica
4 3	Important e el hijo(a)	impacto sobre salud general oral del hijo(a)	Association between infant breastfeeding and early childhood caries in the United States	Lida H	Inglés	2007	United States	Pediatrics	descriptivo retrospectivo	Data about oral health, infant feeding, and other child and family characteristics among children 2 to 5 years of age (N = 1576) were extracted from the 1999- 2002 National Health and Nutrition Examination Survey	These data provide no evidence to suggest that breastfeeding or its duration are independent risk factors for early childhood caries, severe early childhood caries, or decayed and filled surfaces on primary teeth. In contrast, they identify poverty, Mexican American ethnic status, and maternal smoking as independent risk factors for early childhood caries, which highlights the need to target	positivismo	causal lineal

4 4	Important e el hijo(a)	impacto sobre salud general oral del hijo(a)	The Contribution of Dietary Factors to Dental Caries and Disparities in Caries	Mobley C	Inglés	2009	United States	Acad Pediatr.	Revisión	NA	Lack of availability of quality food stores in rural and poor neighborhoods, food insecurity, and changing dietary beliefs resulting from acculturation including changes in traditional ethnic eating behaviors, can further deter healthful eating and increase risk for Early Childhood Caries and obesity. America is witnessing substantial increases in children and ethnic minorities living in poverty, widening the gap in oral health disparities noted in the Surgeon General's Report, Oral Health in America. Dental and other care providers can educate and counsel pregnant women, parents and families to promote healthy eating behaviors and should advocate for governmental policies and programs that decrease parental financial and educational barriers to achieving healthy diets. For families living in poverty, however, greater efforts are needed to facilitate access to affordable healthy foods, particularly in urban and rural neighborhoods in order to effect positive changes in children's diets and advance the oral components of general health.	positivista	causal lineal
--------	------------------------------	---	--	-------------	--------	------	------------------	------------------	----------	----	---	-------------	------------------

4 5	Important e el hijo(a)	impacto sobre salud general oral del hijo(a)	. An exploratory study of pregnant women's knowledge of child oral health care in New Zealand	Rothnie JJ,	Inglés	2012	Nueva Zelandia	. N Z Dent J.	Corte transversal	Three public Lead Maternity Carer (LMC) organisations and 30 private individual LMCs were asked to distribute the questionnaire to their clients attending appointments during a one- month period.	A substantial number of participants were unaware of how to provide appropriate oral health care for their children despite the available information. This lack of awareness needs to be taken into account when designing oral health promotion strategies for parents of very young children.	positivista	ecológica empírica
4 6	Important e el hijo(a)	impacto sobre salud general oral del hijo(a)	Dental fluorosis and caries in high-fluoride districts in Sweden.	Forsman B.	ingles	1974	sweden	Communit y dentistry and oral epidemiolo gy	estudio poblacional	NR	F content of saliva was, like the F content of bone and blood plasma, increased in the ~ 10 ppm area. F deposition in primary teeth from the ~ 10 ppm area was of the order four times that in the 1 ppm area. Pre- and post-natal F deposition is discussed with reference to analyses of F content of blood and bone, and the significance of these factors during pregnancy	positivista	causal lineal
4 7	Important e el hijo(a)	impacto sobre salud general oral del hijo(a)	Effects of prenatal exposure to fluoridation on dental caries.	Horowitz HS	ingles	1967	united states	Public health reports	NR	NR	The data indicate that there were no meaningful additional benefits from the maternal ingestion of fluoridated water if the offspring also ingested the water from birth. The results cast serious doubts on the benefits to be derived from dietary supplements of fluoride to pregnant women.	positivista	ecológica empírica

48	Importante el hijo(a)	impacto sobre salud general oral del hijo(a)	Prenatal exposure to dental amalgam in the Seychelles Child Development Nutrition Study: associations with neurodevelopmental outcomes at 9 and 30 months	Watson GE	ingles	2012	United States	Neurotoxicology.	corte transversal	300 pregnant women	We found no evidence of an association between our primary exposure metric, amalgam surfaces, and neurodevelopmental endpoints. Secondary analyses using occlusal points supported these findings, but suggested the possibility of an adverse association with the MDI for girls at 9 months. Given the continued widespread use of dental amalgam, we believe additional prospective studies to clarify this issue are a priority.	positivista	causal lineal
49	Importante el hijo(a)	impacto sobre salud general oral del hijo(a)	Early childhood caries and its relationship with perinatal, socioeconomic and nutritional risks: A cross-sectional study.	Dos Santos Junior VE	ingles	2014	Brasil	BMC Oral Health	Corte transversal	320 children	The prevalence of ECC was related to low family income, premature birth and infant obesity	positivista	causal de transición
50	Mujer embarazada	atención	Dental Cleaning Before and During Pregnancy Among Maryland Mothers	Thompson TA,	Inglés	2013	United States	Matern. Child Health J.	Corte transversal	embarazadas	Dental cleaning is associated with insurance, oral health counseling and maternal factors such as race, ethnicity, education and history of physical abuse. Better integration of oral health into prenatal health care, particularly among ethnic and racial minority groups, may be beneficial to maternal and infant well-being. Oral health promotion, disease prevention and health care should be a part of the local, state and national health policy agendas.	positivismo	causal de transición
51	Mujer embarazada	atención	Oral hygiene practices and dental service utilization among pregnant women: An in vitro study	Bogges KA	Inglés	2010	United States	J. Am. Dent. Assoc.	Corte transversal	599 mujeres gestantes	Racial, ethnic and economic disparities related to oral hygiene practices and dental service utilization during pregnancy exist.	positivismo	causal de transición

5 2	Mujer embarazada	atención	Benefits of periodontal therapy when preterm birth threatens	Radnai M	Inglés	2009	Hungría	J. Dent. Res.	EC	Forty-one women with a singleton pregnancy were enrolled in the study. For this treatment group, oral hygiene instruction and periodontal therapy were provided in the third trimester, while those in the control group (42 persons) did not receive any periodontal treatment	Periodontal treatment completed before the 35th week appeared to have a beneficial effect on birth weight and time of delivery	positivismo	ecológica empírica
5 3	Mujer embarazada	atención	Pregnancy and oral health: utilisation of dental services during pregnancy in northern Greece	Dinas K	Inglés	2007	Grecia	Acta Obstet. Gynecol. Scand.	Corte transversal	During the first 3 days postpartum, an anonymous questionnaire was administered to 425 women in order to explore their dental condition and utilisation of dental health services during pregnancy, as well as their perceptions on the potential associations between dental care during pregnancy and	there is an imperative need to offer oral health education and develop preventive programs for women of reproductive age	positivismo	ecológica empírica

										pregnancy outcomes.			
54	Mujer embarazada	atención	Effect of nonsurgical periodontal therapy and strict plaque control on preterm/low birth weight: A randomized controlled clinical trial	Weidich P	Inglés	2013	Brasil/No ruela/Unith States	Clin. Oral Invest.	ECC	Three hundred and three women were randomly allocated to receive periodontal treatment either during pregnancy (n = 147, test group) or after delivery (n = 156, control group)	Comprehensive periodontal treatment and strict plaque control significantly improved periodontal health; however, no reduction of PTLBW rates was observed. Thus, remaining periodontal inflammation posttreatment cannot explain the lack of effect of periodontal treatment on PTLBW. Clinical relevance This study demonstrated that periodontal diseases may be successfully treated during pregnancy. Our results do not support a potential beneficial effect of periodontal treatment on PTLBW	positivismo	ecológica empírica
55	Mujer embarazada	atención	Dental insurance and dental service use by U.S. women of childbearing age	Kaylor MB	Inglés	2011	United States	Public Health Nurs.	Estudio poblacional	in a representative random sample of 1,071 women	A lack of dental insurance and dental service utilization is a significant concern. Nurses working with low-income women should educate the population about oral health and advocate for policies to increase dental insurance coverage	positivismo	ecológica empírica
56	Mujer embarazada	atención	Disparities rank high in prioritized research, systems and service delivery needs in Missouri	Xaverius PK	Inglés	2007	United States	Matern. Child Health J.	Corte transversal	180 maternal and child health (MCH) researchers throughout the state, with 130 responding for a 72.2% response rate	The goal of moving innovations towards changes in practice can only happen when resources are available to assess innovations and communities are ready to implement those innovations. The prioritization of this MCH research agenda, prioritized by a community of MCH researchers with expertise in conducting MCH related research, is the first step towards changes in practice, ultimately leading to improvements in the health of women and children in Missouri	positivismo	causal de transición

57	Mujer embarazada	atención	An Examination of Periodontal Treatment, Dental Care, and Pregnancy Outcomes in an Insured Population in the United States	Albert DA	Inglés	2011	United States	American Journal of Public Health	cohorte retrospectiva	of 23,441 women enrolled in a national insurance plan who delivered live births from singleton pregnancies in the United States between January 1, 2003, and September 30, 200	For women with medical and dental insurance, preventive care is associated with a lower incidence of adverse birth outcomes	positivismo	ecológica empírica
58	Mujer embarazada	atención	CO2 laser-assisted treatment of a giant pyogenic granuloma of the gingiva	Linden mueller	Inglés	2010	Suiza	Int. J Dent. Hyg.	Reporte de caso	A 34-year-old woman in the 39th week of pregnancy presented for surgical treatment with a mass on the lingual mandibular gingiva	This report describes an oral complication during pregnancy for which surgical excision of a PG after delivery seemed the best treatment. It is possible that gender-specific periodontal disease risk factors contributed to the development of the lesion. This is another reason why pregnant women should be encouraged to be assessed by oral health professionals before late pregnancy	positivista	causal lineal
59	Mujer embarazada	atención	Most Pregnant Women in California Do Not Receive Dental Care: Findings from a Population-Based Study	Marchi KS	Inglés	2010	United States	Public Health Rep.	Estudio poblacional	21,732 postpartum women in California during 2002-2007	Most pregnant women in this study received insufficient dental care. Odds were elevated not only among the poorest, least educated mothers, but also among those with moderate incomes or some college education. The need for dental care during pregnancy must be promoted widely among both the public and providers, and financial barriers to dental care should be addressed	Positivista	causal de transición

60	Mujer embarazada	atención	Recruiting and retaining pregnant women from a community health center at the US-Mexico border for the Mothers and Youth Access clinical trial	Ramos-Gomez F	inglés	2008	United States	Clin Trials.	EC	The Mothers and Youth Access (MAYA) Trial recruited women in the second trimester of pregnancy. At baseline, consenting women completed an oral health questionnaire and received a dental exam and oral health counseling. Four months postpartum, women returned with their babies for randomization with follow up at 9-, 12-, 18-, 24-, 30-, and 36-month postpartum visits.	Recruitment and retention efforts for pregnant Hispanic women should place heavy emphasis on culture as ethnicity remained the only borderline significant predictor in postrandomization retention	positivista	ecológica empírica
61	Mujer embarazada	atención	Pregnancy and oral health: a review and recommendations to reduce gaps in practice and research	Russell SL	inglés	2008	united states	MCN Am J Matern Child Nurs	Revisión	embarazadas	Intraoral changes that occur with pregnancy because of hormonal changes, combined with lack of routine exams and delays in treatment for oral disease, place pregnant women at higher risk for dental infections	positivista	causal lineal
62	Mujer embarazada	atención	Oral health during pregnancy: an analysis of information collected by the pregnancy risk assessment monitoring system	Gaffield ML	inglés	2001	united states	J Am Dent Assoc	Estudio poblacional	embarazadas	Los sistema de monitoreo apoyan el control de la condición de salud oral de las mujeres embarazadas a riesgo	positivista	ecológico empírica

63	Mujer embarazada	atención	The organization of medical stomatological care of women in post-natal period	Kulikov a NG,	Ruso	2014	Rusia	Probl Sotsialnoi Gig Zdravookh ranenniiai Istor Med.	NR	NR	The issues of impact of characteristics of medical stomatological care of women in post-natal period are considered. The results of survey of women in post-natal period using questionnaire targeted to detection of stomatological diseases are presented.	positivista	causal lineal
64	Mujer embarazada	atención	. Dental attendance in a sample of Nigerian pregnant women	Adeniyi AA	Inglés	2010	Nigeria	Nig Q J Hosp Med.	Corte transversal	all pregnant women receiving antenatal care in a Nigerian teaching hospital (LASUTH) between July and September 200	A high proportion of women receiving antenatal care at LASUTH do not visit the dentist regularly. It is important to provide women in the reproductive age with information on the benefit of regular dental care especially during pregnancy.	positivista	ecológica empírica

6 5	Mujer embarazada	atención	The presence of visible third molars negatively influences periodontal outcomes in the Maternal Oral Therapy to Reduce Obstetric Risk study	Moss L	Inglés	2013	United States	J Oral Maxillofac Surg.	Corte transversal	Obstetric subjects, at enrollment in an institutional review board-approved, multisite study, Maternal Oral Therapy to Reduce Obstetric Risk (N = 1,798), were divided into 2 groups, those with no visible third molars (n = 692) and those with at least 1 visible third molar (n = 1,106), the predictor variables for this study. The principal outcome variables were the patient-level periodontal status of the first/second molars: mean periodontal probing depths, mean attachment levels, and mean extent scores.	assess the relationship between the presence or absence of visible third molars and outcomes for periodontal inflammatory disease.	positivista	causal lineal
--------	------------------	----------	---	--------	--------	------	---------------	-------------------------	-------------------	--	--	-------------	---------------

66	Mujer embarazada	atención	Oral Health Conditions and Dental Visits Among Pregnant and Nonpregnant Women of Childbearing Age in the United States, National Health and Nutrition Examination Survey, 1999–2004	Azofeifa A	Inglés	2014	United States	Prev Chronic Dis	Estudio poblacional	self-reported oral health information on 897 pregnant women and 3,971 nonpregnant women of childbearing age (15–44 years) from NHANES 1999–2004.	Results highlight the need to improve dental service use among US women of childbearing age, especially young pregnant women, those who are non-Hispanic black or Mexican American, and those with low family income or low education level. Prenatal visits could be used as an opportunity to encourage pregnant women to seek preventive dental care during pregnancy.	positivista	causal de transición
67	Mujer embarazada	atención	Impacto social de los programas de salud oral en mujeres gestantes de Centro de Salud Carmen de la Legua Reynoso-Callao 2001.	Ayala de la Vega GR	Español	2004	Perú	Universidad Nacional Mayor de San Marcos (Tesis de grado. Magister en Estomatología Lima Perú)	Cuali-cuanti	realizado con 44 gestantes y de manera complementaria se entrevistó a los miembros del El estudio buscó establecer si los Programas de Salud Bucal del MINSA han producido impacto social, en los conocimientos, percepciones y prácticas de las mujeres gestantes atendidas en el Servicio Dental del Centro de Salud Carmen de la Legua-Reynoso	El 40% de las gestantes señaló no saber que es la salud bucal u oral, el 31% tiene temor a la atención odontológica, el 86.3% percibe el trabajo del odontólogo sólo como recuperativo-asistencial y aunque discursivamente el 59% señale que es importante acudir al dentista periódicamente no constituye una práctica en las gestantes; lo que evidencia el bajo impacto de las políticas preventivo promocionales de salud bucal en éste segmento poblacional y principal agente de socialización de prácticas de salud. El excesivo tiempo de espera para la atención en el Servicio dental es referido por el 100% de las gestantes y los promotores de salud como la limitación más relevante para acceder al Servicio Dental. Se encontró que existe una relación poco significativa entre grado de instrucción y atención de las gestantes en el Servicio Odontológico y una relación significativa entre grado de instrucción y prácticas de salud bucal.	positivista	ecológica empírica

68	Mujer embarazada	atención	Programa preventivo en salud oral para controlar factores de riesgo asociados a caries dental y enfermedad periodontal en mujeres gestantes	Riveros CM	Español	2007	Colombia	Ustasalud	EC	40	El programa preventivo fue efectivo	positivista	ecológica empírica
69	Mujer embarazada	atención	Factors associated with dental visit and barriers to utilisation of oral health care service in a sample of neonatal mothers in Hospital University Sains Malaysia	Saddki N,	Inglés	2010	Malasia	Biomed Central	Corte transversal	124 antenatal mothers	Utilisation of oral health care services among antenatal mothers was low. Mothers who reported dental visit were more likely to be those who had received oral health education before the current pregnancy and knew of the association between poor maternal oral health and adverse pregnancy outcomes. Dissatisfaction with the services rendered and perceptions of not having any oral health problems were the main barriers	positivista	ecológica empírica
70	Mujer embarazada	atención	Factores que limitan el acceso de las embarazadas al tratamiento estomatológico	Sanchez Martínez R	Español	2011	Cuba	Rev. Med. Electrón.	Corte transversal	239 feminas	se concluye que un porcentaje importante de mujeres desconocen la repercusión que puede tener la sepsis bucal durante el embarazo, para ellas y su futuro hijo. La información educativa que reciben del personal de salud sobre este tema fue insuficiente, al igual que la receptada a través de los medios de difusión. Existe conciencia en la mayoría de las mujeres encuestadas, que la principal responsable de su salud bucal durante el embarazo es ella misma. El miedo y la aprehensión ante el tratamiento repercutieron en pocos casos en el abandono del mismo, al resolver solo lo que "le molestaba" y aunque no fue significativo en el estudio es un factor que debe tenerse en cuenta.	positivista	causal lineal

7 1	Mujer embarazada	atención	Individualised oral health education improves oral hygiene compliance and clinical outcomes in pregnant women with gingivitis	Geisinger ML,	Inglés	2013	United States	Oral Hyg Health	Corte transversal	120 pregnant participants with Gingival Index (GI) scores ≥ 2 at $\geq 50\%$ of tooth sites were recruited	Pregnancy may represent a unique opportunity for oral hygiene intervention	positivista	ecológica empírica
7 2	Mujer embarazada	atención	Dental attendance in a sample of pregnant women in Birmingham, UK.	Rogers SN	ingles	1991	UK	Community dental health	Corte transversal	500 mothers at the Birmingham Maternity Hospital were interviewed	Previous patterns of dental attendance strongly influenced attendance behaviour during pregnancy. Non-attenders tended to be Muslims, mothers who were previously irregular attenders, those of lower socio-economic groups, and those having their first baby. Efforts to improve the uptake of dental care should be directed towards these groups, and all the health agencies involved in antenatal care can contribute to the promotion of better maternal health.	positivista	ecológica empírica
7 3	Mujer embarazada	atención	Harmonious functional and aesthetic correction of severe localised pregnancy-induced gingival enlargement associated with capillary haemangioma.	Kaushal S	ingles	2013	india	BMJ case reports	reporte de un caso	un caso clinico	In this case report, the patient reported with severe localised enlarged gingival mass which initiated when she was pregnant. After parturition, gingival enlargement was persisting and causing functional and aesthetic problem. Enlargement did not resolve even after non-surgical therapy; therefore, surgical excision of the entire enlarged gingival mass was performed. Histopathological examination revealed capillary haemangioma. No evidence of malignancy was seen. No recurrence was seen even after 2 years of follow-up.	positivista	ecológica empírica

74	Mujer embarazada	atención	Oral healthcare considerations for the pregnant woman.	Nayak AG	ingles	2012	india	Dent update	revisión	mujeres embarazadas	dentist should be in a position to manage pregnant women in clinical practice effectively.	positivista	ecológica empírica
75	Mujer embarazada	atención	The influence of general health and socio-cultural variables on the periodontal condition of pregnant women.	Machuga G	ingles	1999	spain	Journal of periodontology	Corte transversal	130 mujeres embarazadas	Gingivitis due to accumulation of plaque was the most characteristic periodontal condition in this sample and was related to professional level, level of education, and previous periodontal maintenance. These results illustrate the importance of establishing periodontal preventive measures for pregnant women, even though their demographic and clinical characteristics do not differ from those of the general population	positivista	causal de transición
76	Mujer embarazada	cambios biológicos	Evaluation of biochemical changes in unstimulated salivary, calcium, phosphorous and total protein during pregnancy	Bakhtiar i S	Inglés	2012	United States	Afr. J. Biotechnol.	Estudio comparativo	Samples were composed of 60 pregnant and 60 non-pregnant women attending Mirza Koochak khan hospital in Tehran	Pregnancy may alter biochemical composition of saliva and this could play an important role in the incidence of pregnancy-induced oral health changes	positivismo	causal lineal
77	Mujer embarazada	cambios biológicos	Periodontitis and plasma C-reactive protein during pregnancy	Pitiphat W	Inglés	2006	Puerto Rico, Thailandia, United States	J. Periodontol.	Cohorte	101 mujeres gestantes	these findings suggest that periodontitis may increase CRP levels in pregnancy. CRP could potentially mediate the association of periodontitis with adverse pregnancy outcomes	positivismo	causal lineal
78	Mujer embarazada	cambios biológicos	Self-rated health among pregnant women: Associations with objective health indicators, psychological functioning, and serum inflammatory markers	Christina LM	Inglés	2013	United States	Ann. Behav. Med.	Corte transversal	101 women	This study provides novel data regarding factors influencing subjective ratings of health and the association of self-rated health with serum inflammatory markers in pregnant women	positivismo	causal de transición

79	Mujer embarazada	cambios biológicos	The oral health status of postpartum mothers in South-East Hungary	Radnai M	Inglés	2007	Hungría	Community Dent. Health	Corte transversal	169 mujeres en postparto	It was concluded that the oral health status of these mothers was mainly age- and socioeconomically-related, and that the dental needs of women during pregnancy must be emphasized, both to the dental profession and to the patients themselves	positivismo	causal lineal
80	Mujer embarazada	cambios biológicos	Clinical risk factors associated with incidence and progression of periodontal conditions in pregnant women	Moss KL	Inglés	2005	United States	J. Clin. Periodontology	Observacional prospectivo	Periodontal examinations were conducted on 891 pregnant women prior to 26 weeks gestational age and within 48 h after delivery	Enrollment BOP and PD4 were significant predictors of PD in pregnant women, however; PD4 is only a predictor with BOP	positivismo	causal lineal
81	Mujer embarazada	cambios biológicos	Effect of tobacco smoke on the oral health of US women of childbearing age	Hilda H	Inglés	2009	United States	J. Publ. Health Dent.	Encuesta poblacional	women 15-44 years of age	Dental caries and periodontitis were prevalent among certain subgroups of women of reproductive age. Smoking was found to be a significant risk indicator for various negative oral health outcomes. Barriers to accessing dental care that were manifested by untreated caries among Black women, mothers, and Medicaid beneficiaries must be better understood	positivismo	ecológica empírica
82	Mujer embarazada	cambios biológicos	Oral health status during pregnancy: Rural-urban comparisons of oral disease burden among antenatal women in Sri Lanka	Karunachandran NN	Inglés	2012	Sri Lanka	Rural Remote Health	estudio base poblacional	The sample consisted of 459 rural pregnant women in their second trimester and 348 urban pregnant women in their third trimester	Antenatal women in Sri Lanka have a high burden of dental caries and periodontal disease. Rural women had as twice as many untreated dental caries compared with urban women, but were unlikely to use oral healthcare services due to concerns about safety in receiving dental care during pregnancy. Oral healthcare provision to antenatal women in Sri Lanka can be improved	positivismo	causal lineal

83	Mujer embarazada	cambios biológicos	Role of cytokines in development of pre-eclampsia associated with periodontal disease - Cohort Study	Kumar	Inglés	2014	India	J. Clin. Periodontol.	Corte transversal	A total of 504 consecutively registered primigravida with a single live pregnancy were recruited at 14-18 weeks of gestation from antenatal clinic of Maulana Azad Medical College & associated Lok Nayak Hospital and Maulana Azad Institute of Dental Sciences, New Delhi	Reduced TNF- α level secretion in the early second trimester in women with periodontal disease appears to be associated with the development of pre-eclampsia	positivismo	causal lineal
84	Mujer embarazada	cambios biológicos	Distribution of anaerobic bacteria among pregnant periodontitis patients who experience preterm delivery	Urbán E	Inglés	2006	Hungria	Anaerobe	casos y contrles	pregnant women with periodontitis who experienced preterm delivery	The present case-control study, carried out to examine the distribution of anaerobes in pregnant women with periodontitis who experienced preterm delivery, provides microbial evidence that maternal periodontal disease and the presence of key pathogens are significant contributors to the obstetric risk of preterm delivery	positivismo	causal lineal
85	Mujer embarazada	cambios biológicos	Periodontitis is associated with preeclampsia in pregnant women	Contreras A	Inglés	2006	Colombia	J. Periodontol.	casos y contrles	130 preeclamptic and 243 non-preeclamptic women between 26 to 36 weeks of pregnancy	Chronic periodontal disease and the presence of P. gingivalis, T. forsythensis, and E. corrodens were significantly associated with preeclampsia in pregnant women. Further research is needed to establish pathogenic mechanisms of active periodontal disease and subgingival periodontopathogens related to preeclampsia development	positivismo	causal lineal

86	Mujer embarazada	cambios biológicos	A pilot study of the association between cariogenic oral bacteria and preterm birth	Durand R	Inglés	2009	Canada/Unith State	Oral Dis.	casos y contríos	Thirty-four women delivering before 37 weeks gestation were recruited along with 73 term controls matched for age and race/ethnicity	Dentro de las limitaciones del presente estudio, los bajos niveles de <i>Lactobacilos</i> en saliva se asociaron con parto pretérmino	positivismo	causal lineal
87	Mujer embarazada	cambios biológicos	Maternal oral health pregnancy	Bogges KA	Inglés	2008	United States	Obstet Gynecol	Revisión	NA	Given the evident relationships between oral and general health and between maternal and infant oral health, oral health care should be a goal for all individuals. Pregnancy offers an opportunity to educate women regarding oral health and treat them where appropriate. Research is ongoing to delineate the role of maternal oral health care in pregnancy outcomes and opportunities for positive intervention	positivista	causal lineal
88	Mujer embarazada	cambios biológicos	Prevalencia de lesiones en la mucosa bucal en pacientes embarazadas que acuden al servicio de odontología de la maternidad Concepción Palacios durante el periodo Enero-Julio 2003	Moret Y	Español	2009	Venezuela	Acta Odont. Venez	Corte transversal	251 pacientes	a gingivitis es la alteración bucal más frecuente asociada al embarazo debido al incremento de los niveles de hormonas en el plasma sanguíneo, aunado a la presencia de placa dental	positivismo	causal lineal
89	Mujer embarazada	cambios biológicos	El embarazo: Su relación con la salud bucal. Rev Cubana Estomatol [revista en la Internet]. 2003 40(2)	Rodríguez HE	Español	2003	Cuba	Rev Estomatol	revisión	embarazadas	El tejido dentario, los de soporte y sostén del diente, la mucosa bucal entre otros, son los más vulnerables a ser afectados por estos cambios, lo que repercute en la salud bucal.	positivista	causal lineal

90	Mujer embarazada	cambios biológicos	Factores de riesgo y enfermedades bucales en gestantes	Rodríguez Lezcano A	Español	2013	Cuba	Rev Ciencias Médicas	se realizó un estudio retrospectivo-analítico (inferencial)	las embarazadas del tercer trimestre del Policlínico Universitario Fermín Valdés Domínguez del municipio Viñales en el periodo de marzo a junio de 2012	la placa dentobacteriana fue un importante factor de riesgo en relación con la enfermedad periodontal y las caries dentales. La ingestión de la dieta cariogénica y la saliva tuvo relación con la aparición de las caries y más de la mitad de las embarazadas presentaron deficiente nivel de conocimientos de educación para la salud bucal, estrechamente relacionado con las afecciones bucales.	positivista	causal lineal
91	Mujer embarazada	cambios biológicos	Self-reported gingival conditions and self-care in the oral health of Danish women during pregnancy	Christensen LB	Inglés	2003	Dinamarca	J.Clin.Periodontol	Corte transversal	1935 pregnant women living in two areas of Denmark consecutively recruited from August 1998 to March 1999	Despite a high level of self-efficacy among the pregnant women as for oral health and oral health care combined with a high level of oral hygiene and dental visiting habits, there seems to be a substantial need for increased awareness of gingival oral health	positivismo	ecológica empírica
92	Mujer embarazada	cambios biológicos	pregnancy and lactation	Suresh L	inglés	2004	NA	Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod	Revisión	embarazadas	A summary of current scientific knowledge of ionizing radiation is presented. Information about the compatibility, complications, and excretion of the common drugs during pregnancy is provided. Drugs and their usage during breast-feeding are also discussed. Guidelines for the management of a pregnant patient in the dental office are summarized.	positivismo	ecológica empírica
93	Mujer embarazada	cambios biológicos	Prioritizing oral health in pregnancy	Breedlove G.	inglés	2004	NA	Kans Nurse	Revisión	embarazadas	Implications for practice include: enhanced screening and referral services in preconception and pregnant populations, providing oral health education in clinics, and advocating affordable oral health for all pregnant women	positivismo	ecológica empírica

94	Mujer embarazada	cambios biológicos	Dental Condition in Pregnant Women from Urban and Rural Areas of Lower Silesia Region	Kaczmarek U	inglés	2007	polonia	Dent. Med. Probl	Corte transversal	174 a randomly selected sample of 174 women, 103 pregnant and 71 new mothers up to 6 months after delivery	The obtained data showed the need for implementation of oral health education programmes directed to pregnant women and new mothers, and better to the whole population of women in childbearing age	positivismo	causal lineal
95	Mujer embarazada	cambios biológicos	Periodontal diseases and health: Consensus Report of the Sixth European Workshop on Periodontology	Kinane D	Inglés	2008	Europa	Journal of Clinical Periodontology	Revisión	NA	The findings indicate a likely association between periodontal disease and an increased risk of adverse pregnancy outcomes.	epidemiología clínica	ecológica empírica
96	Mujer embarazada	cambios biológicos	Women's Health: Periodontitis and its Relation to Hormonal Changes, Adverse Pregnancy Outcomes and Osteoporosis.	Krejci C	Inglés	2012	NA	Oral Health Prev Dent	Revisión	Mujeres	To examine the literature with respect to periodontitis and issues specific to women's health, namely, hormonal changes, adverse pregnancy outcomes and osteoporosis	epidemiología clínica	causal lineal
97	Mujer embarazada	cambios biológicos	The oral conditions and pregnancy study: periodontal status of a cohort of pregnant women	Lieff S	Inglés	2004	NR	J Periodontol.	Prospectivo, longitudinal	1,224 pregnant women at < 26 weeks' gestation were enrolled in the study and oral health examinations were performed at enrollment and within 48 hours of delivery	Oral health examinations were well accepted by pregnant women. An increase in attachment loss may represent active periodontal infection accelerated by pregnancy. Further study on racial disparity in oral health among pregnant women is needed. Continued efforts to evaluate and establish appropriate definitions of oral disease in pregnancy are warranted.	positivismo	causal lineal
98	Mujer embarazada	cambios biológicos	Lesiones de la mucosa bucal y comportamiento de la enfermedad periodontal en embarazadas	Diaz LM	Español	2004	México	Med. oral patol. oral cir. bucal	Estudio prospectivo, observacional y tangencial	se examinaron 7,952 mujeres (1991-1999) en la Escuela de Odontología de la Universidad De La Salle Bajío, en León	Gingivitis y periodontitis mostraron cifras de prevalencia similares en mujeres embarazadas y no embarazadas, sin embargo periodontitis severa fue mayor en las mujeres gestantes. Granuloma piógeno y glositis migratoria benigna fueron las lesiones que mostraron mayor prevalencia durante el embarazo	positivismo	causal lineal

99	Mujer embarazada	cambios biológicos	Common oral manifestations during pregnancy: a review	Barak S	inglés	2003	NA	Obstet Gynecol Surv	revisión	embarazadas	This review highlights the major oral complications during pregnancy. Pregnancy gingivitis and pregnancy tumor are described and presented, and possible preventive strategies are suggested	positivista	ecológica empírica
100	Mujer embarazada	cambios biológicos	Estado bucodental en gestantes de la ciudad de Armenia, Colombia	Rengifo HA	Español	2008	Colombia	Rev Estomatol	Corte transversal	embarazadas	El estado bucodental en la gestante se altera con alta prevalencia de enfermedades como la caries dental que se puede decir que es una enfermedad que existe antes de la gestación, la asistencia a consulta o dentro de la época de gestación no ocurre en la proporción ideal	positivismo	causal lineal
101	Mujer embarazada	cambios biológicos	Factores asociados a caries y enfermedad periodontal en mujeres gestantes, Bucaramanga	Chacón AF	Español	2002	Colombia	Ustasalud	Corte transversal	75	alta prevalencia de lesiones orales en embarazadas	positivista	causal lineal
102	Mujer embarazada	cambios biológicos	Oral health status related to subgingival bacterial flora and sex hormones in saliva during pregnancy.	Muramatsu Y	ingles	1994	japan	The Bulletin of Tokyo Dental College,	casos y controles	39 subjects: of 19 pregnant women (mean age 28.5), and 8 women in the fifth post-partum month (mean age 27.1), and 12 non-pregnant women (mean age 22.9).	The number of gingival sites with redness and swelling increased in the fourth and seventh months of pregnancy and decreased in the last month of pregnancy to the level of the second month. The gingival inflammatory signs, however, tended to increase in the first post-partum month. The probing depth of gingiva gradually increased during pregnancy and the first post-partum month. Percentage of P. intermedia increased in the fourth month of pregnancy with increasing of hormones in saliva. The concentrations of hormones in saliva attained peaks in the ninth month of pregnancy. Thereafter, proportion of P. intermedia decreased. As a further step, these pregnant women were divided into three groups on the bases of percentages and	positivista	causal lineal

											detectable rates of P. intermedia. Gingival inflammation was more extensive in the high group subjects in which more than 15% P. intermedia in total CFU was detected; its severity also tended to increase		
103	Mujer embarazada	cambios biológicos	Relationship between Campylobacter rectus and periodontal status during pregnancy.	Yokoyama M	ingles	2008	japan	Oral microbiology and immunology	Corte transversal	whole saliva was collected from 22 pregnant and 15 non-pregnant women. Periodontal pocket depth (PD) and bleeding on probing (BOP) were recorded	These results indicate that C. rectus levels are higher in the oral flora of pregnant women and that this may be associated with increased salivary estradiol concentrations. This may contribute to periodontal disease progression during pregnancy.	positivista	causal lineal
104	Mujer embarazada	DsSS/inequidad	Oral health related quality of life in pregnant and post partum women in two social network domains; predominantly home-based and work-based networks	Lamarca GA	Inglés	2012	Brasil/UK	Health Qual. Life Outcomes	A follow-up prevalence study	1403 pregnant and post-partum women	Pregnant and post-partum Brazilian women in paid employment outside the home and having social supports had better OHRQoL than those with home-based social networks	positivismo	causal de transición
105	Mujer embarazada	DsSS/inequidad	The different roles of neighbourhood and individual social capital on oral health-related quality of life during pregnancy and postpartum: a multilevel analysis	Lamarca GA	Inglés	2014	Brasil/UK	Community Dent. Oral Epidemiol.	This was a follow-up prevalence multilevel study	a representative sample of 1248 pregnant and postpartum women grouped into 55 neighbourhoods	Individual social capital was of greater relevance to women's OHRQoL in and after pregnancy than neighbourhood social capital. These findings suggest that quality of personal and social resources of pregnant women are more important for OHRQoL than the neighbourhoods where the women live	positivismo	causal de transición
106	Mujer embarazada	DsSS/inequidad	Sociodemographic disparities and behavioral factors in clinical oral health status during pregnancy	Chung LH	Inglés	2014	United States	Community Dent. Oral Epidemiol.	Corte transversal	Participants (n = 99), recruited from CenteringPregnancy® prenatal care groups completed questionnaires	This study highlights sociodemographic disparities in clinical OH during pregnancy, the importance of dental care, and provides useful findings for tailoring interventions for expectant mothers and their infants.	positivista	ecológica empírica

107	Mujer embarazada	DsSS/inequidad	Socioeconomic determinants of dental care during pregnancy in Cali, Colombia [Determinantes socioeconómicos do atendimento odontológico durante a gravidez em Cali, Colômbia] [Determinantes socioeconómicos de la atención odontológica durante la gestación en Cali, Colombia]	Ojeda JC	Español	2014	Colombia	Cad. Saude Publica	Corte transversal	993 postpartum women who had given birth in public and private clinics in 2012	Access to dental care was less frequent among pregnant women with low socioeconomic status as compared to those with better living conditions.	positivismo	causal de transición
108	Mujer embarazada	DsSS/inequidad	Experience of racism and tooth brushing among pregnant aboriginal Australians: Exploring psychosocial mediators	Ben J	Inglés	2014	Australia/Canada/New Zealand	Community Dent. Health	Corte transversal	365 pregnant Aboriginal Australian women were used to evaluate tooth brushing behaviour, sociodemographic factors, psychosocial factors, general health, risk behaviours and racism exposure	High levels of self-reported racism were associated with non-optimal tooth brushing behaviours, and perceived stress mediated this association among this sample of pregnant Aboriginal women.. Limitations and implications are discussed	positivismo	ecológica empírica
109	Mujer embarazada	DsSS/inequidad	The relationship between psychosocial profile, health practices, and pregnancy outcomes	Neggers Y	Inglés	2006	United States	Acta Obstet. Gynecol. Scand.	Estudio poblacional	3,149 low-income, predominantly African-American pregnant women participated in this study	Thin women with a poor psychosocial profile and who are depressed during pregnancy are at increased risk of giving birth to low birth weight and preterm infants.	positivismo	causal de transición
110	Mujer embarazada	DsSS/inequidad	La inequidad en el acceso a la atención odontológica de las mujeres gestantes en Santander	Concha SC	Español	2014	Colombia	Revista de la Universidad Industrial de Santander Salud	Corte transversal	8695 gestantes	Los determinantes económicos y sociales relacionados con el bajo nivel de desarrollo del municipio, la residencia en zona rural, ser vinculada o usuaria del régimen subsidiado y ser mayor de 40 años influyen la atención odontológica de las mujeres gestantes en Santander	crítica	epidemiología de la determinación social

1 1 1	Mujer embarazada	DsSS/inequidad	Racial/ethnic disparities in maternal oral health experiences in 10 states, pregnancy risk assessment monitoring system, 2004-2006	Hwang	Inglés	2011	United States	Matern child health J	Estudio de seguimiento	Se analizaron datos entre 2004-2006 un sistema de vigilancia de base poblacional que recolectó datos en el preembarazo, embarazo y experiencias del postparto de madres que recientemente habían parido un niño vivo	Significant racial/ethnic disparities in maternal oral health experiences exist. Most women are not offered dental counseling during pregnancy	positivismo	causal de transición
1 1 2	Mujer embarazada	DsSS/inequidad	Oral health and other characteristics of pregnant Aboriginal women compared with general population estimates.	Jamieson LM	Inglés	2013	Australia	Australian Dental Journal. 2013;58(1):120-4.	Corte transversal	Participants were recruited from a range of sources including referrals from Aboriginal groups, community services and hospitals. Promotion of the study occurred via: (1) advertisements in community and hospital newsletters; (2) posters in hospitals and community centres; and (3) word-of-mouth. Questionnaires were completed in participant homes, cafes,	Our findings indicate that social and oral health inequalities among a population of pregnant Aboriginal women are profound and that 'Closing the Gap' initiatives in regards to oral health have some way to go before reaching their target aim.	positivismo	causal de transición

										libraries, hospitals, community halls, Aboriginal resource centres and workplaces.			
1 1 3	Mujer embarazada	DsSS/inequidad	Possible socioeconomic and oral hygiene behavioural risk factors for self-reported periodontal diseases in women of childbearing age in a Chinese population	Wu YM,	Inglés	2014	China	Oral Health Prev Dent	Corte transversal	832 women (including 188 pregnant women) from Yuyao, Zhejiang Province were collected using a structured questionnaire	A low socioeconomic background was correlated with the high incidence of self-reported periodontal disease among women of childbearing age in China. Education about primary oral health and equitable distribution of dental services might be expected to improve oral health in this specific population	positivista	causal lineal
1 1 4	Mujer embarazada	DsSS/inequidad	Socio-demographic factors related to periodontal status and tooth loss of pregnant women in Mbale district, Uganda.	Wander a M	Inglés	2009	Uganda	BMC Oral Health	EC	women who participated in the recruitment interview and 713	The results revealed moderate prevalence of bleeding and tooth loss, high prevalence of calculus, low frequency of pockets 4-5 mm. Disparity in pregnant women's oral health related to parity suggests that education of maternity care providers	positivista	ecológica empírica
1 1 5	Mujer embarazada	DsSS/inequidad	La salud oral de las mujeres gestantes, sus repercusiones y los aspectos que influyen su atención	Concha SC	Español	2011	Colombia	Ustasalud	Revisión	gestantes	fenotipo, individual, social y estructural	positivista	ecológica empírica
1 1 6	Mujer embarazada	DsSS/inequidad	Determinantes sociales y del estilo de vida en salud oral en el acceso a odontología de gestantes caleñas en el 2012	Corchuelo Ojeda J	Español	2013	Colombia	Rev. Fac. Nac. Salud Pública;	Corte transversal	993 madres que se encontraban en puerperio inmediato en clínicas públicas y privadas de la ciudad de Cali	determinantes sociales como nivel socioeconómico y del estilo de vida resultaron asociados al acceso de las gestantes al servicio de odontología durante el embarazo. El estilo de vida en salud oral relacionado con conocimientos, hábitos dietéticos, creencias y prácticas de higiene oral presentó diferencias según nivel socioeconómico de la gestante	positivista	ecológica empírica

1 1 7	Mujer embarazada	DsSS/inquietud	literature Review on social and economic factors related to access to dental care for pregnant women	Corchuelo Ojeda J	inglés	2013	Colombia	The Journal of dentist	Revisión	NA	The existence of published reports on the topic of search suggests the need for more qualitative and quantitative research. Actions to improve the coverage and dental care of pregnant women should consider social and economic factors and not just the change in user behavior.	positivista	ecológica empírica
1 1 8	Mujer embarazada	DsSS/inquietud	El proceso salud-enfermedad-atención bucal de la gestante: una visión de las mujeres con base en la determinación social de la salud.	Concha SC	Español	2013	Colombia	Rev.Fac.Med	cualitativo	mujeres que acudieron a su control prenatal y postparto a los hospitales de Suba, Engativá y Simón Bolívar. El procedimiento involucró estructurar las entrevistas, concertar la entrada a las instituciones, recolectar y sistematizar la información, para efectuar su procesamiento y análisis. Resultados. Se caracterizaron 18 mujeres entrevistadas	Se evidencian procesos que promueven su atención, aunque más los que desincentivan la asistencia de la gestante a la consulta odontológica. Se plantea la necesidad de intervenir en los diferentes niveles para transformar el proceso a corto, mediano y largo plazo, promoviendo una buena salud bucal y una mejor calidad de vida en las mujeres durante su embarazo	crítica	Epidemiología de la determinación social
1 1 9	Mujer embarazada	DsSS/inquietud	The psychosocial aspects of adolescent pregnancy: a dental perspective.	Thwaites MS	ingles	1986		ASDC journal of dentistry for children	revisión	embarazadas adolescentes	some of the psychological and social aspects of the adolescent who is pregnant, and how the combination of adolescence and pregnancy affect the dental management of these patients.	positivista	causal de transición

1 2 0	Mujer embarazada	DsSS/inequidad	Self-reported racism and experience of toothache among pregnant Aboriginal Australians: the role of perceived stress, sense of control, and social support	Ben J	inglés	2014	Australia	Journal of public health dentistry	Corte transversal	65 pregnant Aboriginal Australian women	The findings indicate that high levels of self-reported racism were associated with experience of toothache and that sense of control, but not perceived stress, mediated the association between self-reported racism and experience of toothache among this sample of pregnant Aboriginal Australian women. Social support did not moderate the association between self-reported racism and experience of toothache	positivista	causal de transición
1 2 1	Mujer embarazada	Representaciones profesionales	Multilevel factors associated with dentists' counseling of pregnant women about periodontal health	Chi DL	Inglés	2014	United States	Spec. Care Dent.	Estudio poblacional	Odontólogos de oregon (N=771)	Future interventions should improve the oral health knowledge of dentists and other healthcare professionals regarding the importance of comprehensive dental care, including periodontal treatment when needed, for all pregnant patients	positivismo	ecológica empírica
1 2 2	Mujer embarazada	Representaciones profesionales	Prenatal Counseling for Pregnant Women: A Survey of General Dentists	Salama F	Inglés	2010	United States	J. Clin. Pediatr. Dent.	Encuesta poblacional	800 surveys sent, 371 (46.4%) were returned. Nearly 50% of general dentists in Nebraska	Fifty percent of general practitioners do provide prenatal counseling. The most common reason for not providing prenatal counseling was it is not a priority for the office and the parents are not interested	positivismo	ecológica empírica
1 2 3	Mujer embarazada	Representaciones profesionales	Conocimiento de los médicos y ginecobstetras sobre enfermedad periodontal y su relación con complicaciones en el embarazo	Rodriguez MJ	Español	2013	Colombia	Revista Salud UIS	Corte transversal	medicos y ginecobstetras	Promover los conocimientos de los md y ginecostetras	positivista	ecológica empírica

1 2 4	Mujer embarazada	Representaciones profesionales	Oral health during pregnancy	Mills LW	inglés	2002	NR	MCN Am J Matern Child Nurs.	Revisión	embarazada	Teaching related to oral health during pregnancy should include the importance of proper nutrition to ensure maternal and fetal oral health, including taking prenatal vitamins and eating foods high in protein, calcium, phosphorus, and vitamins A, C, and D. Potential teratogens that may be encountered during dental care should also be discussed. Nurses can be vital in improving perinatal outcomes and maternal/fetal dental health through screening, referral, and education of their pregnant clients	positivismo	causal lineal
1 2 5	Mujer embarazada	Representaciones profesionales	Practices and opinions of Connecticut general dentists regarding dental treatment during pregnancy.	Pina PM	Inglés	2011	United States	Gen Dent.	Corte transversal	yielding a sample of 116 Connecticut dentists	There was a lack of consensus about medications dentists reported acceptable to prescribe for pregnant patients, and female dentists were significantly less likely than males to prescribe ibuprofen ($P < 0.05$). At least half of the respondents reported not being completely comfortable treating pregnant patients. Further, many dentists appear to not follow medication prescribing guidelines for this population. While additional research is needed, these initial results indicate that additional education regarding the treatment of pregnant patients would be a beneficial addition to dental school and continued education course curricula.	positivista	causal de transición

1 2 6	Mujer embarazada	Representaciones profesionales	Prenatal dental care: evaluation of professional knowledge of obstetricians and dentists in the cities of Londrina/PR and Bauru/SP, Brazil, 2004	Zanata RL	Inglés	2008	Brasil	J Appl Oral Sci	Corte transversal	Seventy-nine obstetricians and 37 dentists responded the questionnaires	The findings of this survey with dentists and obstetricians showed that dental management during pregnancy still presents some deviations from scientific literature recommendations, indicating the need to update these health care professionals in order to establish guidelines for prenatal dental care	positivista	ecológica empírica
1 2 7	Mujer embarazada	Representaciones profesionales	Oral care during pregnancy: Attitudes of Brazilian public health professionals	Alves RT	Portugues	2012	Brasil	Int. J. Environ. Res Public Health 9	Corte transversal	obstetricians/gynecologists, nurses, and dentists working at a public community service towards pregnant women's oral health.	Professionals that had attended a residency or specialization program (OR = 2.08, 95% CI = 1.15-3.77, p = 0.016) and worked exclusively at the public service (OR = 2.15, 95% CI = 1.10-4.20, p = 0.025) presented more favorable attitudes. Obstetricians/gynecologists (OR = 0.22, 95% CI = 0.09-0.54, p = 0.001) and nurses (OR = 0.50, 95% CI = 0.29-0.86, p = 0.013) showed less favorable attitudes than dentists. Health care providers' attitudes regarding pregnant women's oral health were related to their occupation, qualification, and dedication to the public service	positivista	ecológica empírica
1 2 8	Mujer embarazada	Representaciones profesionales	Dental care for pregnant women: an assessment of North Carolina general dentists.	Da Costa EP	ingles	2010	united states	Journal of the American Dental Association	Estudio poblacional	1,000 practicing general dentists in North Carolina	Most general dentists in private practice provide care for pregnant women, but the authors found notable gaps in dental provider knowledge and comprehensive dental services available for pregnant women. CLINICAL IMPLICATIONS: Although many general dentists provide some dental care to pregnant women, more should be done to ensure that this care is comprehensive.	positivista	ecológica empírica

1 2 9	Mujer embarazada	Representaciones profesionales	Female sex hormones and periodontal health-awareness among gynecologists - Aquestionnaire survey.	Patil SN	ingles	2012	india	The Saudi Dental Journal	Corte transversal	Out of 73 gynecologists, 62 (85%) completed the survey, with 19 (30.6%) participants in Group A and 43 (69.4%) participants in Group B.	Our results suggest that increasing dental health awareness among gynecologists would significantly improve women's health and pregnancy outcomes.	positivista	ecológica empírica
1 3 0	Mujer embarazada	Representaciones profesionales	Why dentists should take a greater interest in sex and gender.	Doyal L	ingles	2010	england	British dental journal	revision	NA	This in turn would facilitate the development of the evidence base necessary to optimise the efficacy of dental practice in meeting the needs of both women and men patients.	positivista	causal lineal
1 3 1	Mujer embarazada	Embarazadas representaciones	Knowledge and beliefs regarding oral health among pregnant women	Bogges KA	Inglés	2011	United States	J. Am. Dent. Assoc.	Corte transversal	enrolled 615 women in the study, and 599 (97.4 percent) completed the questionnaire	Pregnant women have some oral health knowledge. Knowledge varied according to maternal race or ethnicity, and beliefs varied according to maternal education. Including oral health education as a part of prenatal care may improve knowledge regarding the importance of oral health among vulnerable pregnant women, thereby improving their oral health and that of their children	positivismo	causal de transición
1 3 2	Mujer embarazada	Embarazadas representaciones	Oral Health and Oral Health Care Practices Among Low-Income Pregnant Women	Hunter LP	Inglés	2011	United States	J. Midwifery Women's Health	Estudio descriptivo correlacional, retrospectivo	380 low-income pregnant women	The results provide information for the future planning of effective dental health promotion programs. Findings suggest that low-income pregnant women have some healthy oral health care practices but are in need of dental services and oral health education. An oral health history, oral health education, dental screening, and dental referral, if needed, should be a routine part of prenatal care and annual examinations	positivismo	causal de transición

1 3 3	Mujer embarazada	Embarazadas representaciones	The effect of sociocultural status on periodontal conditions in pregnancy	Yalcin F	Inglés	2002	Turquia	J. Periodontol.	Estudios de seguimiento	61 pregnant women at their first, second, and third trimesters, and the relation between the demographic (age, professional level, education) and clinical variables (previous periodontal care, frequency of tooth brushing)	Our clinical index scores were related to the educational level of the study population. When the educational level of the study group decreased, the plaque, gingival index, and probing depth scores contrarily increased. Also non-attendance for previous periodontal care increased the scores of plaque index and probing depth. In view of the results of our study, it might be suggested that simple preventive oral hygiene programs may help maintain healthy gingiva during pregnancy	positivismo	causal de transición
1 3 4	Mujer embarazada	Embarazadas representaciones	The relationship between dental anxiety and dental decay experience in antenatal mothers	Esa R	Inglés	2010	Malasia/UK	Eur. J. Oral Sci.	Corte transversal	sample of 407 antenatal mothers in Seremban, Malaysia	The correlation between dental anxiety and dental decay experience was 0.30 (standardized estimate), indicating a positive association. Socio-economic status was also statistically significantly associated with the D(3cv)MFS count (beta = 0.19). This study presented robust evidence for the significant relationship between dental anxiety and dental decay experience in antenatal mothers	positivismo	ecológica empírica
1 3 5	Mujer embarazada	Embarazadas representaciones	Self-efficacy and self-rated oral health among pregnant aboriginal Australian women	Jamieson LM	Inglés	2014	Australia	Bmc Oral Health	Corte transversal	from 446 Australian women pregnant with an Aboriginal child (age range 14-43 years) to evaluate self-rated oral health, self-efficacy and socio-	Low self-efficacy persisted as a risk indicator for poor self-rated oral health after adjusting for confounding among this vulnerable population	positivista	ecológica empírica

										demographic, psychosocial, social cognitive and risk factors			
1 3 6	Mujer embarazada	Embarazadas representaciones	Oral health and precariousness in pregnant women	Delemotte M	Frances	2013	Francia	Odontostomatol Trop.	Corte transversal	It concerned all pregnant women attending their routine antenatal interview in the maternity unit of the Montpellier hospital	This study showed that performing an oral examination, at the same time than the antenatal interview, could highly improve the knowledge about dental hygiene among pregnant women and the screening of oral diseases, especially for deprived population.	positivista	ecológica empírica
1 3 7	Mujer embarazada	Embarazadas representaciones	A survey of the oral health knowledge and practices of pregnant women in a Nigerian teaching hospital	Abiola A	Inglés	2011	Nigeria	Afr J Reprod Health	Corte transversal	among pregnant women receiving antenatal care at the Lagos State University teaching Hospital (LASUTH).	Most of the respondents demonstrated a reasonable level of oral health knowledge and positive attitudes towards oral health. However, there were gaps in the oral health knowledge of the women surveyed. The relationship between the level of oral health knowledge and ethnicity (p=0.856), level of education (p=0.079), age category (p=0.166), and trimester of pregnancy (p=0.219) were not statistically significant. In addition, the women's knowledge and attitude towards oral health was not reflected in their oral hygiene practices. There is a need to provide oral health education for pregnant women during antenatal care in order to highlight the importance of good oral health in achieving good health for both the mother and her baby	positivista	causal de transición

138	Mujer embarazada	Embarazadas representaciones	Self-reported oral health care and access to oral health information among pregnant women in Wellington, New Zealand	Claas BM	inglés	2011	Nueva Zelandia	N Z Med J.	Corte transversal	One researcher visited 69 antenatal classes in the Wellington region to explain the study. Women self-completed the questionnaire and returned it by post.	Visits to the dentist and access to oral health information were more common among New Zealand European women with higher education achievements and higher socioeconomic backgrounds with only a third of women went seeing a dentist during pregnancy. Improving the oral health of pregnant women will have follow-on benefits of improved oral health outcomes for their children.	positivista	causal de transición
139	Mujer embarazada	Embarazadas representaciones	Salud oral en embarazadas: conocimientos y actitudes	Gabero I	Español	2005	Venezuela	Acta Odontológica venezolana	Corte transversal	258 embarazadas de los sectores privado y seguridad social (Grupo I) y 126 del sector público (Grupo II), en Tucumán, Argentina	Los resultados evidencian que, a pesar de las diferencias educacionales de las mujeres de los distintos sectores del sistema de salud, son escasos los conocimientos acerca del origen y posibles causas del deterioro oral durante el embarazo. La demanda de atención a pesar del deterioro sufrido, también fue escasa	positivista	ecológica empírica
140	Mujer embarazada	Embarazadas representaciones	Nivel de conocimiento sobre prevención de salud bucal en gestantes. Hospital de la mujer Villahermosa, Tabasco 2007	Cordova JA	Español	2007	México	Horizonte Sanitario	Corte transversal	100 gestantes mayores de 18 años, que acudieron al servicio de control prenatal en el Hospital de la Mujer (2007)	Aunque el nivel de conocimiento predominante fue el medio, es insuficiente, si se consideran las consecuencias que el desconocimiento sobre enfermedades bucales puede producir a la gestante y su producto. Se necesita realizar una mayor labor educativo-preventiva en pacientes gestantes de este centro hospitalario; la mayoría posee conocimientos empíricos sobre prevención bucal.	positivista	ecológica empírica

1 4 1	Mujer embarazada	Embarazadas representaciones	Creencias culturales que intervienen en la práctica de salud oral en gestantes en el hospital "Virgen del Rosario" Municipio el Villar Gestión	Alvarez Calle W	Español	2008	Bolivia	Tesis para optar al título de especialista en interculturalidad y salud-Universidad Mayor de San Andrés	cualitativo	una muestra representativa de 5 gestantes, una enfermera y un odontólogo del Hospital "Virgen del Rosario"	No se práctica en forma constante la higiene bucal, debido al descuido y a la falta de hábitos ocasionando que muchas embarazadas presenten problemas dentarios cuando acuden al hospital para ser atendidas en el servicio de odontología. La información que maneja el personal de salud no es de acuerdo con las necesidades culturales de las embarazadas porque no responde al contexto del municipio de El Villar, ya que se maneja material educativo que proviene del Ministerio de Salud y Deportes que no respeta la cultura propia del lugar. La calidad de atención de los servicios en el Hospital es reducido al igual que el servicio de odontología debido a que el personal de salud no brinda la confianza respectiva a los usuarios que acuden al hospital.	fenomenológica	NA
1 4 2	Mujer embarazada	Embarazadas representaciones	Creencias acerca de la salud oral en gestantes en tres ciudades colombianas.	Rengifo HA	Español	2008	Colombia	Rev Fac Odontol Univ Antioq	Corte transversal	441 gestantes	las gestantes presentan en gran medida creencias erróneas que pueden estar influenciando su comportamiento frente a las prácticas y frente a su demanda en el área de odontología. La mayoría de las creencias presentadas se centran en que durante el embarazo el bebé le sustrae calcio a los dientes de la madre	positivista	ecológica empírica
1 4 3	Mujer embarazada	Embarazadas representaciones	Selección de los criterios que identifican las prácticas y creencias relacionadas con la salud oral en mujeres gestantes	Claro LA	Español	2009	Colombia	Ustasalud	EC	40 gestantes	La priorización de las variables identificó aspectos básicos que podrían orientar los programas promocionales y preventivos dirigidos a las gestantes y evaluar el programa desarrollado, que parece ser eficaz en la modificación de	positivista	ecológica empírica

											prácticas y creencias relacionadas con la salud oral en las mujeres gestantes		
1 4 4	Mujer embarazada	Embarazadas representaciones	Representaciones sociales del proceso de salud enfermedad bucal en madres gestantes de Medellín, Colombia	Escobar Paucar G	Español	2010	Colombia	Salud Pública de México	cualitativo	28 mujeres adultas asistentes al programa prenatal en una institución de salud de la ciudad de Medellín	El análisis dio cuenta de cómo confluyen en las madres de una población urbana representaciones arraigadas en la tradición, con nuevas visiones en cuya construcción hay elementos de los discursos profesionales y de los medios de comunicación; entre ellas, la estrecha relación salud bucal-dientes, la salud atada a prácticas saludables y a la utilización de servicios de salud y salud bucal como ventaja social, relacionada con la estética	fenomenológica	NA
1 4 5	Mujer embarazada	Embarazadas representaciones	Women attitudes and perceptions of oral health and dental care during pregnancy	Marc JNC	Inglés	2010	Australia	J.Perinat. Med	Corte transversal	649 multiparas	Muchas mujeres embarazadas no perciben el sangrado gingival como indicador de enfermedad inflamatoria y no buscan ayuda profesional para esto. Se necesita proveer los cuidados maternos y mayor atención sobre la salud oral en las clínicas de control y educación prenatal	positivista	ecológica empírica
1 4 6	Mujer embarazada	Embarazadas representaciones	Respeto a la autonomía de mujeres gestantes en salud dialogo bioética-género	Urrea FC	Español	2013	Colombia	Tesis para optar por el título de Doctora en Bioética. U. El Bosque	cualitativo	embarazadas/profesionales	Las gestantes no tienen autonomía	fenomenológica	NA
1 4 7	Mujer embarazada	Embarazadas representaciones	Association of Self Perceived Oral Health on Oral Health Related Quality of Life among Pregnant and Non Pregnant Women in Bangalore City.	Sourabha K.G	inglés	2014	India	IJHSR;	Corte transversal	A total of 600 pregnant and non-pregnant women participated in the study with a mean age of 21±2.8	Self perceived oral conditions such as bleeding gums, decayed teeth, showed to have an impact on oral health related quality of life	positivista	causal lineal

INVESTIGACIONES QUE ANALIZAN LA RELACIÓN DE LA SALUD ORAL CON EVENTOS ADVERSOS EN EL EMBARAZO

artículo	Título	referencia
1	Maternal periodontal status and preterm delivery: A hospital based case-control study	Baskaradoss JK, Geevarghese A, Kuttu VR. Maternal periodontal status and preterm delivery: a hospital based case-control study. <i>J Periodontol Res.</i> 2011;46(5):542-9. doi: 10.1111/j.1600-0765.2011.01371.
2	Maternal periodontitis and the causes of preterm birth: The case-control Epipap study	Nabet C, Lelong N, Colombier ML, Sixou M, Musset AM, Goffinet F, Kaminski M; Epipap Group. Maternal periodontitis and the causes of preterm birth: the case-control Epipap study. <i>J Clin Periodontol.</i> 2010;37(1):37-45. doi: 10.1111/j.1600-051X.2009.01503.
3	Periodontal disease is associated with gestational diabetes mellitus: A case-control study	Xiong X, Elkind-Hirsch KE, Vastardis S, Delarosa RL, Pridjian G, Buekens P. Periodontal disease is associated with gestational diabetes mellitus: a case-control study. <i>J Periodontol.</i> 2009; 80(11):1742-9. doi: 10.1902/jop.2009.090250.
4	Possible association between mother's periodontal status and preterm delivery	Radnai M, Gorzó I, Urbán E, Eller J, Novák T, Pál A. Possible association between mother's periodontal status and preterm delivery. <i>J Clin Periodontol.</i> 2006 Nov;33(11):791-6
5	Preterm low birth weights associated with periodontal disease in the Fiji Islands	Sharma R, Maimanuku LR, Morse Z, Pack AR. Preterm low birth weights associated with periodontal disease in the Fiji Islands. <i>Int Dent J.</i> 2007 Aug;57(4):257-60
6	Sex differences in dental caries experience: clinical evidence, complex etiology	Lukacs JR. Sex differences in dental caries experience: clinical evidence, complex etiology. <i>Clin Oral Investig.</i> 2011;15(5):649-56. doi: 10.1007/s00784-010-0445-3.
7	The relationship between maternal periodontitis, adverse pregnancy outcome and miscarriage in never smokers	Farrell S, Ide M, Wilson RF. The relationship between maternal periodontitis, adverse pregnancy outcome and miscarriage in never smokers. <i>J Clin Periodontol.</i> 2006 Feb;33(2):115-20
8	Benefits of periodontal therapy when preterm birth threatens	Radnai M, Pál A, Novák T, Urbán E, Eller J, Gorzó I. Benefits of periodontal therapy when preterm birth threatens. <i>J Dent Res.</i> 2009;88(3):280-4. doi: 10.1177/0022034508330229.
9	Dental neglect and adverse birth outcomes: A validation and observational study	Acharya S, Pentapati KC, Bhat PV. Dental neglect and adverse birth outcomes: a validation and observational study. <i>Int J Dent Hyg.</i> 2013 May;11(2):91-8. doi: 10.1111/idh.12001
10	Correlation between periodontal disease, inflammatory alterations and pre-eclampsia	Politano GT, Passini R, Nomura ML, Velloso L, Morari J, Couto E. Correlation between periodontal disease, inflammatory alterations and pre-eclampsia. <i>J Periodontol Res.</i> 2011;46(4):505-11. doi: 10.1111/j.1600-0765.2011.01368.
11	Periodontal disease and endometriosis: analysis of the National Health and Nutrition Examination Survey	Kavoussi SK, West BT, Taylor GW, Lebovic DI. Periodontal disease and endometriosis: analysis of the National Health and Nutrition Examination Survey. <i>Fertil Steril.</i> 2009 Feb;91(2):335-42. doi: 10.1016/j.fertnstert.2007.12.075
12	Periodontal disease and perinatal outcomes: A case-control study	Bassani DG, Olinto MT, Kreiger N. Periodontal disease and perinatal outcomes: a case-control study. <i>J Clin Periodontol.</i> 2007 Jan;34(1):31-9
13	Periodontal disease: A potential modifiable risk factor limiting conception	Hart R, Doherty DA, Pennell CE, Newnham IA, Newnham JP. Periodontal disease: a potential modifiable risk factor limiting conception. <i>Hum Reprod.</i> 2012 May;27(5):1332-42. doi: 10.1093/humrep/des034
14	Periodontal health and adverse pregnancy outcome in 3,576 Turkish women	Toygar HU, Seydaoglu G, Kurklu S, Guzeldemir E, Arpak N. Periodontal health and adverse pregnancy outcome in 3,576 Turkish women. <i>J Periodontol.</i> 2007 Nov;78(11):2081-94
15	Role of cytokines in development of pre-eclampsia associated with periodontal disease - Cohort Study	Kumar A, Begum N, Prasad S, Lamba AK, Verma M, Agarwal S, Sharma S. Role of cytokines in development of pre-eclampsia associated with periodontal disease - Cohort Study. <i>J Clin Periodontol.</i> 2014 Apr;41(4):357-65. doi: 10.1111/jcpe.12226
16	Distribution of anaerobic bacteria among pregnant periodontitis patients who experience preterm delivery	Urbán E, Radnai M, Novák T, Gorzó I, Pál A, Nagy E. Distribution of anaerobic bacteria among pregnant periodontitis patients who experience preterm delivery. <i>Anaerobe.</i> 2006 Feb;12(1):52-7
17	Gingival crevicular fluid levels of matrix metalloproteinases cross-sectionally related to periodontitis and metabolic syndrome in community Koreans	Han DH, Shin HS, Paek D, Kim HD. Gingival crevicular fluid levels of matrix metalloproteinases cross-sectionally related to periodontitis and metabolic syndrome in community Koreans. <i>J Clin Periodontol.</i> 2012;39(12):1125-31. doi: 10.1111/jcpe.12014
18	Maternal periodontitis and adverse pregnancy outcomes	Pitiphat W, Joshipura KJ, Gillman MW, Williams PL, Douglass CW, Rich-Edwards JW. Maternal periodontitis and adverse pregnancy outcomes. <i>Community Dent Oral Epidemiol.</i> 2008 Feb;36(1):3-11. doi: 10.1111/j.1600-0528.2006.00363.x

Anexo A. Revision sistematica de la literatura

19	Periodontal disease as a risk factor for adverse pregnancy outcomes: a prospective cohort study	Agueda A, Ramon JM, Manau C, Guerrero A, Echeverria JJ. Periodontal disease as a risk factor for adverse pregnancy outcomes: a prospective cohort study. <i>Journal of Clinical Periodontology</i> . 2008;35(1):16-22
20	Periodontitis is associated with preeclampsia in pregnant women	Contreras A, Herrera JA, Soto JE, Arce RM, Jaramillo A, Botero JE. Periodontitis is associated with preeclampsia in pregnant women. <i>J.Periodontol</i> . 2006 Feb;77(2):182-8
21	The association between maternal periodontitis and low birth weight infants among Malay women	Saddki N, Bachok N, Hussain NH, Zainudin SL, Sosroseno W. The association between maternal periodontitis and low birth weight infants among Malay women. <i>Community Dent Oral Epidemiol</i> . 2008 Aug;36(4):296-304
22	Effect of nonsurgical periodontal therapy and strict plaque control on preterm/low birth weight: A randomized controlled clinical trial	Weidlich P, Moreira CH, Fiorini T, Musskopf ML, da Rocha JM, Oppermann ML, Aass AM, Gjermo P, Susin C, Rösing CK, Oppermann RV. Effect of nonsurgical periodontal therapy and strict plaque control on preterm/low birth weight: a randomized controlled clinical trial. <i>Clin Oral Investig</i> . 2013 Jan;17(1):37-44
23	Periodontal diseases as an emerging potential risk factor for adverse pregnancy outcomes: A review of concepts [Olumsuz gebelik sonuçları için yeni ortaya çıkan potansiyel bir risk faktörü olarak periodontal hastalıklar: kavramları'nın gözden geçirilmesi]	Bansal J, Bansal A, Kukreja N, Kukreja U. Periodontal diseases as an emerging potential risk factor for adverse pregnancy outcomes: A review of concepts. <i>J Turk Ger Gynecol Assoc</i> . 2011 Sep 1;12(3):176-80. doi: 10.5152/jtgga.2011.40
24	A pilot study of the association between cariogenic oral bacteria and preterm birth	Durand R, Gunselman EL, Hodges JS, DiAngelis AJ, Michalowicz BS. A pilot study of the association between cariogenic oral bacteria and preterm birth*. <i>Oral Diseases</i> . 2009;15(6):400-6
25	Are intrauterine growth restriction and preterm birth associated with dental caries?	Saraiva MC, Bettiol H, Barbieri MA, Silva AA. Are intrauterine growth restriction and preterm birth associated with dental caries?. <i>Community Dent Oral Epidemiol</i> . 2007 Oct;35(5):364-76
26	Is low birthweight associated with dental caries in permanent dentition?	Saraiva MC, Chiga S, Bettiol H, Silva AA, Barbieri MA. Is low birthweight associated with dental caries in permanent dentition? <i>Paediatr Perinat Epidemiol</i> . 2007 Jan;21(1):49-56
27	Maternal periodontal disease and preterm low birthweight: Case-control study	Davenport ES, Williams CE, Sterne JA, Murad S, Sivapathasundram V, Curtis MA. Maternal periodontal disease and preterm low birthweight: case-control study. <i>J Dent Res</i> . 2002 May;81(5):313-8.
28	Is there an association between low birth weight and caries in the primary dentition?	Shulman JD. Is there an association between low birth weight and caries in the primary dentition? <i>Caries Res</i> . 2005 May-Jun;39(3):161-7.
29	An Examination of Periodontal Treatment, Dental Care, and Pregnancy Outcomes in an Insured Population in the United States	Albert DA, Begg MD, Andrews HF, Williams SZ, Ward A, Conicella ML, et al. An Examination of Periodontal Treatment, Dental Care, and Pregnancy Outcomes in an Insured Population in the United States. <i>American Journal of Public Health</i> . 2011;101(1):151-6
30	Women's Health: Periodontitis and its Relation to Hormonal Changes, Adverse Pregnancy Outcomes and Osteoporosis.	Krejci CB, Bissada NF. Women's Health: Periodontitis and its Relation to Hormonal Changes, Adverse Pregnancy Outcomes and Osteoporosis. <i>Oral Health & Preventive Dentistry</i> . 2012;10(1):83-92
31	Increased risk of preterm birth among non-smoking, non-alcohol drinking women with maternal periodontitis.	Le HT, Jareinpituk S, Kaewkungwal J, Pitiphat W. Increased risk of preterm birth among non-smoking, non-alcohol drinking women with maternal periodontitis. <i>Southeast Asian J Trop Med Public Health</i> . 2007 May;38(3):586-93.
32	Maternal periodontitis and prematurity. Part I: Obstetric outcome of prematurity and growth restriction	Offenbacher S, Lief S, Boggess KA, Murtha AP, Madianos PN, Champagne CM, McKaig RG, Jared HL, Mauriello SM, Auten RL Jr, Herbert WN, Beck JD. Maternal periodontitis and prematurity. Part I: Obstetric outcome of prematurity and growth restriction. <i>Ann Periodontol</i> . 2001 Dec;6(1):164-74
33	Periodontal infection as a possible risk factor for preterm low birth weight.	Offenbacher S, Katz V, Fertik G, Collins J, Boyd D, Maynor G, et al. Periodontal infection as a possible risk factor for preterm low birth weight. <i>J Periodontol</i> . 1996;67:1103-13.
34	Periodontal infection and preterm birth: results of a prospective study	Jefcoat MK, Geurs NC, Reddy MS, Cliver SP, Goldenberg RL, Hauth JC. Periodontal infection and preterm birth: results of a prospective study. <i>J Am Dent Assoc</i> . 2001; 132:875-880
35	The epidemiology of adverse pregnancy outcomes: an overview	Mitchell-Lewis D, Engebretson SP, Chen J, Lamster IB, Papapanou PN. Periodontal infections and pre-term birth: early findings from a cohort of young minority women in New York. <i>Eur J Oral Sci</i> . 2001;109:34-9.
36	Maternal periodontal disease is associated with an increased risk for preeclampsia.	Boggess KA, Lief S, Murtha AP, Moss K, Beck J, Offenbacher S. Maternal periodontal disease is associated with an increased risk for preeclampsia. <i>Obstet Gynecol</i> . 2003;101:227-31

37	Periodontal infection and preterm birth: results of a prospective study.	Jeffcoat MK, Geurs NC, Reddy MS, Cliver SP, Goldenerg RL, Hauth JC. Periodontal infection and preterm birth: results of a prospective study. J Am Dent Assoc. 2001
38	A prospective study to investigate the relationship between periodontal disease and adverse pregnancy outcome.	Moore S, Ide M, Coward PY, Randhawa M, Borkowska E, Baylis R, et al. A prospective study to investigate the relationship between periodontal disease and adverse pregnancy outcome. Br Dent J. 2004;197:251-8
39	Periodontal disease in pregnancy is a risk factor for preeclampsia	Shetty S, Shetty PC, Ramesh A, Thomas B, Prabhu S, Rao A. Periodontal disease in pregnancy is a risk factor for preeclampsia Acta Obstetrica et gynecologica Scandinavica. 2010; 89(5):718-721
40	The epidemiology of adverse pregnancy outcomes: an overview	Kramer MS. The epidemiology of adverse pregnancy outcomes: an overview. J Nutr. 2003;133:1592S-6S.
41	Poor periodontal health of the pregnant woman as a risk factor for low birth weight	Dasanayake AP. Poor periodontal health of the pregnant woman as a risk factor for low birth weight. Ann Periodontol. 1998;3:206-12
42	Potential pathogenic mechanisms of periodontitis associated pregnancy complications	Offenbacher S, Jared HL, O'Reilly PG, Wells SR, Salvi GE, Lawrence HP, et al. Potential pathogenic mechanisms of periodontitis associated pregnancy complications. Ann Periodontol. 1998;3:233-50
43	Periodontal therapy may reduce the risk of preterm low birth weight in women with periodontal disease: a randomized controlled trial	Lopez NJ, Smith PC, Gutierrez J. Periodontal therapy may reduce the risk of preterm low birth weight in women with periodontal disease: a randomized controlled trial. J Periodontol. 2002;73:911-24
44	Periodontal disease and preterm birth: results of a pilot intervention study	Jeffcoat MK, Hauth JC, Geurs NC, Reddy MS, Cliver SP, Hodgkins PM, et al. Periodontal disease and preterm birth: results of a pilot intervention study. J Periodontol. 2003;74:1214-8
45	Risk factors for preeclampsia in healthy nulliparous women: a prospective multicenter study. The National Institute of Child Health and Human Development Network of Maternal-Fetal Medicine Units	Sibai BM, Gordon T, Thom E, Caritis SN, Klebanoff M, McNellis D, et al. Risk factors for preeclampsia in healthy nulliparous women: a prospective multicenter study. The National Institute of Child Health and Human Development Network of Maternal-Fetal Medicine Units. Am J Obstet Gynecol. 1995;172:642-8.
46	Maternal periodontal disease is associated with an increased risk for preeclampsia	Boggess KA, Lieff S, Murtha AP, Moss K, Beck J, Offenbacher S. Maternal periodontal disease is associated with an increased risk for preeclampsia. Obstet Gynecol. 2003;101:227-31
47	Periodontal disease as a risk factor for pre-eclampsia: a case control study	Canakci V, Canakci CF, Canakci H, Canakci E, Cicek Y, Ingec M, et al. Periodontal disease as a risk factor for pre-eclampsia: a case control study. Aust N Z J Obstet Gynaecol. 2004;44:568-73
48	Severe pregnancy complication (preeclampsia) is associated with greater periodontal destruction	Oettinger-Barak O, Barak S, Ohel G, Oettinger M, Kreutzer H, Peled M, et al. Severe pregnancy complication (preeclampsia) is associated with greater periodontal destruction. J Periodontol. 2005;76:134-7
49	Periodontal disease increases the risk of preterm delivery among preeclamptic women.	Riche EL, Boggess KA, Lieff S, et al. Periodontal disease increases the risk of preterm delivery among preeclamptic women. Ann Periodontol. 2002;7:95-101
50	Association between maternal periodontitis and an increased risk of preeclampsia	Cota LO, Guimaraes AN, Costa JE, Lorentz TC, Costa FO. Association between maternal periodontitis and an increased risk of preeclampsia. J Periodontol. 2006;77:2063-2069
51	Oral health behaviors, periodontal disease, and pathogens in preeclampsia: a case-control study in Korea.	Ha JE, Oh KJ, Yang HJ, et al. Oral health behaviors, periodontal disease, and pathogens in preeclampsia: a case-control study in Korea. J Periodontol. 2011;82:1685-1692
52	Preeclampsia is not related to clinical periodontal disease in nonsmoking and nondrinking Jordanian women.	Dasanayake AP. Preeclampsia is not related to clinical periodontal disease in nonsmoking and nondrinking Jordanian women. J Evid Based Dent Pract. 2007;7:176-177
53	Lack of association between periodontal parameters and preeclampsia.	Khader YS, Jibreal M, Al-Omiri M, Amarin Z. Lack of association between periodontal parameters and preeclampsia. J Periodontol. 2006;77:1681-1687

Anexo A. Revision sistematica de la literatura

54	Periodontal Disease is Not Associated With Preeclampsia in Canadian Pregnant Women	Taghzouti N, Xiong X, Gornitsky M, et al. Periodontal Disease is Not Associated With Preeclampsia in Canadian Pregnant Women. <i>J Periodontol</i> . 2011 [epub 11/12/24]
55	Maternal infection and risk of preeclampsia: systematic review and metaanalysis	Conde-Agudelo A, Villar J, Lindheimer M, Conde Maternal infection and risk of preeclampsia: systematic review and metaanalysis. <i>Am J Obstet Gynecol</i> . 2008;198:7-22
56	Maternal inflammation, periodontal disease, and preeclampsia	Ruma MS, Boggess KA, Moss K, Beck JD, Jared H, Offenbacher S. Maternal inflammation, periodontal disease, and preeclampsia. <i>Amer J Obstet Gynecol</i> . 2008;198:389-393
57	Exploring the relationship between periodontal disease and pregnancy complications.	Bobetsis YA, Barros SP, Offenbacher S. (2006). Exploring the relationship between periodontal disease and pregnancy complications. <i>J Am Dent Assoc</i> 137(Suppl):7S-13S
58	Salivary <i>Actinomyces naeslundii</i> genospecies 2 and <i>Lactobacillus casei</i> levels predict pregnancy outcomes.	Dasanayake AP, Li Y, Wiener H, Ruby JD, Lee MJ. (2005). Salivary <i>Actinomyces naeslundii</i> genospecies 2 and <i>Lactobacillus casei</i> levels predict pregnancy outcomes. <i>J Periodontol</i> 76:171-177
59	A pilot study of the association between cariogenic oral bacteria and preterm birth	Durand R, Gunselman EL, Hodges JS, DiAngelis AJ, Michalowicz BS. (2009). A pilot study of the association between cariogenic oral bacteria and preterm birth. <i>Oral Dis</i> 15:400-406
60	Intrauterine infection and preterm delivery.	Goldenberg RL, Hauth JC, Andrews WW. (2000). Intrauterine infection and preterm delivery. <i>N Engl J Med</i> 342:1500-1507
61	Periodontal disease early in pregnancy is associated with maternal systemic inflammation among African American women.	Horton AL, Boggess KA, Moss KL, Jared HL, Beck J, Offenbacher S. (2008). Periodontal disease early in pregnancy is associated with maternal systemic inflammation among African American women. <i>J Periodontol</i> 79:1127-1132
62	Periodontal disease and preterm birth: results of a pilot intervention study.	Jefcoat MK, Hauth JC, Geurs NC, Reddy MS, Cliver SP, Hodgkins PM, et al. (2003). Periodontal disease and preterm birth: results of a pilot intervention study. <i>J Periodontol</i> 74:1214-1218

ANEXO B.

Trabajos de grado y tesis relacionados con salud bucal, atención y embarazo desarrolladas por investigadores latinoamericanos

registro	título	autores	año	país	ciudad	universidad	nivel	profesión
1	Creencias culturales que intervienen en la práctica en salud oral en gestantes en el hospital "virgen del rosario" municipio del villar gestión 2008	Walter Álvarez Calle	2008	Bolivia	Cochabamba	Universidad Mayor de San Andrés	Especialista	Interculturalidad y salud
2	Percepción de mujeres gestantes sobre prevención de salud bucal, hospital San Francisco de Asis de Villa Tunari segundo semestre 2011	Limberth Pastor Montaña	2011	Bolivia	Cochabamba	Universidad Mayor de San Simón	Magister	Salud Pública
3	Asoes de saúde bucal na gestasao: possibilidades e dificuldades	Adriana Rodrigues Lelis	2011	Brasil	Canaa	Universidade Federal de Minas Gerais	Especialista	Atensao básica em saúde da familia
4	Saúde bucal na percepção de mulheres-maes de Rio das ostras: Relacoes usuárias-servicos de saúde, educasao e autonomia	Valéria Roberto Frias de Albuquerque	2012	Brasil	Niteroi	Universidade Federal Fluminense	Mestre	Saúde Coletiva
5	Avaliasao do conhecimento e do impacto da saúde bucal sobre a qualidade de vida de gestantes atendidas em umnades da rede pública e particular em porto velho/ro	Izabela Teixeira Melo	2010	Brasil	Taubaté	Universidade de Taubaté	Mestre	Odontologia
6	Programa de protesao á gestante do Estado de Sergipe: impacto sobre a saúde materno infantil	María José de Oliveira	2012	Brasil	Brasilia	Universidad de Brasilia	Mestre	Ciencias da saúde
7	conhecimento das gestantes sobre o cuidado em saúde bucal do seu bebé	Vanessa Andréa Tonelli Costa	2008	Brasil	Criciúma	Universidade do extremo sul catarinense	Especialista	Saúde Coletiva

8	Percepções de profissionais da estratégia saúde da família sobre a atenção à saúde bucal da gestante	Fabiana Silva Henrique	2014	Brasil	Fortaleza	Universidade Federal do Ceará	Mestre	Saúde da Família
9	Qualidade de vida de gestantes assistidas pela estratégia saúde da família	Danielle Freitas Alvim de Castro	2010	Brasil	Sao Paulo	Universidade de Sao Paulo. Escola enfermagem	Mestre	Ciencias
10	Adolescentes grávidas: percepções e educação em saúde	Guimar Luciana Danieli	2010	Brasil	Santa Maria	Universidade Federal de Santa Maria	Mestre	Enfermagem
11	Estudo do perfil salivar e sérico em gestantes e não gestantes	Aline Laura Pires	2008	Brasil	Brasilia	Universidad de Brasilia	Mestre	Ciencias da saúde
12	Conhecimentos, atitudes e práticas dos médicos ginecologistas e obstetras em relação à saúde bucal e ao tratamento odontológico de pacientes gestantes	Marcia Cristina Tirelli	2004	Brasil	Sao Paulo	Universidad de Sao Paulo	Doctorado	Odontología
13	Percepção de gestantes com HIV/SIDA e de cirurgiões-dentistas sobre a atenção em saúde bucal no distrito federal	Alessandra da Rocha Arrais	2014	Brasil	NR	Fundação de Ensino e pesquisa em ciencias da saúde	Mestre profissional	Ciencias para saúde
14	Percepção sobre saúde bucal e atendimento odontológico por gestantes em programas de assistência pré-natal no Município de Santo André SP	Roberta Segato de Rosa Gentil de Oliveira	2002	Brasil	Sao Paulo	NR	NR	NR
15	Importância da educação em saúde bucal na prevenção de doenças periodontais em gestantes atendidas pelo programa saúde da família	Jaime Luiz Alves	2010	Brasil	Sao Gotardo	Universidade Federal de Minas Gerais	Especialista	Atenção básica em saúde da família
16	Atenção odontológica no pré-natal: A percepção das gestantes do bairro Lagoa dos Santos, Formosa-GO	Nilza Maria Rufino Nogueira Gualberto	2007	Brasil	Formosa	Universidad Candido Mendes	Especialista	Saúde de Família

17	Prevalencia de fatores clínicos do risco de cárie em gestantes	Fernanda Lopez Rosell	2001	Brasil	Araraquara	Universidade Estadual Paulista "Julio de Mesquita Filho"	Doctorado, Área de Concentrasao em Periodontia	odontologia
18	Saúde bucal de gestantes:uma abordagem de gênero	Adelia Delfina Da Motta Silva	2001	Brasil	Campo grande	Universidade Federal d Mato Grosso do Sul	Mestre	Saúde Coletiva
19	Avaliasao dos conhecimentos e práticas de saúde bucal de gestantes, usuárias do SUS, no município do dourados-Mato Grosso do Sul	Elizandra de Queiroz Venacio	2006	Brasil	Brasilia	Universidade de Brasília	Mestre	Ciencias de la salud
20	Saúde bucal da gestante:conhecimentos, práticas e representasoes do médico, do dentista e da paciente	Neide Pires Leal	2006	Brasil	Rio de Janeiro	Fundasao Oswaldo Cruz	Mestre	Saúde da criansa e da mulher do Instituto Fernandes Figueira/Fiocruz
21	Pré-natal odontológico e saúde bucal: percepsoes e respresentasoes de gestantes	Lucimaar Aparecida Britto Codato	2005	Brasil	Londrina	Universidade Estadual de Londrina	Mestre	Saúde Coletiva
22	Representasoes sociais de gestantes sobre saúde bucal: uma referencia para repensar a assistência odontológica materno-infantil	Mirelle Finkler	2003	Brasil	Florianópolis	Universidade Federal d Santa Catarina	Mestre	Odontología(área de concentrasao de Odontología em Saúde Coletiva)
23	Tradusao e validasao de um questionário de saúde bcal a médicos obstetras e residentes em obstetrícia	Amanda Finger Stadler	2011	Brasil	Curitiba	Universidade Federal do Paraná	Mestre	Odontología(area de concentrasao Saúde Bucal durante a Infância e Adolescencia)
24	Atensao a saúde bucal no pré-natal: análise do acompahhamento das gestantes pelas equipes de saúde bucal na unidade de saúde da familia de Jardim Gramacho, Duque de Caxias, RJ	Cristiane Carneiro Pinga	2011	Brasil	Rio de Janeiro	Univesidade Estácio Sá	Mestre	Saúde da Familia

25	A satisfasao das grávidas e médicos dentista no ambito do programa de promoso de saude oral	Mafalda Francisca Rodrigues Cabrita Grade	2013	Brasil	Porto	Universidade Fernando Pessoa	Mestre	Medicina Dentária
26	Doensa periodontal em gestantes e nascimento de bebe prematuro e baixo peso	Márcio Penha do Carmo	2009	Brasil	Arasatuba	Universidad Estadual Paulista "Julio de Mesquita Filho"	Mestre	Odontología Preventiva e Social
27	Conhecimento de gestantes sobre atendimento odontológico durante a gravidez	Tereza Maria Alcântara Neves	2013	Brasil	Teresina	Centro universitario Uninovafapi	Mestre	Saúde da Familia
28	Sistema de informasao da atensao básica: análise do processo da producao de dados e informasoes em equipes de saúde da familia de Cuiabá	Quelli Cristina de Oliveira	2010	Brasil	Cuibá	Universidad Federal do Mato Grosso	Mestre	Enfermagem
29	Saúde Bucal: Conhecimientos e práticas adotadas pelas gestantes que freqüentam os servicios de asistencia ao pré-natal	Carmen Lúcia Soares Gomes de Medeiros	2003	Brasil	Campiña Grande-Paraiba	Univesidade Estadual da Paraiba	Mestre	Saúde Coletiva
30	Conocimientos actitudes y prácticas relativas a salud oral en embarazadas del serctor rural de la región del Maule	Makarena del R Salamanca Díaz	2007	Chile	Talca	Universidad de Talca	Pregrado	Cirujano dentista
31	Diagnóstico de salud oral de primigestantes que acuden a control prenatal al consultorio Dr. José D. Astubaruaga, Talca-2004	Carol Carrión Moraga	2004	Chile	Talca	Universidad de Talca	Pregrado	Cirujano dentista
32	Conocimientos, actitudes y prácticas relativas a salud bucal de embarazadas del sector urbano de la comuna de Talca, 2007	Carolina Andrea Álvarez Novoa	NR	Chile	Talca	Universidad de Talca	Pregrado	Cirujano dentista
33	Estado de salud oral y riesgo cariogénico en embarazadas de la región metropolitana	Alfredo Guillermo Linossier Cordero	1997	Chile	Santiago	Universidad de Chile	Magister	Salud Púnica C/M Epidemiología

34	Determinantes de conductas en salud oral de embarazadas chilenas e inmigrantes peruanas usuarias del servicio de atención primaria de la comuna independencia	Sergio Andrés Cuevas	2009	Chile	Santiago	Universidad de Chile	NR	NR
35	Respeto a la autonomía de mujeres gestantes en salud diálogo bioética -genero	Fanny Consuelo Urrea Mora	2013	Colombia	Bogotá	Universidad El Bosque	Doctor	Bioética
36	Factores asociados a la asistencia de las embarazadas a la consulta odontológica. Hospital de Engativa (E.S.E II nivel)	Diana Marcela Díaz Quijano	2014	Colombia	Bogotá	Pontificia Universidad Javeriana	Maestría	Epidemiología clínica
37	Estado Bucal de Gestantes del municipio de Florida valle	Paola Espinoza	2007	Colombia	Florida	Colegio Odontológico	Pregrado	odontóloga
38	Factores asociados a enfermedad oral en gestantes en Armenia	Ciro Franci	2007	Colombia	Armenia	Colegio Odontológico	Pregrado	odontóloga
39	Creencias en salud oral en gestantes de Santander de Quilichao	Anny Katherine Idrobo	2007	Colombia	Santander de Quilichao	Colegio Odontológico	Pregrado	odontóloga
40	Evaluación de foco de infección a nivel oral en mujeres con preclampsia en el área metropolitana de Bucaramanga en el periodo comprendido entre febrero de 2006 a junio de 2008	José Leandro Carrillo Morales	2008	Colombia	Bucaramanga	Universidad Santo Tomás	Pregrado	Odontólogo
41	Identificación de microorganismos periodonto patógenos por técnicas de biología molecular en gestantes con enfermedad periodontal que acuden al hospital san juan de dios de girón Santander	John Alexander Estupiñan Alarcón	2014	Colombia	Girón	Universidad Santo Tomás	pregrado	Odontólogo
42	Programa preventivo en salud oral para controlar factores de riesgo asociados a caries y	Claudia Milena Riveros Alejo	2006	Colombia	Bucaramanga	Universidad Santo Tomás	especialista	Odontopediatría

	enfermedad periodontal en mujeres gestantes							
43	Identificación de prácticas y creencias relacionadas con la salud oral en mujeres gestantes afiliadas a salud total eps Bucaramanga	Liliana Claro Velásquez	2009	Colombia	Bucaramanga	Universidad Santo Tomás	pregrado	Odontóloga
44	Análisis del bajo peso al nacer y el parto pretérmino de los hijos de gestantes que participaron en un programa de promoción y prevención en salud oral	Amina Muñoz Cabeza	2009	Colombia	Bucaramanga	Universidad Santo Tomás	pregrado	Odontóloga
45	Implementación de un programa educativo dirigido al personal de salud responsable del control prenatal, orientado a promover la salud oral de las gestantes	Liliana Rocio Hormiga Para	2009	Colombia	Bucaramanga	Universidad Santo Tomás	pregrado	Odontóloga
46	Evaluación de un material educativo sobre la importancia de la práctica de la lactancia materna exclusiva y su relación con el desarrollo del sistema estomatognático dirigido a gestantes: estudio piloto	Laura Milena Arias Landazabal	2011	Colombia	Bucaramanga	Universidad Santo Tomás	pregrado	Odontóloga
47	Alteraciones bucodentarias en pacientes gestantes	Elvis Ruddy Machuca Zambrano	2005-2006	Ecuador	Manta-Manabi	Universidad Laica "Eloy Alfaro" de Manabi	Pregrado	odontóloga
48	Estrategias de prevención e intervención en problemas odontológicos de clientes externas embarazadas que acuden al centro de salud No1 de Ibarra durante el periodo julio del 2008 a marzo del 2009	Hilda Jessica Castillo Alarcón	2010	Ecuador	Ibarra	Universidad Técnicas del Norte	Maestría	Gerencia de servicios de salud y economía
49	Prevalencia de enfermedad periodontal en mujeres embarazadas en el Hospital-Maternidad	José Luis Icaza Martínez	2008	Ecuador	Quito	Universidad San Francisco de Quito	Especialista	Periodoncia

	Mariana de Jesús de la ciudad de Guayaquil							
50	Implementación de un programa de salud oral para embarazadas en el sucentro de salud "Pacheco" de la ciudad de Portoviejo	Katuska Montaña	2010	Ecuador	Portoviejo	Universidad Técnica Particular de Loja	NR	NR
51	Atención de salud bucal en mujeres embarazadas y niños de la primera infancia	Miguel Ángel Jara Armigos	2002	Ecuador	Cuenca	Universidad de Cuenca	NR	NR
52	Hábitos de higiene y alimentación y su relación con los problemas bucodentales de las embarazadas que asisten al departamento odontológico del Hospital "Verdi Ceballos Balda" de la ciudad de Portoviejo Periodo Marzo-Julio del 2009	Luis Eduardo Hinojosa Benalcázar	2009	Ecuador	Portoviejo	Universidad San Gregorio de Porto viejo	NR	NR
53	Conocimientos , actitudes y prácticas en salud bucal de las embarazadas que consultan al centro de atención permanente para pacientes ambulatorios (CENAPA) de Cobán Alta Verapaz y su relación con prevalencia de caries dental y enfermedad periodontal. Guatemala, septiembre 2010	Jorge Arturo Izaguirre Paredes	2012	Guatemala	San Juan Chamelco	Universidad Rafael Landívar	Magister	Salud Pública con énfasis en epidemiología y gerencia
54	Creencias , actitudes y prácticas en relación con la salud oral en la mujer gestante en una comunidad de etnia Tzotuhii, en Chicacao, Suchitepequez	Ponciano JA España Guerra	1999	Guatemala	Guatemala	Universidad de San Carlos de Guatemala	Pregrado	Cirujano dentista

55	Prevalencia de gingivitis en mujeres embarazadas que asisten al hospital rural IMSS oportunidades, ubicados en Papantla Veracruz	Mariana Pérez Luna	2011	México	Veracruz	Universidad Veracruzana	NR	NR
56	Nivel de conocimientos sobre prevención en salud bucal en gestantes del centro de salud de Paján Agosto-Noviembre 2010	Catherin A Ruiz Cisneros	2010	Perú	Trujillo	Universidad Nacional de Trujillo		Bachiller en Estomatología
57	Nivel de conocimientos en el manejo estomatológico de la paciente gestante en internos de odontología de tres universidades peruanas, 2009	Pedro Iván Hinojosa Medrano	2009	Perú	Lima	Universidad Nacional de San Marcos	Pregrado	Cirujano dentista
58	Nivel de conocimientos sobre salud bucal en gestantes del distrito Chimbote, provincia del Santa, departamento de Ancash noviembre 2012	Aida Nolasco Torres	2013	Perú	Chimbote	Universidad Católica los Ángeles Chimbote	Magister	Ciencias de la salud
59	Nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal en gestantes del Hospital Nacional Daniel A. Carrión en el año 2002	Martha Cecilia Rodríguez Vargas	2002	Perú	Lima	Universidad Nacional Mayor de San Marcos	Pregrado	Cirujano dentista
60	Influencia de las estrategias didácticas de organización sobre conocimientos de salud bucal en madres gestantes del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolome Lima 2013	Gian Carlo Valdéz Velásco	2014	Perú	Lima	Universidad Nacional Mayor de San Marcos	Maestría	NR
61	Nivel de conocimiento sobre salud oral en gestantes del HONADOMANI "San Bartolomé"-MINSA, en el año 2012	David Barrios Lambruschini	2012	Perú	Lima	Universidad Nacional Mayor de San Marcos	Pregrado	odontóloga

62	Impacto social de los programas de salud oral en mujeres gestantes del Centro de Salud Carmen de la Legua Reynoso-Callao 2001	Gerardo Ruben Ayala de la Vega	2004	Perú	Lima	Universidad Nacional Mayor de San Marcos	NR	NR
63	Grado de enfermedad periodontal de la madre gestante como factor de riesgo en relación al bajo peso de los niños recién nacidos en el Hospital Santa Rosa, Julio-Agosto 2003	Luis Eduardo Cisneros Pérez	2003	Perú	Lima	Universidad Nacional Mayor de San Marcos	NR	NR
64	Enfermedad periodontal materna como factor de riesgo de prematuridad y bajo peso al nacer	Julissa Dulanto Vargas	2014	Perú	Lima	Universidad Nacional Mayor de San Marcos	NR	NR
65	Estudio microbiológico de la bacteria prevotella intermedia en el surco gingival de gestantes con diferentes grado de placa bacteriana-Hospital Nacional docente Madre-Niño San Bartolomé	Marian Yazmín Cabrera Yáñez	2004	Perú	Lima	Universidad Nacional Mayor de San Marcos	NR	NR
66	Enfermedad periodontal de la gestante en asociación con el retardo de crecimiento intrauterino en recién nacidos del Hospital Docente Madre Niño San Bartolomé en el año 2008	Kilder Maynor Carranza Samanez	2008	Perú	Lima	Universidad Nacional Mayor de San Marcos	NR	NR
67	Prevalencia de caries dental en relación al nivel de conocimientos sobre medidas de higiene oral en primigestantes y multigestantes que se atendieron en el policlínico Francisco Pizarro-Essalud Rimac de Marzo a Mayor de 2008	Sally Isela Yncio Lozada	2009	Perú	Lima	Colegio Odontológico del Perú	NR	NR

68	pH y flujo salival en gestantes del primer trimestre de embarazo procedentes del Hospital "María Auxiliadora" Distrito de San Juan de Miraflores, Lima-2010	Erik Jhon Cerna Belleza	2010	Perú	Lima	Colegio Odontológico del Perú	NR	NR
69	Frecuencia de gingivitis en adolescentes embarazadas en edad de 12-17 años que asistieron al modulo dental del hospital maternidad de la Altagracia	NR	2007	Santo Domingo	NR	Universidad Autonoma de Santo Domingo	NR	NR
70	Condiciones bucodentales de las mujeres embarazadas menores de 18 años que acuden al Hospital San Lorenzo de los Mina agosto- septiembre 2008.	NR	2008	Santo Domingo	NR	Universidad Autonoma de Santo Domingo	NR	NR
71	Frecuencia de enfermedad periodontal en embarazadas atendidas en el hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia en diciembre de 2007	NR	2008	Santo Domingo	NR	Universidad Autonoma de Santo Domingo	NR	NR
72	Frecuencia de enfermedad periodontal en mujeres embarazadas que asisten a la consulta odontológica del hospital nuestra señora de la Altagracia septiembre-octubre 2010	NR	2011	Santo Domingo	NR	Universidad Autonoma de Santo Domingo	NR	NR
73	Nivel de satisfacción de las adolescentes embarazadas que asistieron al control prenatal del centro materno infantil San Lorenzo de los Mina, marzo-abril 2011.	NR	2011	Santo Domingo	NR	Universidad Autonoma de Santo Domingo	NR	NR

74	Comportamiento de la enfermedad periodontal versus los factores socio-económico en gestantes en la maternidad Nuestra Señora de la Altagracia y el Hospital de la Mujer. abril-julio 2011.	NR	2011	Santo Domingo	NR	Universidad Autónoma de Santo Domingo	NR	NR
75	Nivel de conocimiento de los estudiantes de odontología de clínica III a la VI sobre los factores de riesgo de mujeres embarazadas, escuela de odontología, Universidad Autónoma de Santo Domingo, agosto-septiembre 2010	NR	2011	Santo Domingo	NR	Universidad Autónoma de Santo Domingo	NR	NR
76	Prevalencia de la enfermedad periodontal en mujeres embarazadas que asisten al Centro Materno Infantil San Lorenzo de los mina en el periodo agosto-octubre 2011.	NR	2012	Santo Domingo	NR	Universidad Autónoma de Santo Domingo	NR	NR
77	Relación entre Enfermedad Periodontal y Parto Pretérmino en el Servicio de Sala de Partos del Hospital Universitario de Santander (HUS)	Méndez Sastoque CE	2008	Bucaramanga	Colombia	Universidad Industrial de Santander	Especialista	Médico ginecología

Anexo C

Instrumentos de recolección de datos

Anexo C1

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
DOCTORADO EN SALUD PÚBLICA
DETERMINACIÓN SOCIAL DE LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA DE LAS MUJERES EMBARAZADAS DE
TRES LOCALIDADES DE BOGOTÁ

ENTREVISTA A LAS MUJERES EMBARAZADAS

No. Registro entrevista	
Fecha	
Hora de inicio entrevista	
<p>Explicar a la entrevistada que puede obviar nombres en los relatos que realice: “Cuando se refiera a otra persona que no sea usted y si no desea mencionar su nombre puede nombrarlo de acuerdo al vínculo que tiene: por ejemplo, mi pareja, mi mamá, mi amiga, etc.”</p> <p>Las preguntas iniciales están dirigidas a crear un clima de confianza y hacer que la entrevistada se sienta cómoda e incluyen preguntas acerca de sus antecedentes familiares etc.</p>	
Nombre ¿Qué hace? ¿Cuántos años tiene?	
¿Cuál fue su último año de estudio aprobado?	
¿A qué se dedica actualmente?	
¿Tiene alguna fuente de ingreso? ¿Está trabajando en la actualidad? ¿Fue desvinculada de su trabajo por su embarazo? ¿Hábleme de los trabajos que ha desarrollado en el último año o en los últimos dos? ¿El dinero que recibe es suficiente para cubrir los gastos de su hogar? ¿Qué gastos adicionales han surgido con su embarazo? Explorar si recibe aportes propios, si recibe apoyo de alguien y si los ingresos son suficientes para sostener el hogar en forma adecuada, si durante el embarazo fue desvinculada de su trabajo	
¿De dónde es? ¿Dónde queda? ¿Cuánto tiempo alcanzó a vivir allí? Háblame de este lugar	

(Intentar establecer si es desplazada)	
<p>¿Cuál es su localidad de residencia actualmente? Hace cuánto vive allí Hábleme de ella, cosas como que hacen las mujeres, los niños, las personas Qué le gusta de su localidad o lugar donde vive Qué aspectos hay por mejorar en su localidad o lugar donde vive (Tratar de identificar que tan lejos es, cómo es el servicio de transporte, si la gestante percibe el lugar como peligroso o de difícil acceso; intentando establecer si esto puede estar dificultando el acceso a la atención en salud) Cambió de localidad o de lugar de residencia últimamente y esto que efecto tuvo en usted Cambió de localidad o de lugar de residencia por su embarazo y esto que efecto tuvo en usted</p>	
<p>Qué tipo de vivienda tiene (Explorar si es casa propia o arrendada, dónde queda, cuantos viven en su casa, su comodidad, los servicios con los que cuenta, si la gestante la percibe como incomoda, difícil de circular por ella o que carece de algo que ella necesita)</p>	
<p>Cuál considera qué es su clase social Qué características tiene usted que le permite clasificarse como de esa clase social Se siente usted de esa clase social Viene usted de esa clase social En uno de sus recibos de servicio público cuál es el estrato que registra</p>	
<p>Cuénteme acerca de su familia (Profundizar en la relación con las personas de su familia (padres, hijos, otros parientes significativos)</p>	<p>Relación con el entorno familiar y su potencial influencia sobre sus decisiones en salud</p>
<p>Con quién convive</p>	<p>Relación con el entorno familiar y su potencial influencia sobre sus decisiones en salud</p>

<p>(Establecer con quién vive, si convive con su pareja, la relación es estable, otros hijos, hijos de su pareja, relación con sus padres o los de su pareja, establecer el tipo de familia, el nivel de educación de las personas con las que convive)</p>	
<p>En su hogar quién toma las decisiones frente a un problema (intentar establecer el nivel de autonomía) En cuestiones dinero quien tiene la última palabra En asuntos de salud quién decide</p>	
<p>Cómo es su vinculación a la seguridad social (Identificar el régimen, la EPS, IPS)</p>	
<p>Cuántas semanas de gestación tiene en este momento Hábleme de su embarazo (Intentando explorar la condición de salud, los posibles problemas sociales, laborales, económicos que ha registrado)</p>	
<p>Cuántos controles prenatales ha asistido Háblame de esto (Intentando explorar las posibles dificultades y fortalezas que ha registrado durante sus controles prenatales)</p>	
<p>Cómo describe su estado de salud Cómo se siente en este momento y cómo era antes de su embarazo</p>	
<p>Hay alguna institución que la este atendiendo durante su embarazo (establecer cuál es la institución, si es la misma todo el tiempo, si ha tenido que cambiar por qué tuvo que hacerlo)</p>	
<p>Qué apreciación tiene usted de la o las instituciones que la han atendido En términos de ubicación De las instalaciones</p>	

<p>De la atención del personal administrativo Del personal de salud que la atendió</p>	
<p>Cómo es su salud bucal en este momento de su embarazo Cómo ha sido su salud bucal en los últimos meses de embarazo (Explorar si ha percibido cambios en sus dientes, encía, aliento, obturaciones. Conocer si establece relaciones de su embarazo con su salud oral)</p>	
<p>Cómo era su salud bucal antes de su embarazo Cómo es su relación con los profesionales que le prestan la atención bucal (Intentado conocer si asistía a consulta odontológica, razón de consulta y lugar de atención)</p>	
<p>Qué ha sentido durante su embarazo que sea para usted importante comentar Usted cree que esto puede afectar su boca (Tratando de explorar cómo el embarazo afecta sus salud oral) Cómo su condición oral en el embarazo puede modificar su vida, su salud, su relaciones con las personas, su trabajo, etc (tratando de explorar cómo la salud afecta la salud y la vida de la mujer) (Ingesta, nauseas y/o vómito, masticación, apariencia, molestia, con el trabajo, relaciones sociales, o su trabajo) Cómo su condición oral influencia la condición de salud de su bebe</p>	
<p>Qué apreciación tiene de asistir a la consulta odontológica (Tanto embarazada como no embarazada. Las creencias, los temores, las dificultades, las experiencias odontológicas anteriores)</p>	

<p>Qué le han dicho en cuanto a la asistencia a la consulta odontológica durante su embarazo Su pareja, su familia, sus amigos, los profesionales que la han atendido Que dichos, refranes o afirmaciones ha escuchado con respecto a la relación que tiene el embarazo con la condición de su boca</p>	
<p>Asistió a la consulta odontológica (Explorar si asistió o no?, a cuantas citas?, las razones, la institución que le presta la atención odontológica y su percepción de ella. Durante su embarazo acude por primera vez a la consulta odontológica</p>	
<p>Ha tenido dificultades para asistir a la consulta odontológica cuales (Intentando explorar si son personales, relacionadas con su pareja, su familia, amigos, su trabajo y los permisos que tiene que solicitar) (explorar el desplazamiento, el servicio de transporte, los costos para esto, las distancias, etc) la institución que la atiende de infraestructura, el personal administrativo, las normas, los costos, la citas, la espera, las personas que la atienden, los procedimientos, experiencias anteriores referidas o propias, que el plan que la cubre, le han negado el servicio El embarazo fue la razón para que asistiera por primera vez a la consulta odontológica</p>	
<p>Qué efectos puede tener sobre la salud de su bebe la asistencia o la inasistencia a la consulta odontológica La salud de su bebe puede estar limitando su asistencia a la consulta odontológica</p>	
<p>Cómo fue su salud en sus embarazos anteriores</p>	

Cómo fue el control prenatal en sus otros embarazos Cómo fue su salud bucal en los embarazos anteriores Cómo fue la atención odontológica en sus embarazos anteriores	
Para usted qué efecto tienen sobre la posibilidad asistir a la consulta odontológica durante su embarazo de las personas que administran las instituciones, los que definen las políticas, el sistema de salud	
Tiene alguna inquietud	
Tiene alguna sugerencia para la entrevista	
Cómo se sintió en ella	
Hay alguna cosa que no le hayamos preguntado que considere importante	
Hora de finalización de la entrevista	

Deseo agradecer sus valiosos aportes a este trabajo

Después de la entrevista

Lugar de la entrevista _____

Presencia de otras personas durante la entrevista _____

Comentarios post-entrevista de la entrevistadora (incluir pensamientos/ideas que surgen inmediatamente después de la entrevista)

Resumen del caso (describir en pocas palabras el caso y ubique información al inicio de la entrevista para facilitar el reconocimiento del caso)

Anexo C2

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
DOCTORADO EN SALUD PÚBLICA
DETERMINACIÓN SOCIAL DE LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA DE LAS MUJERES EMBARAZADAS DE
TRES LOCALIDADES DE BOGOTÁ

ENTREVISTA A LAS MUJERES EN POSTPARTO

No. Registro entrevista	
Fecha	
Hora de inicio entrevista	
<p>Explicar a la entrevistada que puede obviar nombres en los relatos que realice: “Cuando se refiera a otra persona que no sea usted y si no desea mencionar su nombre puede nombrarlo de acuerdo al vínculo que tiene: por ejemplo, mi pareja, mi mamá, mi amiga, etc.”</p> <p>Preguntas iniciales sobre la entrevistada y su familia: Estas preguntas están dirigidas a crear un clima de confianza y hacer que la entrevistada se sienta cómoda e incluyen preguntas acerca de sus antecedentes familiares etc.</p> <p>Se puede iniciar la entrevista con una intervención integral así: “Para conocerla, hágame de usted y de su familia</p>	
¿Cuántos años tiene?	
¿Cuál fue su último año de estudio aprobado?	
¿A qué se dedica actualmente?	
Durante su embarazo que se dedicaba	
¿Tuvo alguna fuente de ingreso? Explorar si recibía un salario tenía recursos propios, si recibió apoyo de alguien y si los ingresos fueron suficientes para sostener el hogar en forma adecuada, si durante el embarazo fue desvinculada de su trabajo	
¿De dónde es? ¿Dónde queda? Háblame de este Durante su embarazo se vio enfrentada a alguna forma de desplazamiento	
¿Cuál es su localidad de residencia actualmente? ¿Durante su embarazo residió en esa misma localidad? Cómo es o cómo fue ese lugar de residencia (Intentado establecer si han ocurrido cambios como resultado de la gestación) (Trate de identificar que tan lejos era, cómo era el servicio de transporte, si la gestante percibió el lugar como peligroso o de difícil acceso)	
Qué tipo de vivienda tiene y/o cómo era cuando estaba embarazada	

(Explorar residía en casa propia o arrendada, dónde quedaba, cuantos vivían en su casa, su comodidad, los servicios con los que cuenta, si la gestante la percibía como incomoda, difícil de circular por ella o que carecía de algo que ella necesita)	
En uno de sus recibos de servicio público cuál era el estrato que registra	
Cuénteme acerca de su familia (Profundizar en la relación con las personas de su familia (padres, hijos, otros parientes significativos) Como recibieron la noticia de su embarazo; compartieron con usted su embarazo; como fue la relación con ellos mientras estuvo embarazada	
Con quién convivió durante su embarazo (Establecer con quién vivió mientras estuvo embarazada, si convivió con su pareja, la relación fue estable, otros hijos, hijos de su pareja, relación con sus padres o los de su pareja, establecer el tipo de familia, el nivel de educación de las personas con las que convive y con las que convivió durante su embarazo)	
En su hogar quién toma las decisiones (intentar establecer el nivel de autonomía) En cuestiones dinero quien tiene la última palabra En asuntos de salud quién decide Fue igual durante su embarazo	
Cómo es su vinculación a la seguridad social (Identificar el régimen, la EPS, IPS)	
Hábleme de su embarazo (Intentando explorar la condición de salud, los posibles problemas sociales, laborales, económicos que registró)	
Ha cuántos controles prenatales asistió Háblame de esto (Intentando explorar las posibles dificultades que registró durante sus controles prenatales)	
Cómo describe su estado de salud en este momento y cómo era antes y durante su embarazo	
Hubo alguna institución en particular que la atendió durante su embarazo (establecer cuál era la institución, si fue la misma todo el tiempo, si tuvo que cambiar por qué tuvo que hacerlo)	

<p>Qué apreciación tiene usted de la o las instituciones que la atendieron durante su embarazo (en términos de ubicación, las instalaciones, la atención del personal administrativo, del personal de salud que la atendió)</p>	
<p>Cómo es su salud oral en este momento; cómo fue su salud oral mientras estuvo embarazada (Explorar si percibió cambios en sus dientes, encía, aliento, obturaciones. Conocer si establece relaciones de su embarazo con su salud oral)</p>	
<p>Cómo era su salud oral antes de su embarazo (Intentado conocer si asistía a consulta odontológica, razón de consulta y lugar de atención)</p>	
<p>Qué sintió durante su embarazo que sea para usted importante comentar Usted cree que esto pudo afectar su boca (Tratando de explorar cómo el embarazo afecta sus salud oral) Su condición oral en el embarazo modificó de alguna forma su vida, su salud, su relaciones con las personas, su trabajo, etc (tratando de explorar cómo la salud afecta la salud y la vida de la mujer) (Ingesta, náuseas y/o vómito, masticación, apariencia, molestia, con el trabajo, relaciones sociales, o su trabajo)</p>	
<p>Qué apreciación tiene de asistir a la consulta odontológica (Tanto embarazada como no embarazada. Las creencias, los temores, las dificultades, las experiencias odontológicas anteriores)</p>	
<p>Qué le dijeron en cuanto a la asistencia a la consulta odontológica durante su embarazo Su pareja, su familia, sus amigos, los profesionales que la han atendido</p>	
<p>Asistió a la consulta odontológica (Explorar si asistió o no?, a cuantas citas?, las razones, la institución que le prestó la atención odontológica y su percepción de ella. Durante su embarazo acudió por primera vez a la consulta odontológica)</p>	
<p>Tuvo dificultades para asistir a la consulta odontológica durante su embarazo cuáles (Intentando explorar si son personales, relacionadas con su pareja, su familia, amigos, su trabajo y los permisos que tiene que solicitar)</p>	

(explorar el desplazamiento, el servicio de transporte, los costos para esto, las distancias, etc) la institución que la atiende de infraestructura, el personal administrativo, las normas, los costos, la citas, la espera, las personas que la atienden, los procedimientos, experiencias anteriores referidas o propias, que el plan que la cubre, le han negado el servicio	
Para usted qué efecto tuvo sobre la posibilidad asistir a la consulta odontológica durante su embarazo de las personas que administran las instituciones, los que definen las políticas, el sistema de salud	
Cómo se relacionan los aspectos personales, los relacionados con las instituciones y los que tienen que ver con los que administran, los que formulan políticas y los aspectos políticos económicos y culturales con la atención odontológica de las gestantes	
Tiene alguna inquietud	
Tiene alguna sugerencia para la entrevista	
Cómo se sintió en ella	
Hay alguna cosa que no le hayamos preguntado que considere importante	
Hora de finalización de la entrevista	

Deseo agradecer sus valiosos aportes a este trabajo

Después de la entrevista

Lugar de la entrevista _____

Presencia de otras personas durante la entrevista _____

Comentarios post-entrevista de la entrevistadora (incluir pensamientos/ideas que surgen inmediatamente después de la entrevista)

Resumen del caso (describir en pocas palabras el caso y ubique información al inicio de la entrevista para facilitar el reconocimiento del caso)

Anexo C3

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
DOCTORADO EN SALUD PÚBLICA
DETERMINACIÓN SOCIAL DE LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA DE LAS MUJERES EMBARAZADAS DE
TRES LOCALIDADES DE BOGOTÁ**

**ENTREVISTA A LOS INFORMANTES BASE, PROFESIONALES DE LA SALUD, ADMINISTRADORES DE
INSTITUCIONES**

No. Registro entrevista	
Fecha	
Hora de inicio entrevista	
<p>La información que me puede aportar es muy importante porque usted tiene una visión integral de lo que puede estar ocurriendo en el proceso de la atención odontológica desde la perspectiva de todos los actores</p> <p>Explicar a la persona entrevistada que puede obviar nombres en los relatos que realice: “Cuando se refiera a otra persona que no sea usted y si no desea mencionar su nombre puede nombrarlo de acuerdo al vínculo que tiene: el o los odontólogos, el coordinador, mi jefe, la auxiliar, la secretaria, etc.”</p> <p>Las preguntas iniciales están relacionadas con el trabajo que ejecuta y están dirigidas a crear un clima de confianza y hacer que la persona entrevistada se sienta cómoda e incluyen preguntas acerca de sus antecedentes profesionales etc.</p> <p>Se puede iniciar la entrevista con una intervención integral así: “Para conocerla, háblame de usted y de su trabajo”</p>	
¿Cuál es su cargo actual? ¿Hace cuánto tiempo que lo ejerce? ¿Cuáles son las tareas que desempeña? Institución a la que está vinculado	
¿Cuántos años tiene?	
¿Qué profesión tiene? ¿Hace cuanto tiempo se graduó de pregrado? ¿Tiene alguna especialidad? En caso positivo ¿Cuál? ¿Hace cuanto tiempo se graduó en su especialidad? ¿Qué otros estudios ha cursado? ¿Cómo el pregrado y el posgrado le han apoyado en el cargo que ejerce actualmente?	
Con base en la información que usted maneja cómo describiría la salud oral de las mujeres gestantes Cuáles son las enfermedades orales que se reporta con mayor frecuencia	

<p>Desde su perspectiva usted considera que la atención odontológica que se presta a las gestantes logra cubrir las necesidades de estas en materia de salud oral</p>	
<p>Qué aspectos relacionados con las gestantes pueden estar influenciando su atención a la consulta odontológica Explorar si son aspectos biológicos, aspectos relacionados con las creencias, temores o con las prácticas de las mujeres gestantes; el nivel educativo; su vinculación al SGSSS o aspectos relacionados con lo económico (dependencia); aspectos relacionados con su trabajo; con la residencia; el lugar donde vive; los medios de transporte; las condiciones climáticas</p>	
<p>Qué aspectos relacionados con la pareja de la gestante o de su familia pueden estar influenciado su atención odontológica Explorar si la pareja o la familia pueden haber recomendado o impedido a la gestante acudir a la consulta odontológica; ha escuchado que refieran creencias, temores en el núcleo familiar o pareja; la condición social de la familia; la condición económica;</p>	
<p>Qué aspectos relacionados con el núcleo social o el grupo al que pertenecen las gestantes puede estar influenciado su atención odontológica Explorar cómo las(os) amigas(os), los compañeros de trabajo; el lugar de trabajo; las condiciones laborales afectan la atención odontológica</p>	
<p>Qué aspectos relacionados con los profesionales de la salud oral pueden influenciar la atención odontológica de las gestantes Explorar aspectos relacionados con la edad, la experiencia, La destreza, la institución de la que es egresado, la carga laboral, la vinculación laboral, las condiciones de contratación y pago; la estabilidad laboral; los horarios de trabajo; las relaciones familiares; las relaciones con otros colegas, otros profesionales, compañeros de trabajo; los compromisos que deben cumplir; el cumplimiento de metas; las actividades</p>	

administrativas; la forma como se comunica y relaciona con los pacientes	
<p>Cómo se articula la atención odontológica con los servicios de Control Prenatal</p> <p>Cómo participan otros profesionales de la salud en los procesos de atención odontológica de la gestantes y cómo es su actitud</p> <p>Cómo se vincula a los programas de P y P u otros programas que se desarrollan en la institución</p>	
<p>Qué aspectos relacionados con la dinámica y políticas institucionales pueden influenciar la atención odontológica de la gestante</p> <p>Las políticas de la institución relacionadas con la atención; los tramites que la gestante debe cumplir para poder pedir cita odontológica; los trámites administrativos; los trámites para el pago; las barreras de acceso que tan fácil es acceder a los centros de atención odontológica; cómo es el servicio de transporte tienen calles, escaleras que dificulten el acceso; las salas de espera; la carencia de equipos e insumos odontológicos que pueden estar impidiendo prestar atención odontológica de las gestantes</p>	
<p>Qué aspectos relacionados con las políticas de salud pueden estar influenciando la atención odontológica de las gestantes</p> <p>Cuáles son las normas que rigen la atención odontológica de la mujer gestante en la actualidad</p> <p>Como influenció la Ley 100 del 93 la atención odontológica de las gestantes</p> <p>Cómo influenció la resolución 412 de 2000 la atención odontológica de las gestantes</p> <p>Cómo influenció la 1122 de 2008 la atención odontológica de las gestantes</p> <p>Cómo influenció el decreto 3039 de 2007 la atención odontológica de las gestantes</p> <p>Cómo influenció la resolución 425 de 2008 la atención odontológica de las gestantes</p> <p>Cómo influenció la Ley 1438 de 2011 la atención odontológica de las gestantes</p> <p>El acuerdo 029 de 2011 en la atención odontológica de las gestantes</p>	

<p>Qué injerencia tienen los administradores de las instituciones y los aspectos administrativos en la atención odontológica de la gestante</p> <p>Qué dificultades enfrentan; que problemas relacionados con la dinámica institucional o las políticas influyen su trabajo en la administración de las instituciones y que tienen efecto sobre la atención odontológica de la gestante</p> <p>Qué aspectos personales pueden estar influenciando su proceso de administración de los servicios de salud que atienden las gestantes y particularmente su atención odontológica</p>	
<p>Cómo usted cree que se da la dinámica de todos estos aspectos que analizamos sobre la atención odontológica de la gestante</p> <p>Intentando ver en conjunto los aspectos relacionados con las gestantes, los profesionales, los administradores, las instituciones, las políticas</p>	
Tiene alguna inquietud	
Tiene alguna sugerencia para la entrevista	
Cómo se sintió en ella	
Hay alguna cosa que no le hayamos preguntado que considere importante	
Hora de finalización de la entrevista	

Deseo agradecer sus valiosos aportes a este trabajo

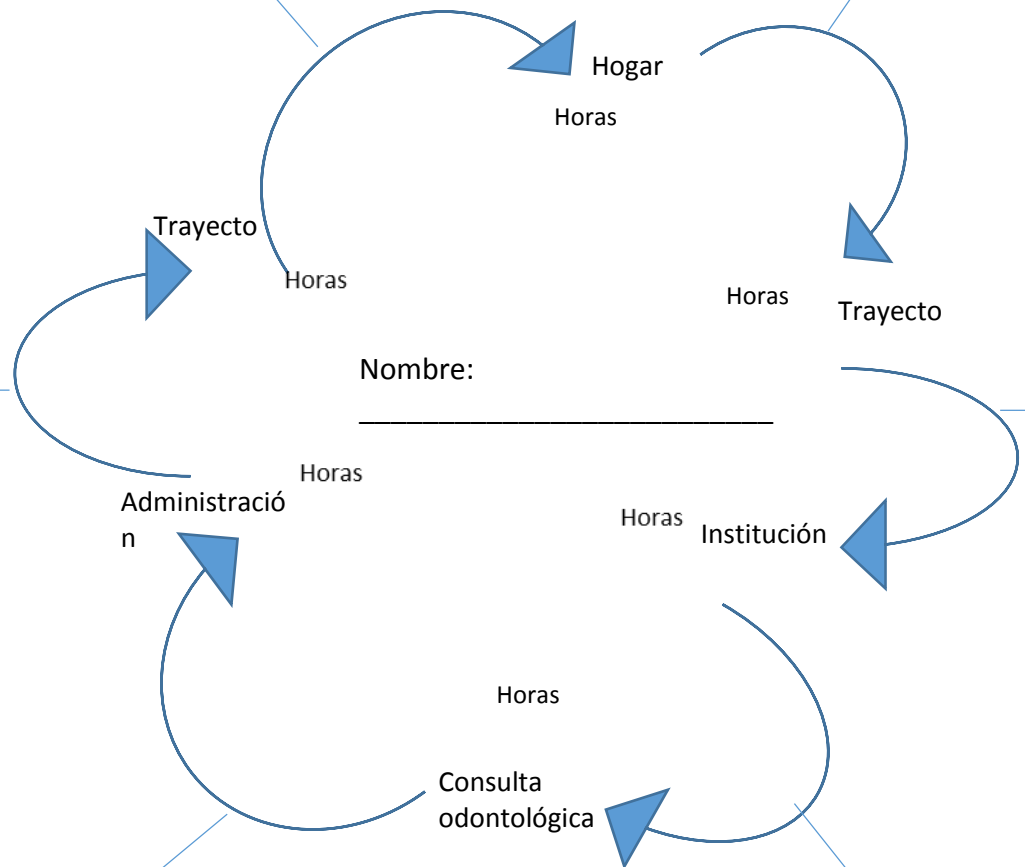
Después de la entrevista

Lugar de la entrevista _____

Presencia de otras personas durante la entrevista _____

Comentarios post-entrevista de la entrevistadora (incluir pensamientos/ideas que surgen inmediatamente después de la entrevista)

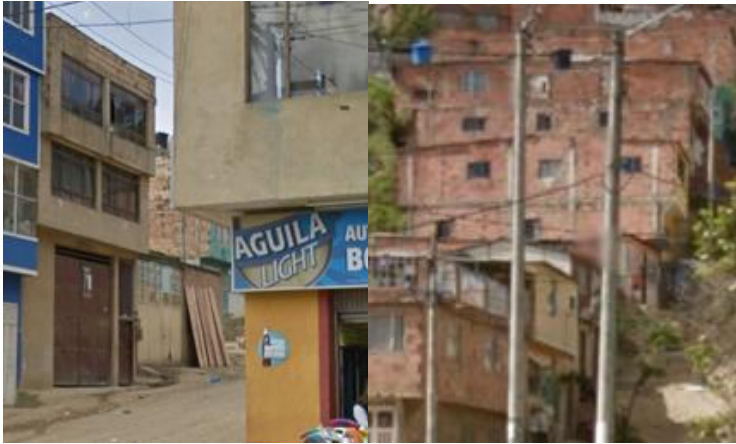
ANEXO C4



- Nombre:
- Dirección:
- Teléfono:
- Edad:
- Escolaridad:
- Ocupación:
- Procedencia:
- Afiliación:
- EPS:
- Dirección:
- IPS:
- Dirección:
- Semana de gestación:
- # CPNT:
- # Citas odontológicas:
- Fecha inicio tratamiento:
- Razón consulta:
- Condición de salud:
- Pareja:
- Edad:
- Tipo de Unión:
- Trabajo pareja:
- Nivel educativo:
- Representaciones:
- Experiencias anteriores:

ANEXO D. SEGUIMIENTO A LA RUTA DE ATENCIÓN DE MUJERES EMBARAZADAS

Ruta de atención de una gestante Atendida en Usaquén (Simón Bolívar)



La séptima (ubicación EPS) (Jerusalén Portal el Tunal)



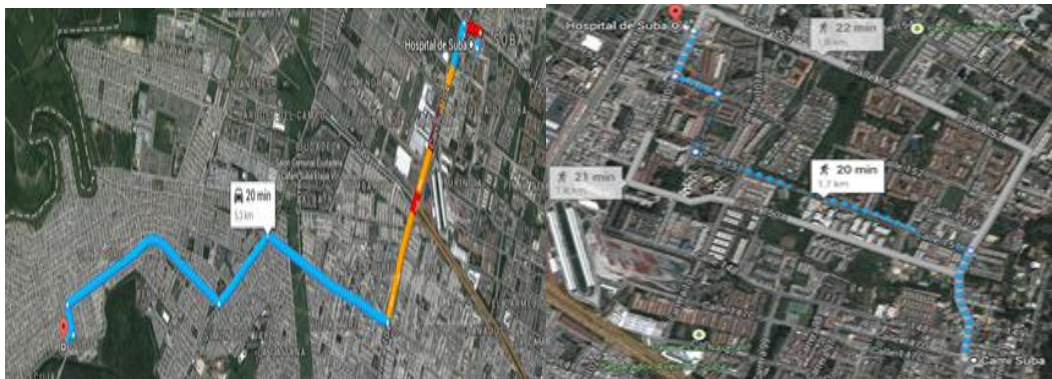
(Jerusalén-7ª con 48) (Jerusalén-Clinica San Bartolomé) (Jerusalén-H Simón Bolívar)



Ruta de atención de una gestante atendida en Suba



(Barrio Lisboa) (CAMI SUBA) (Hospital de Suba)

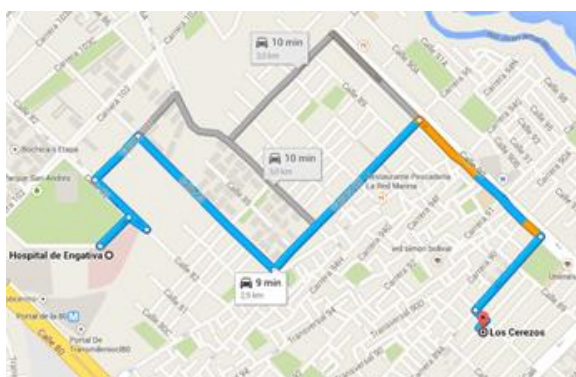


(Ruta Barrio Lisboa-hospital de Suba) (hospital de suba-Cami Suba)

Ruta de una gestante atendida en Engativá

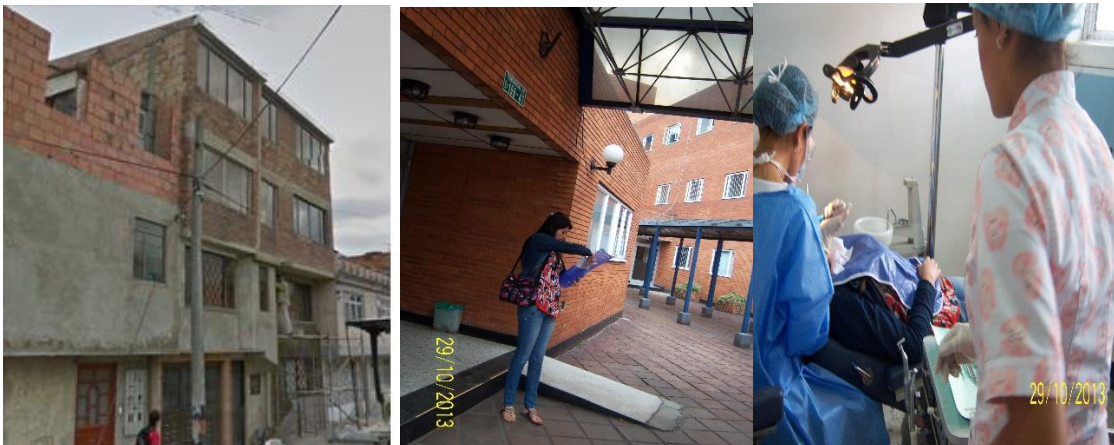


Barrio los cerezos- Hospital de Engativá



Ruta Engativa-Barrio los Cerezos

Ruta de una gestante atendida en Usaquén (Simón Bolívar)



(Barrio ferias casa 2)



ANEXO E

Análisis de los datos orientados a identificar las tendencias epidemiológicas a partir de la base aportada por la Universidad El Bosque (técnica extensiva)

Tabla 1. Variables relacionadas localidad y nivel socioeconómico de las mujeres embarazadas de tres localidades de la red norte de Bogotá evaluadas en el segundo semestre 2012 a partir de la base aportada por la U.El Bosque

Variable	Total	Atención odontológica		P
		No	Si	
		Frec. (%)	Frec. (%)	
Total	798(100)	324 (40,6)	474 (59,4)	
Localidad				
Suba	462(57,9)	118 (36,4)	344 (72,6)	<0,0001*
Engativá	181(22,7)	131(40,4)	50 (10,6)	
Usaquén	155 (19,4)	75 (23,2)	80 (16,9)	
Estrato Socioeconómico				
1	114(15,1)	46(15,5)	68(14,9)	
2	400(53,1)	146(49,2)	254(55,6)	
3	240(31,8)	105(35,4)	135(29,5)	0,187 *

*Chi²

Tabla 2. Variables relacionadas con el sistema de atención al que están vinculadas las mujeres embarazadas de tres localidades de la red norte de Bogotá evaluadas en el segundo semestre 2012 a partir de la base aportada por la U. El Bosque

Variable	Atención odontológica			P
	Total Frec(%)	No Frec(%)	Si Frec(%)	
Régimen	788(100)	316(40,1)	472 (59,9)	0,273*
Contributivo	35(4,4)	12(3,8)	23(4,9)	
Subsidiado	422(53,6)	180 (57)	242(51,3)	
Vinculado	331 (42)	124(39,2)	207(43,9)	
Aseguradora	790(100)	317(40,2)	473 (59,9)	0,022**
SISBEN	104 (13,2)	31(9,8)	73(15,4)	
Privada	347 (43,2)	157(49,5)	190(40,2)	
Fondo Distrital	338 (42,8)	129(40,7)	209(44,2)	
Contributivo	1 (0,1)	---	1(0,2)	

*Chi² **Test exacto de Fisher

Tabla 3. Variables sociales relacionadas con las mujeres embarazadas de tres localidades de la red norte de Bogotá evaluadas en el segundo semestre 2012, a partir de la base aportada por la U. El Bosque

Variable	Atención Odontológica			P
	Total Frec(%)	No Frec(%)	Si Frec(%)	
Escolaridad	749 (100)	296(39,5)	453(60,5)	0,096*
Ninguno	15(2)	8(2,7)	7(1,6)	
Primaria	121(16,2)	53 (17,9)	68(15,1)	
Secundaria	467 (62,3)	191(64,5)	276(60,9)	
Técnico	107 (14,3)	32 (10,8)	75(16,6)	
Profesional	39 (5,2)	12(4,1)	27(6)	
Estado Civil	745(100)	290(38,9)	455(61,1)	0,328**
Soltera	197(26,4)	85(29,3)	112(24,6)	
Casada	41(5,5)	14(4,8)	27(5,9)	
Viuda	18(2,4)	6(2,1)	12(2,6)	
Unión libre	485(65,1)	182(62,8)	303(66,6)	
Divorciada	4(0,5)	3(1)	1(0,2)	
Edad (años)	798(100)	324(40,6)	474(59,4)	0,147*
18-20	219 (27,4)	94(29)	125(26,4)	
21-30	440(55,1)	173 (53,4)	267(56,3)	
31-39	114 (14,3)	42 (13)	72(15,2)	
40-46	25 (3,1)	15(4,6)	10(2,1)	

*Chi² **Test exacto de Fisher

Tabla 4. Variables relacionadas con la condición bucal y la asistencia a la consulta odontológica de las mujeres embarazadas de tres localidades de la red Norte evaluadas en el segundo semestre 2012, a partir de la base aportada por la U. El Bosque

Variable	Atención odontológica			P
	Total Frec(%)	No Frec(%)	Si Frec(%)	
Condición periodontal	798(100)	324(40,6)	474(59,4)	0,025*
Normal	29 (3,6)	5 (1,5)	24 (5,1)	
Sangrado	158 (19,8)	69 (21,3)	89(18,8)	
Cálculos	475 (59,5)	185(57,1)	290(61,2)	
Bolsas 4-5 mm	120(15)	57 (17,6)	63(13,2)	
Bolsas 6mm	16(2)	8(2,5)	8(1,7)	
Cariados	0 (0-2) ♦	1(0-2) ♦	0(0-2) ♦	0,0006 **
Obturados	2(0-6) ♦	2(0-5) ♦	3(0-6) ♦	0,0469 **
Perdidos	0 (0-2) ♦	0 (0-2) ♦	0 (0-2) ♦	0,4261 **
COP(d)	5 (2-9) ♦	5 (2-9) ♦	5 (2-9) ♦	0,542 **
Conocimientos relacionados asistencia consulta odontológica	798 (100)	324(40,6)	474(59,4)	<0,0001*
Mal	117(14,7)	75(23,1)	42(8,9)	
Regular	354(44,4)	164(50,6)	190(40,1)	
Buenos	327 (41)	85(26,2)	242(51,1)	

*Chi² ** Test de Rangos de Wilcoxon ♦ Mediana (rango intercuartílico)

Tabla 5. Nivel de consistencia interna para la variable conocimientos relacionados con la asistencia a la consulta odontológica de las mujeres embarazadas de tres localidades de la red Norte evaluadas en el segundo semestre 2012, a partir de la base aportada por la U. El Bosque

Variable	Promedio de correlación	Coefficiente de reproducibilidad
Conocimientos relacionados con la asistencia a la consulta odontológica	0.8456 †	0.9163 †

† Alfa de Cronbach

Tabla 6. Modelos multivariados de regresión logística y multinivel valorando los determinantes de la atención odontológica de las mujeres embarazadas que asisten a control prenatal a Engativá, Suba y Usaquén, 2012

Variable	Criterio	Vacío (n=745) OR (IC95%)	Modelo 1 (n=745) OR (IC95%)	Modelo 2 (n=745) OR (IC95%)	Modelo 3 (n=745) OR (IC95%)	Modelo 4 (n=745) OR (IC95%)
	intercepto	1,46(1,26;1,69)	1,25(0,27;5,83)	3,63(1,97;6,67)	2,75(0,46;16,35)	1,60(0,28;9,05)
Escolaridad	Primaria		0,89(0,27;2,93)		0,48(0,13;1,75)	0,43(0,12;1,61)
	Secundaria		0,94(0,30;2,96)		0,57(0,16;2,00)	0,53(0,15;1,93)
	Técnico		1,43(0,42;4,81)		0,62(0,17;2,36)	0,59(0,15;2,24)
	Profesional		1,54(0,40;5,85)		1,15(0,26;5,00)	1,06(0,23;4,77)
Estado Civil	Casada		1,63(0,77;3,43)		2,37(1,00;5,60)*	2,21(0,90;5,42)*
	Viuda		1,74(0,60;5,03)		1,79(0,50;6,44)	1,12(0,32;3,87)
	Unión libre		1,43(0,99;2,05)		1,51(1,00;2,27)*	1,45(0,96;2,20)*
	Divorciada		0,39(0,03;4,73)		0,38(0,03;4,13)	0,36(0,03;4,31)
Edad(años)	21-30		1,10(0,73;1,51)		1,28(0,84;1,96)	1,14(0,74;1,75)
	31-39		1,21(0,72;2,01)		1,79(0,97;3,31)	1,47(0,74;1,75)
	40-46		0,55(0,21;1,41)		0,72(0,23;2,25)	0,77(0,22;2,63)
Condición peridontal	Sangrado		0,32(0,11;0,92)*		0,63(0,21;1,91)	0,66(0,21;2,04)
	Cálculos		0,41(0,14;1,14)		1,06(0,37;3,10)	1,09(0,37;3,20)
	Bolsas 4-5mm		0,30(0,11;0,89)*		0,59(0,19;1,80)	0,58(0,19;1,81)
	Bolsas 6 mm		0,37(0,08;1,59)		0,49(0,11;2,24)	0,28(0,06;1,35)
Caries	caries		0,97(0,50;1,86)		0,89(0,44;1,81)	1,02(0,97;1,06)
Conocimiento asistencia Od.	Regular		1,90(1,17;3,09)*		1,24(0,69;2,23)	2,79(1,34;5,80)*
	Malo		4,91(2,96;8,15)*		5,32(2,89;9,78)*	6,63(4,18;10,51)*
Localidad	Engativa			0,09(0,06;0,15)*	0,06(0,03;0,09)*	0,03(0,018;0,63)*
	Usaquén			0,37(0,25;0,55)*	0,36(0,22;0,59)*	0,31(0,18;0,52)*
Aseguradora	Privada			0,54(0,32;0,91)*	0,53(0,29;0,95)*	0,61(0,31;1,10)
	Fondo Distrital			0,67(0,39;1,16)	0,68(0,38;1,24)	0,70(0,38;1,15)

Contributivo				472000000(0)	3,78e+07(0)	3,59e+07(0)
Nivel socioeconómico	ESE2			1,23(0,78;1,95)*	1,3(0,78;2,18)	1,28(0,76;2,15)
	ESE3			1,81(1,07;3,05)*	1,89(1,05;3,43)*	1,94(1,07;3,52)*
	CCI(Rho)	0,00024	1,78E-07	3,40E-08	0,00041	1,66E-03
	sigma u	0,028	0,0007	0,0003	5,12E-08	5,41E-07
	Log likelihood	-538,95	-451,75	-435,31	-371,66	-360,77
	Deviance	1077,9	903,5	870,62	743,32	721,54

Modelo 1: Variables primer nivel

Modelo 2: Variables segundo nivel

Modelo 3: Modelo saturado

Modelo 4: Modelo mixto

Tabla 7. Modelo final de regresión logística mixto saturado en múltiples niveles de las variables que explican la atención odontológica de las mujeres embarazadas de tres localidades de la red norte de Bogotá evaluadas en el segundo semestre 2012, a partir de la base aportada por la U. El Bosque

Variable	OR	IC95%	P
Localidad			
Engativá	0,03	0,02;0,06	<0,0001
Usaquén	0,3	0,2;0,5	<0,0001
ESE			
ESE2	1,2	0,8;2,2	0,348
ESE3	1,9	1,1;3,5	0,027
Escolaridad			
Primaria	0,4	0,1;1,6	0,214
Secundaria	0,5	0,1;1,9	0,338
Técnica	0,6	0,2;2,2	0,435
Profesional	1,1	0,2;4,8	0,943
Estado Civil			
Casada	2,2	0,9;5,4	0,082
Viuda	1,1	0,3;3,9	0,859
Unión libre	1,5	0,9;2,2	0,08
Divorciada	0,4	0,02;4,3	0,418
Edad			
21-30	1,1	0,7;1,8	0,057
31-39	1,5	0,7;2,9	0,269
40-46	0,8	0,2;2,6	0,671
COP-d	1,0	0,97;1,1	0,429
Condición periodontal			

Sangrado	0,7	0,2;2,6	0,671
Cálculos	1,1	0,4;3,2	0,881
Bolsas 4-5 mm	0,6	0,2;1,8	0,349
Bolsas 6 mm	0,3	0,06;1,4	0,113
Conocimientos asistencia consulta odontológica			
Regular	2,8	1,3;5,8	0,006
Bueno	6,6	4,2;10,5	<0,0001

ANEXO F

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
DOCTORADO EN SALUD PÚBLICA
DETERMINACIÓN SOCIAL DE LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA DE LAS MUJERES EMBARAZADAS DE
TRES LOCALIDADES DE BOGOTÁ

CONSENTIMIENTO PARA LA ENTREVISTA A LAS MUJERES GESTANTES Y EN POSTPARTO

Reciba un amable saludo. Soy estudiante de Salud Pública de la Universidad Nacional de Colombia, estoy trabajando en una investigación que busca conocer cuál es el proceso por el que pasan las mujeres embarazadas durante su atención odontológica; teniendo en cuenta su experiencias, sus apreciaciones y opiniones busco conocer las dificultades que enfrentan y tomar sus sugerencias para generar un informe que sirva de base para que las personas responsables puedan tomar decisiones e implementar acciones que permitan las transformaciones necesarias para que las mujeres embarazadas puedan tener una mejor atención odontológica.

La invito a participar en una entrevista de forma voluntaria, su nombre no se dará a conocer en ningún momento; además, podrá retirarse en cualquier momento de la entrevista e incluso decidir que la información aportada por usted sea retirada del estudio; Es importante que sepa que la participación en este estudio no tendrá ningún costo para usted y que tampoco recibirá ningún pago. El beneficio que usted recibirá por participar es la oportunidad de reconocer los potenciales problemas que usted tiene durante el curso de su atención odontológica y, si lo estima conveniente, las posibles recomendaciones que yo podría hacerle para ayudar a resolverlos. Si usted desea una copia escrita de la entrevista puede solicitarla. Si surgen dudas o preguntas antes, durante o después de la entrevista puede solicitar cualquier aclaración en el momento en que lo necesite.

En la entrevista voy a preguntarle, en una o varias sesiones, aspectos relacionados con usted, su familia, su embarazo, su condición oral, la atención que ha recibido y los posibles problemas que ha registrado durante su atención odontológica

¿Le gustaría participar? SI NO

¿Tiene alguna pregunta? SI NO

Si accede a colaborar, por favor de firme su consentimiento informado

Firma: _____

C.C: _____

Dirección _____

Teléfono o Celular _____

Firma de entrevistador

Firma: _____

C.C: _____

Dirección _____

Teléfono o Celular _____

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
DOCTORADO EN SALUD PÚBLICA
DETERMINACIÓN SOCIAL DE LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA DE LAS MUJERES EMBARAZADAS DE
TRES LOCALIDADES DE BOGOTÁ**

**CONSENTIMIENTO PARA LA ENTREVISTA A LOS INFORMANTES BASE, PROFESIONALES DE LA
SALUD, ADMINISTRADORES DE INSTITUCIONES**

Reciba un amable saludo. Soy estudiante de Salud Pública de la Universidad Nacional de Colombia, estoy trabajando en una investigación que busca conocer cuál es el proceso por el que pasan las mujeres embarazadas durante su atención odontológica; teniendo en cuenta su experiencias, sus apreciaciones y opiniones busco conocer las dificultades que enfrentan y tomar sus sugerencias para generar un informe que sirva de base para que las personas responsables puedan tomar decisiones e implementar acciones que permitan las transformaciones necesarias para que las mujeres embarazadas puedan tener una mejor atención odontológica.

La(o) invito a participar en una entrevista de forma voluntaria, su nombre no se dará a conocer en ningún momento; además, podrá retirarse en cualquier momento de la entrevista e incluso decidir que la información aportada por usted sea retirada del estudio; Es importante que sepa que la participación en este estudio no tendrá ningún costo para usted y que tampoco recibirá ningún pago. El beneficio que usted recibirá por participar es la oportunidad de conocer los potenciales problemas que tienen las mujeres gestantes durante su atención y ayudarle a orientar su trabajo. Si usted desea una copia escrita de la entrevista puede solicitarla. Si surgen dudas o preguntas antes, durante o después de la entrevista puede solicitar cualquier aclaración en el momento en que lo necesite.

En la entrevista voy a preguntarle, en una o varias sesiones, aspectos relacionados con las gestantes, los profesionales que las atienden, las instituciones que les prestan el servicio odontológica, las políticas de salud y las personas que las formulan

¿Le gustaría participar? SI NO

¿Tiene alguna pregunta? SI NO

Si accede a colaborar, por favor de firme su consentimiento informado

Firma: _____

C.C: _____

Dirección _____

Teléfono o Celular _____

Firma de entrevistador

Firma: _____

C.C: _____

Dirección _____

Teléfono o Celular _____

ANEXO G

**EXPRESIONES RELACIONADAS CON LOS
PROCESOS CRÍTICOS EN LOS DIFERENTES
ÓRDENES Y DOMINIOS**

Orden Económica-Dominio Colectivo

Lógica dominante en la atención odontológica de las mujeres

Mercantilización, monopolización de la salud y en general de los servicios sociales
Documental
En Colombia, existe un acuerdo cada vez más amplio tanto en el ámbito social como académico respecto a las limitaciones que tiene el modelo de mercado de seguros para garantizar el derecho a la salud en una perspectiva de equidad y universalidad". (Política de salud oral Bogotá)
Los procesos de globalización también han traído a nuestra sociedad el modelo de éxito occidental que se caracteriza por tener un gran capital, y satisfacer muchas de las necesidades del mercado a partir de compras de bienes y servicios; cuando estos ideales de éxito que en muchas ocasiones son el proyecto de vida mismo no se logran, aparece el sentimiento de frustración y una desazón frente a la vida, posiblemente por ello diciembre, que es una época que ha sido bombardeada de expectativas por las compras, por la gran familia que se reúne, por los comerciales que promocionan una imagen de lo que es la felicidad, si está que parece más una fórmula química no se hace realidad, pareciera que la vida ya no tuviera sentido y la conducta suicida y las violencias aumentan ostensiblemente (PIC)
también resalta las demoras en la asignación de citas a causa de la congestión en las agendas médicas y las largas esperas de las personas enfermas en la sala de urgencias, generando en la comunidad desmotivación, descontento y falta de credibilidad para las empresas prestadoras de salud y por esto consideran apremiante cambios políticos reflejados en mayor inversión social, en generar acciones que garantice el derecho a la salud de toda la población, para superar las brechas existentes.(PIC)
Actores
Porque es que los intereses de lo privado ahí están los políticos en las EPS congresistas, personas de mucha influencia (Base)
El factor económico incide a todo nivel para que no se puedan hacer operativas ni las políticas ni los procesos(Base)
Pero eso es poco lo que la profesión se merece, si la profesión no es capaz de posicionar el tema y ahí si la academia no hace nada, la academia está interesada en sus negocios y en teoría no hace (Base)
las universidades están preocupadas en su negocio en vender servicios y el estudiante es un obrero más allá entonces ahí no van a estar y como no los forman así no van a llegar aquí la práctica...las universidades están preocupadas en su negocio en vender servicios y el estudiante es un obrero más allá entonces ahí no van a estar y como no los forman así no van a llegar aquí la práctica (Base)

yo creo que la academia necesita de una profunda reformulación del talento humano no pueden seguir pensando que lo único que hay es la estética y la práctica liberal si uno ya se la piensa en un sistema de cómo inserto los profesionales dentro de un sistema universal de aseguramiento donde la odontología es un derecho incluidas las prótesis totales debe haber un cambio en el chips de los odontólogos para poder hacer eso hacia el futuro pero pues con unas tasas de desempleo tan altas eso está muy difícil....en las facultades lo único que les interesa es sacar gente pero cobran muchísimo y no se preocupan por la inserción laboral No y el estudiante es el que les mantiene pero lo mandan a un mundo en donde ni siquiera se pueden insertar porque no les dieron las habilidades, no les enseñaron como registrar los rips porque a veces los forman un poco como de espalda al sistema (Base)

el éxito está centrada precisamente en esa construcción hacia lo estético, la ganancia económica que puede representar (od general)

eso fue en detrimento de la profesión como tal y lo otro, le abrió la puerta a las EPS para mercantilizar la salud (od general)

ni las EPS tienen interés, entre menos gasten mejor, no les interesa (Od general)

Capitalismo salvaje

Documental

“...en los actuales momentos la desregulación y flexibilización han puesto en marcha atrás en los derechos económicos, sociales, laborales de la fuerza de trabajo y han institucionalizado formas de contratación y trabajo precario, como las maquilas y semejantes, que incrementan sus índices de ganancia y competitividad a merced del deterioro de la calidad de vida de la fuerza trabajo.”
(Breilh J. Epidemiología crítica)

Actores

otra cosa que hoy me tiene aterrada las competencias económicas y sociales entre los profesionales son una vergüenza (Base)

estamos intentando mantener un estatus unas líneas de competencia (Base)

Una de las problemáticas más grandes es la corrupción y a pesar de esto el sistema funciona, si esto no existiera, el sistema sería muy bueno (Administrativo)

Naturalización de relaciones violentas que propicia el sistema económico

Documental

“En salud ha sido claro que los sistemas de diferencias y desigualdad en la calidad de vida, y en el disfrute/padecimiento de procesos benéficos/destructivos expresan siempre la operación de un sistema de inequidad, es decir de concentración de poder y relaciones sociales de dominación”
(Breilh J. Epidemiología crítica)

“La situación de los trabajadores informales es dramática y se relaciona con desprotección social, inestabilidad por tiempos de desempeño irregulares, exposición a riesgos laborales, limitaciones en la construcción de formas de organización y de redes sociales, relaciones inequitativas, entre economía formal e informal. El análisis desagregado por sexo de los trabajadores informales refleja que las mujeres representan la población trabajadora predominante, se caracteriza por ser madres cabeza de familia, que por falta de educación y estabilidad laboral ingresan a la economía informal” (Alcaldía Mayor de Bogotá DC. Localidad Usaquén. Diagnóstico local con participación social 2009-2010).

Instrumentalización de la participación bajo la lógica del mercado(PIC)

En la segunda unidad de análisis la cual se programa sobre la violencia intrafamiliar se logra evidenciar que las causas que más menciona la comunidad es la situación económica y que a raíz de esta problemática se desencadenan el resto de situaciones en las familias (PIC)

Actores

pero si por miedo de la gestante a perder su trabajo, a su condición, que no es fácil, que de pronto de gestante que la vayan a sacar de su trabajo, pues no pide el permiso y no va a los controles (Administrativo)

entonces se abstiene de pedir esos permisos por el miedo de perder su trabajo (Administrativo)

...es increíble que tengamos mano dura para las EPS y que les exijamos que contraten a su gente con vacaciones, con primas, con cesantías, con todo y el estado le permita al mismo estado una contratación infame en que un médico de 8 horas se gane \$800.000 antes de los descuentos; eso es infame, y eso hace que cada vez haya menos gente buena queriendo trabajar en salud. Porque es infame, porque es que mantenga una familia con \$800.000 entonces los médicos tienen que hacer 8 horas en un hospital, 8 en otro y si pueden hacer turnos de urgencias en otro también, para poder medio sostener a su familia; eso es infamia(od general)

porque si nos ponemos a esperar todas las autorizaciones de las diferentes EPS, sería una locura porque les frenan el proceso y las ponen a dar vueltas y vueltas y vueltas que hasta que no autoricen, para que pueda tener atención prioritaria por especialista, de lo contrario no (od general)

Planes de desarrollo y políticas sociales donde el Estado redujo su función de regular y garantizar

Documental

“El derecho a la salud está en directa relación con la distribución del ingreso, con la seguridad social y con la protección social así como con la disposición que se haga en cada país de servicios de salud adecuados y de programas y acciones de salud pública destinados a erradicar o a minimizar problemáticas prevenibles y a fomentar prácticas saludables en la población. En este sentido, requiere de la existencia de normas, instituciones, leyes, políticas y un entorno propicio para su disfrute, lo cual implica que estas disposiciones constituyan parte esencial en los planes y proyectos de desarrollo de los Estados”. (Política de salud oral Bogotá 2011-2021)

En este contexto, se favorece una tendencia de separación de funciones en los sistemas de salud: rectoría, financiamiento, aseguramiento, compra y provisión de servicios, están a cargo según el caso de cada país, a uno o múltiples actores y/o agencias públicas o privadas (Política Salud Oral)

Circunstancias como la pobreza, la inseguridad alimentaria, la exclusión y discriminación sociales, la mala calidad de la vivienda, las condiciones de falta de higiene en los primeros años de vida, la escasa calificación laboral, el escaso interés de los Estados para formular planes y políticas que prioricen en las necesidades sociales constituyen factores determinantes de buena parte de las desigualdades que existen entre países y dentro de ellos por lo que respecta al estado de salud, las enfermedades y la mortalidad de sus habitantes (política de SO)

Orden Económica-Dominio Colectivo

Modos de vida de grupos sociales relacionados con la atención od. embarazadas

Expectativas de lucro en los gremios de profesionales

Actores

pero qué vergüenza porque cobras tan barato eso es de quinta, no que vale trescientos y pico y mil el tratamiento, no eso debe irse pa millón doscientos (Base)

lo económico está determinando nuestro comportamiento incluso nuestro ejercicio profesional y más que todo nuestro ejercicio profesional (Base)

“...porque la lógica es... yo gano plata, no me importa a qué precio...las EPS han cambiado costos para ganar, les trasladan a las IPS contener costos para ganar, les trasladan al usuario las insatisfacciones y como no somos usuarios de derecho... entonces nos quedamos callados”(informante base)

el objetivo del gremio es empoderarse ellos y hacer más plata, no la atención oral, entonces si nos vamos a eso, sino nos agremiamos por la mejor salud oral de la población, ahora mucho menos para la salud oral de la gestante (Base)

no sé en qué momento la odontología o no sé si siempre ha sido, solamente se vuelve plata, por eso es que los clínicos tienen tanta influencia en el ámbito académico, yo siempre decía con mis estudiantes, ah... que el cirujano tiene un Audi y llegábamos nosotros con la mochila y decía no hp es que eso sí, y yo peliaba con J.... así, llegaban los clínicos cirujanos con saco y corbata y J... llegaba en sus jeans (Base)

cuando usted tenga su consulta particular, cuando su consultorio quede en tal parte y a usted le llegue tantos pacientes y usted pueda hacer un crucero por el caribe (Base)
...los odontólogos... no, nos vemos en un momento dado como actores activos de un proceso de cambio de la ley, es fácil, yo escuchaba alguno de los odontólogos diciendo ojala eso no quede en el POS porque con eso me queda en mi consulta privada. O se si se va a la política pública de que eso influya o sea no hay una conciencia social del odontólogo eso le importa medio (Base)
que lastimosamente se pensó que el odontólogo se dedica solamente a las muelas, a los dientes y a producir dinero (Base)
Los profesionales no estamos preparados para esa educación, nos volvimos máquinas de atención, no se puede cuantificar lo que estamos haciendo en PyP porque no reporta plata (Od general)
El vinculado funciona diferente, el vinculado es el paciente que termino y puedo cobrarlo, eso hace que sea mucho más ágil el proceso muchísimo más ágil (Od general)
hoy en día sobran cupos en las facultades porque los mismos odontólogos educamos a nuestros... yo les digo a mis hijas, lo que quieran menos algo de salud, porque ustedes necesitan algo que les sirva para la vida, para mantenerse, para salir adelante y la salud es divina pero no es, por ahí no es (Od general)
cuando yo estudié estudiábamos odontología, medicina los mejores estudiantes, hoy en día esas carreras están para los estudiantes flojos y malos en general porque ya no son exigentes, porque ya no son rentables (Od general)

Sistema de contratación
Documental
En la mayoría de los hospitales de la red pública, los(as) odontólogos(as) generales y especialistas están vinculados(as) con diferentes modelos de contratación para desarrollar funciones asistenciales específicas de nivel individual en el ámbito de las IPS o actividades de promoción y prevención de nivel colectivo. A algunos pocos se les asignan funciones administrativas y participan en ciertos procesos de planeación, auditoría, control, etc. En muy pocos casos existe la figura de coordinación de salud oral y muchas veces cuando existe, sus funciones se limitan a la coordinación de algún programa comunitario o de prestación de servicios. La desaparición de este cargo en la estructura de muchos servicios de salud ocasionó la pérdida de liderazgo en el equipo de salud y la falta de una adecuada planeación y evaluación de los programas. Se identifica fácilmente que en aquellos hospitales donde existe un referente que coordina todos los programas de salud oral (POS, PIC, Salud Pública y otros) la integridad y la calidad de los procesos es mucho mayor”. Política de salud oral Bogotá
“Cabe mencionar que estos problemas tienen relación con formas de contratación de los profesionales y personal auxiliar”, (Política de salud oral Bogotá)

, este comportamiento se ve reflejado en los determinantes sociales de la población como lo son la pobreza, desempleo y falta de oportunidades para los jóvenes como un trabajo a consecuencia de esto continua el aumento de los embarazos en adolescentes, la ideación suicida, trastornos del estado de ánimo y comportamiento (PIC)

Actores

que los contrataran de medio tiempo eso bajaría automáticamente la tasa de desempleo porque todo mundo tendría un pleno empleo así solo trabaje medio tiempo así tengan un salario de un millón de un millón cien pero tendrías un salario decente vinculado a la seguridad social por ese valor y ya podrías en la tarde ir al consultorio a ver que se rebuscas (Base)

Entonces si yo necesito contener los costos, contener los gastos de operatividad, de operación con absoluta seguridad no me sirve el odontólogo que piense o odontóloga que piense en que debo mantener la población sana (Base)

porque hay mucha rotación de personal, porque no se están socializando los manuales y los protocolos que tenemos, entonces ahí es donde entra a jugar muchos aspectos, si yo tengo una enfermera que ayer me sabía todo el protocolo pero la cambié porque le salió un mejor trabajo porque se me fue y contraté otra, esta llega así... pero la dinámica es que al día, a ella yo no la puedo sacar 3 días para darle una inducción y mostrarle todo porque es que ella me tiene que atender pacientes ya, porque la otra se me fue entonces la mando yo a atender una paciente y ella no tiene ni idea de que el paciente tiene que pasar por odontología, por nutrición por..., entonces ahí se me pierde un poco, esa rotación de personal hace que se me pierda ese compromiso institucional (Administr)

...porque ahí vamos la contratación a través de ley 100. A mí me da mucha rabia la contratación del estado no a través de plantas de personal; porque es que el estado tiene prohibida la contratación a través de temporales y los que incumplen esa ley, son las entidades estatales (Od general)

segundo el tipo de vinculación, si yo voy por prestación de servicios y me pagan por evento (Od periodon)

Consumismo

Actores

"...todo lo que genera gasto suntuario;..., o sea metidas en una dinámica que no puede sostener económicamente..." (Base)

quieren poner a su niño en el colegio que no les cobren un bono de cuarenta millones de pesos (Base)

Sus prioridades deberían ser las que uno que tiene algunas cosas resueltas piensa... no, si sus prioridades es estar bonitas, con las aretas, maquillaje, todo lo que genera gasto suntuario; el niño o niña que va a nacer su pieza así sea dividida con taburetes pero con todo, o sea con los muñecos, con las ultimas cosas, con lo que encuentran para el bebe, o sea metidas en una dinámica que no puede sostener (Base)

es todo lo que pueda compararse como de mejor ingreso con el vecino, así la nevera esté vacía (Odgeneral)

... ellas deberían valorar que deben hacer un bolsillito de la plata para los pasajes y no gastárselo en el vestido que acaba de llegar nuevo para que su panza se le vea bonita; no lo hacen, primero el vestido o sea ellas están en esas en el consumismo como nosotros (odontóloga general)

Informalización del trabajo marginación laboral de las gestantes/oportunidades de trabajo documental

“Una masa marginal, expulsada en lo laboral hacia la informalidad; en lo territorial desplazada hacia los barrios de miseria y espacios más deteriorados de campos y ciudades;..” (Breilh J. Epidemiología crítica)

Es importante observar la relación de la economía local con las oportunidades de trabajo que en el caso de Suba muestran la tendencia a la informalidad (PIC)

Actores

“...las que están laborando, especialmente de manera informal enfrentan la problemática de trabajar de domingo a domingo con doble jornada en el trabajo y en la casa y las actividades que ejercen son servicios varios, en restaurantes, cafeterías, haciendo de todo de tal manera que asistir a la consulta es dejar de ganar, porque muchas trabajan a destajo”.(Administrativo)

lo dice uno sabe que tiene un trabajador en estas condiciones, pues uno tiene que ser muy laxo con sus permisos, pues tiene que asistir a sus controles, así como después su licencia de maternidad también que darle prioridad y, tiene que darle por ley lo que tiene la hora de lactancia y esto; pero si por miedo de la gestante a perder su trabajo, a su condición, que no es fácil, que de pronto de gestante que la vayan a sacar de su trabajo, pues no pide el permiso y no va a los controles (Administrativo)

estamos dentro de unos sistemas de informalidad en los sistemas de contratación, como cree usted es decir en esa mujer que es lo que cree usted que estaría sucediendo cuando decimos no está vinculada a la salud, no está vinculada a pensiones, no recibe las prestaciones de ley, cómo estaría repercutiendo en esa mujer gestante (Administrativa)

Las gestantes que vienen aquí tienen un empleo inestable..., ellas se angustian mucho por la precariedad laboral...y algunas sin trabajo pasando las verdes y las maduras. Se quejan por ejemplo mucho de que tienen dos hijos y les vino el tercero y pa levantar esos tres hijos si ella no trabaja, eso incide mucho en ellas también... pero ellas si ponen resistencia si va ser en horario de trabajo, ellas dicen que no (Base)

El miedo de las mujeres trabajadoras de perder su trabajo es muy alto, embarazadas, entonces ellas dicen... o sea yo soy la llamadora oficial del programa y les ¿digo puede a tal hora? no es que yo trabajo, ¿a qué horas entra a trabajar? Desde las 8 y no le dan permiso ahí no mire es que la cita para ir al médico es todo un conflicto pa que me den permiso pa ir; o sea ahí hay un asunto muy duro del trabajo, ellas se angustian mucho por la precariedad laboral, o sea ellas no lo definen así, pero ellas dicen yo... o sea a mí me dieron trabajo pero yo no estoy asegurada por esa empresa, yo estoy asegurada por mi esposo. En qué tipo de trabajos? Por ejemplo en cafeterías, en peluquerías o salas de belleza que trabajan con porcentajes (Base)

yo pienso que el contributivo es el que mejor estado tendría, pero sobre todo si son beneficiarias, porque las cotizantes no creo que se preocupen por el estado de salud, se preocuparían más por el trabajar, por la responsabilidad que tienen frente al entorno del trabajo. Los beneficiarios del contributivo considero que tendrían mejor relación y más acceso ligado a... si son beneficiarios es porque tienen una pareja que trabaja (Base)

muy ligado a la vinculación con la empresa, como digo si es formal no creo que haya mucho problema, y si la empresa es seria y todo eso; si es informal, prestación de servicios sale del sistema y si está casada y el esposo la tiene como beneficiaria sigue en el sistema, si es cabeza de hogar sale del sistema y se le carga al Estado eso es una carga para el Estado, llegue en el estado en que llegue; si la EPS contributivo no hizo su trabajo de educarla y de atenderla, va llegar deteriorada y es una carga para el sistema porque llega en un estado lamentable y el gobierno, el Estado como estructura del sistema general social de salud tiene que recogerla y rehabilitarla, ¿qué tanto la rehabilite? No, pues eso ya depende de donde caiga, también de la IPS que caiga, de la S que caiga y todo eso (Base)

Eso significó cambiar de régimen probablemente, o probablemente nunca estuvieron dentro de algún régimen porque a final de cuentas muchas mujeres están dentro de una relación laboral de tipo informal, es decir, que no están vinculadas con todas las de la ley por decirlo de alguna manera (EnfCoord)

las que están laborando, especialmente de manera informal enfrentan la problemática de trabajar de domingo a domingo con doble jornada en el trabajo y en la casa y las actividades que ejercen son servicios varios, en restaurantes, cafeterías, haciendo de todo de tal manera que asistir a la consulta es dejar de ganar, porque muchas trabajan a destajo (EnfCoord)

o sea trabajadores independientes son los que vienen acá según eso, si uno les dice bueno si ustedes están trabajando deberían estar incluidas pues en un régimen contributivo y por ende, por ley deben tener sus horas o permisos para venir pues a la citas pero la gran mayoría se podría decir que el 89% casi no vienen, son personas que están trabajando de esa forma, son limitadas completamente porque... bueno aparte tienen que pedir la cita después van y piden la autorización, ese sería otro permiso, va a la cita de odontología la otra es ginecología los laboratorios por ejemplo, son como 5 permisos que deberían solicitar para hacer todo pues un proceso bueno en ese mes, porque eso es cada mes, entonces si limita mucho la parte eso (EnfCoord)

<p>hay muchas gestantes que no tiene un nivel educativo que le de facilidades para desempeñar una labor y que les produzca para vivir bien, entonces pasa a segundo plano la parte de su salud (odontóloga general)</p>
<p>se le aproxima su llegada de su hijito con la seguridad de que después de que nazca el niño no la vuelven a recibir (OdGeneral)</p>
<p>si pertenecen al régimen subsidiado pero están vinculados de una manera informal las autorizaciones se dificultan es decir, la autorización que le da su jefe se dificulta (Od general)</p>
<p>Informal yo digo que muchas hacen parte de toda esta gran masa de informalidad, pero yo creo también que aunque hay algunas que están aseguradas porque pagan por ellas esperan el embarazo y las sacan (Od general)</p>
<p>lastimosamente nosotros tenemos una sociedad que está loca, porque la mujer queda en embarazo y ya la quiere sacar, porque el empleador dice que es otra carga, entonces empieza a pensar y cuándo tenga licencia qué? me toca cubrirla y cubrirla qué? (Od. Periodoncl)</p>
<p>si piden el permiso se convierte en un problema porque las regañan y les dicen si ve, por eso era que no quería darle trabajo en esa condición, porque estar dándole permisos a usted me implica a mí perder productividad en la cafetería o en el restaurante; otras le dicen a uno no quiero contrariar al jefe; otras dicen es que no puedo, sencillamente es que no puedo pedir permiso porque ya me tiene sentenciada que si yo pido un permiso más tiene que ser absolutamente necesario y ahí es donde le dan prioridad a la consulta de gineco, de PYP, de nutrición y no a la de odontología (Odperiodon)</p>
<p>de pronto son muchas madres que trabajan, que no pueden pedir permiso tanto en el trabajo, entonces no podemos darles citas ni tan seguido, si vienen a una no vienen a la otra (Auxiliar)</p>
<p>...madre soltera cabezas de hogar solitas, ellas tienen que trabajar indudablemente. Bueno en algún otro la reciben así en su condición de embarazada pero ahí es donde viene que el patrón que tienen es poco el tiempo que les dan a ellas para sus controles, es muy poquito; lamentablemente aquí en Colombia esa parte en cuanto a la gestante materna, digamos la materna que no tiene los recursos y que es madre sola cabeza de hogar, le toca defenderse y el patrón es muy poco lo que se concientiza de que se necesita ese tiempo para hacerse sus controles médicos, entonces ellas vienen muy a la carrera, entonces ahí es cuando entra uno...a colaborarles (Auxiliar)</p>
<p>la materna es muy vulnerable, la materna puede estar hoy bien y mañana puede estar muy mal, entonces ya le dan 3 días de incapacidad entonces al empleador no le conviene esa parte, en cuanto a eso es a lo que yo veo, mientras que ellas si no las tienen afiliadas y las tienen así no más, les pagan y bueno, está bien tómate el día y te lo descuentan porque eso es lo que hacen. Hoy la maternita en ese sentido tiene mucha desventaja en cuanto a ese plan de que no se pueden afiliar directamente con un patrón así porque la incapacidad, la incapacidad de la maternidad es harta entonces a un empleador también le cuesta esa parte (Higienista)</p>

“... más que todo que son de un nivel bajito, en cuanto a la economía de pocos recursos económicos, personas que digamos maternitas que están en el medio supongamos que yo me he dado cuenta, maternitas del área de recicladores, personas que tienen muy... vulnerable en cuanto la parte económica, yo he visto que más que todo son ellas...”(Higienista)

Observación

Cuando supe que estaba embarazada me tocó salirme de trabajar, trabajaba en un restaurante y era muy pesado y de me daba un dolor de cadera que me tocó ir por urgencias (trayectoria embarazada)

Clase social

Documental

se trata de problemas que aunque generalizados presentan una frecuencia y severidad mayor en aquellos grupos humanos que viven en condiciones social y económicamente más adversas.(Politica SO)

un grupo poblacional está ubicado en posiciones más bajas en la clase social su probabilidad de tener una salud oral óptima se reduce. Es por ello tan importante para la Política de Salud Oral del Distrito considerar la situación en equidad y pobreza de la ciudad (Politica Salud Oral)

ya que ellos manifiestan que la solución a sus problemas es tener mejores ingresos para vivir bien, “Sin Plata que se consigue” “como paga uno la Universidad sino tiene plata”. (PIC)

Según los ingresos mensuales familiares, se encontró que el 27.1 % (26) de las gestantes devengan menos de 1 SMLV, el 66.7% (64) tienen ingresos entre 1 y 2 SMLV y el 6.2% restante devengan más de 2 SMLV. Estos aportes provienen en la mayoría de los casos de la pareja o compañero y en menor proporción de los padres de la gestante, la misma gestante u otros familiares lo que se relaciona directamente con la calidad de la alimentación (PIC)

En general es un sector en el que sus habitantes cuentan con pocas oportunidades, en el que no existe un reconocimiento de comunidad ni de identidad social y en el que existe una dinámica de exclusión y discriminación en los diferentes grupos que habitan el sector (PIC)

“El estrato socioeconómico está relacionado directamente con las condiciones socio económicas y culturales que influyen en el estado nutricional durante la gestación, así como en la presencia y manejo de complicaciones durante el embarazo lo que de una u otra forma influye en el fruto de la gestación...” (Informe avance salud situacional 2012)

Actores

dinámicas sociales como son tan excluyentes nos van a poner la gente en hambruna, entonces ese asunto no son capaces de declararlo, sino que lo que dicen es no van a ver recursos, claro si yo estoy acumulando los recursos para mí que es la dinámica capitalista (Base)

pues digamos que eso si tocaría indagarlo de mejor manera pero el sistema al menos el contributivo y el subsidiado todo lo asociado a promoción y prevención no tiene cuota de recuperación en copago, entonces la barrera económica no habría por ese lado, podría de pronto haber alguna barrera que quede lejos, sin servicio y que a veces sean tan irresponsables que no le den la citas oportunamente pero en teoría el gasto de bolsillo, el dinero para comprar la asistencia sanitaria estaría asegurado garantizado con el sistema de aseguramiento esa barrera económica debiera haberse superado (Base)

si yo vivo en un barrio pobre pobre pobre, las comunidades no solamente es mi familia, mi familia ya es mi vecino, esos que van en diciembre cierran la cuadra y rumbean, entonces gran parte de la experiencia que tiene la mujer embarazada se la da la vecina porque empiezan a ver como más familias, no solamente mi núcleo consanguíneo sino de al lado, eso es en gente pobre pobre pobre (Administrativo)

Economía local

Documental

...el territorio concreta el conjunto de prácticas, consumos y de acceso a bienes que en la vida cotidiana definen condiciones de vida y salud. También es el referente de construcción de sentido para la participación social en salud y es donde resulta más efectiva la respuesta intersectorial e interinstitucional para el goce efectivo del derecho a la salud (Polit SO)

La participación de Bogotá en la economía nacional ha oscilado entre el 22 y 23% y en el sector financiero y manufacturero puede llegar al 50% y 40% respectivamente y de un 43% en el sector de los servicios (PNUD, 2008). Por otra parte, la Tasa de Desempleo se ubicó en 7,78 en la ciudad mientras que en Chapinero es de 3,67, asciende a 11,94 en la localidad de Ciudad Bolívar. (Politica SO)

El concepto de territorios sociales nos permite entender que la calidad de vida tiene su mayor poder expresivo en los espacios cotidianos de vida de las personas, partiendo del reconocimiento de las necesidades que los habitantes del territorio viven en los espacios de vida cotidiana, es decir, donde se da la mayoría de las interacciones entre el Estado y los ciudadanos, como punto de partida para implementar las acciones del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC)

Actores

tierra muy caliente donde no hay fuentes de empleo, se gana muy poco y por eso es el motivo de que estoy por acá, porque me vine a trabajar (Embarazada)

quería trabajar acá, o sea quería trabajo, es que en un pueblo no hay (Mujer PPT)

De Chocó... mi mamá..se vino a trabajar acá y yo me vine a estudiar acá (Mujer PPT)

Infraestructura

Documental

<p>En esta categoría podemos citar también la falta de incentivos financieros, de apoyo institucional, de responsabilidad administrativa o civil, de consultoría de apoyo por otras especialidades, de posibilidades de derivación de los pacientes en caso necesario, de materiales de trabajo apropiados, o simplemente de tiempo, todos factores que escapan al control del profesional". (Política de salud oral Bogotá)</p>
<p>La falta de una adecuada malla vial dificulta el acceso de entrada y salida de los usuarios para el acceso oportuno a los servicios de salud (PIC)</p>
<p>A pesar de que los 12 puntos de atención del Hospital se encuentra distribuidos por la localidad, se logra identificar que aún siguen siendo distantes para algunos usuarios lo que les obliga a desplazarse para cumplir la cita, además deben realizar un desplazamiento para realizar la autorización para la prestación del servicio (PIC)</p>
<p>para que la comunidad pueda acceder a otro nivel de atención debe trasladarse a la sede principal del Hospital (PIC)</p>
<p>se han dado procesos de cambio del uso de los suelos residencial a comercial, lo que ha generado deterioro de la calidad de vida por invasión del espacio público, contaminación del aire por establecimientos comerciales y vertimientos directos de sustancias químicas al sistema de alcantarillado, sin embargo existen barrios de estrato dos cuyas poblaciones tienen limitaciones para el consumo de bienes y servicios como educación, salud, recreación (PIC)</p>
<p>"O que de fato precisa ser considerado é que a resolução dos problemas de saúde bucal ...perpassa por fatores extra-odontológicos como nível educacional, acesso a bens e serviços, poder aquisitivo, enfim, condições de vida da população (Pinto, 2000), não sendo possível buscar saúde bucal sem que se esteja condicionado à melhoria destes fatores". (Silva A 2001)</p>
<p>"Não existe nenhuma atenção diferenciada à saúde bucal da mulher, a não ser quando se fala da saúde bucal de bebês. Mas mesmo quando se fala da atenção à saúde bucal de mulheres gestantes, esses serviços ainda são esparsos e de baixa cobertura". (Silva A 2001)</p>
<p>Actores</p>
<p>Pues aquí es una ventaja enorme el transmilenio (Odgeneral)</p>
<p>las maternas en general les cuesta mucho trabajo la parte del desplazamiento, uno barrigón no quiere caminar, ni puede caminar al ritmo que camina el resto de la humanidad (Od General)</p>
<p>falta hacerle un arreglito a las calles (Embarazada)</p>
<p>Y por ahí cerquita queda, como se dice un CAP pero también toca caminar cierto rato (Embarazada)</p>
<p>cuando llueve allá no hay pavimento y eso es mucho barro (Embarazada)</p>
<p>a veces si no tengo para el bus y tiene que ser alimentador y ahí si me da un poco de dificultad por lo que le digo que el embarazo es de alto riesgo (Embarazada)</p>
<p>porque siempre el bus lo deja a uno retirado (Embarazada)</p>
<p>por lo que es tan pequeño, pues, no hay... o sea, no hay casi consultorios (Embarazada)</p>
<p>El problema no sólo la es lejanía, también es capacidad de atención (Embarazada)</p>

Lo malo del bus es que a veces cuando tengo las citas por la mañana suben muy llenos, entonces no es tan fácil porque como a veces uno se sube hasta de últimas, entonces no se puede bajar por la cantidad de gente que hay en el bus (Embarazada)
por lo que de pronto por ahí me pegan o el bus frena mal, de pronto yo me caiga (Embarazada)
esas basuras que dejan por ahí regadas también, o sea, los malos olores y todo eso, eso se ve muy feo, pero nada así... peligroso no (Mujer PPT)
me tocaba ir y uno embarazado y ese bus, siempre a uno le da vaina (Mujer PPT)
Ese día yo con dolores me bajé todo eso (Mujer PPT)
Observación
llega al hospital en aproximadamente 25 minutos porque el tráfico está pesado y el flujo vehicular es lento (Trayectoria embarazada)
“uno se sube al bus para no llegar tarde”; el problema es que durante el camino se llena mucho más y la bajada en la 68 es “Dios mío”(Trayectoria embarazada)
Cuando uno está en el bus tiene que buscar un lugar donde acomodarse porque uno queda como “arrunchado”(Trayectoria embarazada)
un pequeño parque donde está el CAI, por ese lado no hay acera y hay un charco, a travesamos la calle seguimos por el andén de enfrente, que es bastante irregular y Sandra muestra como hay varias alcantarillas sin tapa (Trayectoria embarazada)

Ciudad, localidad, barrio
Documental
la alta densidad poblacional, hacinamiento y una alta deficiencia en la malla vial. Se observa que se han asentado grupos poblacionales en condiciones vulnerables (Políti SO)
De acuerdo con la Encuesta de Calidad de Vida del 2007 el 0,7% de los hogares bogotanos habitan viviendas cuyas condiciones son inadecuadas, el 0,2% no cuentan con servicios públicos adecuados, el 2,6% viven en condiciones de hacinamiento crítico. Adicionalmente, se presenta un 0,5% de inasistencia escolar y en 1,6% de los hogares existen condiciones de alta dependencia económica. En la ciudad, un 24% de los hogares manifiestan no tener los ingresos suficientes para cubrir sus gastos mínimos, un 56,5% informa que sus ingresos son apenas suficientes para cubrir sus gastos, y un 19,6% dice contar con suficientes recursos como para satisfacer más que sus necesidades mínimas (PIC).
...el déficit cuantitativo de viviendas asciende a 82.56 (4,2%) (PIC)
Actores
Este barrio no me gusta mucho por lo que botan mucha basura y se mantiene mucha mosca en el patio. Así si me ha dado problemas por lo que a mí me mandaron lavar la ropa interior que echarle vinagre, lavarla con Coco Varela, esas cosas por lo que presenté un flujo y a causa de eso estuve hospitalizada y me han dicho que de pronto es por las moscas, porque allá hay muchas moscas (Embarazada)

fue por eso que me quedé porque en Sincelejo, violencia si no, pero sí no hay fuentes de empleo (embarazada)

porque es un barrio, por eso le digo no es algo lujoso, ni nada (Mujer PPT)

la bajadita a la carretera me daba miedo que me deslizará o me viniera (Mujer PPT)

Modelo Económico Institucional

Actores

a los hospitales les están exigiendo resultados e intervenciones para gestantes, porque hay un... no sé cómo se llama eso, pero creo que el Distrito como que les manda un paquete económico donde deben cubrir PYP y hay una parte específica para atención prioritaria de gestantes y PYP incluye salud oral, instrucción en higiene, control de placa,...; sí influye en la presión que hace el Distrito o el sistema al hospital, el hospital con su cabeza mayor influye sobre PYP para que así sea, PYP sobre la gestante dando toda las citas, pero ahí se nos corta la cadena, o sea, realmente la intención grande es excelente y así debería ser, pero la realidad seguimos en el mismo 15% o 30% yéndonos bien (Od periodoncista)

Observación

Cuando se dirige a la ventanilla de facturación y de citas, le dicen que el dependiente que la atendió salió a su hora de almuerzo y que vuelve a la 1 pm; la dependiente que lo cubre le recibe los papeles pero le dice que debe volver a la 1 con el otro dependiente; le indica además que debe ir a la ventanilla 5 a pedir el anexo 3 y la historia clínica; esa ventanilla está en el primer piso y el responsable de atender esta ventanilla también está en hora de almuerzo; el joven llega a la media hora y atiende a R y a una señora; le recibe los papeles a R y le dice que cuando vuelva de su hora de almuerzo le entrega los papeles correspondientes. R lo espera, el joven procede a ingresar la información pero en ese momento nota que uno de los códigos registrados por la odontóloga está mal (Trayectoria embarazada)

Ingresa a la consulta la odontóloga la informa que la facturación quedó mal que faltaron en la factura unos procedimientos y que si tenía el papel de la orden que ella le había entregado, I. responde que ella le había sacado fotocopia y sobre esta la odontóloga le señala los procedimientos que quedaron sin facturar, al momento de salir la odontóloga ingresa otra paciente, entre tanto I vuelve a facturación pero el dependiente que la atendió no estaba en ese momento, I. le pregunta a la persona que está atendiendo en la ventanilla del lado por el dependiente de la ventanilla 10 y le explica a ella que la facturación en la facturación anterior quedó pendiente unos procedimientos y esta le responde que tiene que esperar a la persona que lo atendió. (Trayectoria embarazada)

Segregación espacial

Documental

Estas desigualdades se expresan en la segregación, donde ricos y pobres se mezclan muy poco, pues existen divisiones sociales rigurosas definidas espacialmente (Polit SO)

<p>El territorio como espacio de producción y reproducción social es un referente fundamental para la comprensión del proceso salud-enfermedad. En este sentido, el territorio concreta el conjunto de prácticas, consumos y de acceso a bienes que en la vida cotidiana definen condiciones de vida y salud. También es el referente de construcción de sentido para la participación social en salud y es donde resulta más efectiva la respuesta intersectorial e interinstitucional para el goce efectivo del derecho a la salud (Polit SO)</p>
<p>Unidades tipo 1, residencial de urbanización incompleta: son sectores periféricos no consolidados, en estratos 1 y 2, de uso residencial predominante con deficiencias en su infraestructura, accesibilidad, equipamientos y espacio público (PIC)</p>
<p>están catalogadas como UPZ de Mejoramiento Integral, dada sus condiciones de origen no planificado, lo cual repercute en problemas relacionados con la malla vial, infraestructura de servicios públicos, zonas para estacionamiento, espacios recreativos, equipamientos de salud, educación, etc. y por lo tanto, requieren acciones dirigidas a complementar su urbanismo y mejorar la calidad de vida de sus habitantes (PIC)</p>
<p>Los microterritorios ...se caracterizan por presentar alta vulnerabilidad y aunque se localizan a lo largo y ancho de la localidad la mayor parte de estos hacen parte de la Zona de Concentración de Problemas Sociales donde predomina población de estrato 1 y 2, alta densidad poblacional, hacinamiento, deficiencia en infraestructura vial, en servicios públicos y escasos equipamientos, asentamiento de recicladores, generando, debilitamiento del tejido social, violencia intrafamiliar, abuso sexual, uso de sustancias psicoactivas, embarazo en adolescentes, muertes violentas, suicidio entre otras (PIC)</p>
<p>en los cuales se encuentran agrupados en su gran mayoría de las problemáticas sociales y mayores condiciones de vulnerabilidad, propendiendo la aparición de enfermedades infectocontagiosas (PIC)</p>
<p>según la información ofrecida por el documento “Caracterización de las Condiciones de Inequidad en Calidad de Vida en la Localidad de Suba: UPZ Rincón”, son múltiples los problemas de infraestructura, accesibilidad, equipamientos y espacio público. Los indicadores sociales señalan índices en aumento de mortalidad y morbilidad infantil, así como la mayor mortalidad materna y lesiones como efecto de violencias domésticas y sociales diversas (PIC)</p>
<p>Un de las características de esta zona es que fue construida si la planeación adecuada, tiene proceso irregulares de apropiación de tierras esta población es de escasos recursos económicos. (PIC)</p>
<p>La ubicación geográfica de la sede principal limita el acceso a algunos servicios que no se ofertan en el territorio, razón por la cual deben trasladarse a la sede principal de Hospital (PIC)</p>
<p>Actores</p>
<p>Pero póngase usted a pensar alguien que vive probablemente muy lejos, que su centro de atención es muy lejano, pues obviamente con todas las problemáticas sociales, políticas, económicas, de infraestructura, todas esas son realidades que nosotros tenemos que enfrentar y tenemos que comprender (Base)</p>

unas cosas también complicadas en cuanto a la parte social, eso sí, hay unos puntos, por eso digo, algunos puntos son densos y ese particularmente el de Quirigua cuando está lloviendo así mucho se desborda el caño (Od periodoncista)

Observación

las casas de los alrededores son muy similares a la que vive AP, muchas de ellas con ladrillo a la vista, ventanas pequeñas, puertas y estructuras estrechas; El barrio está construido en la cima y las faldas de la loma; la mayoría de las calles tienen bastante pendiente y algunas de ellas no están pavimentadas (Trayectoria embarazada)

Orden Económico-Dominio individual

Estilos de vida y cotidianidad individual de embarazadas, pareja, profesionales

Falta de acceso y barreras de atención

Documental

la mayoría residentes en estratos socioeconómicos 2 y 3, aunque este puede ser un determinante de impacto en el acceso a los servicios de odontología y a los utensilios de aseo que garanticen una correcta higiene oral teniendo después unos altos costos en los tratamientos tanto para el Plan obligatorio de salud (POS) como para aquellas acciones necesarias que no cubre el POS (Polit SO)

Estas barreras están determinadas por las características (diferencias) entre la cultura del “prestador” y la cultura o “culturas” de los usuarios de los servicios, limitando y/o dificultando el acceso “real” de estos últimos a los servicios. En términos generales, estas están determinadas por el género, el grupo étnico, la clase social, la edad, la preferencia y orientación sexual, la asociación gremial, entre muchos otros factores (Politica Salud Oral)

En primer lugar, se hacen explícitas las barreras de tipo económico (PIC)

La ubicación geográfica de la sede principal limita el acceso a algunos servicios que no se ofertan en el territorio, razón por la cual deben trasladarse a la sede principal del Hospital (PIC).

Actores

hay fallas de todo, de la misma gestante, del sistema, de las políticas como tal y yo paro ahí, porque realmente por la parte profesional aquí estamos (Od general)

si no es de Bogotá no la atienden, que si no está actualizado en el sistema tampoco la atienden, a veces ellas van a pedir la cita y no hay citas que porque en odontología no hay cita, entonces uno a veces ve que son como muchas interferencias más como externas (Od general)

El transporte en Bogotá es malísimo, si uno se viene temprano en el transmilenio es horrible y en buseta no llega uno nunca es muy lenta (Embarazada)

una muchacha embarazada o una señora le queda más fácil porque la atienden más rápido. Pero, pues antes del embarazo eso era una cantidad de gente, es muchas filas, que uno tiene que pagar una cosa aquí, una cosa allá, tiene que una mano de papeles (embarazada)

Pues, ahorita me toca acá, pero me toca ahora ir a Colsubsidio a que me den autorización y fui y pues yo no sabía que me habían mandado hasta La Candelaria, o sea, me dejaron re lejos, entonces me toca otra vez ir para que me atiendan acá o cerca donde vivo porque es que es muy lejos (Embarazada)

Pues es que antes como estaba con EPS, cuando estaba trabajando, entonces pues ahí sí era fácil (Embarazada)

si porque es que las citas por acá, toca venir a particular, toca mejor dicho hacer un poconón de vueltas y uno no tiene tiempo, entonces es mejor uno paga y ya (Mujer PPT)

Contrato prestación de servicios, carrera administrativa

Documental

se configuran barreras de accesibilidad organizacional generadas por las características de los servicios, como la calidad de la información dispuesta por el servicio o la atención diferencial (tiempos, duración del tratamiento, interacción) según la modalidad de contratación que se tenga (por ejemplo, el Fondo Financiero Distrital, en este momento paga por tratamiento terminado en vinculados, a diferencia del Régimen Subsidiado que lo hace por UPC, de ahí que el profesional procede de forma diferente de acuerdo a la exigencia de cumplimiento de metas definidas igualmente de forma diferente según la contratación. (Política de salud oral Bogotá)

Este aspecto las barreras se identifican como el tipo de contratación que se tiene con el hospital (subsidiado /vinculado) (PIC)

Actores

pero en los servicios de salud yo pido un permiso, si soy una persona que trabajo dijéramos en atención odontológica por poner el , yo tengo que dejar un odontólogo encargado y pagarlo de mi cuenta (Base)

depende si me pagan por evento o me pagan por capitación, de y..., nos reunieron un tiempo y nos dijeron tal EPS traten de espaciar la oportunidad de atención porque ya se nos va acabar la plata, entonces ¿usted de qué EPS es? Tal... no hay citas para la otra semana, venga dentro de 1 mes a pedir la cita o sea, y uno se presta como odontólogo a eso, porque son las políticas financieras de la institución.(Base)

Hay que ver 2 cosas, si yo priorizo una gestante a una hora la consulta, pues estamos hablando que si tengo mi odontóloga de 8 horas, ella me va a ver 8 paciente diarias... eso me parece en esos términos pues claro importante, le puede hablar más, le puede hacer tratamiento, le puede terminar el tratamiento en 1 hora, pero qué pasa si mi gestante no viene, entonces estoy quitándole el cupo a otras, se me aumenta la oportunidad, entonces no estoy haciendo nada, tengo que buscar un punto de equilibrio en donde, si bajo esa consulta aumento más cupos pero cuál va a ser la calidad que le voy a dar a mi gestante en la atención, son 2 cosas con las que hay que jugar (Administrativa)

es increíble que tengamos mano dura para las EPS y que les exijamos que contraten a su gente con vacaciones, con primas, con cesantías, con todo y el estado le permita al mismo estado una contratación infame en que un médico de 8 horas se gane \$800.000 antes de los descuentos; eso es infame, y eso hace que cada vez haya menos gente buena queriendo trabajar en salud(Odontóloga)
odontóloga general aquí en el hospital hace dos años y medio por la convocatoria de la comisión nacional de servicio civil (Od general)
a nosotros nos evalúan por productividad, yo soy una odontóloga de carrera administrativa y dependo, que mi evaluación sea buena, y si yo aparto un día para las gestantes y ellas no vienen, yo pierdo productividad (Od general)
hay unos contratos que son por capitación y otros por evento, entonces la elección quienes son por evento, quienes son por capitación. Entonces por evento, entonces llega la señora y entonces que le autorizan solamente hacer el examen clínico; ellas bajan con un código y facturan solamente para hacer la historia clínica, nada más, no se puede. Entonces ella viene y yo le digo si señora entonces yo ya le empiezo hablar sobre el convenio que hay con el bosque, pero en la siguiente cita entonces ya vendría ella a recibir la parte de promoción y la parte de protección específica y de ahí en adelante de acuerdo a su requerimiento (Od. general)
Sin embargo, si sucedió una vez que se canceló el contrato a una de las endodoncista y había agenda llena y 3 eran endodoncias para las gestantes, entonces no hubo prioridad, no hay endodoncista, de malas, espere hasta que llegue alguien atenderlas. Entonces, sí podría ser que esa inseguridad o inestabilidad laboral pudiera afectar la atención de la gestante (Od periodoncista)

Subsalarizadas, desempleadas, dependiente de su pareja o de las circunstancias
Actores
Trabajo en un asadero (Mujer postparto)
Atendía un almacén de ropa para bebé (Mujer postparto)
Pues en la casa y trabajaba por días (Mujer postparto)
Tenía mi digamos, puse una ventica así de chuzos, picadas y eso (Mujer postparto)
Antes de embarazarme, ah... estaba trabajando pero ya no era propio mío, sino estaba le estaba trabajando así en restaurante, lo que me salía a veces me salían 3 turnos en casa de familia y restaurantes (Mujer PPT)
Si me dolía una muelita; pero era así por días y yo me tapaba con un algodón...no iba por razones de trabajo...(Mujer postparto)
A uno lo rechazan, porque cuando uno está embarazado deben ser más flexibles con los permisos para poder ir a las citas (Mujer PPT)
No, pues estaba trabajando pero precisamente por quedar embarazada me sacaron del trabajo (Mujer PPT)
yo trabajo independiente en calzado en guarnición (Mujer PPT)

Todos los meses de mi embarazo estuve trabajando, hasta ya me faltaban como 2 semanas para tener la bebé ya no podía ni caminar, la barriga me pesaba mucho (Mujer PPT)
yo soy independiente y trabajo al destajo en calzado (Mujer PPT)
trabajaba en un restaurante y era muy pesado (embarazada)
no había planeado el embarazo y me sacaron del trabajo (Embarazada)
Pues la verdad, yo estaba trabajando hace un mes y pues, o sea, me enfermé porque tenía una infección en un riñón. Entonces pues desde ahí supe que estaba embarazada, tenía cuatro meses, entonces pues, ahorita no me permitieron seguir trabajando porque la verdad yo estaba trabajando por horas, no tenía seguro ni nada. Entonces el señor pues ya no podía asegurarme porque ya tenía cuatro meses (Embarazada)
...por mi embarazo siempre fue muy duro porque así no lo reciben a uno para trabajar y yo tengo que responder por dos hijos más. En eso sí ha sido muy, muy difícil para mí. (Embarazada)
Trabajan como arreglando apartamentos, aseadoras (Embarazada)
Trabajando, trabajando en una frutería (Embarazada)
la consulta odontológica, no fui por cuestión de trabajo (Embarazada)
Mi pareja me iba a pagar seguro, me iba a afiliar pero se complicó mucho el costo, no había dinero, entonces pues yo me acordé que yo tenía un carnet que en Sincelejo(Embarazada)
La señora me dijo que no volviera más por mi embarazo (Embarazada)
La que no trabaja tiene más tiempo para venir a las consultas, la que trabaja y necesita de su trabajo embarazada no puede dar el papayaso de perder su trabajo y eso es una limitación (Od general)
a ver, ellas tienen las que vienen aquí tienen un empleo inestable (Auxiliar)
Observación
Cuando supe que estaba embarazada me tocó salirme de trabajar, trabajaba en un restaurante y era muy pesado y de me daba un dolor de cadera que me tocó ir por urgencias (trayectoria embarazada)
Lo que pasó es que yo trabajaba en un restaurante pero me puse malísima de la pierna y fue cuando supe que estaba embarazada y me dijeron que yo era de alto riesgo y entonces me tocó salirme de trabajar (Trayectoria embarazada)

Presupuesto familiar

Documental
Muchos autores han reportado que los pobres cuidados dentales durante el embarazo se relacionaban con un bajo nivel de ingreso familiar (Polit SO)
Actores
Los gastos de bolsillo, yo considero que sí, porque va muy ligado al nivel socio económico de la persona (Base)

<p>pero lo que al parecer está ocurriendo es que hay restricción de ese servicio y digamos hay un menor... la gente no ha entendido que el sistema de aseguramiento le permite acceder disminuyendo el gasto de bolsillo, no tiene que pagar la totalidad del tratamiento y sin embargo no va de la manera que uno esperaría que fuera (Base)</p>
<p>Mi pareja me iba a pagar seguro, me iba a afiliar pero se complicó mucho el costo, no había dinero, entonces pues yo me acordé que yo tenía un carnet que en Sincelejo(Embarazada)</p>
<p>Para controles o que por lo menos para ir a autorizar alguna cita me toca también sacar pasajes porque me toca hasta acá, yo vivo en Suba (Embarazada)</p>
<p>Pues gracias a Dios nos ha ido bien, sí. Mi familia me colabora pero casi yo no les pido a ellos, lo que haga es pa' los dos y pa'l bebé que viene (Embarazada)</p>
<p>pero cuando uno pasa el año y ya empieza a pagar pues cuotas como siempre altas, porque estoy en estrato 3 (Mujer Postparto)</p>
<p>...inicie los controles a los seis meses, porque la cuestión laboral o sea el trabajo es por temporada...y tocaba aprovechar y ya pues en enero ya era otra cosa(Mujer PPT)</p>
<p>...los primeros meses presenté riesgo de aborto... trabajaba, por qué estaba económicamente necesitada(Mujer PPT)</p>
<p>a veces en bus, a veces caminando. Depende de cómo estés económicamente (Mujer PPT)</p>
<p>Pues, como en la casa siempre somos bastantes porque somos cinco hermanos más mi papá, mi mamá. A mi mamá le pagan mensual, entonces a ella la plata como que no le alcanza porque ya a final de mes debe toda la plata, igual mi papá (Mujer PPT)</p>
<p>Primero, porque no había plata y segundo, porque desde Bilbao hasta El Rincón a pie, hay como una hora (Mujer PPT)</p>
<p>cuestión de gastos de bolsillo diría yo, yo estoy embarazada, me toca que trabajar, si voy a consulta, lo que pasa...si voy a consulta no gano ese día (Od general)</p>
<p>la población que nosotros manejamos, sus prioridades son otras... muy seguramente y lo han referenciado los pacientes, si tiene bus para venir a medicina general si tiene plata para el bus para venir a medicina general no le va a quedar plata para venir mañana a odontología (Od general)</p>
<p>hay mucha gestante que dice no voy a la consulta porque no tengo plata, pero tienen la ruta la ruta saludable que las lleva y las trae, entonces a veces como que no hay por qué no vienen (Od general)</p>
<p>porque hay gente que aunque uno no le crea no tiene para un bus, tristemente ellas tanta vuelta la EPS, no tiene para una fotocopia, no tiene para sencillamente me duele ,yo la espero, Aunque el seguro les cubre todo, algunas tienen que hacer copagos, bueno no sé, pero a veces uno no lo cree pero hay gente que no tienen para la fotocopia del papel que le están pidiendo en la caja (Od general)</p>

<p>doctora yo no pude ir porque de verdad no me alcanzaba para el transporte, porque tengo que tomar 2 buses para llegar allá, son 2 buses de ida y 2 de vuelta, esos son como seis mil pesos, que es lo que se gastaba más o menos en el trayecto y me decía y la verdad doctora me tocaba completarle a lo del niño chiquito lo de las onces de la semana, entonces yo no pude, no es que no quiera ir, yo quiero ir y lo necesito yo sé que eso me sirve, me conviene y todo pero no me alcanzó la plata (Od general)</p>
<p>hay muchas maternitas jovencitas que se ven tan acorraladas por la situación económica, que es básico en esto, el medio la lleva a tomar unas decisiones que no son (Higienista)</p>
<p>la edad, la mayoría son madres solteras pues viven con la mama, y la mama tendrá por ahí para darle para los buses para ir a la consulta el día que no hay para eso sino que esa plata toca destinarla a la comida pues lamentablemente no puede ir a la cita (Mdgeneral)</p>

<p>Vivienda servicios públicos</p>
<p>Documental</p>
<p>las familias tienen como prioridad garantizar la vivienda que aumento en 5% para los casos que están pagando arriendo con respecto al tercer trimestre, así mismo la población que vive en condición de hacinamiento continua igual en 13.3% con respecto al tercer trimestre del año 2011 (PIC)</p>
<p>Al realizar la descripción de las condiciones higiénicas de la vivienda se identificaron viviendas en condiciones inadecuadas de higiene especialmente en baños y cocina. Al realizar la descripción de las condiciones higiénicas de la vivienda se encontró que con respecto a la batería sanitaria de las viviendas, el 100% de estas en el momento de la caracterización contaba con la totalidad de los elementos que la conforma (Inodoro, Lavamanos, Ducha). De acuerdo a las condiciones higiénicas de la vivienda, se encontró que el 0.8% del total de las viviendas caracterizadas presentaban condiciones higiénicas inadecuadas en baños y cocina (PIC)</p>
<p>Actores</p>
<p>La verdad, pues a mí me parece bonita, aunque está en obra negra tratamos de que se vea organizada, de que esté bien limpia (embarazada)</p>
<p>Sí, pues como nosotros estamos viviendo ahorita en el tercer piso, pues eso es lo feo. Porque digamos la habitación que tenemos es pequeña y no tiene casi ventilación, no tiene ventana, no tiene baño tampoco toca ir al hasta el primero, es lo peor...el cansancio me duelen las piernas, los calambres, sube y baja escaleras...es incómodo (Embarazada)</p>
<p>nosotros vivimos en apartamento alquilado y entonces, a ver, es bonito, pues sí, nosotros tenemos las cositas ahí, pero sí, igual es como una casa pero viven varias personas (Embarazada)</p>
<p>vivíamos en una pieza (embarazada)</p>
<p>vivo en arriendo...una piecieta (embarazada)</p>
<p>porque es un muy pequeñito, es solo 1 habitación, tiene la cocina, el baño y no más (embarazada)</p>
<p>En apartamento, pequeñito (Embarazada)</p>

el espacio en el que vive es suficiente ... "si no hay más qué se puede hacer" (Embarazada)
No señora, tenía que coger dos buses (Mujer PPT)
tiene gas natural, tiene luz, tiene agua, pero ventilación sino, hace poquito fueron de gas natural a revisar y tienen que cambiar el sitio de la cocina porque no hay suficiente ventilación (Mujer PPT)
es un apartamento un primer piso y no es cómodo (Mujer PPT)
Si y estamos ahí, en una pieza estamos, que no es tan grande que digamos pero en una pieza están ellos, mis papás, yo, mis hermanos y yo y mis hijos, pero ahora ya está mi hermano, los dos hermanos míos, mis hijos y yo. En la otra pieza están ellos y en la otra mi hermana (Mujer PPT)
Observación
no le gusta subirse en el Trasmilenio a esa hora porque va muy lleno (Trayectoria embarazada)
El vehículo está muy llenó, es lo normal dice AP, uno tiene que ver dónde se acomoda porque si no lo achucharran, esto se viene a componer después de las 9 pero si espero hasta esa hora pierdo la cita (Trayectoria embarazada)
La edificación es estrecha, para ascender al apto de Sandra debo subir por tramos de escalera que son estrechos y oscuros. El apartamento es pequeño y lo comparte con el hermano (Trayectoria embarazada)
tiene dificultades con las escaleras y en ocasiones le duele la espalda cuando tiene que lavar ropa (Trayectoria embarazada)
la casa es de un color verde brillante y la puerta es blanca, hay un corredor poco iluminado de 7 metros aproximadamente, hay un tramo de escaleras pendientes, se llega a un patio de ropa y a mano izquierda hay una puerta que permite acceder a la habitación en la que viven AP y su pareja. Al atravesar la puerta se accede a la habitación, es algo oscura, se observa a mano derecha una cama doble que tiene algunos objetos y ropa encima; hay una silla plástica verde con loza, a lado de la cama y frente a esta está el TV a mano izquierda está el "chifonier" a la izquierda de esta hay una marco que permite ingresar a un corredor corto; a la derecha del corredor hay un baño con inodoro, ducha y lavamanos pero no tiene puerta. Al fondo del corredor y a la derecha está la cocina, no es grande pero dispone de una hornilla, mesones y anaqueles para poner los elementos de cocina que dispone; no hay ventana que permite la ventilación de la cocina (Trayectoria embarazada)
Seguridad
Documental
Para este territorio se enmarca en la vulnerabilidad del barrio ... de estrato 1, el cual se encuentra ubicado en una zona de difícil acceso, teniendo en cuenta que el transporte para esta zona no es suficiente y adecuado. Adicional a las condiciones de seguridad propias del sector (PIC)

Las visitas que se realizan especialmente en el barrio ... deben realizarse hasta máximo 2 pm por condiciones de seguridad para el personal que realiza las actividades de promoción y prevención desde el Plan de Intervenciones Colectivas PIC (PIC)
Además existen problemas de inseguridad debido a la existencia de varios expendios de drogas y de alcohol lo que genera un aumento marcado de la inseguridad y de los problemas de drogadicción en los jóvenes (PIC)
Referente a la seguridad en los microterritorios hay inseguridad debido a la presencia de delincuentes que realizan atracos a los habitantes y a los locales comerciales, aunque cuenta con la presencia de un CAI y vigilancia constante, esta problemática se presenta con frecuencia (PIC)
Actores
no sólo ellas, todos tenemos barreras en el hospital en el sitio de seguridad, estamos ubicados en uno de los sitios más peligrosos de Bogotá (Od general)
Porque es que hay mucho ñero, si mucha gente así, es lo único, porque es muy bueno vivir allá, sí, pero ha entrado mucha gente, muchos zorreros, mucha gente así (Embarazada)
como todo, hay como ñeros, hay, gracias a Dios no nos han hecho nada, pero si hay peligro (Embarazada)
Peligroso, por la nohecita, digamos; a veces que yo llegaba de trabajar por ahí a las 11 u 11:30 de la noche era un poco peligroso por lo que ya no hay gente, entonces mi casa queda un poquito retirada de donde se coge el bus. De pronto lo peligroso es eso (Embarazada)
porque siempre vive gente así viciosa, eso se la pasan por ahí fumando y pues, también es normal, pero como vivimos en una casa esquinera enseguida hay un lote; entonces siempre da miedo y la puerta mantiene cerrada todo el día (Mujer PPT)
¿Seguro, seguro? Me dicen que no, pero por mi parte a mí no me ha pasado nada ni a mis hijos, ni a mis papás ni a mis hermanas (Mujer PPT)
el lugar donde vivo es un poquito peligroso por la gente, pero no; la verdad, no he tenido problemas por lo que casi no, como que es solo con mi familia, nadie más. Entonces no somos de las personas que nos metemos en problemas ni nada de eso, tratamos de evitarlo (Mujer PPT)

Trabajadora informal
Documental
Predomina la población de estratos uno y dos con oficios como amas de casa, constructores, mecánicos y oficios generales (PIC)
Actores
así en casas de familia, en construcción, en lo que les salga trabajan (mujer postparto)
yo trabajaba en hartas cosas, como ayudante de restaurantes, auxiliar de cocina, casa de familia, así lo que me salga así, pa' sacar a los niños (Mujer PPT)

Entonces yo creería que de todas maneras las condiciones laborales como se le presentan a la gestante no exigen o sea no exigen y no saben de pronto esa parte a qué tienen derecho entonces si se lo ponen de.. mire yo le doy su sueldo y se lo doy completo pero así o le descuento salud y pensión y le pago salud y pensión pues claro que va a preferir la gestante que le llegue más dinero (Administrativo)

... más que todo que son de un nivel bajito, en cuanto a la economía de pocos recursos económicos, personas que digamos maternitas que están en el medio supongamos que yo me he dado cuenta, maternitas del área de recicladores, personas que tienen muy ... vulnerable en cuanto la parte económica, yo he visto que más que todo son ellas (Higienista)

Orden Política-Dominio Colectivo

Lógica dominante en la atención odontológica de las mujeres

Políticas de corte neoliberal, globalización

Documental

un aumento en la carga de la enfermedad debido a entidades no infecciosas y el reconocimiento de las crecientes inequidades que han acompañado los procesos de expansión mundial de sistemas de libre intercambio, economías de mercado y el establecimiento de democracias con un claro enfoque liberal (política de Salud Oral)

Bajo las premisas neoliberales en salud, las responsabilidades fundamentales del Estado han sufrido transformaciones importantes a la luz de los cambios en las relaciones entre Estado, Mercado y Sociedad Civil. En este contexto, se favorece una tendencia de separación de funciones en los sistemas de salud: rectoría, financiamiento, aseguramiento, compra y provisión de servicios, están a cargo según el caso de cada país, a uno o múltiples actores y/o agencias públicas o privadas (Política Salud Oral)

un aumento en la carga de la enfermedad debido a entidades no infecciosas y el reconocimiento de las crecientes inequidades que han acompañado los procesos de expansión mundial de sistemas de libre intercambio, economías de mercado y el establecimiento de democracias con un claro enfoque liberal (Política SO)

las consideraciones relativas a la garantía y naturaleza de los derechos humanos, ponen en confrontación diferentes visiones ideológicas y político - filosóficas, en ocasiones irreconciliables, de cara a los modelos de gestión de lo público. Esto es así debido a las transformaciones y tensiones profundas que viven las sociedades actualmente, en las que la esfera económica y más precisamente la esfera del mercado pugna por establecerse como el mecanismo central de coordinación social, subordinando la esfera política a sus fines y objetivos. (polit SO)

La atención de salud deficiente y desigual, las tendencias cambiantes de las enfermedades bucodentales, el aumento en los costos y la reducción de la inversión en programas de salud pública bucodental son signos prominentes de la crisis sanitaria actual en las Américas. (POLit SO)

Por sus características, los servicios de salud oral se constituyen en un buen referente para evaluar el desempeño en equidad de un sistema de salud. Se puede afirmar esto en consideración a que se trata de patologías crónicas que demandan un proceso de adherencia prolongado a los servicios a pesar de que en la mayoría de los casos estas no representan un riesgo inminente para la vida (Polit SO)

La Estrategia de Salud Oral y Plan de Acción de la OPS 2005 - 2015 parte de la necesidad de enfatizar en el desarrollo de políticas de salud oral con mayor coordinación en las áreas de atención primaria de salud y metas del milenio y mejor coordinación con socios externos; a esto se suma el dar mayor atención a los países prioritarios y los grupos vulnerables. La Estrategia y Plan de Acción de la OPS asume los retos dinámicos y persistentes en salud bucal del nuevo milenio. De acuerdo con el Desarrollo del Orden del día de las Naciones Unidas, la estrategia de la OPS también soporta las tres Metas para el Desarrollo en el Milenio (MDM) relacionadas con la salud, desarrolladas en el año 2000. Facilita la cooperación técnica entre y con líderes públicos y privados, integrando tecnologías adecuadas e incrementando las intervenciones comprobadas. La meta principal de la estrategia es reducir la carga de la enfermedad bucodental para el año 2015. Los objetivos propuestos en este plan son reducir el índice de dientes cariados, perdidos y obturados a los 12 años en los países, mejorar la evaluación y el tratamiento de otros problemas de salud bucodental en la Región y aumentar el acceso individual a los servicios de salud bucodental (Polit SO)

Colombia establece en la Constitución Política de 1991 el derecho de todo ciudadano y ciudadana a participar en la conformación, ejercicio y control del poder político en la vida cívica y comunitaria del país. La salud constituye uno de los ámbitos de participación de mayor relevancia y en el contexto de la globalización las acciones políticas son necesarias a la vez que revisten cada vez mayores niveles de complejidad (PIC)

Prevalece la lógica de mercado en el sector salud. A partir de la concepción de la salud como ausencia de enfermedad y donde el derecho está sometido a la capacidad de pago (PIC)

...ya no existen acciones promocionales, sino que la promoción, se define como una estrategia que se materializa en políticas públicas y ordena todas las acciones a ella vinculadas. Esta perspectiva reconoce la necesidad de la interacción permanente entre el sector salud y otros sectores del Estado, tanto como el papel de las personas y las organizaciones sociales en la producción de la salud (PIC)

El actual sistema de salud de Colombia opera mediante estrategias y programas que dejan de lado la atención integral de la persona, lo cual puede evidenciarse desde la misma concepción, normatividad y reglamentación del mismo; dado que aunque la ampliación de la cobertura cercana al 100% encabezó la propuesta planteada en la ley 100/93, ésta afectó de manera crítica la calidad, pertinencia, acceso y oportunidad del "servicio de la salud" (éste término en sí mismo determina la violación del derecho a la salud enmarcado dentro de los derechos humanos, ya que pasó a ser un bien y privilegio manejado por el mercado) (informe avance salud situacional 2012)

Few empirical oral health models have made visible the contextual qualities in which structural/political forces constrain and perpetuate processes of social differentiation in society, which subsequently contribute to oral health disparities. (Patrick 2006)

Actores

un sistema que está en función de la producción digámoslo así, hace que no podamos visualizar esas realidades cotidianas humanas, constantes (Base)

un sistema que está en función de la producción digámoslo así, hace que no podamos visualizar esas realidades cotidianas humanas (Base)

tristemente todo se volvió negocio y la salud no puede ser negocio (Odontologa general)

Políticas reduccionistas del Estado "Estado precario", "Estado mínimo". En salud la ley 100, la 1438 entre otras

Documental

Debilidad o ausencia de acción intersectorial, pues al centrarse en el asistencialismo con una fuerte focalización, desaparece la perspectiva intersectorial y se profundiza el desconocimiento de los procesos de producción y reproducción social del proceso salud-enfermedad.(Politica Salud Oral)

Esta Ley señala la necesidad de fortalecer la salud pública en el país, reconociendo los problemas de dispersión institucional, ausencia de objetivos en salud y pérdida de la rectoría pública (Política SO)

Esta problemática se evidencia fundamentalmente en la desarticulación en las acciones de orden individual y colectivo, las de promoción de la salud y aquellas cuyo énfasis es la prevención y atención a la enfermedad, persistiendo además algunos problemas de articulación institucional entre el nivel local y distrital. Así mismo se destaca la dificultad de establecer procesos de trabajo conjunto entre entidades públicas y privadas aseguradoras, prestadoras de servicios de salud oral y aquellas pertenecientes a diferentes sectores. Lo anterior es en gran medida consecuencia de la fragmentación estructural del diseño del Estado colombiano y en particular del actual sistema de salud vigente en el país. Los diseños institucionales orientados por la reforma establecieron una división entre la administración y organización de los servicios (EPS) y la prestación de los mismos a cargo de las instituciones prestadoras de servicios (IPS) o de los profesionales; las instituciones públicas de prestación de servicios se constituyeron en empresas sociales del Estado y su financiamiento se vinculó a un sistema de pagos que tiene en cuenta la cantidad y el tipo de servicios prestados; se convirtió en obligatoria la afiliación al SGSSS y se amplió la vinculación del sector privado tanto en el ámbito de la provisión como del financiamiento a través de la expansión de los mercados de seguros (Pol SO)

Además, existe una desarticulación entre las actividades, procedimientos e intervenciones realizadas en el marco del PIC y las realizadas por el POS, las que realizan las IPS públicas y Privadas y las establecidas por las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios y la Secretaría distrital de Salud, lo que profundiza los problemas de continuidad, integralidad y coordinación de los servicios de salud oral (POLit SO)

El actual sistema de salud de Colombia opera mediante estrategias y programas que dejan de lado la atención integral de la persona, lo cual puede evidenciarse desde la misma concepción, normatividad y reglamentación del mismo; dado que aunque la ampliación de la cobertura cercana al 100% encabezó la propuesta planteada en la ley 100/93, ésta afectó de manera crítica la calidad, pertinencia, acceso y oportunidad del "servicio de la salud" (éste término en sí mismo determina la violación del derecho a la salud enmarcado dentro de los derechos humanos, ya que pasó a ser un bien y privilegio manejado por el mercado) (Informe avance salud situacional 2012)

En Colombia el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) ha debido enfrentar insuficiencias que sugieren serias limitaciones en su diseño y alcance: entre otras, ausencia de cobertura universal, segmentación de la población y de los planes de beneficios, crecimiento del gasto en salud, sin mejoramiento de la calidad, intermediación inapropiada, persistencia de inequidades en el acceso y utilización de servicios (PIC)

La existencia de diferentes planes de beneficios, basados en la capacidad de pago de los usuarios genera grandes inequidades en salud. Esta debilidad propia del actual Sistema de Salud, se hace más notoria en el sector público donde la mayoría de la población usuaria de los servicios pertenece al régimen subsidiado, cuyo plan de atención es el más limitado. Si bien las pretensiones del sistema es reducir estas brechas, la forma como se concibió el POS no permite la integralidad en la atención (PIC)

no hay una integración entre la oferta pública y privada lo que conlleva a una atención en salud oral muy fragmentada ...Lo anterior muestra que más que intervenciones de tipo preventivo lo que se ejecuta desde varios sectores es la atención del evento cuando ya está presente, de manera curativa pero mayoritariamente de modo paliativo(PIC)

Actores

en el sistema de salud que se evidenciara por ejemplo en la enfermedad periodontal va repercutir en partos pre termino, en problemas que van a incluso a tener un mayor costo para todo el sistema cuando no se hace una parte de atención inicial de la gestante para poder hacer detección de ciertas patologías (Base)

no hay sistema que nos sirva ninguno, el sistema judicial está podrido, el sistema legislativo es una porquería, el sistema ejecutivo es pésimo o sea todo las políticas (Base)

yo creo digamos en un país con tanta tasa de desempleo el hecho de que usted tenga un empleo formal o relativamente formal un empleo decente y con lo que se ha venido haciendo de incrementar la protección a la mujer embarazada incrementar las semanas de licencia de maternidad no tendría ninguna excusa no asistir, es que no tiene excusa. El Estado ha intentado desarrollar un esquema que protege a la mujer gestante cuando es trabajadora sino va a las consultas regulares quedaría muy...es decir ya no podríamos hacer más es de su libre albedrío (Base)

él fue gerente de una S en y él peliaba siempre porque el dinero para la odontología era muy poquito, era como el 9% de todo el presupuesto del hospital y, con ese 9% tenía que enviar a X población y no le alcanzaba, o sea, no era porque se escondiera la plata, no digo que no se esconda, de pronto no hay la plata suficiente (Base)

esa política de salud con la entrada de la ley 100 hizo modificaciones en el sentido de que algunas de las actividades que estaban incluidas antes no se incluyeron en esa ley 100, que luego paulatinamente fueron entrando nuevamente como para la atención. Cómo influye eso en la parte de la atención directa con las gestantes y la parte de salud oral esa política digámosle el marco general de la política con lo de las embarazadas, pues mucho no (Base)

Nosotros el año pasado tuvimos como 110.000 partos de los cuales como 70.000 o 60.000 fueron del contributivo es decir, cotizante o beneficiaria pero contributivo es decir, al menos en Bogotá esas mujeres tenían protección social, tenían si estaban en el contributivo ellas con sus compañeros permanentes tenían un trabajo que les permitía estar en el contributivo. Las mujeres del régimen subsidiado pues ellas son como las más vulnerables son como 25.000 partos y la cuenta propia que son que no son ni lo suficientemente pobres para recibir un subsidio ni están en el contributivo de esto tocará que ver en qué condiciones está la mujer allí (Base)

antes dentro del régimen subsidiado no tenían que hacer una cantidad de evoluciones ahora si tienen que hacerla porque homologaron el régimen contributivo y el régimen subsidiado. Entonces mi pregunta es entonces lo homologaron por lo bajo, entonces lo que tienen que hacer más evoluciones y más papeleo porque uno en el régimen contributivo tiene que pedir autorización, pagar el copago, tener el tiempo, pedir la cita para poder acceder al servicio, entonces el régimen contributivo lo que se homologó fue en eso, no en la atención, porque siguen recibiendo la misma atención digo yo, presumo o puede ser que reciban más servicios pero el problema está en que entorpecieron igual que en el otro el régimen subsidiado todos los procesos para hacerlo más lento (Base)

a mujer entra al control prenatal e inmediatamente queda inserta en una como en una , una ruta de atención, debe ir a nutricionista, debe ir a pruebas de laboratorio, debe ir a psicología, debe ir a otras dos cosas más dentro de ellas odontología y la mujer gestante entra al odontólogo y el odontólogo hace una evaluación, evalúa como está dental, periodontalmente y toda esa cosa; si la mujer gestante está bien le dicen querida tú estás bien te puedes ir para la casa, si tiene caries o enfermedad periodontal ingresa al proceso de tratamiento y hasta que termine su tratamiento; pero aquella que está sana con qué filosofía lo analizamos cómo es que no estamos evaluando que está ocurriendo cambios (Base)

...si yo como tomador de decisiones, a principio de año planeo que voy a tener tantas mujeres en atención, 100 mujeres en el subsidiado o en el población vulnerable pero no cuento con la carga que me viene del contributivo, pues se me va a limitar los recursos y la atención va ser pues más precaria, porque hay que distribuir los mismos cien pesos en más mujeres y a fin digamos que, y también depende del tiempo en el año, temporalidad que quede (Base)

no me lo van aceptar porque hay unos ciertos términos, entonces todos tienen derecho a 1 consulta por primera vez en el año, al terminar el tratamiento 1 sola vez en el año como esas partes administrativas que el odontólogo tiene que conocerlas (Administrativa)

Es que la complejidad está en que es el trabajo decente entonces el que trabaja a destajo sino trabaja no come...entonces sí tendría problema serios problemas para poder acceder pues tendría que programarlos en horas no laborables para poder trabajar y poder asistir (Administrativo)

si y sobre todo es por plata o que te pidan unas metas que digamos que pueden ser posibles, pero vaya y uno hágale la visita a la gestante donde no te vaya a recibir, entonces digamos son cositas que no se tienen en cuenta dentro de las políticas, vuelvo a lo mismo están hechas muy bien hechas, muy bien craneadas yo no digo que no, pero faltan cositas desde la perspectiva de la misma comunidad (Administrativa)

en todas las instancias hay ignorancia, hay ignorancia en las gestantes, hay ignorancia en los profesionales, hay ignorancia en las instituciones, hay ignorancia en los administrativos, hay ignorancia en la gerencia de todo el proceso integral, la mirada parcial y fragmentada (Enfercoordinadora)

Entonces si la UPC vale tan poquito en odontología entonces no nos podemos desmandar hacer tratamientos y un mundo de cosas rápidamente porque no seríamos auto sostenibles y si el hospital no se sostiene se tiene que ir, aquí el que no se sostiene se tiene que ir (Odontologa general)

es mejor para la vinculada. La atención odontológica para el vinculado en este país es mucho mejor que cualquier otro tipo de atención, tienen mejor atención que para usted o para mí que somos régimen contributivo y definitivamente la población subsidiada también adolece de una buena atención por problemas de barreras que se les ponen (Od general)

porque todo a nivel de salud está normatizada, legalizado, tienen un decreto, alguna vaina que nos avala pero al momento de ejecutarlas (Odontóloga)

Pues yo creo que el contributivo porque pues tiene muchas más ventajas a nivel económico y les dan digamos más prioridades que a un vinculado que de pronto tiene que esperar más tiempo para una cita, que le hagan los procedimientos de forma más lenta digámoslo así que digamos un contributivo que puede dar hacer más rápido pienso yo (Od general)

Eso no me parece humano, decente, ni digno para un paciente. Un paciente requiere, no sé, por lo menos de media hora para que pueda sentar decir yo quiero esto, yo pienso esto, pueda preguntar que me pasa, los pacientes entran como cosas, tómese esto, haga esto; pregunte usted tiene derecho a preguntar, haga todas las preguntas que quiera, entonces creo que no, no se compadece con el paciente el sistema (Od general)

Bueno con la implementación de esa ley 100 cambiaron muchas cosas y eso de pronto si le ha colocado un poco de trabas al paciente, por ejemplo, bueno otro caso los pacientes en medicina interna solo puede acudir a especialista una sola vez al mes ya por ahí empieza un problema porque si el paciente de pronto presenta algo mas y necesita acudir nuevamente al especialista tiene que esperar al siguiente mes a que la EPS le autorice (Higienista)

es una sola fila. Si usted viene para laboratorio igual tiene que... para laboratorio, citas, pa' reclamar y todo eso, todo es la misma, pero la muchacha de adentro le va dando el ficho a cada uno depende pa' donde vaya, pero igual es una sola fila, por eso es que hay tanto enredo (Embarazada)

Desplazamiento forzado/monopolización de la tierra

Documental

se da un fenómeno fuerte de migración de familias enteras procedentes de otros municipios de Cundinamarca, Boyacá, Santander y Tolima, que generó tensiones complejas en los órdenes social, político, económico y cultural. La ciudad crece entonces hacia el sur y el occidente en forma considerable y en Suba surgen gran cantidad de procesos de construcción y autoconstrucción promovidos por agentes privados y programas de gobierno en lotes que contaban con las mínimas normas para su desarrollo urbano y también se ve afectada por la aparición de urbanizaciones piratas que traen como consecuencia un crecimiento urbano carente de planificación (Política SO)

Para el campo de la salud oral el enfoque diferencial se materializa en una orientación de política que incluya acciones afirmativas diseñadas y adecuadas según las particularidades de grupos poblacionales. Los planes locales, las redes de servicios, los procesos de promoción y atención integral deben ser sensibles a estas realidades y responder de manera pertinente a las necesidades diferenciales, parte de esta tarea pasa por reconocer las relaciones entre la construcción de estas identidades y los determinantes socioeconómicos de la salud oral. Esta política debe tomar en consideración particularmente a las personas en situación de discapacidad, población indígena y población en situación de desplazamiento por causa de la violencia política (Polit SO)

Uno de los principales fenómenos de migración en Colombia es el desplazamiento forzado por el conflicto armado. Bogotá continúa siendo el principal municipio receptor (9% del total de desplazados del país) con más de 380.000 personas estimadas por CODHES, un 1,4% más de las incluidas en el registro oficial SIPOD de 223.087. Entre 2005 y 2008 se desplazaron 1.108.66 personas de las cuales 155.587 arribaron a Bogotá, y se ha alertado sobre un incremento de más del 40% entre el primer semestre de 2008 y el mismo período de 2007. Según cifras de CODHES, el número de personas que arribaron a Bogotá producto del conflicto armado desde el 2002 hasta el 2007 tuvo un descenso importante en el 2003 y después un ascenso paulatino hasta superar las 40 mil personas en el 2007 (POLit SO)

en los años recientes los territorios de San Cristóbal Oriental y Verbenal Oriental (los cerros de la localidad) han recibido familias desplazadas de diferentes zonas del País (PIC)

Como buena parte de los territorios de los afrodescendientes han sido objeto de disputa por parte de los actores armados, esto ha devenido en una gran diáspora de desplazados que migran a Bogotá (PIC)

Los desplazados se encuentran ubicados en toda la localidad como se identificó a través de la estrategia SASC los cuales están clasificados en condición o situación de desplazamiento forzado por la violencia. Con esta población existe un choque cultural de costumbres, ritos y creencias propias de una etnia que choca frente a la lógica urbana y un sistema de Gobierno, el drama de la violencia en cada historia de vida, el poco apoyo institucional, la escasa presencia institucional en sus lugares de origen y el marco jurídico que especifica que el desplazamiento es considerado una tragedia (PIC)

En el territorio de Rincón en contraste con cualquier otro se realizó una diferenciación y referenciación en dos micro territorios, con el propósito de agrupar a la población con características propias de grupos de cabildos y de desplazados, teniendo en cuenta la gran concentración de esta comunidad en el territorio se encuentran caracterizadas (PIC)

Se observa que para 2011 el territorio de Rincón presenta el nivel más alto de notificación durante todo el año 2011 con 890 casos de los cuales el 76% corresponde a víctimas de sexo femenino, es importante anotar que este territorio presenta la notificación más alta en cuanto a la violencia física con el 47% del total de casos intervenidos cuya víctima recurrente es la mujer, de igual forma registra el mayor número de casos respecto a la violencia sexual con un 51% del total de la notificación de las UPGDs (PIC)

la violencia intrafamiliar se logra evidenciar que las causas que más menciona la comunidad es la situación económica y que a raíz de esta problemática se desencadenan el resto de situaciones en las familias, otra de las causas que se evidencian es la falta de diálogo al interior del núcleo familia lo que nos genera distanciamiento y fractura de un entorno familiar para con los hijos (PIC)

Actores

lo político es que en los barrios hay mucho conflicto, nos dicen que no, y eso es mentira, todos los días hay un muerto en los barrios, hay un asunto de los poderosos, aquellos aquellas bandas que pueden estar entre guerrilla, paramilitares, ejercito, policía o sea todos los actores armados que quieras, que presionan el desplazamiento de la gente (Base)

...la condición de ruralidad, la condición de desplazamiento, fenómenos relacionados con violencia podrían estar más relacionados con las condiciones de la salud oral de la gestante. Porque la mayoría de esas personas puntuales, le refieren a uno, primero no tengo acceso en donde estaba a salud y segundo uno no se motiva a arreglarse ni a preocuparse por uno mismo, o sea por una parte de la boca o del cuerpo, si yo lo que tengo que preservar es mi vida (Od periodoncista)

lo que pasaba con los desplazados, al comienzo inicialmente no previeron tantas cosas y hubo gente muy viva que presentó papeles y dijo yo soy desplazado pero qué pasa, no hubo una investigación a fondo de comprobar que realmente si era desplazado, inicialmente con el programa de los desplazados mucha gente se benefició y usted sabe que hay gente muy viva y que sí se hizo al auxilio y cuando ya empezó realmente a llegar la población desplazada ya venían y se encontraban con eso y esos son los que menos tienen el auxilio (Higienist)

Yo vine a hacer papeles acá a Bogotá porque el papá de mis primeros hijos lo mataron, y vine a buscar unos papeles a la fiscalía (Embarazada)

Observación

AP vuelve a la sala de espera, en ese momento ella me pregunta que “con sus preguntas me pueden quitar los servicios” porque yo no pago nada a pesar de que esta EPS es para personas que pueden pagar, que la afilió después de su hospitalización y la empezaron a atender. Estuvieron conversando con su pareja y él le dijo que yo podría ser del Bienestar Familiar y que “me podría perjudicar” quitarme el niño (trayectoria atención)

Orden Político-Dominio Colectivo

Modos de vida de grupos sociales relacionados con la atención od. embarazadas

Colombia y sus entidades territoriales asumen la lógica de la globalización

Documental

En Colombia, existe un acuerdo cada vez más amplio tanto en el ámbito social como académico respecto a las limitaciones que tiene el modelo de mercado de seguros para garantizar el derecho a la salud en una perspectiva de equidad y universalidad.(política de salud oral)

En la gestión en salud se ha planteado una clara tensión entre dos corrientes de pensamiento y acción -especialmente en el contexto de las reformas estructurales a los sistemas de salud implementadas en la década de los 90s-, una de las cuales privilegia la eficiencia financiera y otra que aboga por respuestas integrales a las necesidades sociales en salud (Polit SO)

Actores

yo tengo el argumento para decir porque me gasté tanto y como ese gasto no lo tengo que contener, ese gasto lo debo mantener pero debo incrementarlo si las capto a todas y lo que tengo que hacer es el trabajo para que ese gasto me permanezca constante, es que no sabemos y este concepto que te estoy dando me lo dio la universidad más neo liberal que forma los economistas y los contadores de este país, que es la universidad de Los Andes. A mí el profesor de los andes me dijo, me lo enseñó y me lo explicó en clase, por qué somos malos administradores del gasto, porque creemos que el gasto se tiene que contener, no, o sea el gasto no se puede disparar enloquecidamente, pero el gasto es para eso para gastarlo (Base)

que oye uno hoy... hoy oye, paciente que solicita la cita le haces la atención y luego le dice vuelva dentro de 6 meses o vaya pidiendo cita, pero nunca hay cita eso es efectivo antes de la ley 100 aunque la cobertura fuera poquita podíamos tener paciente terminado en odontología, es aquel paciente que es controlado Después de la ley 100 no podemos tener eso (Base)

la resolución 412 cuando habla de la atención el control del embarazo más exactamente está todo el listado de acciones que se hacen durante el embarazo está la consulta médica, la toma de VRL, el parcial de orina, las dos ecografías y dice consulta de primera vez por odontólogo es decir, hay un paquete en términos reales contienen los controles regulares que debe tener una mujer en embarazo por eso está ahí y eso es obligatorio que lo hagan (Base)

yo si creería que al menos para las mujeres gestantes hoy es un derecho cierto la gente aquí ha tenido un mito absoluto del sistema nacional de salud y de la cobertura del sistema nacional de salud no era tan grande; el seguro social no logró desarrollar la afiliación familiar entonces las únicas tal vez durante ese momento tuvieron asistencia odontológica irregular y como poco derecho fueron las mujeres trabajadoras vinculadas a la economía formal como cotizantes, pero el resto de mujeres no, incluso por pedazos el seguro atendía la esposa del trabajador y el hijo hasta un año en algunos lugares no en todas partes dependiendo de la cotización que hacía el patrono el empleador (Base)

miras la política y podrás encontrar muchos problemas, pero los mayores problemas está en quien aplica la política (Administrativo)

del régimen subsidiado qué eso puede estar generando un poco de dificultad ... si yo pienso que sí, son barreras, son barreras definitivamente son barreras, pues tristemente este es un negocio y no es lo que debe ser, que es salud (Od general)

En general la ley 100 es una ley que universalizó las coberturas que trajo cosas muy buenas para los usuarios, no así para los profesionales, creo que fue una ley que desmejoro notablemente la situación profesional (Odontóloga)

no podemos estar como Davivienda en el lugar equivocado hay que buscar algo que nos dé para vivir tranquilamente; ahí si vi yo la diferencia entre antes de ley 100 y después de ley 100 (od general)

SGSSS administrado desde lo local con "control" del Estado

Documental

Los problemas de la rectoría pública en salud oral en Bogotá, no deben leerse solamente en función de las transformaciones generales del Estado y la asignación de sus nuevas funciones, sino que debe entenderse como parte de la precarización del proceso de institucionalización de la salud oral en su conjunto. Esto se refleja en la limitación de los recursos para responder a las demandas y necesidades existentes (POLit SO)

La red de servicios cuenta con 3.2 horas odontólogo(a) general disponible por cada hora de higienista oral. Con relación al porcentaje de utilización de la capacidad instalada por red, se encuentra: Red Norte 86%, Red Centro Oriente 86%, Sur 87% y Sur Occidente 83% la utilización es alta pero podría ser superior al 90% de tal manera que fuera más eficiente la utilización de las unidades odontológicas (POLit SO)

<p>El Decreto 3039 del 10 de agosto de 2007, adopta el plan Nacional de Salud Pública para el cuatrienio 2007-2010 que será de estricto cumplimiento, en el ámbito de sus competencias y obligaciones por parte de la Nación, las entidades departamentales, distritales y municipales de salud, las entidades promotoras de salud de los regímenes contributivo y subsidiado, las entidades obligadas a compensar, las entidades responsables de los regímenes especiales y de excepción y los prestadores de servicios de salud. Este Decreto estableció la Salud Oral como la tercera prioridad nacional en Salud. Allí se consignan las metas nacionales y las estrategias para mejorar la salud oral en cuanto a promoción de salud, prevención de riesgos, recuperación de la salud y vigilancia en salud (Polit SO)</p>
<p>La política pública ha reconocido la importancia del control de las patologías orales durante la gestación (Polit SO)</p>
<p>El Ministerio de Protección Social a estableció en la Norma Técnica para la Detección Temprana de las Alteraciones del Embarazo mediante Resolución 412 de 2000, la remisión a un odontólogo dentro de la primera consulta del control prenatal a fin de "valorar el estado del aparato estomatognático, controlar los factores de riesgo para enfermedad periodontal y caries, así como para fortalecer prácticas de higiene oral adecuadas"(Polit SO)</p>
<p>reconociendo desde una perspectiva crítica los avances que se vienen agenciando en la ciudad desde el 2004 cuando se inicia la implementación de la política pública de salud oral. Los últimos seis años han testimoniado el fortalecimiento de la salud oral en la ciudad...el Plan de Desarrollo "Bogotá Positiva: para vivir mejor" existe un compromiso en la ciudad por consolidar un modelo de promoción y atención integral en salud oral. El plan de acción de salud oral que se construyó en el marco de este plan de desarrollo se propuso mejorar el nivel de salud oral de la población centrando su atención en el acceso a los servicios, prácticas sociales de cuidado y mecanismos de sostenibilidad de las respuestas (POLit SO)</p>
<p>Estructura operativa territorial que involucre una coordinación responsable de la gestión territorial institucional y los procesos de planeación (PIC)</p>
<p>La disminución de la mortalidad materna en tres cuartas partes constituye un compromiso ineludible para los países en vías de desarrollo, en lo que se ha considerado como una prioridad de importancia crucial para el desarrollo internacional, acorde con los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Coherente con estos postulados a través del programa Bogotá Sana, que busca reducir los índices de mortalidad materna e infantil, se fortalece la estrategia de atención primaria en salud (PIC)</p>
<p>Resolución 0425 de 2008, Por la cual se define la metodología para la elaboración, ejecución, seguimiento, evaluación y control del Plan de Salud Territorial y las acciones que integran el Plan de Salud Publica de Intervenciones Colectivas a cargo de las entidades territoriales (PIC)</p>
<p>Actores</p>
<p>Lo que pasa es que hay muchas cosas en teoría que en la práctica no se llevan perfecto (Enf)</p>

El proceso de descentralización trajo ventajas y desventajas, una de ellas tiene que ver con la asignación de recursos a cada región y de esta forma una gestante viene del Huila por ejemplo y del problema que tiene esta gestante para que la desvinculen allá y la puedan atender aquí, ese trámite es muy engorroso, pues tiene que ver con la asignación de recursos y con la facturación, ese es uno de los problemas más graves a pesar que el presidente dijo que la atención iba a ser a nivel nacional pero la pregunta es cómo se lleva a la realidad (Enfermera)

hace 1 año, va a ser 1 año hay una norma. Es tanto lo que se ha preocupado la Secretaría por la materna que hasta la norma técnica para la gestante, atención en salud oral de la gestante la sacó, así como sacó la norma técnica para la atención al adulto mayor y ahorita se rige, hay normas técnicas que rigen si la atención de... los procedimientos y, eso hace 1 añito que está aprobada ya y está en acción, está en furor, antes no la había (Higienista)

Conflictos de poder entre políticas locales (atención, género, salud oral) y las nacionales

Documental

las consideraciones relativas a la garantía y naturaleza de los derechos humanos, ponen en confrontación diferentes visiones ideológicas y político - filosóficas, en ocasiones irreconciliables, de cara a los modelos de gestión de lo público. Esto es así debido a las transformaciones y tensiones profundas que viven las sociedades actualmente, en las que la esfera económica y más precisamente la esfera del mercado pugna por establecerse como el mecanismo central de coordinación social, subordinando la esfera política a sus fines y objetivos (Polit SO)

Se reconoce la tensión existente entre los diferentes discursos y prácticas que alrededor del proceso salud enfermedad apropian los profesionales de la salud, administradores y economistas de la salud, gestores de la política y los grupos sociales (Polit SO)

En la gestión en salud se ha planteado una clara tensión entre dos corrientes de pensamiento y acción -especialmente en el contexto de las reformas estructurales a los sistemas de salud implementadas en la década de los 90s-, una de las cuales privilegia la eficiencia financiera y otra que aboga por respuestas integrales a las necesidades sociales en salud (Política SO)

Pérdida de un referente de territorialidad que posibilite integrar de manera significativa las acciones asistenciales y de prevención, con las acciones sobre los determinantes de la salud y la enfermedad desde un enfoque promocional (Politica SO)

El territorio como espacio de producción y reproducción social es un referente fundamental para la comprensión del proceso salud-enfermedad. En este sentido, el territorio concreta el conjunto de prácticas, consumos y de acceso a bienes que en la vida cotidiana definen condiciones de vida y salud. También es el referente de construcción de sentido para la participación social en salud y es donde resulta más efectiva la respuesta intersectorial e interinstitucional para el goce efectivo del derecho a la salud (Política SO)

Resolución 1101 de Noviembre de 2009. Por la cual se establece la Alianza por la Salud Pública entre el grupo dinamizador por la Salud Pública del Distrito Capital y la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. Las Instituciones que participan en la alianza son: La Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, Universidades formadoras en salud y afines, Organizaciones Académicas, OPS/OMS, las IPS y demás actores sociales que promuevan la docencia, la extensión y la investigación, orientadas a la solución de los problemas de salud de los Colombianos. Entre sus objetivos está: Construir conjuntamente, Secretaría Distrital de Salud, Universidades, Organizaciones Académicas, OPS, IPS y otros actores sociales del Distrito Capital, propuestas para el fortalecimiento en la formación y capacitación del Talento Humano en Salud Pública, que articule las políticas, planes, programas y estrategias de salud pública y Educación Superior, con acciones a corto, mediano y largo plazo (Politica SO)

El enfoque de derechos en la política en salud oral de Bogotá reconoce que es necesaria la construcción de una institucionalidad social, incluyente y con objetivos de equidad, que pueda incidir en la transformación de los determinantes sociales que producen y reproducen los problemas de salud oral, y que afectan en especial a los sectores históricamente excluidos de los beneficios sociales, por razones de clase, género, generación, etnia y origen regional. En esa perspectiva reconoce que el derecho a la salud oral es consustancial a la persona y la dignidad humana, aun cuando las enfermedades y traumas o malformaciones orales no constituyan en la mayoría de los casos, riesgo para vida, pues es tarea del Estado garantista brindar las condiciones de oportunidad equitativa para el pleno goce de la salud, como parte sustantiva de la potenciación de las propias capacidades humanas a la que tiene derecho cada individuo en la sociedad a la que pertenece (Pol SO)

En Bogotá, la política pública de salud oral se propuso establecer mecanismos de articulación que permitieran estructurar una respuesta integral a los complejos problemas de la ciudad, sin embargo, aunque existen algunas experiencias locales que han avanzado en este sentido, el balance general evidencia una importante fragmentación tanto en la prestación de servicios como en la gestión de la política. A nivel distrital y local se reproducen lógicas de organización de los equipos de trabajo en las cuales por ejemplo, las acciones colectivas que hacen parte del PIC no tienen vínculos claros y sostenidos con aquellas de atención individual (POS), todo lo cual plantea retos que apuntan a una mayor relevancia del nivel local en procesos de planeación participativa y en el nivel distrital un mecanismo de coordinación y gestión que integre las diferentes áreas misionales con acuerdos en el enfoque y puesta en marcha de la política pública (Politica SO)

El actual plan de atención en salud oral es simplemente el listado de algunos procedimientos preventivos y curativos que deben ser cubiertos por la entidad aseguradora. Su estructuración por niveles de complejidad no es la adecuada y las características de la población no fueron tenidas en cuenta. La estandarización de las acciones y las limitaciones establecidas dificultan seriamente la atención integral del paciente como un ser biopsicosocial y cultural afectando la capacidad de resolución de los servicios, los niveles de referencia y contra referencia y la satisfacción de los usuarios (Pol SO)

la actual estructura organizacional de la Secretaría Distrital de Salud contribuye a la falta de coordinación entre las acciones en salud oral, especialmente entre las que se realizan a nivel individual con las que se realizan a nivel colectivo. Esta situación, que obedece en parte a la estructura del actual sistema de salud, hace que la presencia de profesionales de salud oral en grupos interdisciplinarios de las diferentes áreas de la SDS no resuelva aspectos críticos de desarticulación, duplicidad o vacíos en las acciones que se ejecutan o direccionan desde el nivel central. Se ha buscado resolver esta problemática con la creación del Grupo Funcional de Salud Oral. Este grupo debe fortalecerse con reuniones periódicas, asignación de funciones, coordinación de los planes a desarrollar y especialmente con el seguimiento y gestión de la política pública de salud oral (Polit SO)

Esta problemática se evidencia fundamentalmente en la desarticulación en las acciones de orden individual y colectivo, las de promoción de la salud y aquellas cuyo énfasis es la prevención y atención a la enfermedad, persistiendo además algunos problemas de articulación institucional entre el nivel local y distrital. Así mismo se destaca la dificultad de establecer procesos de trabajo conjunto entre entidades públicas y privadas aseguradoras, prestadoras de servicios de salud oral y aquellas pertenecientes a diferentes sectores. (Política de salud oral)

La gestión de los servicios de salud oral debe desarrollarse en cinco líneas de acción: 1. La integración en redes de los servicios, reconociendo los límites del modelo de competencia regulada del sistema y las implicaciones del modelo gestión social integral sobre los territorios, como expresión de la organización de la respuesta institucional del Distrito Capital (POLit SO)

en Colombia dentro de la atención integral a la embarazada está incluida la consulta odontológica que además está pagada y forma parte de los programas de promoción y prevención, entonces porque no la hacen los profesionales porque me remiten los pacientes y porque las mujeres no van, esa es la pregunta, estando donde estamos pues la única alternativa es fregarle la vida a los que la deben hacer que son las EPS y el contributivo y el subsidiado que son la mayoría obligarlos a que la hagan y estimular a que las mujeres vayan a consulta, es como le digo por eso quedó en las metas desde hace 4 años y ya al menos tenemos un dato general y los podemos seguir presionando esa es la idea, porque el dato no existe (POLiti SO)

Débil participación de la salud oral en los procesos de planeación y gestión local, se evidencia en la poca cantidad de programas y proyectos de salud oral en los planes de desarrollo local (Polit SO)

En el nivel distrital, hay mínima apropiación de la política por parte de otras áreas misionales de la SDS diferentes a Salud Pública lo que dificulta la articulación con otras instituciones y sectores.(Polit SO)
el rescate de la responsabilidad estatal y el liderazgo de los gestores de política pública en la incorporación de estrategias de corresponsabilidad y cooperación encaminadas a la garantía del derecho a la salud (Polit SO)
La integración en redes de los servicios, reconociendo los límites del modelo de competencia regulada del sistema y las implicaciones del modelo gestión social integral sobre los territorios, como expresión de la organización de la respuesta institucional del Distrito Capital.(Pol SO)
asumir nuevos retos para superar problemas históricos y nuevos, en la perspectiva de garantizar el derecho a la salud oral en Bogotá(PIC)
A nivel distrital la Vigilancia en Salud Pública va más allá de la vigilancia de los riesgos y daños biológicos, del comportamiento y del medio ambiente y propone “la vigilancia de la salud pública como una estrategia promocional de la calidad de vida que realiza monitoreo crítico de las causalidades y determinantes del proceso salud - enfermedad en territorios y ámbitos específicos con el objeto de evidenciar inequidad en las condiciones de vida de la población y orientar posibilidades de cambio” (PIC)
Existen dificultades en la atención de la población que proviene de otros entes territoriales por la falta de convenios de las EPSS departamentales con las de Bogotá.(PIC)
Esta Política Pública plantea la necesidad de redimensionar la acción en salud oral en la ciudad para garantizar el derecho a la salud (Guía atención oral gestantes)
Actores
las gestantes tienen muchas ventajas pero quizás la mayor problemática para que las políticas sean operativas están en los factores económicos y en que no están planeadas desde la perspectiva de la comunidad, porque las políticas se gestan desde los escritorios y no se aterrizan en la realidad de la comunidad. (Administrativo)
Plan de Intervenciones Colectivas que está con salud pública que son los de salud a su casa y eso y entonces ellos le van cambiando y entonces si viene a la Secretaría le establecen algo y le cambian al mes lo que están pidiendo, entonces no es bueno (Enfermera)
La gestante reporta que al iniciar las consultas tuvo problemas porque registró doble afiliación y en el hospital le dijeron que no la podían atender, por lo que le tocó esperar para recibir atención (Auxiliar)
era de otra ciudad, entonces de una ciudad a otra ya se limita, porque hasta que pidan autorización, que a veces sí, que a veces no, que hasta que manden que no está la persona, de otra ciudad cuando no es del sisben de Bogotá (Higienista)
Dinámica institucional
Documental
Desarticulación de las redes prestadoras de servicios por efectos de la competencia (Política SO)

<p>la poca integración del talento humano con los procesos institucionales y dinámica de las localidades (Polit SO)</p>
<p>Lo planteado con respecto a la oferta de servicios en salud se evidencia una falla como las barreras de acceso, es importante que las Empresas Prestadoras de Servicios (EPS), creen estrategias las cuales oferten servicios con oportunidad, eficacia y eficiencia con el fin de garantizar a la comunidad programas de impacto y fortalecimiento de estilos de vida saludables. Se debe crear estrategias de modulación con los diferentes programas con el fin de ofertar servicios articulados y acordes con las necesidades de la población (PIC)</p>
<p>Como resultados la principal demora identificada por el grupo está relacionada con la calidad en la atención de los servicios en salud materna, relacionada esta con la vulneración de los derechos de las y los usuarios y pérdida de credibilidad en los mecanismos de exigibilidad de derechos (PIC)</p>
<p>Actores</p> <p>como institución tengo unas políticas para cumplir unos requisitos de ley, si la ley me exige ir más allá voy más allá, si la ley me pone unos parámetros mínimos ahí me quedo (Base)</p>
<p>vuelvo a lo de siempre que es el dinero porque desafortunadamente eso está limitando si limita mucho el movimiento que fluya en los procesos como tal(Base)</p>
<p>más o menos son como 18 pacientes que se ven, más las extras que llegan ó las urgencias que lleguen y si hay solamente 1 médico y... llega 1 urgencia llegan 2 y todo lo va atacando ya, digámoslo el médico, entonces eso genera stress y eso de pronto también es una mala atención (administrativo)</p>
<p>la odontóloga de esta localidad que atendía a las mujeres gestantes se jubiló(EnfCoord)</p>
<p>Diferente el que está haciendo trabajo de campo, piensa diferente del que está detrás del escritorio (Enf)</p>
<p>odontólogos y son muy poquitos y la agenda está para dar oportunidad, es más bien larga (EnfPyP)</p>
<p>Pero entonces ahí va uno de los puntos, si es que la señora llega directo a facturación, esa señora no le autoriza sino solamente hacer la historia clínica y el examen clínico y nada más, el resto se tiene que hacer en la siguiente cita, se tiene que partir (Od general)</p>
<p>las gestantes se atienden en cumplimiento a la normatividad establecida en la resolución pero en el sistema no es posible identificar las mujeres gestantes (odontóloga general)</p>
<p>No es entorpecedor, porque si la materna no ha pasado por la jefe no está embarazada en el sistema, entonces si no está embarazada en el sistema no tiene ninguna cobertura de materna, así tenga una barriga de 8 meses, entonces tiene que obligatoriamente pasar, es más la obligatoriedad pasar por donde la jefe a pasar por donde un médico; que la embarace en el sistema para poder tener las coberturas de embarazada (Od general)</p>

el doctor de aquí más querido. El trabajo de la paciente que una valoración urgente, el problema de la señora es que no era de Bogotá y su servicio médico era de otra entidad la mandamos a ella a que le dieran autorización y no se la dieron y era una materna que tenía una urgencia para hacerle (no se entiende) múltiples, incluso hicimos la inter consulta urgente prioritaria con la cirujana y listo traiga los papeles y viene y le hacemos esta tarde y mañana y entre dos días se le saca todo lo que tenía porque tenía mucho foco de infección, entonces la paciente la mandamos vaya, venga, vuelva la orden, la remisión, todo vaya se registra para poder empezar y programarla, le hicimos remisión y todo y finalmente no le autorizaron a la señora (Od general)

quien realmente termina haciendo daños es quien orienta y ordena el servicio el que pueden llamar el coordinador hospitalario de salud oral, él es el que no ordena el servicio como es, porque uno debiera tener agendas que privilegien niños y mujeres gestantes; si él que es el administrador no lo hace pues allá le cargan al odontólogo cualquier cosa y él lo único que hace es boliar fresa(Od general)

el tiempo es más bien corto para las actividades que uno debe realizar (Od general)

dificultan, traban, pues eso que le estoy diciendo, que se les va casi 7 meses dando vueltas y la mayoría llegan aquí yo veo en la historia clínica y dicen controles tardíos, eso indica algo (Od general)

Hubo una feria de salud que fue muy interesante en el que cada área pudo mostrar lo que hacía, todos los profesionales participaron ella, muy chévere, fue una dinámica muy bonita porque muchos decían pero acá se hace esto y lo otro y conocieron diferentes áreas del hospital, fue el primer paso para decir que estamos todos, funcionemos todos y funcionemos en grupo, en equipo (OdGeneral)

cuales son como las dificultades de ellas por ejemplo para que sean atendidas en las instituciones o algo, ellas te dicen que la... a ellas les hacen los exámenes en una parte, las atienden en otra parte y las citas son muy demoradas (od periodoncista)

y el tema del teléfono roto es que en facturación y eso lo hablamos en la reunión de hace 15 días, porque los odontólogos de hecho hay una grabación de toda la reunión y hay un acta; los odontólogos se quejan de las personas que dan las citas, porque por ejemplo hay un sitio que se llama Boyacá Real, el odontólogo de allí dice que él manda a las gestantes a que pidan una cita de 1 hora a facturación pero la parte física donde está facturación es una ventana donde el vidrio comienza acá, entonces la persona que está recibiendo la información no sabe si es gestante o no (Od Periodoncista)

pero el gran problema siempre han sido los de caja y los que dan las citas, porque ellos están como encapsulados allá en su cubículo, no tienen como contacto con el mundo, excepto con la persona que le está hablando por un huequito así de grande y uno entiende que se cansan de eso, y yo pensaría que salud ocupacional debería hacer algún tipo de intervención, rotación no sé cómo funciona eso, pero sí debería haber, como que estar refrescando el proceso porque es que se saturan y uno lo entiende, atender personal, atender público es muy complicado y, es gente enferma, y es gente que viene con dolor, que viene con un montón de cosas que obviamente no están en la mejor disposición, y el que está acá también indispuerto, pues... no hay cómo, pero yo pensaría que eso es como de salud ocupacional porque ellos necesitan, así como el radiólogo necesita vacaciones, servicio al cliente debería tener algún tipo de por lo menos un día, no sé cómo funcionaría legalmente eso, pero sí que descansen o por lo menos que se retroalimente más el tema del servicio al cliente y todo lo demás (Od periodoncista)

cuando uno está de auxiliar, porque cuando uno está de auxiliar le toca con 5 odontólogas y uno está atendiendo a la una y la otra quiere también al tiempo y, la otra también le pide y la otra también y, todas quieren al tiempo(Auxiliar)

Siempre me decían que me faltaba un papel y después a lo último con esa otra sesión que le piden a uno, y entonces en C...M es muy complicado eso, se demora ocho días, no, eso es un problema (Embarazada)

pero también es que hay mucha... cómo se llama... mucha población y los hospitales como muy muy llenos (embarazada)

Sociedad soportada en las relaciones inequitativas de poder

Documental

Durante mucho tiempo la participación en salud fue definida fundamentalmente a partir de su vertiente comunitaria, sin considerar su dimensión política (Politica SO)

Es fundamental en el caso de la salud oral incorporar una visión más amplia y política de la participación en el sentido de garantizarle a la población su vinculación activa en la toma de decisiones incluyéndola en tareas de diseño, planeación, implementación y seguimiento de la política pública (Politica SO)

Débil participación de la salud oral en los procesos de planeación y gestión local, se evidencia en la poca cantidad de programas y proyectos de salud oral en los planes de desarrollo local (Polit SO)

Fortalecer la capacidad de rectoría pública en salud oral a partir de la garantía de condiciones institucionales adecuadas para gestionar la política pública con diversos actores sociales (Polit SO)

<p>Orientar acciones sobre grupos priorizados de atención en función de sus características o situación. Involucrar grupos que por su condición de género, racial, de edad o situación socio-económica o política presenten inequidades en los resultados de salud oral. Para el presente periodo y teniendo en cuenta criterios de contexto, así como relacionados con situaciones o circunstancias especiales, es necesario que la política realice acciones afirmativas dirigidas a personas desplazadas, en situación de discapacidad, indígenas, niños, niñas y jóvenes, gestantes y adulto mayor y a los territorios con peores resultados en cuanto a condiciones de vida y salud (POLit SO)</p>
<p>Concretamente, a nivel de la salud pública, se espera formar, acompañar y empoderar a las comunidades en la exigibilidad de sus derechos, principalmente el derecho a la salud, ya que son ellas y ellos los destinatarios finales de nuestras acciones y son ellas y ellos, mejor que nadie, quienes conocen del desarrollo de la vida cotidiana en sus territorios, asumiendo que son los mejores escenarios para promover la reflexión crítica. De esta forma, la mejor alternativa es realizar la tarea desde los territorios para fortalecer la participación local (POLit SO)</p>
<p>Por medio de la conformación de estos territorios es que el proceso de vigilancia comunitaria y poblacional pretende avanzar en la construcción de un modelo de monitoreo crítico en donde los diferentes actores del territorio, mediante una construcción conjunta entre saberes hegemónicos - científicos, populares y perspectivas críticas reconocen los procesos que determinan su salud enfermedad y promueven la generación de acciones institucionales sectoriales de movilización y participación ciudadana frente a la garantía de derechos en salud (polit SO)</p>
<p>Pese a que existen razones valiosas para vincular los procesos de construcción de ciudadanía con otras dimensiones, como la cultural o social, es necesario enfatizar su vínculo sustantivo con la esfera de la toma de decisiones y del control del poder político en la sociedad (POLit SO)</p>
<p>Establecer una coordinación local o territorial de salud oral que desde los hospitales de la red pública ejerza rectoría pública territorial liderando los procesos de planeación y gestión de recursos(Polit SO)</p>
<p>Se requiere un liderazgo en salud oral en la organización de los servicios que tenga a su cargo la creación de planes innovadores, la reorientación de la prestación de los servicios, la mejor gestión y utilización de los recursos, los procesos de seguimiento y evaluación de los planes y programas, la negociación con las entidades aseguradoras, entre otros. Seguramente la inversión en este recurso humano logrará mejorar muchas de las debilidades encontradas y la gestión de salud oral tendrá mejores resultados (Polit SO)</p>

En los territorios intervenidos se observó que el proceso de salud enfermedad está determinado por diversos factores de índole social, como son las inequidades para acceder a los servicios de salud, desconocimiento y vulneración de derechos y deberes en salud, inconformidad con la calidad en la atención, no credibilidad en las respuestas institucionales, desconocimiento y pérdida de credibilidad en los mecanismos de exigibilidad de derechos, debido a los pobres mecanismos de retroalimentación de las instituciones, así mismo se identificó desconocimiento de la oferta institucional en los territorios, lo que ha generado un distanciamiento de la comunidad con las instituciones locales (PIC)

Como resultados de esta unidad de análisis se identifico el Interés de la comunidad por hacer parte de las intervenciones en salud, por medio de acciones de movilización social y encuentros entre pares que facilite y promueva el desarrollo de la autonomía para la adecuada toma de decisiones en salud por parte de la comunidad (PIC)

A partir de la lectura de dinámicas que determinan la salud oral de poblaciones en territorios y la identificación de déficits en la respuesta social integral, se definirán colectivamente respuestas que apunten a transformar condiciones inequitativas mediante diversos mecanismos de concertación y participación que reconozcan los intereses de los actores sociales. Considerando la necesidad de afectar en diversos niveles las causas de los problemas de salud oral, es indispensable mantener procesos de gestión con diversos actores institucionales y sociales en el orden local y distrital.(PIC)

Actores

Yo diría que más que conveniencia podría ser, por sobresalir en un medio dentro de una gente, dentro de un medio complicado donde todo el mundo está juzgando qué avances está mostrando un hospital con respecto a otro, y que la habilitación, la acreditación y la calidad y las competencia y..., puede ser presión por ese lado,(Base)

las EPS han cambiado costos para ganar, les trasladan a las IPS contener costos para ganar, les trasladan al usuario las insatisfacciones y como no somos usuarios de derecho uno o dos tenemos quien si ponemos problema o zapateo entonces nos quedamos callados (Base)

es que ese no es un sistema de participación. Entonces eso es un asunto de que no hay una construcción de política en torno a la salud bucal y se la estamos dejando a que la construya Colgate, oral b, todas las cremas fluocardent , todas las cremas dentales, a mi... yo no los critico... que carachas si no lo hemos hecho nosotras al menos ellos nos han ayudado algo; nosotros como gremio estamos rasgándonos las vestiduras peliando por cualquier pendejada que nos aparece nueva, quien va a figurar usted y yo, yo soy el que figura, yo soy el que hago, yo soy el que dirijo y los demás vengan a mi sírvanme, no, eso no es un esquema (Base)

en torno a las políticas para mí son dos problemas fundamentales. El primero el problema no es la política sino quien la aplica. Pero el segundo estamos dejando que las políticas de salud bucal las construyan las casas comerciales de cremas dentales, de cepillos de dientes (Base)

<p>La otra barrera era de relaciones de poder...las relaciones de poder que se manejan dentro del embarazo (Base)</p>
<p>pero lo que hay que buscar es cómo legitimizar la salud pública, la salud oral, sea como se llame salud pública colectiva, salud pública oral (Base)</p>
<p>el gremio somos así, lo que dice un gremio es reunión de grupos que tiene un objetivo. El objetivo de nosotros sería la atención y la salud oral de las pacientes, el objetivo del gremio es empoderarse ellos y hacer más plata, no la atención oral, entonces si nos vamos a eso, sino nos agremiamos por la mejor salud oral de la población, ahora mucho menos para la salud oral de la gestante; la gestante sería como un punto minúsculo por allá, además porque la gestación es una etapa de la mujer, la mujer no va estar embarazada toda la vida, como antes que va de un embarazo a otro, a otro, a otro, entonces es como un estado (Base)</p>
<p>quién es su héroe, su héroe es aquel que tiene el carro, el que tiene el prestigio, el que tiene el poder (Base)</p>
<p>Entonces yo, en definitiva la mujer embarazada está influenciada por ambientes externos, terminantes externos definidos desde el eje, ausencia de políticas que el Estado no da, si el Estado no da, no da derechos y la mujer no reclama sus derechos, tiene deberes para consigo y para con la familia que ella los puede expresar muy bien pero no exige sus derechos como tal, porque tampoco sabe a dónde, por desconocimiento y por mala educación, eso es como básicamente eso y la educación que se la debería dar esta institución la EPS no se la brinda por todas las barreras, así sean económicas, políticas, de momento político, de contexto actual (Base)</p>
<p>ella está allí muy influenciada por la pareja, la familia, lo social, los profesionales de la salud (Base)</p>
<p>corriendo esos límites en el sentido de que no solamente se ve o se debió ver el paciente únicamente como la boca sino que la complejidad que tienen otros sistemas y cómo está incidiendo en la cavidad oral y digámosle que al ir argumentando se van como corriendo los límites que yo pienso que es el mismo caso de la parte de política. Yo cuando tomo decisiones o dejo de tomar decisiones soy político, entonces tomando decisiones dejar hacer, dejar pasar es una forma de hacer política porque yo permito que los otros hagan, o sea la decisión es no hacerlo para que los otros haga(Base)</p>
<p>yo creo que como multi causal las mujeres a ver las personas no han asumido su derecho (Base)</p>
<p>en el sistema sanitario entonces van y lo ven el derecho como un favor que les han ocultado mucha información en especial con relación a los servicios odontológicos (Base)</p>

viene el problema de la subordinación de la profesión al interior de los servicios y si nos los formaron para que digan yo me integro al equipo hago asistencia hago un poco como programas pues no van a estar y quien tiene que hacer eso, tanto el que le toca hacer la asistencia directa como el que administra el servicio y si eso no se hace, pues no se va hacer y por eso es subordinado en cambio si uno estuviera empoderado del proceso que contribuya al proceso se le estaría peliando (Base)

la mujer gestante no se le empodera para que se reconozca como una mujer que es más allá de un recipiente que lleva a su bebé, sino una mujer que tiene una salud que debe ser hermosa, que puede ser hermosa y que cuidar su salud oral podría ser impactante (Base)

la crítica de pronto que podría hacer es que nosotros los odontólogos no profundizamos ni somos valga la redundancia críticos con esa política pública y deberíamos aportar mucho más, deberíamos aportar el por qué introducirlo a cambios que era lo que estabas mencionando ahorita que son cambios en lo social, en el sentido de que se vea ese paciente integral, no como una acción puramente aislada donde la cavidad oral no tiene como las repercusiones y lo que implica ver como el resto del cuerpo, yo creo que hay un fraccionamiento, entonces el odontólogo no permite ver esa parte de integralidad; entonces la política va tener una incidencia profunda en la atención que hacen los odontólogos (Base)

estamos quedados, está la Sociedad de Endodoncia, Ortodoncia, pero no tienen fuerza, se unen en torno a un eje clínico pero no tienen fuerza política ni injerencia política, va más ligado a lo académico porque me quiero actualizar, porque ni a lo social (Base)

Pero a qué va mi punto, yo tengo un eje temático, el eje temático para mí es una política pública, todos estos planes, proyectos, legislaciones x que me acabaste de mencionar para mí son la metodología, ¿metodología de qué? de tapar huecos, ¿porqué? porque no hay una política pública o sea, el Estado no sabe qué quiere con la salud oral ¿porqué? Porque no sabe que existimos...Porque no somos relevantes, nadie se muere como dicen, nadie se muere de un dolor de muela, ¿porqué? Porque nosotros no nos hemos encargado de realzar la salud oral (Base)

el gremio va muy ligado a lo clínico, entonces que ha pasado ahora con el gremio vos sabés que la Federación Odontológica no tiene fuerza, tiene más fuerza un purgado (Base)

la actitud de las odontólogas es diferente en cada uno, la actitud de los pacientes es diferente, aquí son agresivos, aquí son más queridos ya son de pronto un estrato 3 aquí son un estrato 2 (Administrativo)

el cambio de gobierno distrital con la consiguiente adopción de un nuevo plan de desarrollo, (Administrativo)

si, pero hoy en día como todo no lo han puesto, sino demande sino tutela sino la denuncia entonces yo creo que hoy en día si ha bajado o sea, hoy en día la gestante se siente un poco más protegida por la ley y a defender esos derechos que ella tiene (Administrativa)

<p>no como antes que de pronto la sacaban de su trabajo y ellas no podían decir nada, ahora si pueden demandar, ahorita no las pueden sacar de su trabajo si están en condición de gestante (Administrativa)</p>
<p>la mayor dificultad está relacionada con empoderamiento que ellas tienen en los programas de SB (Enfermera)</p>
<p>el cuento de los usuarios esas ligas de usuario a mí no me parecen correctas, no, yo ahí así como lo manifesté que es participación para nosotros y porque nos da tanto miedo la participación a quien le tememos, que fuerzas van a capitalizar eso si yo tengo claro que es lo que le voy a decir a la gente si yo preparo mi discurso y si yo le pongo un ejemplo que lo va empoderar (Odontóloga general)</p>
<p>influye mucho más las relaciones de poder y los poderes desde el Estado, yo tengo aquí el papá Estado, un Estado independientemente del gobierno que esté y todo eso, bueno aquí tengo Estado pasa instituciones por acá tengo la familia y aquí tengo la mujer embarazada (su barriguita) todo influencia en todo, entonces yo pongo aquí la mujer embarazada, aquí tengo el Estado con su influencia y aquí tengo la familia, entonces la mujer se encuentra en unas influencias de acá externas que no sabe porqué, influencias expresadas en las EPS en que me limitan, que no me dan citas, la oportunidad tal, no me llaman; las influencias del entorno la plata y, la influencia de la familia y su nivel socio cultural incluido en la familia y la familia yo digo mucho abuela y padre (pareja) ¿porqué? Porque la salud no mejora, la mujer no se auto percibe por poder, la mujer no reclama sus derechos de embarazada, lo que hace una embarazada al subirse al bus, ella se sube, algunas se sientan porque está vacío, otras se quedan paradas si está lleno y no piden su... lo que no necesariamente es que nos limitemos a las sillas azules, si hay una embarazada y las sillas azules están llenas de adultos mayores, tiene que pararse el de atrás de silla roja pero la mujer no reclama eso (Od general)</p>
<p>porque no nos hemos empoderado nosotros como gremio, esto va ligado al empoderamiento (Od general)</p>
<p>de todos modos siguen siendo unos salarios que no alcanzan a cubrir sus necesidades, entonces obviamente tienen que priorizar hacia dame más plata y cedería un poquitico de mis derechos ahí o los desconoce (Odgener)</p>
<p>llegamos a enfrentarnos a un monstruo de hospital como este, donde cada uno maneja políticas y partes administrativas de una manera totalmente diferentes, entonces a mí me tocó empezar a leer y aprender y entender cómo funcionaba realmente la parte administrativa, y cuándo se dirige uno a quién, que a quién le corresponde (Od periodocista)</p>
<p>le dan prioridad a la consulta de gineco, de PYP, de nutrición y no a la de odontología porque no le parece tan importante como para pedir un permiso y enfrentarse a un jefe (Od periodoncista)</p>
<p>esa es otra gran ventaja que la gerente y la subgerente de calidad, las dos son odontólogas, entonces cuando uno les habla de esto ella entiende y da la prioridad y la importancia que tiene, pero vaya uno hablarle de esto a un gineco, a un ortopedista se le muere de la risa en la cara, bueno el gineco todavía le pone a uno más cuidado (Od periodoncista)</p>

yo hasta puse una queja por escrito porque esta semana fuimos a pedir una ficha para pedir una cita médica y resulta que el vigilante era ahí como con mala gana y nos tiró la ficha. Una persona que esté trabajando en un sitio así no puede ser tan grosero, ¿Por qué coge y nos tira la ficha así?, entonces yo puse una queja, que lo trasladen, no sé, o que le pongan cuidado a eso porque eso da mala imagen. Además la atención allá es pésima, todo el mundo se queja en Bellavista que eso es muy lento, que muy mala atención, o sea, muy groseros (Embarazada)

las decisiones con respecto a venir a los controles, asistir a todas las citas de salud.. mi mamá es la que me dice (Mujer PPT)

Clase social

Documental

comparten características de la población de la zona. Esta población está afiliada en su mayoría al régimen subsidiado y participantes vinculados (PIC)

Actores

Entonces este señor dice que son tantas las cosas que tienen que resolver los más pobres, no se refiere pa nada a los ricos, porque una persona uno asume que una persona con dinero tiene un status educativo distinto que lo hace consultar porque algo le produce alarma y en ellas la alarma es el diario buscar la comida (Base)

Orden Político-Dominio individual

Estilos de vida y cotidianidad individual de embarazadas, pareja, profesionales

Barreras de acceso a la atención

Documental

A partir de la información disponible en los Planes locales de Salud Oral con participación social del 2005, la demanda total de atención en salud oral por grupo etáreo, refleja una menor posibilidad de acceso para los menores de quince años y las mujeres gestantes, lo cual evidencia la necesidad de definir estrategias que permitan avanzar en garantía de atención integral en estos grupos poblacionales considerados de alta prioridad (Polit SO)

En primer lugar, se hacen explícitas las barreras de tipo económico (PIC)

Las distancias que se encuentran entre los 12 centros de Atención del Hospital siguen siendo retirados para algunos usuarios lo que les obliga a desplazarse para cumplir la cita (PIC)

recientemente se ha evaluado el impacto que la salud oral aporta a la reducción de riesgos perinatales; del acceso oportuno de las mujeres a los servicios de salud oral depende el que buena parte que estos riesgos se puedan prevenir. Lo anterior ha sido establecido por considerado en la Norma Técnica para la Detección Temprana de las Alteraciones del Embarazo (4) del Ministerio de Protección Social que establece la remisión a un odontólogo dentro de la primera consulta del control prenatal a fin de "valorar el estado del aparato estomatognático, controlar los factores de riesgo para enfermedad periodontal y caries, así como para fortalecer prácticas de higiene oral adecuadas". Sin embargo, muchas barreras de acceso limitan el acceso a los servicios, el embarazo puede ser una de las oportunidades que tienen las mujeres para recibir cuidado dental (Guía atención gestante)

Horarios de atención restringidos a la población que tienen características particulares de tipo laboral y educativo, que no permiten que asistan en los horarios laborales habituales (Guía atención od emb)

Actores

I no necesita hacer trámites de autorizaciones porque la atienden por el fondo financiero(Od general)

por lo menos vienen del choco, vienen entonces ahí por lo que sé que estudié entonces hay que esperar un tiempo mientras se desafilia de allá para poderla ingresar aquí al sistema de salud de aquí, eso es toda una traba (odontóloga general)

vive cambiando mucho de sitio de residencia, entonces digamos hoy está afiliada aquí al Hospital de Suba y vive lejos, pero entonces ya mañana se fue para el sur entonces ya en el sur no la atienden porque estaba aquí en el hospital entonces tiene que hacer cambio entonces empieza a tener como barreras de acceso (Auxiliar)

las menores de edad, la materna menor de edad; siempre un menor de edad tiene que ir acompañado a la consulta y pues si es menor de edad y no tiene apoyo de la pareja y está peleada con la mamá o la mamá está trabajando y no puede dejar de trabajar pa conseguir la comida para ella y sus hermanos eso puede ser una barrera, mire usted sabe que sola no puede venir, yo les digo mire así sea un vecino, un amigo, cualquier persona, tráigase cualquier adulto que pueda responder por usted en una consulta (Higienista)

Complicado, porque habemos muchas mamitas embarazadas y por lo menos hay como se dice allá, una fila de gestantes (embarazada)

porque en realidad mira si yo vivo en Suba y Capital Salud es aquí en la 161, entonces eso es lejos y allá si es peor porque allá si no hay prioridades para mujeres embarazadas ni nada(embarazada)

Porque nosotros estábamos afiliados a Salud Total, entonces mi mamá se retiró de donde estaba trabajando, entonces ahí mismo decían que nos desafiliaban pero no nos sacaban del sistema. Entonces, al sacar las citas no las daban, solamente nos atendían los controles, solo atendían los controles(Mujer PPT)

porque a mí me estaban atendiendo por medio del fondo, o sea por el sisben y un día salí afiliada a e...salud por allá en Floridablanca Santander(Mujer PPT)

4 meses allá y 2 acá, porque como me colocaron problema por el carnet, pero ya me afilie a Colsubsidio (Mujer PPT)

Mujer embarazada como objeto del mercado

Documental

Lo primero que sucede en las privatizaciones cuando “el derecho a la salud de los ciudadanos” se transforma bajo la “modernización” en “necesidad relativa a ser comprada a discreción del cliente”, es que los programas preventivos son prácticamente eliminados de los paquetes básicos de las pólizas de seguros privatizados. (Breilh J. Epidemiología crítica)

Actores

depende de cómo los hayan contratado porque hay algunos que los contratan entonces si hacen más les pagan o no, entonces puede que algunas gestantes sean muy sanas y entonces no sean atractivas porque como se vive de la enfermedad, eso tiene un pocotón de cosas complejas (Base)

la repartición de plata, por así decirlo, entonces si el ministerio le dice a una IPS vea no está atendiendo embarazadas en odontología, apreta y sale de atención de embarazadas, vea como la facturación está por debajo apreta sale la facturación aumenta los índices (Base)

el sistema está generando tropiezos para la mujer gestante dentro de la asignación de recursos (Base)

...pero sé que las gestantes entran dentro de un paquete en el que todo es prácticamente gratis o sea, ellas no tienen ningún copago, excepto sean del Fondo,... y es muy mínimo(Base)

esa influencia es, nosotros darle a conocer qué tenemos contratado y cómo lo tenemos contratado, darle a conocer al odontólogo qué tipo de población hay que darle entre comillas prioridad, qué tipo de población no cubre su seguro o su EPS como darle esa matriz esos lineamientos claros, informar nosotros desde la parte administrativa al profesional a qué tienen derecho cada uno de los tipo de los pacientes porque no todos tienen les cubre lo mismo. A nosotros como parte administrativa nos afecta que nos glosen las cuentas (Administrativa)

entonces nos toca o nos toca priorizar a la gestante independientemente sea la forma como ellos nos tienen contratados entonces el paquete y dentro del paquete sabemos pues es malo hablarlo en estos términos, pero sabemos que nos lo van a pagar, entonces la priorizamos (Administrativo)
Vinculadas, vinculadas...porque no tienen que la autorización, que el desplazarse, que si la EPS, que si me dijo que no, que si me dijo que sí. El vinculado simplemente viene y presenta, no, yo envío la orden y ya, ellos simplemente facturan y listo se les facilita muchísimo más (Od general)
A mí me parece que es una contención de costos, entonces ¿a partir de qué? de odontología (Od periodoncista)
eso sí es mejor ahora que estoy en el SISBEN que antes cuando tenía que pagar (Embarazada)
Que había un problema en el sistema, que tocaba primero cancelar para poder asistir (Mujer PPT)

Trámites y autorización
Documental
también resalta las demoras en la asignación de citas a causa de la congestión en las agendas médicas y las largas esperas de las personas enfermas en la sala de urgencias, generando en la comunidad desmotivación, descontento y falta de credibilidad para las empresas prestadoras de salud y por esto consideran apremiante cambios políticos reflejados en mayor inversión social, en generar acciones que garantice el derecho a la salud de toda la población, para superar las brechas existentes (PIC)
Actores
tiene toda la razón, porque además tienen toda la razón, pero que hago es muy complicado es frustrante tener que decirle no señor haga la fila, vuelva a la EPS, cambie la orden, le quedó mal eso es terrible (Od general)
Esa primera cita que tiene la gestante es superbien entra, pero ya siguiendo controles o que le digan esto... su autorización, ya la envían por el otro lado se pierde el proceso que se ha hecho la primera vez eh... pueden que le den autorización pero se demora 15 días, 1 mes, la mamá dice yo que me voy a ponerirme allá, devolverme, venir, no me atienden allá pero me envían para digamos Bellavista digámoslo así, voy allá y... bueno facturo pero es un proceso más bien largo, entonces la gente... hay mucha tramitología (Od general)
hay pacientes que les exigen autorización de la EPS entonces ellas dicen uy tengo que ir hasta allá, sacar autorización hacer fila entonces en últimas dicen no que pereza yo no voy porque todo ese trámite no lo puedo hacer (Od general)
unas filas terribles para sólo una autorización, para reclamar una droga (Embarazada)

<p>pues apenas a uno por que comencé muy tarde por lo que me mandaban que pa' allá, que pa' l Simón Bolívar, que no que como yo no tenía el SISBEN no me podían atender e igual usted sabe que eso particular era muy costoso, entonces mientras yo me puse a hacer vueltas se me fueron como un mes, dos meses, apenas llevo el primero (Embarazada)</p>
<p>No lo que pasa es que ella me dijo no había sistema yo no sé qué y entonces me dio un papelito y me dijo que me fuera temprano, tipo siete de la mañana para que me dieran la cita (Embarazada)</p>
<p>o sea digamos aquí como eso es con autorización para poderse hacer el tratamiento o algo, le toca con autorizaciones y le toca uno ir allá (Mujer Postparto)</p>
<p>sea si hoy hago la fila ya me la dan si pueden en 5 días, o sea no se demora, pero las filas es lo cansón (Mujer PPT)</p>
<p>O sea ¿Todo?, bien, me gustó mucho. Lo que no me gustó fue la odontología que eso sí, un problema para sacar una cita y nunca pude asistir a odontología (Mujer PPT)</p>
<p>Observación</p>
<p>R se dirige a la ventanilla de cita y el dependiente le indica que debe hacer primero la facturación. R se va hacer la fila a las 10:15 am. La fila tiene cerca de 50 personas, las diez primeras están sentadas las otra permanecen de pie (Trayectoria)</p>

<p>Tiempos de espera</p>
<p>Documental</p>
<p>“... se configuran barreras de accesibilidad organizacional generadas por las características de los servicios, como la calidad de la información dispuesta por el servicio o la atención diferencial (tiempos, duración del tratamiento, interacción) según la modalidad de contratación que se tenga (por ejemplo, el Fondo Financiero Distrital, en este momento paga por tratamiento terminado en vinculados, a diferencia del Régimen Subsidiado que lo hace por UPC, de ahí que el profesional procede de forma diferente de acuerdo a la exigencia de cumplimiento de metas definidas igualmente de forma diferente según la contratación”. (Política de salud oral Bogotá)</p>
<p>“...también resalta las demoras en la asignación de citas a causa de la congestión en las agendas médicas y las largas esperas de las personas enfermas en la sala de urgencias, generando en la comunidad desmotivación, descontento y falta de credibilidad para las empresas prestadoras de salud y por esto consideran apremiante cambios políticos reflejados en mayor inversión social, en generar acciones que garantice el derecho a la salud de toda la población, para superar las brecha existentes...” (Plan de intervenciones colectivas. 2012)</p>
<p>Actores</p>
<p>ir a un servicio a un hospital a odontología es perder toda la mañana, es toda la mañana porque es que no es que tengo una cita a las 10 la van a atender a las 10 no, eso tengo que ir a las 7 y que me atiendan y me demoro (Base)</p>

<p>...odontólogos y son muy poquitos y la agenda está para dar oportunidad, es más bien larga...(Administrativo)</p>
<p>pues a veces que se va eso del sistema y se demoran (Embarazada)</p>
<p>¿Ah cuando uno madruga? Mucha gente que se mete adelante, uno madruga desde las cinco y gente que llega a la 6:30 apenas llegando y se meten adelante y el celador no dice nada, ahí calado mirando. Y todo el mundo...: “vea, pero hagan la fila que uno madruga” y el celador ahí... pero no, normal (Embarazada)</p>
<p>Pues, controles sólo uno y fue el que me hicieron el día que me enfermé y ya pues, el 27 de febrero, ahorita me van a hacer otro, que ya es cuando me entregan el carnet de maternidad(Embarazada)</p>
<p>...tenía que hacerse unos exámenes de sangre y también cita odontológica y por eso “me tuve que venir sin desayuno, ese día bebe me molestó, porque le gusta que coma a horas, pero tuve que esperar, espere y espere y no me llamaban, a pesar que había entregado los papeles, cuando volví a preguntar qué pasaba, la auxiliar me dijo que no estaba en la agenda de la doctora, el problema fue que en la EPS me mandaron para acá pero no contaron con la agenda de la doctora (Embarazada)</p>
<p>no, costoso no, sino el tiempo (Mujer Postparto)</p>
<p>en el trabajo no me dieran el permiso y eso y, entonces en una ocasión, como yo no tengo así seguro, solo tengo, no soy de aquí soy de Aquitania (Boyacá), entonces tuve complicación porque yo fui allá a Caprecom y me dijeron que tenía que esperar 3 meses para que me afiliaran aquí en Bogotá por cuenta de Caprecom y, luego eso se complicó y luego me pasé al régimen, bueno al SISBEN, y ya hace pues poco que pasaron por las a censar y ya ya me pude afiliar (Mujer PPT)</p>
<p>Pues, cuando yo llegué estaban primero, atendiendo a una muchacha que llegó antes que yo y ya después, pues ni me habían llamado; pero como yo había ido con el papá del niño él fue el que dijo “ella tiene cita, ¿no la van a llamar?” y ahí fue que me llamaron (Mujer PPT)</p>
<p>pues es que a mí me tocó en el centro de salud entonces pues siempre son demoras, o sea largo, siempre hay filas (Mujer PPT)</p>
<p>Observación</p> <p>está programada para las 9:30 am; la sala de espera está llena no hay sillas disponibles por lo que I se sienta en la escalera, hay otras personas sentadas allí (cerca de 10 personas) y continuamente hay personas que suben y bajan por allí; algunas de las personas en sala están esperando para ingresar con especialistas, otros a odontología, pero otros están tramitando autorizaciones en el cubículo de capital salud que está al fondo de la sala de espera. Cada vez que sale alguna de las auxiliares de Odontología I levanta la cabeza para y atiende por si es a ella a la que llaman, las auxiliares alcanzan a salir 3 veces a llamar a un paciente antes de llamar a I, son 10:10 (Trayectoria embarazada)</p>

...sube a odontología en el segundo piso ingresa al consultorio y entrega los papeles (son 9:00 am), sale a la sala a esperar que la llamen, la cita está programada para las 9:30 am; la sala de espera está llena no hay sillas disponibles por lo que se sienta en la escalera, hay otras personas sentadas allí (cerca de 10 personas) y continuamente hay personas que suben y bajan por allí...(Ruta de seguimiento a la embarazada de Engativá)

“Cuando se dirige a la ventanilla de facturación y de citas, le dicen que el dependiente que la atendió salió a su hora de almuerzo y que vuelve a la 1 pm; la dependiente que lo cubre le recibe los papeles pero le dice que debe volver a la 1 con el otro dependiente; le indica además que debe ir a la ventanilla 5 a pedir el anexo 3 y la historia clínica; esa ventanilla está en el primer piso y el responsable de atender esta ventanilla también está en hora de almuerzo; el joven llega a la media hora y atiende a R y a una señora; le recibe los papeles a R y le dice que cuando vuelva de su hora de almuerzo le entrega los papeles correspondientes. R lo espera, el joven procede a ingresar la información pero en ese momento nota que uno de los códigos registrados por la odontóloga está mal, envía a R al consultorio odontológico y allí la auxiliar dice que el computador lo tiene el “doctor”, le pregunta al odontólogo si puede usar el computador y él responde que sí; verifica en el papel que le entregó la odontóloga y detecta el error, la auxiliar lo corrige, con ese papel vuelve a la ventanilla 5, el dependiente genera el anexo 3 y la HC y le indica a R que suba al 2 piso para que le den la orden para llevar a autorización; en esa ventanilla el dependiente le dice que no le puede dar orden para higiene oral, que necesita la orden y el código, volvemos al primer piso y allí la devuelven pasamos con la higienista y ella va a la ventanilla y le dice al dependiente que le genere la orden, él responde que no puede porque no hay convenio con la EPS, dice que necesita la orden de la odontóloga, volvemos al consultorio y la auxiliar se dirige a la ventanilla, le explica al dependiente y después de esto el dependiente genera la orden para la higienista, R sale de la institución, son las 2:20 de la tarde” (Ruta seguimiento a la embarazada de Suba)

La gestante frente al sistema de atención y el personal

Documental

Proyectos como la gratuidad de la atención para menores de 5 años y maternas de la actual administración deben motivar al equipo de salud para el mejor manejo integral de estos grupos poblacionales (Política SO)

NO TIENE COPAGO... Atención integral a la mujer embarazada *control prenatal por un médico general y enfermera *atención por especialista (gineco-obstetra) *consulta y tratamiento por odontología *hospitalización por problemas de embarazo *atención del parto o cesárea *laboratorio clínico *ecografía para la embarazada *complicaciones después del parto hasta 30 días 4. Suministro de medicamentos *Suministro de medicamentos formulados por médicos generales de los centros y puestos de salud en los Hospitales de la red pública de primer nivel de atención (Resolución 412)

Actores
<p>Hay buena intención para generar bienestar y ese servicio de atención a la paciente gestante, hay que enfiar baterías para que se haga de verdad , verdad y no se quede sólo en intención, sino eliminar barreras para que puedan acceder simplemente, una cita de prevención no es muy costosa y si puede a futuro generar beneficios para la paciente y para el mismo sistema (Base)</p>
<p>La paciente llama pide la cita, no hay cita para esta semana llama la semana entrante; llama la semana entrante no la atienden (Base)</p>
<p>cuando le asignen la cita de control prenatal de deben prioritariamente asignar una cita de control odontológico y debieran prioritariamente atenderla es que el prestador del servicio es el que construye el derecho real o es el que lo niega (Base)</p>
<p>la actitud de las odontólogas es diferente en cada uno, la actitud de los pacientes es diferente, aquí son agresivos, aquí son más queridos ya son de pronto un estrato 3 aquí son un estrato 2 (Administrativo)</p>
<p>pero sé que las gestantes entran dentro de un paquete en el que todo es prácticamente gratis o sea, ellas no tienen ningún copago, excepto sean del Fondo, y es muy mínimo (Administrativa)</p>
<p>la materna no paga (Odontóloga general)</p>
<p>todas les dicen si, está embarazada sí, pero entonces tiene que ir a la EPS, tiene que hacer digamos tres trámites, o que pasar allí a la cita, se complica mucho el trámite para hacer de una atención; entonces, a veces pienso que dicen, bueno si no es tan grave, no me está doliendo pues aplacémoslo un poquito y no le dan como la importancia que realmente tiene (Od general)</p>
<p>puedo dar fe que las políticas y la prioridad que le dan a las maternas, si tiene facilidad de acceso de las maternas al servicio de odontología, si lo hay (Od general)</p>
<p>la ventaja de este hospital es que todo el proyecto para las gestantes está entrando por Fondo Financiero, entonces al entrar por fondo financiero no importa tú qué seguridad tengas, haces derecho, haces una facturación, te inscribes que entras a proyecto, porque eso nos metieron acá en el hospital afortunadamente y listo, tiene su atención prioritaria a la hora que a usted le parezca o le pueda servir, diferente cuando vienen no que mi EPS es tal y que entonces me dijeron que para poder recibir consulta de especialista tengo que hacer una autorización en el centro y luego llevarlo a otro sitio y no sé qué, entonces cuando le cuentan a uno esa historia, uno le dice no pero usted está embarazada y esta vinculación al proyecto es gratis, usted solamente viene, trae la fotocopia de su cédula, fotocopia de la historia (no se entiende) y ya, entra derecho por fondo financiero, no importa si es particular lo que sea, entra gratis, esa es una ventaja de aquí (Od periodoncista)</p>

<p>No porque la gestante le cubre todo eso no es ninguna traba, porque la gestante es más es uno de los grupos prioritarios es ... luminosa como nosotros ... para que sea atendida para que no se le cobre, para que tenga prioridad en la fila, en la caja, en todo lado, no, ahí no hay traba (Higienista)</p>
<p>cuando a mí me dicen algo del SISBEN yo digo no las ventajas del SISBEN ahora son buenísimas, porque por ejemplo, si en la universidad hay unas niñas que están embarazadas y todo... las llevan, las traen, les dan las citas prioritarias todo, tienen su paquete completo donde les atienden todo... entonces (Higienista)</p>
<p>ellas tienen mucha prioridad en todo, son las que más tienen prioridad (Auxiliar)</p>
<p>yo iba muy bien a mis controles del seguro con Café Salud y luego llamé a apartar una cita para el ginecólogo y me dijeron que no, que ya no me encontraba afiliada, que ya no estaba cotizando; que si había dejado de trabajar y yo le dije que sí, entonces que ya no (Embarazada)</p>
<p>La primera vez que le revisan a uno todo y luego lo mandan a otra cita, pero lo que te digo, como estaba en la EPS, me tocó salirme de todo y otra vez se embolató todo. O sea, sí fui pero no me han hecho nada (Embarazada)</p>
<p>ahorita esta semana tenía dos citas y pues me las cancelaron por lo que no tengo el carnet de maternidad (Embarazada)</p>
<p>Pues, controles sólo uno y fue el que me hicieron el día que me enfermé y ya pues, el 27 de febrero, ahorita me van a hacer otro, que ya es cuando me entregan el carnet de maternidad (Embarazada)</p>
<p>Aquí en CAMI Suba, sí señora, por lo que todavía no tengo carnet de SISBEN todavía no me atienden en el hospital (Embarazada)</p>
<p>Sí señora. Sí, algo se presenta y se empeoran los dientes (Embarazada)</p>
<p>Entonces me dieron, o sea, la orden del SISBEN mientras me llega la EPS (Embarazada)</p>
<p>La enfermera se fija que uno pase por la ruta que debe hacer la gestante y a uno le firman en todos lados y eso es obligatorio (Embarazada)</p>
<p>más que todo eso, por lo menos a mí me tocaba cada orden médica que me dan me tocaba mandarla por vía correo a E..salud para que me mandaran la autorización porque si no no me atendían, más que todo eso, pero la atención como tal del médico y eso de acá de las citas y eso me la daban de una, a mí el problema era que no me mandaban autorización, ese era el problema mío (Mujer PPT)</p>
<p>No porque allá hay fila prioritaria, entonces me atendían rápido (Mujer PPT)</p>
<p>Mientras se demoraba el transmilenio en llegar, mientras llegaba allá y hacía la fila. Pues, uno prioritaria pero como uno no es el único, también las que tienen niños, las que tienen bebés, las embarazadas, viejitos. Entonces, mientras toda esa fila y después lo mandan a uno a que se siente por ahí mientras después lo llaman a uno de ahí, siempre uno se demora (Mujer PPT)</p>

Pues, primero, tengo que esperar el alimentador que pase, de ahí a que llegue al portal. Cojo el transmilenio y eso es un fastidio, de ahí a que llegue allá, haga la fila, me atiendan, eso siempre es un estrés (Mujer PPT)

No, pues la mayoría de veces, que a veces me daban cita, tenía que ir hasta Salud Total a que me autorizaran pa (sic) que me pudieran atender o si no, no me atendían sin la autorización de Salud Total (Mujer PPT)

tiene un carnet de otra parte y no le podemos atender aquí (Mujer PPT)

Observación

El dependiente empieza a despacharle los medicamentos pero le dice que no le puede dar todos, algunos porque están mal formulados y otros porque no están, para el que está mal formulado le pregunta AP que para qué es y ella le dice que es una crema para untar y el dependiente le dice que por qué si es para untar por qué le formulan ampolla; AP le dice que si la va hacer volver por los medicamentos que no tienen en la farmacia y él responde “no es culpa mía es culpa de la EPS” (Ruta de seguimiento a la embarazada de Usaquén)

Mala praxis

Documental

“La existencia de diferentes planes de beneficios, basados en la capacidad de pago de los usuarios genera grandes inequidades en salud. Esta debilidad propia del actual Sistema de Salud, se hace más notoria en el sector público donde la mayoría de la población usuaria de los servicios pertenece al régimen subsidiado, cuyo plan de atención es el más limitado. Si bien las pretensiones del sistema es reducir estas brechas, la forma como se concibió el POS no permite la integralidad en la atención”. (Política de salud oral Bogotá)

“Além da ineficácia, da ineficiência, das iatrogenias, do baixo impacto social, da desordem, entre outros problemas já citados, é possível também visualizar que o acesso aos serviços odontológicos e médicos aumenta proporcionalmente ao aumento da renda familiar” (Silva A 2001)

Actores

...de explicarse por qué las gestantes no van 100% a consulta odontológica como la puerta de ingreso que al final todas debieran terminar el tratamiento, nosotros estamos controlando es la consulta de primera vez, se espera que le hayan terminado el tratamiento (Administrativo)

una propuesta del doctor Santos que era... pero creo que no últimamente no he leído pero si es como su fuerte para que sea un POS único y que lo esencial sería reforzar PYP es que si usted protege usted disminuye los costos, es mejor proteger que darle más plata a la enfermedad, tienes que dedicarte a prevenir, protección específica detección temprana, si usted desde allí empieza disminuye los costos para que la enfermedad (EnfCoord)

<p>Una paciente gestante que estuvo aquí, entro por urgencias llevaba dos días con dolor, o sea si uno no la puede atender porque no tiene la orden de la EPS, eso es muy triste...por Dios, pero yo que hago, dos días o sea... pero el paciente que llega aquí por urgencias tiene que pasar primero por su primer nivel y si el primer nivel si lo remite se puede recibir y sino no (Odgeneral)</p>
<p>Al odontólogo cuando lo evalúan por cumplimiento es por actividades, no de PYP porque el PYP va para la higienista, entonces no es como problema mío, el problema mío es hacer huequitos y tapar huequitos (Odperiodoncista)</p>
<p>de los controles bien, o sea excelente nutricionista y gineco súper, solo tuve un inconveniente en el séptimo mes, en la semana 34 (Mujer PPT)</p>
<p>O sea ¿Todo?, bien, me gustó mucho. Lo que no me gustó fue la odontología que eso sí, un problema para sacar una cita y nunca pude asistir a odontología (Mujer PPT)</p>

Orden Cultural-Dominio Colectivo

Lógica dominante en la atención odontológica de las mujeres

<p>Individualismo</p>
<p>Documental</p>
<p>El problema de la acción colectiva, encaminada a la obtención de bienes públicos, como es el caso de la salud oral, con una mayor calidad, oportunidad y pertinencia, plantea el problema de las voluntades individuales y los intereses diversos, presentes en la ejecución de las políticas, en sus escenarios y en los espacios de operación más locales: clientelas, corrupción, apropiación individual de recurso público (Polit SO)</p>
<p>carácter multicéntrico de los determinantes de la salud y la enfermedad oral, el trabajo promocional no puede entenderse como una acción aislada de los profesionales de la odontología. Más bien que estos deben formar parte de equipos multiprofesionales, donde se puedan abordar de manera ordenada y sistemática a partir de planes de acción, aquellos aspectos de la determinación social, que expresada en distintos niveles, singular, particular y general, afectan los procesos de producción y reproducción de la salud y la salud oral (POLit SO)</p>
<p>Por otro lado, encontramos procesos de socialización caracterizados por brechas generacionales, familias que por las condiciones del trabajo tienen menos tiempo para compartir y construir lazos afectivos y de confianza, un sistema educativo que se ocupa de transmitir conocimientos pero no herramientas para la vida, para superar situaciones adversas, para construir procesos solidarios de integración entre las y los niñas (os) y jóvenes, adicionalmente el modelo generalizado de indiferencia social, es decir de no preocuparse por el otro, es aprendido e imitado casi desde la infancia (PIC)</p>

Los procesos de globalización también han traído a nuestra sociedad el modelo de éxito occidental que se caracteriza por tener un gran capital, y satisfacer muchas de las necesidades del mercado a partir de compras de bienes y servicios (Informe avance salud situacional 2012. Desarrollo y viabilidad de propuestas en temas de interés en salud de la localidad de Usaquén. 2012)

...es el producto de un complejo proceso de construcción comercial cultural de escenarios y afinidades altamente compatibles con la sociedad moderna,...la imposición de patrones lúdicos y comerciales respaldados por el poder del dinero, el bombardeo de propaganda y la imposición de nuevos sentidos... (Breilh J. Epidemiología crítica)

Actores

Nosotros no tenemos la visualidad de gremio, o sea, de gremio unido y fuerte, somos islas y cada isla tiene sus propios proyectos, se beneficia de sus propias cosas y obtiene sus propias metas, y no sé en qué momento la odontología o no sé si siempre ha sido, solamente se vuelve plata (Base)

Lo que paso entre la sociedad nuestra es que los sanos se replegaron porque ya no encontraron nada que hacer no pueden hacer nada. Si los poderes se corrompieron los sanos se replegaron porque no pudieron hacer más nada (Base)

Había una solidaridad humana que no la veo hoy (Base)

al momento de la ejecución nos pidieron, ¿Cómo se dice eso? Tramada, entonces nos pidieron el 70% del proyecto (Base)

Una de las problemáticas más grandes es la corrupción y a pesar de esto el sistema funciona, si esto no existiera el sistema sería muy bueno (Administrativo)

Observación

mi papá crió los hijos que no eran de él pero de nosotros nunca vió (Trayectoria embarazada)

Paradigma de formación (positivismo, biologicismo, asistencialismo)

Documental

En la medida en que el campo de la salud oral ha estado dominado por una visión biologicista de la enfermedad, que no toma en cuenta los determinantes sociales, que su práctica ha estado centrada en la acción clínica; la percepción del territorio no ha sido un referente de sentido para la planeación y organización de las tareas propias del campo (POLit SO)

De otra parte, muy pocas facultades cuentan con recursos propios para el fomento de su propia investigación y dependen de Colciencias, en donde tampoco es muy representativo el porcentaje de investigaciones relacionadas con la salud oral que cuenten con financiamiento.(Polit SO)

<p>Se ha planteado como problemática importante del Talento Humano Odontológico, una debilidad en la comprensión y manejo, entre otros temas, de los referentes conceptuales, estratégicos, normativos y de la propuesta del plan de acción de la Política de Salud Oral, aspecto clave que debe ser abordado con los profesionales, con el personal auxiliar y demás integrantes del equipo de salud oral, como los promotores de salud y los agentes o líderes comunitarios (Polit SO)</p>
<p>De un lado, desde las Instituciones Formadoras se considera que la lógica de la prestación de los servicios y del actual sistema de salud en general, centrada en un enfoque de mercado guiado por relaciones comerciales e indicadores de eficiencia más que de efectividad, no es la que debe guiar los procesos de formación (Polit SO)</p>
<p>Entendiendo que el énfasis en la formación del Talento Humano Odontológico desde un enfoque biológico y de enfermedad, técnico instrumental y repetitivo, descontextualizado muchas veces de las condiciones sociales y culturales y de la dinámica de los servicios en el sistema de salud, tiene como una de sus causas el que los procesos formativos no se desarrollen en espacios ni contextos reales de la sociedad ni de los servicios, se plantea como alternativa el fortalecimiento de la relación docencia - servicio, a través de la realización de convenios docente - asistenciales (Polit SO)</p>
<p>La profesionalización sigue siendo el eje de formación en las Facultades de Odontología, en menoscabo de la investigación (Polit SO)</p>
<p>Podría describirse el campo científico, como discontinuo, atomizado, fragmentado y compartimentalizado. De otra parte, la investigación que demanda la comprensión de los problemas de salud oral de la ciudad es más bien casuística, espontánea y poco direccionada. No existe una agenda de prioridades de investigación en el campo de la salud oral, como tampoco procesos de concertación en curso que permitan avizorar que esta realidad pueda cambiar en poco tiempo (POLit SO)</p>
<p>En la primera consulta prenatal buscar evaluar el estado de salud, los factores de riesgo biológicos, psicológicos y sociales asociados al proceso de la gestación y determinar el plan de controles (Res 412-3384)</p>
<p>La humanización de la asistencia sanitaria implica reconocer que las realidades de salud son vividas de un modo particular por una persona que a su vez tiene una serie de particularidades sociales y culturales (Guía atenc od gestant)</p>
<p>Definir estrategias de integración académica y social para incidir en el direccionamiento de la investigación científica, en espacios de concertación (Guía Atenc Od gestantes)</p>

<p>Las citas de control y mantenimiento dependerán del riesgo perinatal, las condiciones del embarazo y el estado clínico oral. Se recomienda por lo menos 1 control en el último trimestre de embarazo para control de higiene oral que pueden realizarlos las auxiliares de higiene oral. En pacientes de alto riesgo deben ser controladas por odontólogos y pueden requerir varias citas de control de acuerdo a la condición clínica. Durante el último control se debe reevaluar el nivel de higiene oral, la condición periodontal con el INTCP y el estado de historia de caries con el COP. (Guía atención gestantes)</p>
<p>Actores</p>
<p>yo veo para los muchachos, para los estudiantes una gestante ¡uy juemadre a quien le toco! (Base)</p>
<p>si tu vienes por ejemplo a los congresos de odontología todo va hacia la parte de estética hacia la parte de... eso está muy bien, pero debe tener igual peso la parte social, debe tener igual peso como... todos los otros elementos que puede verse en la parte de odontología, el paciente que tiene más complejidad, el paciente, sí. Entonces tu no ves un espacio y cada vez se va reduciendo como mas (Base)</p>
<p>Entonces sí esa fracción del cuerpo eso lo vi muy superado en el hospital materno infantil (Base)</p>
<p>entonces digámosle que ver esa realidad en la práctica que la vivía yo con la gente, los odontólogos que cuando yo era jefe de servicio de salud oral que veía esa visión reduccionista, la sigo viendo en los otros espacios (Base)</p>
<p>sigue el odontólogo aunque ha visto básicas, él no la integra; porque él ve unas básicas al comienzo y luego todo se va hacia la parte dental, inclusive los mismo colegas de uno dicen ah es que eso es médico (Base)</p>
<p>Temor le temen, les aterra que les llegue una mujer gestante ¿qué puede ser? porque eso si lo sé qué les aterra, les aterra una mujer gestante ...El miedo a aplicar anestesia, es pánico, porque se piensa que el vaso constrictor de la anestesia pueda llegar hacer abortar ese niño...otro más que miedo, ah bueno la exodoncia, eso les da pánico eso sin embargo lo hacen con una frecuencia porque cada hijo vale un diente, no, ya entre los jóvenes yo creo que es tanto, pero los de la época mía por Dios todavía (Base)</p>
<p>la formación de nuevas generaciones de odontólogos, que comprendan el mundo de una manera distinta a entender que de eso vamos a vivir, porque a nosotros nos decían, cuando usted tenga su consulta particular, cuando su consultorio quede en tal parte y a usted le llegue tantos pacientes y usted pueda hacer un crucero por el caribe, eso era lo que nos vendían (Base)</p>
<p>El asunto es que aquí tenemos un componente fuertísimo yo diría que es el 30% del currículo en socio humanística, la mentalidad del odontólogo es ir a poner implantes o hacer ortodoncia (Base)</p>
<p>es falso que la universidad pública apoye la investigación, ¡no!, o sea la apoya parcialmente (Base)</p>

viene el problema de la subordinación de la profesión al interior de los servicios y si nos los formaron para que digan yo me integro al equipo hago asistencia hago un poco como programas pues no van a estar y quien tiene que hacer eso, tanto el que le toca hacer la asistencia directa como el que administra el servicio y si eso no se hace, pues no se va hacer y por eso es subordinado en cambio si uno estuviera empoderado del proceso que contribuya al proceso se le estaría peliando (Base)

hematólogas me dice... tenemos tantos problemas con los odontólogos pero tantos problemas... me llaman todo el tiempo. Yo les envío un paciente con alguna alteración hematológica y me devuelven la llamada y me dicen, ¡dígame que hago!...de cómo las básicas no se aplican se vuelve instrumental, se vuelve puramente mecánica, parecen mecánicos dentales, o sea no ven, no permean, no saben, no ven ese ser humano, ese contexto social no lo ven para nada, absolutamente nada, muy difícil(Base)

sigue teniendo énfasis lo que estamos hablando de centrado en lo puramente estético donde la parte biológica eh es muy reducida también como que no tiene incidencia en el resto del cuerpo y ese cuerpo biológico es parte de un cuerpo social y político, entonces como él no lo ve así no se siente que participe y que vaya a participar porque está completamente fraccionado, hay una ruptura total entre lo que es la boca lo estético no ve el cuerpo integral y dentro de ese cuerpo pues hay una representación de lo social y lo político, entonces hay una continuidad si uno lo ve así de ese cuerpo biológico todo el tiempo está dentro de un contexto social, político, económico, religioso muy fuerte también y entonces dentro de lo político pues el no ve esa ese continuo que hay entre ese cuerpo biológico y ese cuerpo social, o sea si uno lo mira hay un panorama amplio que el odontólogo o muy pocos, yo creo que de pronto la salud publica debería mirar a profundidad y yo creo que lo han hecho las personas que han dedicado a la parte de salud y que tienen una inquietud distinta. (Base)

entonces allí miraba el plan... la visión del odontólogo, una visión muy reduccionista, una visión muy a ver solamente digámosle la caries... ni siquiera la caries como tal en todo el proceso que lleva a que haya problemas de salud oral, sino como la cavidad, la... no hay una percepción como del ser humano amplia para nada (Base)

lo que yo te decía en la parte de formación están las básicas al inicio que luego no las aplican, entonces él se siente temeroso todo el tiempo, cierto, porque hay un temor ¡será que sí, será que no!, entonces hay una ambivalencia un poco ahí pero en qué momento y será que... entonces cuando se acerca de pronto al médico le dice será que le hace daño... entonces quiere un poco la parte de la autorización que me diga que no hay problema, que otro lo asuma (Base)

a mí me interesa una paciente sana porque de eso voy a vivir, yo no voy a vivir de la enfermedad, yo voy a vivir de la paciente sana como empresa, voy a vivir de la paciente sana porque yo cada venida de la paciente sana yo cobro, le cobro al sistema, ¡le toca cobrar más bajito!, claro, pero estoy garantizando población longeva en muy buenas condiciones, no en las peores condiciones...pero esto no aplica aquí (Base)

Pero eso es poco lo que la profesión se merece, si la profesión no es capaz de posicionar el tema y ahí si la academia no hace nada, la academia está interesada en sus negocios y en teoría no hace (Base)

yo creería el problema está si en la escuela la academia forma el odontólogo para la práctica liberal entonces en la práctica liberal no tendrá gestantes (Base)
el hecho es si el odontólogo no lo forma la universidad para que trabaje en los servicios como un asalariado en un sistema universal de aseguramiento pues de ahí es la primera ruptura, si los forman como la universidad ha formado los espacios al menos en la nacional todo queda acá en la sede de la facultad y ahí no llegan gestantes y es que no llega es nadie ahí, lo mismo en las universidades(Base)
las universidades están preocupadas en su negocio en vender servicios y el estudiante es un obrero más allá entonces ahí no van a estar y como no los forman así no van a llegar aquí la práctica (Base)
los primeros semestres uno ve las básicas con todos las carreras, a partir de... empieza a ver clínicas lo separan, lo aíslan a uno, entonces la relación es con el paciente, con lo mecánico, con lo de dentistería como decimos nosotros, lo social lo dejamos un poco. De hecho vos sabés que los estudiantes dicen que la salud pública, la salud colectiva, todo eso es un relleno lo ven como un relleno (Base)
la misma formación de nosotros como odontólogos nos llevan a rechazar las embarazadas....los chinos odiaban a las mujeres embarazadas porque les daba mucho miedo, o sea, ellos dicen qué tal que me le de algo, un síncope, que empiece a llorar, que el niño le pase algo, si le aplico anestesia (Base)
considero que esto se relaciona con mi proceso de formación, vengo de una universidad pública (Administrativo)
Yo creo que depende mucho del perfil de odontólogo que tenga, primero la universidad donde venga, si la universidad tiene un programa estructurado a nivel social (EnfCoord)
el od. tiene dificultades de salir del consultorio, por su mismo proceso de formación (EnfCoord)
las U.públicas trabajan más en los proyectos comunitarios, mientras que las U.privadas son más asistencialistas (EnfCoord)
Mi formación en od. en mi programa de enfermería fue muy superficial, se centró en la erupción dental en el momento en que cursaba pediatría por los efectos sobre la salud...formación de los profesionales con una visión de lo que tiene que ver con la salud integral (Enf Coord)

Anglo-eurocentrismo, patriarcalismo

Documental

La ciencia positivista se desarrolló preponderantemente desde una plataforma cultural Europea y masculina; desde una visión individual de las relación sujeto-objeto, para la cual “una realidad rota en mil fragmentos debía reflejarse inductivamente en el sujeto” (Breilh J. Epidemiología crítica)

<p>...la consolidación de una cultura patriarcal donde la dominación del género masculino halló un escenario adecuado para la institucionalización de relaciones culturales y jurídicas de subordinación de la mujer. (Breilh J. Epidemiología crítica)</p>
<p>Los roles sociales basados en el género, también se convierten en un aspecto a tener en cuenta, los modelos basados en la fuerza y la violencia en los hombres han logrado a partir del miedo crear una represión contra la mujer (PIC)</p>
<p>Actores</p>
<p>muchas veces las mamás las rechazaban, ¡yo no, yo le dije hartito que no fuera a meter la pata (Base)</p>
<p>lo que tenemos es adolescentes maternizadas en las condiciones de empobrecimiento, de maltrato intrafamiliar, es que nosotros hemos visto el maltrato para la adolescente embarazada, o sea desprevengámonos como de los epítetos de valor que uno le pueda poner a eso; yo soy una mamá, vivo de lo que mi marido se gana poquitico y viene otra boca más y mi hija le advertí y a mi hija le dije no te dejes embarazar o a mi hija le pude haber dicho no practiques tu sexualidad, porque eso es un asunto de las mamás (Base)</p>
<p>él puede hacer lo mismo que la mujer pero la mujer es sinvergüenza (Base)</p>
<p>que su hijo no solo es un asunto de la naturaleza porque ellas lo conciben así, o sea la mujer es hecha para parir, la que no pueda parir tiene un problema, entonces que vengan todos al mundo 4, 5, 8 los que Dios quiera como no tenemos la iglesia cantaletiando en contra de la natalidad y pidiendo la abstinencia sexual, si, manejemos la abstinencia sexual pero también con responsabilidad (Base)</p>
<p>construcción de lo que es el cuerpo de lo que es la gestante, es una construcción cultural en torno a la mujer que la mete en unos roles y en unos estereotipos y que la lleva a tener un tipo de atención, porque cuando tú le preguntas a la gestante y porque entonces viene a la consulta médica y odontológica es que me toco, es porque tengo una responsabilidad con el hijo, o sea ella no habla de ella, ella habla del feto, incluso el feto se vuelve es feto...que es más fuerte que la mujer embarazada (Base)</p>
<p>diría yo que muy machistas, no les gusta que ellas vayan solas o les preguntan que el que las vaya atender si es hombre o mujer, y si ellos no pueden acompañarlas, entonces las mandan con alguien, que normalmente es de la confianza del esposo, la prima del esposo, la hermana del esposo, la suegra, para ver si si es cierto que fue una mujer la que las atendió (Od Period)</p>
<p>no es ni siquiera porque se preocupen por ellas, sino porque les preocupa es el bebé, ¿qué le van hacer a mi hijo? A usted háganle lo que quieran, pero a mi hijo que es lo que le van hacer y eso no le hace daño al niño y nunca le preguntan ¿a usted le dolió, usted está bien? No, y eso ¿le hizo daño al niño y pasó algo? (Od perio)</p>
<p>como me dice mi papá no estamos para estar trayendo bebitos ahorita al mundo, si pero no fue culpa mía porque yo estaba planificando, pues (Embarazada)</p>
<p>y mi papá, pues, los dos primeros días; no, es que le dio duro de todas maneras. Pues no me hablaba los primeros días, a penas como, hola, porque yo estaba ahí; pero ese hombre decía, “que tristeza de mujer” [risas]. O sea, le dio más duro a él y mi mamá lloraba todos los días, pero después ya fue normal, ya después cuando ya. Es que yo creo que me vieron fue la barriga que me estaba creciendo, Ah, sí, sí, así fue (Mujer PPT)</p>

La única dificultad que tuve, que no tuve en realidad, era que tenía mucho miedo de contarle a mi papá, de que él se enterara. Ya cuando mi mamá fue la que habló con él, mi mamá le contó y pues sí le dio un poquito duro pero no fue algo grave (Mujer PPT)

Triple inequidad

Documental

En general es un sector en el que sus habitantes cuentan con pocas oportunidades, en el que no existe un reconocimiento de comunidad ni de identidad social y en el que existe una dinámica de exclusión y discriminación en los diferentes grupos que habitan el sector (PIC)

Históricamente la localidad de Suba es un territorio de diversidad étnica y cultural. Hecho que se constata con el asentamiento permanente de población Indígena y afrodescendientes, cada uno de estos grupos poblacionales presentan unas características históricas particulares, unos modos de organización propios de sus usos y costumbres y que los hace tener reivindicaciones específicas...en su mayoría desplazados de diferentes regiones del país (PIC)

Entre otros motivos, esta que para muchas personas en la actualidad en donde cabe destacar que en la mayoría de los casos son adolescentes, quienes por distintas problemáticas; como son hogares disfuncionales, embarazos no deseados, consumo de SPA, duelos no elaborados, seguido por estado civil unión libre con 16 casos, asociados a conflictos o violencias intrafamiliares, separaciones conyugales, duelos no elaborados, débiles canales de comunicación, consumo de SPA, falencias económicas, en menores porcentajes los que están casados 2 casos, siendo 6 casos los separados, viudos 2. En donde la mayoría de los casos se repiten las mismas problemáticas (PIC)

Estas barreras están determinadas por las características (diferencias) entre la cultura del "prestador" y la cultura o "culturas" de los usuarios de los servicios, limitando y/o dificultando el acceso "real" de estos últimos a los servicios. En términos generales, estas están determinadas por el género, el grupo étnico, la clase social, la edad, la preferencia y orientación sexual, la asociación gremial, entre muchos otros factores (PIC)

un elemento característico de la población Afro de la localidad en puntos específicos y concentrados en zonas determinadas, creando colectividades enlazadas por un elemento físico (lugar de vivienda) y por los lazos de parentesco y afinidad, lo cual de una u otra manera contribuye a mitigar el proceso cruel del desplazamiento (PIC)

Triple inequidad"-de clase, étnica y de género...persiste un tratamiento separado de las tres formas de subordinación social y deshumanización...no son procesos totalmente desligados. Es así, primeramente, porque los tres procesos comparten la misma raíz germinal que es la acumulación y concentración de poder... (Breilh J. Epidemiología crítica)

Actores

lo que si se es que el género permea todo absolutamente todo, la clase social, todo, hay yo pensaría que tiene una influencia una impronta muy fuerte...yo reafirmaría lo que hemos venido hablando y es que ahí el estereotipo de género en la cual le da a las mujeres en general una relación de subordinación, van a estar muy subordinadas a lo que digan otros y este en especial es una... etapa en la cual la mujer puede verse entre comillas más vulnerable (Base)

esas niñas que no querían tener bebé y quedaron embarazadas, sufren por todo, porque lo que le expresan a uno es miedo, miedo a enfrentarse a una sociedad primero que las está juzgando, a una familia que las esté juzgando, a una pareja que no las quiere, porque la mayoría de los casos le dicen que eso ni siquiera es de ellos, entonces tienen que asumir toda una vida de ellas, más la vida de su bebé, solas, y les da pánico porque es elemental , todavía no está en condiciones de aceptarse como mamá y como mujer grande, porque ellas acaban de soltar el colegio, cuando no están todavía estudiando en el colegio, porque muchas están en el colegio aún y para colomo pertenecen a familias muy pobres(Od period)

Violencia social legitimada

Documental

Entre otros motivos, esta que para muchas personas en la actualidad en donde cabe destacar que en la mayoría de los casos son adolescentes, quienes por distintas problemáticas; como son hogares disfuncionales, embarazos no deseados, consumo de SPA, duelos no elaborados, seguido por estado civil unión libre con 16 casos, asociados a conflictos o violencias intrafamiliares, separaciones conyugales, duelos no elaborados, débiles canales de comunicación, consumo de SPA, falencias económicas, en menores porcentajes los que están casados 2 casos, siendo 6 casos los separados, viudos 2. En donde la mayoría de los casos se repiten las mismas problemáticas (PIC)

Actores

porque el esposo no la dejaba ir y va muy ligado a eso, usted que va ir a perder el tiempo allá(Odgeneral)

más de la mitad no tienen una pareja estable, ellas viven en su círculo familiar primario, con papá y mamá, y su pareja o el papá de su bebé no vive con ellas, vive en algún otro sitio, la gran mayoría no le responden o les dan cualquier cosa y ellas son las que asumen todo, asumen las visitas al odontólogo, al médico, asumen todo y ellos no se dan por enterados de lo que está sucediendo, en la mayoría están solas, no hay acompañamiento de sus parejas (Odperio)

El 30 de diciembre me quedé sin trabajo. El papá del niño antes del embarazo me apoyaba económicamente y por esto estaba acostumbrada a otro nivel de vida; pero cuando supo que estaba embarazada me dijo que me quitaba el apoyo sino abortaba y como no aborté no lo volví a ver (Embarazada base)

Observación

mi papá crio los hijos que no eran de él pero de nosotros nunca vio (Trayectoria embarazada)

Orden Cultural-Dominio Colectivo

Modos de vida de grupos sociales relacionados con la atención od. Embarazadas

Grupos sociales que promueven o rechazan el apoyo solidario

Documental

Este campo encuentra actualmente un espacio allanado a partir de la Resolución 1101 del 11 de Noviembre de 2009 de la Secretaría Distrital de Salud, por la cual se establece la Alianza por la Salud Pública entre el grupo dinamizador por la Salud Pública del Distrito Capital y la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. Las Instituciones que participan en esta alianza son : La Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, Las Universidades formadoras de profesionales de Salud y afines, Las Organizaciones Académicas, OPS/OMS, las IPSs y demás actores sociales que promueven la docencia, la extensión y la investigación, orientadas a la solución de los problemas de salud de los Colombianos (Pol SO)

Equipos que lideren la realización de las acciones colectivas en los ámbitos de vida cotidiana, acciones de atención individual y se integren a otros programas de salud pública (Polit SO)

Desarrollar una agenda de acción política por la salud oral y el derecho a la salud con personas, organizaciones sociales y comunitarias que haga parte de los planes de acción a nivel local o territorial(Polit SO)

Asistencia técnica y capacitación de los equipos territoriales de Salud Oral en Diseño y ejecución de Programas de Promoción en Salud y Educación en Salud Oral (Polit SO)

Para el caso de la salud oral, estas formas organizativas pasan por la construcción de alianzas, redes colaborativas, gestión, organización y concentración de recursos, procesos de negociación para definir prioridades de investigación e innovación, estímulos y generación de condiciones espaciales y de tiempo. Una línea estratégica de política pública relativa a la gestión del conocimiento en salud oral debe interesarse por los asuntos anteriormente señalados (Polit SO)

Recientemente la SSD desarrollo la Guía de control prenatal donde se contempla la remisión obligatoria a valoración odontológica en concordancia con lo establecido en la historia clínico materna-CLAP-OPS/OMS (Guía atención embarazada)

Actores

no yo no creo que haya una integración, integración tomándola del concepto de que yo me meto, participo, actúo y evalúo. El control prenatal depende de quién esté, va muy ligado a las personas, si el programa está en manos de un enfermero o de un médico que no le interese mucho eso, el odontólogo pasa desapercibido, igual porque el odontólogo, la formación de nosotros es como te dije en las 4 paredes, si me llaman participo, medio participo, si no, no (Base)

a nivel distrital siendo un hospital público, la atención a la gestante ha sido priorizada en cuanto a la asignación de citas o sea, en cuanto la paciente llega hay una fila especial se identifican, nosotros tenemos un programa que se llama "Su vida luminosa", entonces cuando identifican una paciente gestante, las niñas de atención al usuario la identifican, le ponen un sticker entonces ya se le da prioridad para cualquier cosa, para una silla, para la fila de la citas entonces, desde ahí canalizamos nuestra gestante y se le da prioridad (base)

Porque de pronto la gestante no dió el teléfono que era, entonces no podemos llamarla a recordarle su cita, muchas veces de pronto tenemos una barrera en el facturador, cuando se acerca la paciente a pedir su cita no le actualiza los datos, entonces nunca tenemos el teléfono ni la dirección real de la paciente, que es donde yo hablo mucho con la jefe de facturación por favor sensibilícelos o sea, la gestante es una paciente que hay que estar así ... pendiente, la gestante se me puede complicar en cualquier momento, dónde yo tengo un teléfono para llamar a un familiar o para recordarle su cita, su control, para darle un resultado de un laboratorio, si es un resultado negativo, cómo hago yo para comunicarme con esa paciente, entonces desde ahí tengo muchos problemas en la actualización de datos (administrativa)

no sabemos que hay programas de salud oral a nivel comunitario que hay fundaciones que nos pueden facilitar ese apoyo, que hay fundaciones lo que hacen las madres fami del ICBF se apoyan en uno y se apoyan en otro porque ellas saben de todo, ellas tienen una visión integral porque saben de un lado, saben del otro me apoya la fundación de no sé dónde, me apoya el colegio de no sé si se manga, me apoya el hospital, me apoya salud pública, porque ellas si tienen ese punto a su favor, ellas si conocen la función (Enfcoordinadora)

Dificultades que enfrentan las gestantes es la carencia de redes de apoyo de la pareja, la familia, una amiga que le ayude que la motive (Enfcoordi)

se está viendo como el conocimiento como la concientización de los profesionales de salud para que la mamá sea pues atendida integralmente (EnfCoord)

<p>cuando yo entre aquí al hospital, básicamente hubo una reunión con los ginecólogos donde se decía, bueno tenemos estas gestantes, no las podemos dejar como si nada, hagamos esto, enviémosla a odontología eso se ha venido cumpliendo, ellos tienen unas ordenes de servicio, cada consulta que ellos hacen obligatoriamente hacen su sello para que pasen a odontología. Pero no he visto de otras áreas que digan enviemos a esta gestante a odontología, no vienen pacientes de otras áreas del hospital (ODGeneral)</p>
<p>hay muchas gestantes que no tiene un nivel educativo que le de facilidades para desempeñar una labor y que les produzca para vivir bien, entonces pasa a segundo plano la parte de su salud (odontóloga general)</p>
<p>Mucha materna está sola, muchísima, muchísima materna está sola (Od general)</p>
<p>la mayoría son madres solteras pues viven con la mama (Md)</p>
<p>Además ellas tienen muchas prelaiones acá porque ellas no hacen fila, se les atiende de primeras, está la ruta que las lleva que las trae (Hig)</p>
<p>Vienen muy poquitas, es que hay una gran cantidad de mamitas que vienen a tener su bebe por ejemplo en el mes como 600, 700 que atienden aquí partos a esa escala, pero mire las poquitas que vienen aquí a odontología. Faltaría es como más promoción en odontología yo creo, mas promoción pero solamente... por eso es que la labor de las enfermeras jefes es arduo porque las mamitas bueno están viniendo... no vienen (Auxiliar)</p>
<p>mi esposo trabaja, "siempre" sin embargo no tiene trabajo estable y no tiene seguro (Embarazada)</p>
<p>yo, teníamos mucho miedo de contarle a mi mamá, pero entonces pues ya él habló con mi mamá y todo. Ellos no querían que me fuera de la casa, entonces mi papá me dijo que si yo me quería organizar, que me organizara ya cuando terminara de estudiar (Mujer PPT)</p>

Falta de oportunidad, acceso y permanencia en el sistema educativo

Documental

El nivel educativo de la madre repercute directamente en la calidad de cuidado del menor y el poder adquisitivo de las familias para garantizar una alimentación completa, equilibrada, suficiente y adecuada teniendo en cuenta además que las familias tienen como prioridad garantizar la vivienda (PIC)

En cuanto al nivel educativo de las gestantes visitadas, el 62.5% (60) tienen la secundaria completa o se encuentran cursándola, el 5.2% (5) cuentan con primaria, 13.5% (13) de ellas tiene una carrera profesional y el 18.8% (18) una carrera técnica o tecnológica, esto es favorable teniendo en cuenta que los conocimientos brindados durante las asesorías por parte del profesional...serán bien recibidos y aplicados en un buen porcentaje (PIC)

<p>“Sin Plata que se consigue” “como paga uno la Universidad sino tiene plata”. (PIC)</p>
<p>Existe una estructura comercial significativa que no logra emplear el caudal de jóvenes provenientes del sistema educativo local, lo cual aunado a la falta de oportunidades incide de manera directa en las condiciones de vida de la juventud y sus familias. (PIC)</p>
<p>Es importante observar la relación de la economía local con las oportunidades de trabajo que en el caso de Suba muestran la tendencia a la informalidad (PIC)</p>
<p>Actores</p>
<p>hay muchas gestantes que no tiene un nivel educativo que le de facilidades para desempeñar una labor y que les produzca para vivir bien, entonces pasa a segundo plano la parte de su salud (Base)</p>
<p>pues uno mira cuando uno mira los cambios por cupos del nivel de ingreso y la educación... pues ya las cortes con más problemas que yo creería que eso si afecta grandemente... y ayuda, es positivo (Base)</p>
<p>El nivel educativo en que otra forma nos puede estar influenciando... entre menos información tengamos de educación, menos importancia le damos a las cosas (Od General)</p>
<p>la mayor educación el mayor conocimiento de la realidad y se rompen mitos (Od general)</p>
<p>por lo menos llegar a educación tecnológica, y ese tipo de personas lo buscan a uno, son las que más motivadas están, son las que vienen 3, 4 veces, son las que vienen más seguido, entre mayor nivel académico tenga, más vienen, más adherencia (odperio)</p>
<p>sino tienen una educación más amplia, no van a poder desempeñarse en una buena labor, no van a tener una escala económica más alta, entonces pues va ser muy poquito, entonces qué ven hacer, lo que hizo la familia trabajar en lo que trabajó la familia, digamos, supongamos en el área de reciclaje (Higienista)</p>
<p>mientras que uno esté educado, esté informado como que uno no sea tan ignorante en el tema, uno así mismo puede exigir puede decir no si yo puedo venir me pueden hacer tal cosa, el nivel de.. mientras que alguien que no tiene ni idea, mejor dicho ni qué es venir a odontología (Auxiliar)</p>
<p>si tienen en la familia 12, 13, 8, 7, 5 hijitos pues es difícil una educación más amplia, ¿cierto? o llegarán hasta la educación básica quinto y ahí quedan o, digamos segundo, tercero de bachillerato y cuarto entonces el mismo medio los encarga de relacionarse y a embarazarse tan jóvenes y, toda esta problemática y a influir más en su salud (Auxiliar)</p>

Hasta séptimo...las razones para no continuar... quede embarazada de mi hija mayor(Embarazada)
Yo hice mi bachillerato con mi trabajo e intente entrar al SENA porque ofrece cursos gratis, pero como trabajaba en casas de familia no me daba tiempo para estudiar (Embarazada)
Pues no muy bien porque la verdad no me lo esperaba y tampoco quería quedar embarazada ahoritica en este momento, terminando ya de estudiar. Yo mis pensados no eran esos, mis pensados eran seguir estudiando y ya pues que quedé embarazada, puede terminar mi bachillerato y ya no puedo. Pues eso no me impide que ahoritica no lo haga, lo puedo hacer pero más adelantico cuando el niño ya esté más grandecito (Mujer PPT)
O sea, yo estaba terminando bachillerato el año pasado en el San Ignacio, pero era validando, o sea, ya era pa terminar. Yo me metí como a mitad de año y terminé noveno y ya este era pa que estuviera en décimo y once, pero por el embarazo entonces paila (Mujer PPT)
Porque cuando ya me tocaba hacer el once supe la noticia del embarazo y eso, entonces pues (Mujer PPT)

Representaciones de los grupos a los que pertenecen: machismo, racismo, marginación, segregación social

Documental

la construcción de territorialidad sobre el espacio físico, es decir, el desarrollo de un conjunto de prácticas con sus expresiones materiales y simbólicas que permiten procesos de apropiación y reconocimiento sobre los procesos (individuales y colectivos) e identidades construidas por las comunidades a través de la socialización de dicho espacio, cuyo resultado se traduce en el fortalecimiento de la capacidad de organización, participación, concertación y regulación al interior de las mismas comunidades, y de interlocución y regulación hacia las instituciones y las políticas... El territorio es producto de prácticas de producción, de consumo, de intercambios simbólicos y culturales que determinan la formación de subjetividades particulares (Política de salud oral Bogotá 2011-2021)

Por sus características, los servicios de salud oral se constituyen en un buen referente para evaluar el desempeño en equidad de un sistema de salud. Se puede afirmar esto en consideración a que se trata de patologías crónicas que demandan un proceso de adherencia prolongado a los servicios a pesar de que en la mayoría de los casos estas no representan un riesgo inminente para la vida (Polit SO)

El problema de la acción colectiva, encaminada a la obtención de bienes públicos, como es el caso de la salud oral, con una mayor calidad, oportunidad y pertinencia, plantea el problema de las voluntades individuales y los intereses diversos, presentes en la ejecución de las políticas, en sus escenarios y en los espacios de operación más locales: clientelas, corrupción, apropiación individual de recurso público (Polit SO)

La relación de investigación con la administración pública es también débil y sin una orientación clara. No existen genuinos procesos de cooperación entre los funcionarios y los grupos de investigación y no es una práctica común que aquellos formen parte activa de estos y que adicionalmente tengan los tiempos disponibles para atender esta tarea a nombre de la administración. Todo ello refleja el escaso grado de sensibilidad que existe frente a las posibilidades que da la investigación a la administración pública y a la gestión de la política (polit SO)

Por otra parte, esta misma fuente de información evidenció que las mujeres gestantes, concentradas en el ciclo de vida Juventud (274) y adultez (74), presentaron un alto porcentaje de placa bacteriana al momento del examen clínico, siendo deficiente en un 90,5% en la adultez y un 87,5% en la juventud (Polit SO)

En tercer lugar, se presenta una débil capacidad de los usuarios para buscar y obtener atención debido principalmente por la percepción mínima de riesgo a enfermarse de la población. Esta percepción no promueve la realización de prácticas preventivas intencionadas por parte de la población. También se encuentra una percepción de temor a los procedimientos de la atención oral, generado por las experiencias anteriores de dolor y trauma en la consulta. Asimismo, la débil capacidad de las personas por buscar y obtener atención se vincula a su percepción y satisfacción con el servicio, en donde juegan nuevamente los antecedentes previos de interacción paciente-servicios de salud oral. Por último, existe la percepción de que los servicios de salud oral son costosos y por lo tanto inaccesibles para grandes grupos de población (Polit SO)

ya que ellos manifiestan que la solución a sus problemas es tener mejores ingresos para vivir bien, (PIC)

Bajo este enfoque se entiende la salud como un producto social que sintetiza las condiciones de vida de la población, como un derecho inherente a la dignidad humana y al estado como principal responsable de la garantía de los mismos, por lo tanto las instituciones asumen el imperativo ético de responder a las necesidades sociales de las poblaciones, reordenando los modos de atención y gestión necesarios para materializarlos como derechos (PIC)

Esta situación se convierte a diario en un dilema ético para el profesional frente a las decisiones que debe tomar con su paciente pues muchas veces lo que se puede hacer no es lo mejor o lo que es peor, nada se puede hacer (PIC)

<p>Uno de los mayores problemas evidenciados durante la vigilancia del SISVESO, son los inadecuados hábitos de higiene oral que tiene la población en general, tanto hombres como mujeres, niños y adultos, estratos socioeconómicos bajos y altos, donde el 72% de la población notificada en el cuarto trimestre presentan deficiente higiene oral y esta se encuentra directamente relacionada a la presencia de placa bacteriana, la cual es la principal causa de los problemas en salud oral que se evidencian no sólo en la localidad sino en todo Bogotá (PIC)</p>
<p>En general es un sector en el que sus habitantes cuentan con pocas oportunidades, en el que no existe un reconocimiento de comunidad ni de identidad social y en el que existe una dinámica de exclusión y discriminación en los diferentes grupos que habitan el sector” (Plan de intervenciones colectivas. 2012)</p>
<p>Si bien se pretende que el presente documento tenga una mirada integral, también es importante tener en cuenta que se ha dado un tratamiento diferencial para cada tema, en el abordaje de las enfermedades crónicas no transmisibles en Usaquén guarda una estrecha relación con los siguientes elementos: la actividad física, los hábitos nutricionales, la calidad del aire, las etapas del ciclo vital, la discapacidad y la salud oral (entendida como una situación que aunque no ocasiona desenlaces fatales como tal, si representa una alta carga de morbilidad)...Se cita el tema de la salud oral en esta sala situacional de enfermedades crónicas ya que constituye la principal causa de consulta externa en el Hospital de Usaquén. Sin embargo, no se le da la importancia real ya que la caries, la gingivitis o la enfermedad periodontal no causa "la muertes como tal", al compararla con otros eventos en salud (PIC)</p>
<p>Las mujeres embarazadas tienen prácticas, actitudes y conocimientos basados muchas veces en creencias y mitos heredados por una tradición cultural que asocia erróneamente la gestación al deterioro de la salud oral (Guía atenc od gestant)</p>
<p>Los significados y representaciones sociales sobre la maternidad presente en las comunidades se relacionan de manera directa con las barreras de acceso de tipo cultural e institucional relacionadas con la salud materna. (Guía atenc od gest)</p>
<p>Esses papéis que atribuem à mulher com os cuidados e a saúde dos outros; esses papéis atribuídos à mulher fazem, então, que ela seja socialmente moldada para os cuidados com a maternidade, com a casa e com o marido. E mais do que isto, a sociedade considera tais cuidados menos importantes do que as atividades atribuídas aos homens. E essa divisão de papéis é ainda consolidada pela igreja, pela educação, e pela medicina; instituições que contribuíram, ao longo da história, cada uma à sua maneira, para o destino biológico da mulher. (Silva A 2001)</p>
<p>Actores</p>
<p>lo que significa ser mujer en un país como Colombia y una mujer... impresionantemente donde hay un estereotipo marcado hacia la reproducción (Base)</p>

a gestante, es una construcción cultural entorno a la mujer que la mete en unos roles y en unos estereotipos y que la lleva a tener un tipo de atención, porque cuando tú le preguntas a la gestante y por qué entonces viene a la consulta médica y odontológica es que me tocó, es porque tengo una responsabilidad con el hijo (Base)

entonces empieza la competencia entre las esposas, entre las mamás más bien de los niños, entonces porque hay esa competencia es que el papá de fulano es presidente de tal por cual y el otro es un pobre pendejo abogado que a duras penas ejerce, pero tiene lo suficiente para estar en ese nivel y no dejarse bajar. Bueno han llegado crisis de vida familiar tales que los niños todo este cuento del matoneo, todas estas vainas que estamos viendo por la televisión, tienen origen en ese tipo de cosas entonces pa eso se necesita plata (Base)

el odontólogo tenía una... esa visión reduccionista pienso en gran medida que es una construcción social de lo que es la odontología unida a las unidades unida a mirar solamente la caries, cuando tú ves otras cosas como que si es odontólogo, como que esa visión del odontólogo se distorsiona, lo digo porque yo trabajo ahora en el hospital, yo soy estomatóloga y entonces trabajo en los servicios y se ha abierto enormemente por ejemplo la medicina interna, hematología, que era lo que hacía en la victoria pero esto es un hospital de cuarto nivel, entonces cuando llega el estudiante quiere ver cosas de pronto alguno al momento de llegar dice pero eso si será el odontólogo lo debe manejar, eso sí será que el odontólogo... si, como que se reduce a la parte estética, a la parte de las cavidades, ni siquiera a la parte de cómo se produce la caries, mucho menos la enfermedad periodontal. Entonces esa... yo quiero que eso trascienda (Base)

desde el ámbito de la atención en salud donde la parte de la salud oral donde va actuar el odontólogo está muy aislada del resto y eso pues permea todos los espacios y entonces también no ve que para la gestante de pronto eso tampoco es prioritario, no lo ve como algo que va a determinar para ella a cambiar o a modificar su salud, entonces vendría de una trayectoria de siglos atrás de esa construcción que hay de lo del cuerpo donde lo de la boca aparece como la parte estética, como la parte de la sonrisa y es que si uno mira ahora la mayoría de los enfoques de la odontología están hacia lo estético (Base)

que lastimosamente se pensó que el odontólogo se dedica solamente a las muelas, a los dientes y a producir dinero (Base)

el servicio de odontología es un servicio subordinado dentro de los hospitales cualquiera que él sea, sean los hospitales públicos o los prestadores privados,..., de las EPS, o de las secretarías de salud y esa marginalidad de la profesión hace que sean marginales los servicios. (Base)

porque era población blanco, bueno porque no por ellas realmente lo que pude llegar a concluir es que eh la realidad es que la perspectiva no es por ellas sino por el feto que está en formación (Base)

lastimosamente a nivel de salud bucal no hay compromiso de país, ahora se está luchando por meter en el Plan de Salud Decenal, sacar la salud bucal de las enfermedades crónicas y dejarla como un eje aparte y no se ha podido ¿porqué? Por el mismo gremio de nosotros, no somos fuertes, pero ese ya es otro cuento aparte que nos hacemos en plural (Base)

pero la remisión a odontología no es frecuente uno; dos cuando van a la primera consulta al médico, el médico le dice tiene que pasar por odontología, pero ahí está rota la comunicación, la articulación odontólogo-medico, medico-odontólogo, para que el medico haga la remisión inmediata a odontología y haya una ventana abierta en el servicio de salud para atenderlas..(Administrativa)

en ningún programa del Hospital de Engativá hay un módulo de salud oral...me contaba una jefe, la jefe que era una de las que estaba ahí, me decía en algún momento si existió, si existió dentro de los módulos, dentro del curso, un módulo de salud oral y hablaban no solamente de la salud oral de ellas sino.... del bebé, pero lo quitaron y lo cambiaron por creo que fue métodos anticonceptivos, porque obviamente es muy importante pero les pareció más importante prevenir otra concepción, que prevenir enfermedad periodontal(Od period)

así como la gestante no prioriza el sistema tampoco prioriza entonces al final, que la priorización que hace la gestante es el reflejo de lo que está presentando el sistema (Odperiodo)

día por día la gestante es más joven y ¿qué pasa con esta gestante joven? que los papás se han interesado desde pequeños, mire muchas maternas están viniendo desde que era 2 añitos, la mamá la está trayendo la está trayendo y después vienen con el compañero ya es para el control de embarazo, esta población ya tiene cultura, ya les han hecho seguimiento y ahorita actualmente o sea, en esta época se está viendo mucha materna con los dientes sanitos (Higienista)

En Colombia estar embarazada es un problema (Embarazada)

Sí, pues es que al comienzo, pues, mi mamá ya nos había dicho desde antes que el día que quedara embarazada me iba (Mujer PPT)

Crimen, maltrato, impunidad, naturalización de las diferentes formas de violencia de género

Documental

En la segunda unidad de análisis la cual se programa sobre la violencia intrafamiliar se logra evidenciar que las causas que más menciona la comunidad es la situación económica y que a raíz de esta problemática se desencadenan el resto de situaciones en las familias(PIC)

Se observa que para 2011 el territorio de Rincón presenta el nivel más alto de notificación durante todo el año 2011 con 890 casos de los cuales el 76% corresponde a víctimas de sexo femenino, es importante anotar que este territorio presenta la notificación más alta en cuanto a la violencia física con el 47% del total de casos intervenidos cuya víctima recurrente es la mujer, de igual forma registra el mayor número de casos respecto a la violencia sexual con un 51% del total de la notificación de las UPGDs (PIC)

Actores

cuando supo que estaba embarazada me dijo que me quitaba el apoyo sino abortaba y como no aborté no lo volví a ver (Embarazada base)

T... es una mamá, que tiene con la bebé que tuvo 3 niños, que son 2 niños y la bebé 3, mamá que quiere mucho a los hijos, a los niños. Una madre trabajadora para lograr sacar a mis hijos adelante, una madre sola (Mujer PPT)

Del comienzo cuando estábamos, él estaba feliz y él del comienzo se estaba portando bien, después yo no sé, empezó a tomar y eso y hasta que cambió y eso, entonces uno como hace con un hombre así, ni pieza la pagábamos porque yo vivía en Cúcuta hasta con mis papás, y eso que mi mamá nos había dejado un pedacito de lote pa que lo construyéramos así sea de madera, pero no tampoco quiso, una rogadera pa' que inoi (Mujer PPT)

Orden Cultural-Dominio individual

Estilos de vida y cotidianidad individual de embarazadas, pareja, profesionales

Relaciones de pareja

Actores

Hay unas relaciones de parejas tormentosas, hay relaciones casuales o sea quedé en embarazo por casualidad (Base)

porque es que así como el papá de ese niño yo tampoco lo quiero, el único que quiere ese bebé es mi papá; y yo le decía, pero usted estaba enamorada cuando estaba con su pareja, y decía no yo estaba con él porque me sentía sola pero yo tampoco lo amo a él, ni nada, yo como que no quiero a nadie (Odperiodoncista)

Son muy nerviosas vienen con problemas de la casa puede ser problema con el esposo, problema social, problema psicológico, uno que va saber esas pobres niñas como llegan y sin un peso (Higienista)

porque las mamitas son madres solteras y tienen que trabajar (Auxiliar)

Pues, la verdad con él desde que supo que estaba embarazada no ha habido ningún tipo de contacto. Sí, ya él que supo que estaba embarazada me dio como la espalda (Embarazada)

No gracias a Dios no, pues mi esposo siempre ha tenido el trabajito y él siempre respondía por mí y todo eso (embarazada)

El 30 de diciembre me quedé sin trabajo. El papá del niño antes del embarazo me apoyaba económicamente y por esto estaba acostumbrada a otro nivel de vida; pero cuando supo que estaba embarazada me dijo que me quitaba el apoyo sino abortaba y como no aborté no lo volví a ver (Embarazada)
Como ya iba a tener a mi bebé, mi esposo no me dejó trabajar más (Mujer PPT)
una rogadera que el papá de los niños nos diera a nosotros porque él tenía pero era pa jartarse o para él gastarse pero no era capaz de todo, una rogadera entonces me cansé de él y entonces me vine pa' ca... en cambio acá yo sé que más adelante , yo puedo darle a mis hijos lo mejor (Mujer postparto)
T... es una mamá, que tiene con la bebé que tuvo 3 niños, que son 2 niños y la bebé 3, mamá que quiere mucho a los hijos, a los niños. Una madre trabajadora para lograrle sacar a mis hijos adelante, una madre sola(Mujer PPT)
el papá del niño y eso era todo humillativo (Mujer PPT)

Relaciones familiares
Documental
El 47.9% que corresponde a gestantes solteras es decir que se encuentran a cargo de sus padres, familiares o amigos,seguido esta el 39.6% de las gestantes intervenidas que conviven en Unión Libre, y en menor proporción aquellas que se encuentran casadas con un 12.5%. Esto nos muestra que la composición familiar en la cual se constituirá el nuevo hogar del bebé en muchas ocasiones los abuelos serán los futuros responsables (PIC)
Actores
porque vienen los papás, la mamá o el esposo y pues ellas se sienten como motivadas, pero si implica mucho porque de momento como si uno está acompañado, uno finalmente como se siente bien como que le gusta hacer las cosas, pero si está sólo sino tiene pareja si tiene problemas económicos (EnfCoord)
Mucha ausencia de pareja, muchas niñas adolescentes vienen solitas, o sea en el sólo consentimiento, mira tienes que venir con una persona mayor de edad para firmar ese consentimiento, una amiga, ni siquiera es la mamá, recurren a otras personas que no son del núcleo familiar(Od general)
por esa falta de conocimiento de los familiares en este caso era la mamá de la chica que le dijo que no que ella mejor esperaba que ella tuviera él bebe para sacar esa muela (Odgeneral)
doctora yo era terrible, yo era terrible, muy terrible y fue quedar embarazada y me calmé, y no porque me obliguen sino porque no me nace hacerlo, pero mi papá me sentó y me dijo: no importa lo que pasé, nosotros vamos a responder por esos niños, usted nos tiene a nosotros y la niña ya ha venido 5 veces (Od periodoncista)

<p>una suegra aconsejó que no podía utilizar enjuagues bucales porque eso envenenaba al niño, las suegras opinan mucho, demasiado en todo, que no se puede asolear, que no se puede entaconar, que porque si se pone tacones nace con el paladar hendido, que... son unas vainas, pero son las suegras (od period)</p>
<p>uno ha tenido una gestante que llega y apenas lo mira a uno se derrama en llanto, ¡qué le pasó!, no vino el esposo anoche, no me trajo la comida, estoy sin desayuno, no sé si se cuándo, una serie de problemáticas internas familiares, en la casa me echaron, se dieron cuenta y estoy viviendo de arrimada, no tiene papá el bebe (Higienista)</p>
<p>Si, porque a veces allá uno bregaba para y sino era por mis papás que estaban allá, que hacía y con los 2 niños. En cambio llegué acá, gracias a Dios me metí en los mercados, puse a los niños al jardín con un ahorro que tenía estaba pagando el jardín (Embarazada)</p>
<p>Pues la verdad, ahorita me va a colaborar mi hermano al que le cuido el niño y pues, del ingreso de mi hermana no, pero pues, digamos que ella me ayuda cuando tengo que venir al médico para los transportes. Ella me colabora, no sé, quedándome en la casa de ella o cosas así por el estilo (Embarazada)</p>
<p>Y de todo, pero igual así con amigos nunca... a mí no me ha gustado estar como en compincherías ... no. que nadie vaya a la casa, me gusta estar sola, mantenerme así como alejada, o sea, las amistades normal, pero usted sabe que los amigos son pa' problemas. Entonces uno mete a alguien a la casa y no... eso es pa' problemas. Entonces a mí nunca me ha gustado eso así y no, uno siempre ha estado solo y no (Embarazada)</p>
<p>con mi familia no conté durante el embarazo, solamente con mi esposo y la familia de mi marido (Embarazada)</p>
<p>ella era la que iba a reclamar la prueba. Entonces ella, primero fue y la recibió ella y yo asustada en el Colegio [risas] entonces después fue allá al colegio y como a las dos, tres de la tarde fue y me sacó del Colegio, pero no me pegaron (Mujer PPT)</p>
<p>En mi primer embarazo todos me dieron la espalda, la mayoría me decía que abortara (Mujer PPT)</p>
<p>Pues la verdad, con el primero bueno que él no me convenía que era no sé qué, bueno así, pues no lo recibieron bien y ahorita pues no sé si estarán enterados que nació (Mujer PPT)</p>
<p>La familia de mi esposo la recibió bien y mi mamá también, mi papá pues no, es que ahí hubo un desacuerdo tenaz (Mujer PPT)</p>
<p>cuando yo llegué acá, que llegué con mis papás me dio pena porque estaba, mi hermana era la que nos colaboraba y eso pero uno le da pena. Entonces el día que yo llegué acá empecé a trabajar en lo que le dije, ayudar a vender a ellas picadas y les colaboraba, como ellas me daban un sueldo (Mujer PPT)</p>

digamos el papá de él de mi bebe no es el mismo papá de mis otros dos niños pues eso sí ha sido duro, casi no se entienden mi familia con él (Mujer PPT)

Observación

vivía antes con la hermana de él, pero ella la trataba muy mal y le dijo a su pareja que quería ir a vivir sola y escogieron “al acomodo de él y del mío”(Trayectoria embarazada)

Relaciones gestante profesional

Documental

Estas barreras están determinadas por las características (diferencias) entre la cultura del “prestador” y la cultura o “culturas” de los usuarios de los servicios, limitando y/o dificultando el acceso “real” de estos últimos a los servicios. En términos generales, estas están determinadas por el género, el grupo étnico, la clase social, la edad, la preferencia y orientación sexual, la asociación gremial, entre muchos otros factores (PIC)

reconociendo que las principales causas de no asistencia no es por este factor sino por las múltiples barreas de acceso a los servicios de salud, incluyendo el trato por parte de los profesionales de salud (PIC)

Las barreras de acceso en salud evidenciadas por parte de las usuarias del servicio, es la necesidad mejorar la calidad y pertinencia de la atención en los diferentes espacios institucionales, en donde se brinde una atención rápida y oportuna a las necesidades de los usuarios, tanto de información como de accesibilidad a los diferentes servicios ofrecidos por el Hospital, así mismo fomentar en el personal de la E.S.E jornadas de sensibilización frente al trato de los pacientes(PIC)

Si la paciente no está en control prenatal, refiérala al programa de gestantes para valoración por enfermería. En este caso infórmele a la paciente la importancia del control prenatal y la necesidad del control médico para iniciar o continuar el tratamiento odontológico. (Guía atención od gestante)

Actores

A mí me parece que otro acceso que hay, otra barrera de acceso que hay es una atención absolutamente despersonalizada, o sea la gente llega se le mira lo que tiene y chao (Base)

Porque una persona gestante que llega y me toca la puerta a mi institución yo no la veo como mi igual, yo le digo mire la cita que tengo más cercana es para esta como en lo privado (no se entiende), pero si tengo casualidad la puedo llamar antes dígame donde la llamo, (no se entiende) como pudiéramos jugar este juego de qué manera es, se siente entrenada para sí, no para resolver y para pensar (Base)

poder entender todo ese proceso de esa construcción de las creencias, que chocan de pronto también con lo mío en un momento dado y que son absolutamente validas, entonces allí en ese enriquecerse con el otro te permite construir y fuera de eso permite también a las gestantes ver al odontólogo desde otro punto de vista (Base)

el odontólogo no tiene la capacidad de influenciar en la gestante para que regrese, no le da la confianza de adherencia (Base)

No sé en donde pueda estar la debilidad, no sé si es falta de nosotros como profesional como sensibilizar a la paciente que ahí también es importante, entonces tengo bastante inasistencia en el servicio de odontología (Administr)

la influencia es de un 80%, de lo que le puede llegar a transmitir el odontólogo el profesional que la está atendiendo para lograr un impacto en la vida de la gestante, un impacto en el pensamiento y en su concepción acerca de la salud o de la enfermedad independientemente sea el caso esto... eso es muy importante en la influencia que tiene, porqué? El acercamiento que tiene uno como odontólogo es mucho más íntimo es mucho más invasivo hacia la persona que el que pueda tener un médico en la consulta o sea, un médico está allá al otro lado del escritorio y el paciente está aquí, uno como odontólogo lo tiene a menos de 1 metro está en contacto tan íntimo con esa persona que uno puede llegar a lograr muchísimas cosas uno como odontólogo (Adminis)

saber más qué piensa la gestante o sea nosotros la atendemos pero nunca le preguntamos, qué hay de su vida o sea, cómo está en su trabajo, cómo su entorno ya familiar su entorno laboral verla como persona nosotros juzgamos es que usted no vino es que mire, es que... pero porqué no vino? no vino porque la cita se la dieron muy lejos y no hubo nadie que la llamara a recordarle? y se le olvidó, definitivamente se le olvidó o no vino porque no le dieron permiso en el trabajo y yo no caí en cuenta en que se la tenía que dar a las 6 de la mañana o de pronto bien tarde en la tarde cuando salga de su trabajo (Admin)

de pronto son una gente que viene dando pata, puño, siendo groseros alzados que no esperan, que voy a poner queja y todo yo digo a ver (no se entiende) así de grosera entonces vea quien pierde usted porque me voy, quien se va aguantar el dolor usted... entonces vamos a tratar ... de ayudar se les ayuda a ver si nos ubican rápido(Aux)

ellas lo toman a veces en regaño, porque a veces uno está ahí como auxiliar el odontólogo eh... por lo menos yo les digo, no piensen que esta brava que las está regañando, ella se pone así es para que usted se ponga pilas con su dentadura, con su boca, con su salud oral eso tiene que ver también con su salud en general(Aux)

<p>hay doctores que son como buena gente y hay otros que no. Sí, puede ser que estén estresados o algo así pero pues, uno no tiene la culpa...hay unos buenos y hay unos muy bruscos y la realidad es esa, es dependiendo del trato de las personas (Embarazada)</p>
<p>malas experiencias antes que hicieron que de pronto no fuera al odontólogo (embarazada)</p>
<p>Hay una cosa, que eso es dependiendo porque hay unas personas que dicen en este hospital atienden mal y que yo no sé qué y a uno lo atienden bien, entonces uno pero cómo así, entonces para uno es muy extraño eso. A unos lo atienden bien y a otro no, entonces me parece que la atención debería ser igual para todos (Embarazada)</p>
<p>Pues bien, primero me hicieron unas preguntas, después me revisaron y ahí ellos hablando en sus idiomas raros que yo no les entiendo nada, después volvieron a hacerme otras preguntas y ya. (Mujer PPT)</p>
<p>Observación</p>
<p>A las 9:30 la odontóloga la llama a consulta. La odontóloga se sienta de espaldas a R (mirando la pantalla del computador) y ella se sienta en la unidad pero aún no se acuesta y empieza el interrogatorio, en algunos momentos la odontóloga no alcanza a escuchar bien las respuestas de la gestante (en preguntas relacionadas con semanas de gestación, ocupación, y otros detalles de la anamnesis) a pesar de ello le sigue dando la espalda a R durante todo el diligenciamiento de la historia clínica” (Ruta seguimiento a la embarazada de Suba)</p>

Relaciones entre profesionales

Actores

en los grupos de atención a la materna que estábamos viendo en el proyecto de investigación, no hay la presencia del odontólogo. Esa parte de promoción y prevención se lo dejan de pronto a las auxiliares y a las higienistas, eso como que no es el caché digámoslo por así decirlo que le corresponde al odontólogo (Base)

Ahí el problema sería de la coordinación del servicio, cuántas metas o cuántas atenciones hizo por odontólogo a la embarazada, no sé si eso lo hará, porque la atención de la embarazada va muy ligada, como te decía al médico hace el tamizaje y ahí sigue enfermeras y de ahí vuelve donde el médico, pero tampoco el médico la ve todas las veces, la ve la enfermera, si cae en manos de una auxiliar de enfermería eso depende de la estructura de la IPS (Base)

<p>Sigue siendo muy conservadora, el odontólogo metido en un espacio muy restringido de una consulta externa, donde le da temor salir a hablar con los otros, donde ese trabajo en equipo y ese trabajo interdisciplinario no se ve para nada, absolutamente para nada. O sea son muy pocos las personas que emigran temerosas de que van a encontrar, pero en general está muy... existiendo un campo tan amplio, el odontólogo siente como temor en la relación con la enfermera, en la relación con el médico, yo veo que dice... ah sí vamos hacer un procedimiento a un paciente, es la autorización por parte del médico a ver que va ocurrir(Base)</p>
<p>Pero la mirada desde afuera, es una mirada que los odontólogos tienen muy reducido como con un gran temor a tener interlocución con los otros, dentro se pelean muy fuerte digamos los periodoncistas de pronto con el rehabilitador, el rehabilitador con el cirujano pero en unos campos muy estrechos (Base)</p>
<p>hospital ESE, hospital público y me llegaba gente, embarazadas desastrosas, en un desastre, gingivitis, enfermedad periodontal, yo peliaba mucho con el enfermero con el del programa, ¿porqué no me las mandaba? El me decía yo se las mandó pero es que no van, yo no, si me las manda usted tiene que llevarlas, usted métela allá y yo me encargo de que vuelva(Base)</p>
<p>otros profesionales de la salud, la responsabilidad del control prenatal es un médico, la recibe y ahí se la descarga a la enfermera, el médico no tiene la estructura académica para identificar eso, a relación entre la odontología y embarazo y, la enfermera pues tampoco, entonces es por eso que no lo han interiorizado porque los planes van dirigidos al cuidado prenatal y no de pronto al cuidado de la mujer integral(Base)</p>
<p>el médico le dice tiene que pasar por odontología, pero ahí está rota la comunicación, la articulación odontólogo-medico, medico-odontólogo, para que el medico haga la remisión inmediata a odontología y haya una ventana abierta en el servicio de salud para atenderlas (administrativa)</p>
<p>las tres profesiones que deberían estar muy articuladas en la parte de la atención eh está comprometida la enfermera, el médico y el odontólogo (administrativa)</p>
<p>Yo creería que estamos un poco débiles en ese punto, en esa referencia entre nosotros, de servicio de medicina, de enfermería con el servicio de odontología, me falta mucho más articulación en esos servicios (administrativa)</p>
<p>es muy complicado también la falta de conocimiento de las funciones de los demás (Administrativa)</p>
<p>diferencias de odontóloga odontóloga, en otro no son de profesionales, sino la odontóloga con la higienista o de la odontóloga con la auxiliar que muchas veces si se ve afectado el paciente, pues la auxiliar no le quiere ayudar a la odontóloga porque le cae gorda definitivamente y no se prestó para ayudarlo como le ayudó a la otra (Administrativa)</p>

<p>en los programas de salud pública se vincula tardíamente al odontólogo y por esto esté tuvo dificultades para su desempeño de campo (EnfCoord)</p>
<p>se está viendo como el conocimiento como la concientización de los profesionales de salud para que la mamá sea pues atendida integralmente (EnfCoord)</p>
<p>Yo creería que es la ignorancia de la función de mi compañero, no porque estemos fallando como tal porque al fin y al cabo todos trabajamos en pro de algo; pero si la ignorancia, ¡ay yo no sabía Jefe que eso tocaba hacer eso, que se podía hacer lo otro o que yo no sabía que se podía capturar una cosa (EnfCoord)</p>
<p>las relaciones que hay en los centros de salud, eso influye mucho... como el comportamiento como entre ellos, cómo se comunican, cómo están; en algunos centros es muy bueno pero en otros centros (EnfCoor)</p>
<p>Claro el medico te va a mandar pacientes y el administrador médico te va a decir, no, o sea el sistema dice que es una, máximo dos veces, la continuidad está perdida (Od general)</p>
<p>entonces el sentarte con el grupo, el sentarte hablar y mirar cuales eran las vivencias, cuáles eran las experiencias, te da una percepción distinta que si tu estas solamente en el consultorio, porque si tú ves solamente como una parte, aquí estás viendo todo el proceso; entonces lo que se hizo fue que en la victoria yo empecé a pertenecer al grupo de atención a las gestantes y allí entonces me encontraba con la nutricionista, con las terapistas y empezó un trabajo inter disciplinario (Od general)</p>
<p>el médico especialista ya valora la paciente obviamente le hace una valoración integral directa desde cavidad oral y ellos también hacen las remisiones y nos solicitan muchas veces lo que le digo vienen y ellos personalmente, como el doctor de aquí más querido (Od general)</p>
<p>Pueden que estén sanas y ellas dicen no, les duele algo, les molesta algo, no el ginecólogo me dijo que tenía que venir; estaban empezando su embarazo o están motivadas entonces están haciendo todos los exámenes que el ginecólogo que les está ordenando, y por eso vienen a odontología (Od General)</p>
<p>desde el médico hacia la materna, uno le dice siempre tiene que sacar cita a odontología, pero de allá para acá no sé si de pronto ellos estén pendientes de decirle a ella mire asista a su control prenatal, mire ya se hizo los exámenes, la verdad no sabría (Md)</p>
<p>Entonces por ende las que me remiten a mí también son pocas, porque como hay poquitas que le remiten a la doctora... entonces la doctora... como es el filtro para remitirme a mí, entonces ella tampoco me remite muchas(Od periodoncista)</p>
<p>Yo no creo que sea el proceso inicial de los altos, sino en el proceso de intervención en el bajo donde tenemos las falencia, o sea desde la primera conexión PYP, a los primeros cursos y citas ahí está, yo digo que ahí está, el resto todo engrana y se hace y de hecho cuando la gestante tiene la adherencia y llega eso funciona como un relojito, eso no hay pierde, vaya allí, vaya allá, la paciente viene, va la atiende todo el mundo y se hace exitoso todo completo el programa de PYP, sí funciona, si funciona y está engranado, está bien(od peridoncista)</p>

si tu estas consciente que eres profesional de la salud, tu no solamente esperas que te vinculen sino que tú te vincules a ellos (Od periodoncista)

porque todas las mamitas que llegan acá son de alto riesgo, entonces se han hablado con los doctores para que nos las manden y sin embargo a veces se les ha olvidado y eso es una lucha para traer las pacientes (Auxiliar)

Relaciones entre gestantes

Actores

La misma red de gestantes ejerce de alguna manera influencias sobre la atención odontológica de la mujer. Por ejemplo una gestante le dice a la otra oiga me fue súper bien o me fue súper mal (Od general)

da tranquilidad ver que las situaciones que vivo también las comparto con otras mujeres (Embarazada)

Representaciones de las gestantes, la familia, los amigos, los profesionales

Documental

Se reconoce la tensión existente entre los diferentes discursos y prácticas que alrededor del proceso salud enfermedad apropian los profesionales de la salud, administradores y economistas de la salud, gestores de la política y los grupos sociales (POLitica SO)

Estas percepciones de mínimo riesgo a enfermarse, de temor a los procedimientos odontológicos, de insatisfacción con los servicios de salud oral y de sus altos costos van de la mano con los conocimientos, actitudes y prácticas de la población, es decir, constituyen barreras de tipo cultural (Polit SO)

abogacía por el derecho de la salud oral (PIC)

Actores

Estamos en una lucha por mantener o mejorar nuestro estatus la imagen (Base)

nos tenemos que fortalecer nosotros pa que no les dé tan duro esa realidad y que no nos vuelva insensibles como está pasando con los servicios de salud (Base)

Mi paciente llega el primer medio por el que llega o es enfermería o es medicina general, es el primer profesional que la gestante acude por qué? Por la concepción que tiene, lo importante es su bebé y la odontóloga no le va mirar el bebé, la odontóloga no le va a mirar la hipertensión, la odontóloga... es la enfermera la que le va mandar cuadros hemáticos, que su examen de orina, todos sus controles.(Odgeneral)

El problema es que a esas personas les regalan todo (salud, ed.) y aun así les parece insuficiente. Uno que si es de estrato medio si le toca muy duro, porque no nos regalan nada (Od general)

uno puede llegar hasta donde la institución se lo permita(Od period)

, ella está ahorita en alto riesgo por depresión, una depresión severa, no por condición física sino siquiátrica, y con una depresión severa uno lo último que quiere es cepillarse, porque no le importa, ella dice es que no lo quiero tener, yo quería abortar, yo no lo quiero tener (Odperiodoncista)
la materna tiene todo, realmente la materna que no pase a utilizar los servicios es porque enteramente no quiere, porque ya es totalmente negada, porque la atención eso si se la brindan completa y todo se les facilita (Higienista)
uno está bien atendido, uno estigmatiza porque lo atienden a uno por el sisben pero la atención ... El hospital es buena (Embarazada)
le reste como importancia, me dijo que llevara crema, cepillo dental y hilo, seda dental, era como para enseñarme a manejar cepillo y eso, pues yo más o menos (Mujer PPT)
al principio pues sintió duro, pero ya nació el bebé y ya cambiaron (Mujer PPT)
Pues, a mí, mi mamá, porque a mi mamá le pasó. Ella en el embarazo, ella quedó embarazada de mi hermana, entonces una muela se le dañó y se la tuvieron que sacar pero entonces como que las complicaciones es como la hemorragia que le dio, entonces por eso casi pierde al bebé (Mujer PPT)
Pues, dijeron que me tenía que hacer una radiografía, pero después de que tuviera a la bebé porque si me la hacían durante el embarazo, podía afectarle a la niña (Mujer PPT)
Le pregunto por qué no le dieron todos los medicamentos y ella responde que porque está mal formulada, pero añade "nadie tiene la culpa" (Ruta de seguimiento a la atención embarazada de Usaquén)
Vuelve a la oficina de SV y yo le dijo que es paciente y ella responde "toca porque el médico me dijo que el niño no está creciendo y tras de que lo están atendiendo a uno y uno se pone con exigencias (Ruta de seguimiento a la atención embarazada de Usaquén)

Educación en salud

Documental

es necesario avanzar en el diseño y puesta en marcha de otro tipo de procesos que desde la planeación territorial incorporen la participación y el fortalecimiento de la organización social y comunitaria como un asuntos nodales en la comprensión de los problemas de salud oral y el diseño de alternativas de solución (Polit SO)

En Bogotá el 77% aduce que los padres les enseñaron a lavarse los dientes, el 18% los maestros, el 21% los odontólogos, el 2,8% a través de medios de comunicación(Polit SO)

Desde esta perspectiva es fundamental no confundir la promoción de la salud y la salud oral con la sola tarea educativa, que si bien es importante, centra toda su atención en los individuos mediante estrategias motivacionales que generalmente no trascienden en cambios sobre los determinantes que en el espacio vital regulan la aparición o no de pautas positivas del autocuidado en salud oral. La estrategia de Promoción en Salud Oral debe partir de una concepción estratégica del escenario de vida cotidiana que se esté abordando. Estos escenarios de vida cotidiana deben ser reconocidos, en referencia a los problemas de salud tratados, en cuanto a los mecanismos de producción y reproducción de las prácticas de autocuidado, sus condicionantes simbólicos y culturales etc., con el propósito de establecer una estrategia general que articule las prácticas educativas, de sensibilización, la comunicación y divulgación, de gestión social y política (de políticas particulaes y generales) asociada al escenario de vida cotidiana, y las prácticas curativas (Polit SO)

La temática de educación en salud se identifica como de alta prioridad en procesos de capacitación para profesionales de la salud y personal auxiliar vinculado a procesos de atención y trabajo comunitario. Resulta primordial tener un trabajo sostenido con los profesionales y personal auxiliar teniendo en cuenta la necesidad de desarrollar fortalezas conceptuales y herramientas prácticas que cualifiquen estas acciones, aún más cuando la práctica odontológica tradicionalmente ha tenidos avances hasta ahora incipientes en este campo...Es necesario construir un enfoque compartido del modelo pedagógico, que oriente las actividades educativas en salud oral. El modelo tradicional se piensa en una relación asimétrica, memorística y repetitiva y centrada en la enfermedad. Es necesario superar este modelo de manera que se posibiliten metodologías de trabajo que faciliten el diálogo de saberes y la comprensión de las representaciones sociales relacionadas con el autocuidado, la atención odontológica, la valoración del cuerpo etc., Desde esta perspectiva se deben propiciar metodologías horizontales del trabajo educativo en salud en salud, darle salida a la creatividad y a la innovación pedagógica (Polit SO)

La educación no es ni el único, ni el principal, ni el mecanismo más valioso para modificar conductas o mejorar las condiciones de salud oral. Mejorar las condiciones de vida de las personas, propiciar proyectos de vida autónomos, tiene más efectos positivos sobre la salud y la salud oral que las tareas educativas por muy esforzadas y repetitivas que ellas sean (Polit SO)

De acuerdo al nivel educativo de las madres, se encontró que continúa predominando aquellas que han aprobado o se encuentran cursando algún grado de la secundaria con el 50% (30), en segundo lugar aquellas que han recibido formación universitaria 30% (18), lo que favorece las intervenciones, pues hay mayor captación de la educación y se facilita la comunicación (PIC)

Como recomendación del grupo se planteó la necesidad de Visibilizar la voz de las comunidades en los servicios de salud por medio de este tipo de ejercicios, con el fin de reivindicar y garantizar los derechos en salud, siempre y cuando sea un trabajo conjunto con las y los usuarios para fomentar de igual manera el sentido de corresponsabilidad (PIC)

puede delegar la educación en salud a una auxiliar de higiene oral si la paciente es de bajo riesgo o de riesgo obstétrico. Si la paciente presenta solo cálculos supragingivales puede delegarla al personal auxiliar, si presenta cálculo subgingivales el detartarje debe hacerlo el odontólogo siguiendo las recomendaciones de la guía de enfermedad gingival (Guía Atenc Od. gestant)

hay limitados conocimientos de la posible relación entre la salud oral y resultados del embarazo lo que sugiere que una mejor educación enfocada en resaltar la importancia del cuidado dental, antes y durante el embarazo, es una excelente herramienta en la prevención de sus futuras complicaciones (Guía atenc od. gestan)

El embarazo es una etapa ideal para el establecimiento de buenos hábitos, pues la embarazada se muestra psicológicamente receptiva para adquirir nuevos conocimientos y cambiar conductas que probablemente tendrán influencia en el desarrollo de la salud del bebé (Guía atenc od. gestante)

Durante la fase de educación en salud se debe explicar los cambios que ocurren durante el embarazo, el estado de la dentición haciendo énfasis en que el deterioro dental puede ser evitado si se siguen las recomendaciones del odontólogo...En tercer lugar se considera necesario tomarse el tiempo para que se analicen las acciones desarrolladas en promoción y prevención así como con el rol prestador e identificar vacíos y posibilidades de fortalecer las intervenciones con el ánimo de dar a conocer a los tomadores de decisión los aspectos que se deben evaluar para lograr un mayor impacto en las acciones y de ésta manera contribuir a mejorar la calidad de vida de la población(Guía atenc od. gestante)

Actores

A ver si logramos como una motivación distinta. Yo digo que todavía no hemos llegado lo suficientemente bien a producir transformaciones en ella, pero si hemos logrado que muchas se comprometan con la limpieza del niño (Base)

tu sonrisa, es espectacular, deja la gente pensando de una vez en el punto que es, incluso te venden es una crema para blanquear, pero lo que te dicen es que tus dientes son importantes y en especial el énfasis lo hacen las mujeres, yo creería que eso si le cambiaría el (no se entiende) a la gente en la casa (Base)

muy ligado a su estrato o sea, yo siempre me he dedicado a los pobres, yo diría que es mala, el estado de salud oral es mala, o es regular y al momento en que llega el embarazo empeora, ¿porqué? Porque dentro de los programas, los programas tienen educación en salud oral, lo manejan de una manera muy light, no interiorizan, no llevan a la embarazada a que sea consciente de su estado sino que priorizan otras cosas, y eso está bien priorizar el desarrollo del bebé, pero los programas no han incluido en esas educaciones las investigaciones que ha hecho por lo menos C...sobre el recorrido de infecciones en la placenta (Base)

no...síntese abra la boca callado es la media hora que lo atendió hasta luego que le vaya bien no... uno puede ir sensibilizando uno puede ir hablando, mire la importancia, mamita usted sabe que si no se cepilla, si no se pasa la seda dental puede pasar esto, esto y esto....de cómo su higiene oral como gestante le podía influenciar, porqué... un absceso, mamá un absceso tiene una bacteria, bacterias adentro, esas bacterias se le pueden pasar y se le puede complicar su embarazo (Administr)

Debe entregar algún plegable donde deben tener como una lista de chequeo lo que debe hacer incluso como crece la barriga, todas esas vainas y ahí debía estar toda la guía que dice el ministerio estar las dos ecografías, los exámenes y la consulta odontológica, eso sería como que le dieran esa hoja de ruta como en ese carnet que es donde le llevan el control del embarazo(Odontóloga general)

es muy importante como llega la señora acá, que a veces tenemos ese punto en contra; llego la señora desde muy temprano, eh llego yo al medio día, esperándome toda la mañana con hambre y llego yo... hacerle la parte educativa... ya, ya no me oye, entonces toca parar (no se entiende) y hablar lo clásico y creo que eso me doy cuenta (pausa) en la siguiente que les pido el favor que me traigan el cepillo y la seda dental y pues no se ve mucho mejoría, porque siguen haciendo y además eso es lógico vienen cansadas de esperar, con hambre (Odontóloga general)

yo les meto un poquito de miedo, yo les digo mira si tu no haces el tratamiento odontológico no vas a tener cobertura de tu embarazo, de tu parto tienes que hacer todo (Odgener)

yo le hago la parte educativa pero uno no sabe, ni si me entendió, si lo que ve es lo mismo que se hace ella misma ese trabajo motriz que tiene que realizar con la seda dental, con el cepillo, eso es con practica; en la siguiente cita que les digo que traigan cepillo y la seda dental es como si no hubiesen venido, ¡si, no se les olvida lo de la sustancia pero se les olvida totalmente como se llama la placa bacteriana, la placa blanda la olvidan, los nombres, se confunden placa blanda con caries y peor placa blanda con la enfermedad de la encía y con la enfermedad... bueno... hay uno se da cuenta, cómo llegó, ahí es cuando yo me evaluó que paso. Problemas con ellas es si vuelven, si vuelven todo bien pero si no vuelven se van con ese mix (Odgener)

la falta de educación sobre lo que yo le explicaba... de la radiografía, de la anestesia, de que en el embarazo le puede pasar algo grave(Odgener)

se le explica al paciente que mire que su bebe es importante, que lo cuide, que mire (no se entiende) que si quiere a su bebe que si ama a su bebe que tiene que cuidarlo, que tiene que cuidarse ella misma, que tiene que estar pendiente de la alimentación, de venir a odontología, que mire que cuando nazca él bebe (Odgener)

..y es que tienen hijos pero no los cuidan, una mamá que se queda en la casa haciendo nada, sólo cuidando a sus niños ¿cómo es posible que el niño llegue con todos los dientes con caries?, yo si le digo que esa es una forma de maltrato infantil, y aunque no lo voy hacer, la puedo denunciar por negligencia (Odgener)

pero mientras el sistema no se encargue de generar esa cultura, desde una educación muy básica, por ejemplo lo del curso psicoprofiláctico, mostrándole la importancia desde otro punto de vista, no se va lograr esa motivación, sí, puede que todo esté dado y hay un montón de cosas para hacer lo mejor posible por ellas, pero si ellas no reciben esa información como una real importancia, yo digo que todo falla desde el curso, para mí el curso es tan importante, porque es que me pareció lo máximo, yo hacía hasta los ejercicios de respiración y todo, eso me pareció lo máximo, ese curso es necesario para todas y no tener eso que está inmerso, tiene el módulo de nutrición que tiene cita de nutrición, tiene el módulo de planificación y tiene cita de planificación, tiene el módulo de ginecología y tiene cita con ginecólogo, tiene el módulo de enfermería general y, en los primeros días del bebé tienen cita con neonatología, tienen citas con todos, tienen citas con odontología pero no hay módulo de salud oral (Od Perio)

los que más les llama la atención y curiosamente al que más asistencia muestra es al de planificación ... pero vuelven, pero vuelven recibiendo la conferencia vuelven otra vez a quedar embarazadas (Odperiod)
las inscriben para que hagan el taller y en esto viene incluido todo lo de higiene oral y todo pero es que algunas ni siquiera vienen (Higienista)
, el internet que en vez de que salga ahí un curso de x o y, entonces más bien que salga un cepillado de los dientes cosas así en los medios masivos de comunicación (no se entiende) o sea, son medios en los que más está ahora toda la juventud, la niñez, incluso uno y que como que enseñen (no se entiende) como las propagandas de televisión igual que el bom bom bum que el yogurt y así le piden los niños a uno, hay que salió tal jugo, tal gelatina, tal y entonces ellos empiezan a grabar todos esos conceptos y, que bueno sería que fuera o sea de higiene oral (Higienista)
orientar al paciente, en todo lo que es la educación de salud oral, porque la gran mayoría no saben el cómo cepillarse, se cepillan es revolviendo lo que es todo comida pero entonces y, cómo cuidarse su boca, qué enfermedades pueden tener ocasionar el desaseo si, cuándo tienen controles, qué tratamientos necesitan, orientar al paciente en cuanto esa educación que la gran mayoría no la tienen...la primera actividad educativa y hacer tomar conciencia de la materna que la salud bucal de ella es importante para el desarrollo de un buen embarazo, ya que toda la parte de higiene, en cuanto a la boca es importantísima para no terminar de pronto en un aborto en alguna complicación cardíaca o alguna enfermedad que afecte a ella primípara y al bebé también...uy, pero porqué mis encías se están inflamando! una la conduce a la explicación lógica de por qué está pasando esto y porqué tiene que cuidarse, y esta educación se la recalca una también de que va a tener un bebé, y con ese bebé tienen que desde el primer diente que salga tiene que tener cuidado con su bebé (Higienista)
los doctores lo que me han explicado es que me puede afectar el bebé, la salud del bebé y pues también me han dicho que, o sea, también se me pueden caer los dientes(Embarazada)
me dicen que es conveniente ir por lo que de pronto uno tiene una infección, usted sabe que todo lo que uno come, traga, así, o sea, todo le cae al bebé, entonces imagínese que el bebé procesa eso con infecciones, entonces eso es necesario. En ese sentido sí, todo el mundo me dice que es necesario ir (embarazada)
La doctora ... explica punto por punto y eso pregunta a ver si nos quedó algo metido y después vuelve enseña y vuelve y pregunta y eso lo corcha a uno (embarazada)

Adherencia al tratamiento

Documental

La adherencia a las GPC entre los profesionales depende de la existencia e intensidad de una serie de barreras. Las barreras pueden ser divididas en conocimientos, actitudes o prácticas de los odontólogos. Falta de conocimiento: Se refiere a la falta de conciencia sobre la existencia de la GPC. Esto tiene relación con la sobrecarga de información disponible hoy en día, al tiempo destinado a la formación, y a las estrategias de diseminación que aplican a cada guía en particular sus autores o las instituciones de las cuales el profesional depende. Si bien, existen

guías que han alcanzado un conocimiento amplio, otras no llegan a ser conocidas por porcentajes importantes de los profesionales a las cuales se supone van dirigidas (Polit SO)
Las personas en general asisten a consulta ... solo cuando se sienten enfermas, los procesos preventivos no se están gestando e interiorizando desde etapas tempranas de la vida (PIC)
el mejoramiento en la calidad de los servicios se logra en gran medida a través de la adherencia de los profesionales de la salud responsables de ejecutarla (Guía atenc od gestantes)
Actores
las embarazadas y hacían el tamizaje o examen inicial y no volvían, y yo decía por qué no volvían, ¿por qué? Porque la auxiliar le daba pereza llamarlas y decirles venga a su examen mensual o venga a su control, solamente hacían el odontólogo le decía usted tiene esto, esto y esto, pero no le hacían seguimiento (Base)
la mujer gestante teniendo tantos beneficios porque es una población especial no me está asistiendo a la consulta o sea, del porqué ella no es consciente de que me están dando todo y es para beneficio mío como gestante yo voy y aprovecho mis servicios pero entonces no... yo te lo pongo todo desde el punto administrativo que hay citas las ponemos a una hora les tenemos todo pero ellas no vienen, entonces no sé esa es como mi duda no sé porque no hay adherencia al tratamiento por parte de las gestantes, o sea no sé en qué punto estamos de pronto fallando como institución (Administr)
pero es que a veces nos llegan embarazadas de 7 meses una materna de 32, 33 semanas iniciando control prenatal; pero una vez está dentro del sistema es muy ágil todo, excepto en odontología endodoncia...son muy poquitas las que me llegan en el primer trimestre, la mayoría llegan ya en el tercer semestre trimestre(Odgener)
prefieren que las citas sean que se les haga lo que más se pueda en una cita para no tener que hacer esos trayectos y esos desplazamientos tan largos (OdGener)
preocupante porque cuando se hace la valoración de salud oral, las pacientes cuando ya vienen es porque entre comillas digamos el programa como tal las obliga; si son pacientes de alto riesgo si tienen riesgo perinatal o gestacional, entonces obviamente las captan a través de controles de enfermería, ginecología, entonces algunas veces son los mismos profesionales los gineco los que vienen insisten que por favor una prioritaria una urgencia para estas maternitas porque ellas están muy mal en estado deplorable, otras a través de la enfermera jefe solicitan que pidan cita y como entre comillas las obligan a que pidan la cita para antes del siguiente control de materna. Pero antes de eso los pacientes no se preocupan de pronto de hacer su control periódico cada 6 meses, entonces si el paciente no tiene ese control preventivo cada 6 meses ya el estado de embarazo ya vienen es porque les tocó los controles maternos, porque si no estuvieran en maternitas tampoco no vendrían seguido como pacientes no maternitas (Od general)
no hay seguimiento y uno ve que van a todos los controles prenatales, van al curso profiláctico, van a nutrición, a sicología, entonces cuando uno abre la historia aparece a dónde ha ido y si no aparece en el sistema que fue a odontología, pues debería haber como un qué hubo, por qué no ha ido (od periodoncista)
más que todo primigestantes, su primer embarazo es a los 14, 15, 16 años, entonces son pacientes que casi no le prestan atención a esa parte de odontología no, a veces son pacientes que ni siquiera asisten al control prenatal (Md)

pero la mayoría no es porque vengan convencidas y que tengan como ese criterio de que es por mí y de que yo quiera estar, de que por la salud no, o sea, es porque yo pienso que la mayoría sí es porque tocó cumplir con ese requisito digámolo así, no por voluntad propia digamos yo si me voy a interesar por mi salud (Higienista)
a mí me ha tocado vivir con ellas todo ese proceso de crecimiento, y entonces: ¡ay, ay estoy embarazada! si ves que tienes que cuidarte tu dentadura, no sé... ay si doctora y ahora soy más juiciosa, porque ya me ha enseñado, entonces esas niñas son más asequibles a que tengan una dentadura mejor y un desarrollo mucho mejor en toda la sociedad con sus hijitos, porque pues han recibido una educación que ha sido desde antes, desde sus juventudes (Higienista)
los pacientes pues como que no todavía no tienen el criterio urgente de que la valoración estén o no este en embarazo es prioridad ir a controles preventivos de odontología (auxiliar)
me he dado cuenta cuando le llegan las pacientes donde la doctora, algunas la higiene oral es terrible porque algunas ni siquiera se cepillan como hay otras que si se cepillan y vienen bien cepilladas hay otras que si ni siquiera se cepillan (Auxiliar)
Yo prefiero acumular para venir por varias cosas (Embarazada)
yo siempre voy al odontólogo pero cuando estoy embarazada, mientras tanto no voy (embarazada)
No porque uno debe de poner de su parte y pues sí, cumplir con lo que sea mejor para el bebé. Pues lo que le he dicho, que por ejemplo ahorita cuando venía en el bus trata de darme como mareos y eso, pero sin embargo, aquí estoy (embarazada)
No fui capaz de ir, porque me da miedo (Embarazada)
La verdad, nunca he asistido al odontólogo (embarazada)
Hasta ahorita que me toca por lo del bebé y todo eso porque como que lo obligan a uno, pero no, primero yo nooo, yo me quedaba hasta dos, tres años sin ir(mujer ppt)
Si porque yo siempre procuro estar con el odontólogo, o sea cada año me estoy mandando hacer la limpieza (Mujer PPT)
si asistí a higiene oral y todo y estuve en un control así de higiene y eso y me hicieron una sacada de...muela(Mujer PPT)
Observación
Como el viernes tiene cita médica; S... comenta que prefiere acumular autorizaciones para hacer una sola vuelta (Trayectoria embarazada)

Salud oral como bien social apetecible. Estética

Documental

...los derechos humanos y entre ellos, el derecho a la salud oral, deben ser entendidos, al mismo tiempo, como procesos socio-históricos, como exigencia moral y prioridad de agenda pública y posibles de gestionar únicamente bajo ambientes interdisciplinarios y transdisciplinarios y en escenarios intersectoriales. En ese propósito, la política de salud oral de Bogotá debe comprometerse junto con otros agentes de la sociedad en la construcción de una ética pública que valore la integridad física y moral de las personas, rechace cualquier inequidad en salud oral expresada en la mutilación, en la negación o la restricción en el acceso a los servicios y tratamientos de salud oral, acorde con las necesidades y los desarrollos técnico-científicos reconocidos como idóneos por la sociedad y que satisfagan los desarrollos morales de la misma.

<p>En este propósito, todas las acciones promocionales, comunicativas, preventivas, curativas etc., que se emprendan desde el campo de la salud oral deben ser conscientes de esta estrategia general encaminada a la construcción de una valoración positiva de la boca y del cuerpo humano y del respeto por la vida (politica SO)</p>
<p>La salud oral es parte sustantiva de los componentes que determinan en gran medida la valoración de una vida en calidad, que valga la pena ser vivida. En este caso el derecho a la salud oral es en general una demanda ética por la equidad en salud (Políticas SO)</p>
<p>Los derechos colectivos y en particular el derecho a la salud oral debe hacerse cargo de aquellos condicionantes de la buena salud oral, en especial de los elementos relacionados con la promoción, el cuidado, mantenimiento y el tratamiento de la enfermedad oral en caso de que ella aparezca. Pero adicionalmente, y en un sentido más general y a la vez específico de los determinantes de la salud y la salud oral, en procura de lo que se conoce como “una prevención más profunda”, que no es cosa distinta a afectar aquellos ordenamientos sociales e institucionales que median en su realización. Para ello el Estado organiza un tipo de respuesta que se compromete, como ya lo hemos mencionado con la superación de las inequidades en salud y salud oral (POLitica SO)</p>
<p>la salud oral no es reconocida significativamente como un bien social deseable teniendo en cuenta que los individuos adecuan sus expectativas de salud oral a las condiciones sociales, materiales, culturales y morales en que se desarrollan sus proyectos vitales (Polit SO)</p>
<p>la cual propuso superar la participación centrada en las necesidades de la institución de salud al poner el énfasis en el sentido que para los jóvenes tenía la boca, la salud oral, los discursos institucionales, entre otros (Polit SO)</p>
<p>Aún en el marco de los cuestionados procesos de participación que caracterizan al SGSSS, la salud oral en Bogotá no aparece como un asunto que se reflexione sistemáticamente en los espacios definidos desde la institucionalidad, lo cual refleja por un lado, que la salud oral está aún lejos de ser considerada un bien social valorado como positivo y deseable (Polit SO)</p>
<p>Actores de pronto no hay la plata suficiente y por qué no hay plata suficiente porque arriba no nos paran bolas, o sea, no estamos... la salud oral no está en la agenda política del POS (Base)</p>
<p>ellas llegan a la consulta no motivadas eh., ya no tienen una motivación personal realmente, sino que son enganchadas por así decirlo y medidas dentro del programa de la atención a la gestante (Base)</p>
<p>...ninguna dijo yo vine porque quise, yo vine porque necesitaba, sino porque estaban dentro de la parte del programa. Entonces esa podría ser una de las razones que uno ve que ellas de pronto no vuelven a la consulta, no se ven motivadas a continuar en lo de la parte de tratamiento (Base)</p>
<p>la perspectiva de la salud oral de fuera de la profesión se ve como la odontología algo que no incide mucho en la salud de las pacientes...la odontología está considerando algo como estético algo supletorio (Base)</p>

<p>si, la boca se ve como la necesidad de la estética, de diseños de sonrisa, se va centrando hacia esos puntos desconociendo el ser humano integral y las necesidades de ese ser humano y el contexto en el que vive, o sea eso pasa a segundo plano; yo pienso que el odontólogo eh aunque pueda tener la formación en un momento dado se va como diluyendo y es más fuerte toda la medicalización que hay de la salud, de la vida, que hace que se vire hacia ese lado y pierda el enfoque de ese manejo integral que debía tener el paciente (Base)</p>
<p>entonces ellas eso no le importaba sus dientes, nunca les importó, no, no, no, cuando llegaban allá nos importaba a nosotros (Odontóloga general)</p>
<p>la gente no sabe porque salud bucal es importante; la gente no reconoce la boca, pero no en lo que tengo hoy construido sino con unos elementos muy...dijéramos muy bajitos todavía de decir, pero porque a la gente no le importa la boca (higienista)</p>
<p>me parece agradable por lo que digamos, o sea, como dicen en los comerciales, no hay una bonita sonrisa o un bonito ver los dientes blanquitos, bien sanos (Embarazada)</p>

Violencia intrafamiliar

Documental

la violencia intrafamiliar se logra evidenciar que las causas que más menciona la comunidad es la situación económica y que a raíz de esta problemática se desencadenan el resto de situaciones en las familias, otra de las causas que se evidencian es la falta de diálogo al interior del núcleo familia lo que nos genera distanciamiento y fractura de un entorno familiar para con los hijos (PIC)

Actores

Pues, la verdad con él desde que supo que estaba embarazada no ha habido ningún tipo de contacto. Sí, ya él que supo que estaba embarazada me dio como la espalda(Embarazada)

Pues hasta ahora ha sido pues buena la relación, la convivencia, nos entendemos mucho, pues el diálogo también. O sea, así de pelear, de peleas fuertes, que digamos tratarnos mal, no, nada de eso (Embarazada)

como el papá del niño y eso era todo humillativo y todo, entonces no me colaboraba, todo le tocaba a uno o sino con la ayuda de mi papá tocaba pedirles a ellos y a mí me dio pena, entonces me vine con ellos con mis papás y se quedó él ahí(Mujer PPT)

Observación

vivía antes con la hermana de él, pero ella la trataba muy mal y le dijo a su pareja que quería ir a vivir sola y escogieron "al acomodo de él y del mío"(Trayectoria embarazada)

me daba un dolor de cadera que me tocó ir por urgencias; mi anterior pareja me pegaba y una vez me dio tan duro que me fregó la cadera (Trayectoria embarazada)

Dominio individual-Procesos biológicos

Condiciones fenotípicas y genotípicas

Acumulación de patologías

Condición sistémica

Documental

La caries dental, la enfermedad periodontal (como consecuencia la halitosis o mal aliento) y las infecciones de origen viral-infeccioso y micótico, son los principales eventos en la consulta odontológica (con mayor frecuencia se exacerban en la población que adicionalmente tiene enfermedades de base de origen crónico aumentando el riesgo de desarrollar molestias en boca y su agresividad) (PIC)

Se recomiendan citas cortas para la atención odontológica. En caso de requerir citas largas en el sillón se debe controlar la posición en el sillón y flejar las piernas durante la atención o indicar la colocación de medias de soporte en pacientes con riesgo médico a trombosis venosa (Guía de atención)

Observación

gestante de alto riesgo. Tiene vasculitis inflamatoria, ha registrado complicaciones desde que era niña, cuando se caía, se raspaba, se golpeaba se le inflamaba la pierna izquierda (Trayectoria atención)

desde hace un mes atrás fui a urgencias porque sangraba bastante por la nariz; pero no me hicieron nada, me dieron una orden para que fuera a la EPS, después si me atendieron y me recomendaron que me aplicara una crema porque tengo yo no sé qué cosa en la nariz; la doctora que me atendió me dijo que el sangrado por la nariz puede ser porque tengo lupus (trayectoria de atención)

Condición oral

Documental

La salud bucodental sigue siendo una faceta crucial de las condiciones generales de salud en América Latina y el Caribe dada la importancia que reviste como parte de la carga mundial de morbilidad bucodental, los costos relacionados con el tratamiento y la posibilidad de aplicar medidas eficaces de prevención (Politica SO)

Por otra parte, esta misma fuente de información evidenció que las mujeres gestantes, concentradas en el ciclo de vida Juventud (274) y adultez (74), presentaron un alto porcentaje de placa bacteriana al momento del examen clínico, siendo deficiente en un 90,5% en la adultez y un 87,5% en la juventud (politica de SO)

Servicios Orales Integrales son aquellos que abordan cualquier tipo de problema de salud oral en cualquier momento del ciclo de vida de la persona. Es decir, son servicios odontológicos que proveen cuidados integrados de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, curación y rehabilitación, además de apoyo a los individuos desde las perspectivas física, psicológica y social (Políticas de SO)

Respecto al tema de interés a tratar en el presente documento, puede afirmarse que la enfermedad oral o bucodental se hace más evidente en la etapa de ciclo vital vejez o en la "persona mayor", sin embargo puede estar esto denotando que es en éste momento de la vida se da la manifestación o sintomatología de una serie de condiciones y estilos de vida adquiridos desde hace muchos años atrás (PIC)

<p>Por lo tanto, la gestación de las fases primarias de la enfermedad oral podrían estar sucediéndose mientras transcurre la vida de las personas, incluso desde que el individuo es concebido (debido a la existencia factores hereditarios que predisponen al desarrollo de la enfermedad bucodental) o desde la infancia y la juventud donde se presenta exposición ocasional o prolongada a factores de riesgo (con diferentes niveles) que aceleran o protegen a las personas frente a ésta patología crónica (PIC)</p>
<p>CONDICIONES CLÍNICAS AMERITAN TRATAMIENTO PRIORITARIO EN LA MUJER EN GESTACIÓN... Dolor dental, Infecciones agudas (Guía de atención)</p>
<p>Exacerbación de la periodontitis pre-existente: El período entre las semanas 12 y 28 de la gestación pueden estar caracterizados por la susceptibilidad a la colonización bacteriana y la infección con una respuesta inflamatoria concurrente (68), por lo que se recomienda iniciar las intervenciones periodontales temprano en el embarazo antes de la semana 12 (Guía atención)</p>
<p>Actores</p>
<p>empezar aprender el manejo y el tratamiento de las gestantes que tenían tantas necesidades de salud bucal ¡por Dios Santo!(Base)</p>
<p>En caries hemos encontrado de todo, mamás con poquita caries y mamás con un poco más de caries (Base)</p>
<p>En caries hemos encontrado de todo, mamás con poquita caries y mamás con un poco más de caries (Base)</p>
<p>no, yo pienso sería está asociada a las mismas condiciones de salud bucal que pueden tener las mujeres en edad fértil de los 15 a los 44 y que solo podría agudizarse durante el periodo del embarazo, entonces ya varía una patología de base que debe ser controlada, si está en el POS porque no hacerlo es como el dolor que da, entonces la idea es que lo haga (Base)</p>
<p>Es que el estado de salud oral de la gestante va muy ligado a su pasado y también va muy ligado a su estrato (Base)</p>
<p>la condición real de las mujeres gestantes que llegan a su consulta...yo creo que es un 70% es muy mala...en sí son caries, destrucción coronal, restos radiculares, enfermedad periodontal, gingivitis (Od general)</p>
<p>la salud oral de una gestante es muy mala, pero es que en general la salud oral del sitio donde nosotros trabajamos es muy mala (Od general)</p>
<p>tenemos mucha embarazada menor de edad, muchísima, muchísima, tenemos niñitas desde los 12 hasta los 17 ... En general esas maternas menores están en mejor estado que las maternas mayores de edad (Od general)</p>
<p>La gingivitis crónica, pero no propiamente por el embarazo eso ya es algo pre existente (Od general)</p>
<p>La verdad no llegan tan mal, pensaría que podrían llegar en peor condición, pero eee hay mucha dificultad de pronto en la higiene, no se traduce tanto en caries, en cuanto a caries, porque ellas por lo que veo han tenido, si han tenido controles en los otros niveles; ahora como tienen su embarazo de alto riesgo, llegan acá y pues abra algunas que tendrán varias caries pero no he encontrado múltiples focos infecciosos, más bien no (Od general)</p>
<p>bueno encontramos adolescentes, niñitas embarazadas entonces pues ellas están, por lo general, muchísimo mejor que una paciente de 20 o 30 años que ya tiene muchos dientes obturados (Od general)</p>

Yo creo que es más por la condición preestablecida. El embarazo si en algo nos va aaaa modificar un poquito la situación, pero más que todo si vienen tan complicadas es una condición preestablecida. (Od general)
a veces si se ve más que es periodontal pero a veces también hay mucha pérdida de dientes por caries, muchas pacientes con dientes cariados entonces o sea le podría poner como un 50/50 (Odontóloga periodoncista)
yo creo es de antes del embarazo y por mi experiencia estoy totalmente segura de que es por antes del embarazo (Od periodoncista)
lo exagera pero tiene que haber un componente previo, en todas hemos visto eso, es muy rara la paciente, rarísima yo creo que diría una en todo lo que he atendido yo, que tiene una higiene impecable que no tiene cálculos, que no tiene nada proximal, que llega con una inflamación (Od periodoncista)
La condición de salud oral de las gestantes es... como le digo yo... un poco mala (Auxiliar)
vienen muchas muchas niñas con enfermedad periodontal (Auxiliar)
Las mamitas que ya, si vienen digamos que porque tienen que venir, ya mayorcitas de edad, ya vienen con gingivitis más crónica, problemas más acentuados (Higienista)
nunca he perdido una muela ni que la tenga dañada pero me habían dicho las doctoras que tengo mala limpieza (Embarazada)
Pues siempre he sufrido con mi salud oral, siempre me ha pasado eso (Embarazada)
Lo que pasa, o sea, desde pequeñita ya, cuando pequeñita ya me habían colocado calzas cuando tenía como un añito. O sea, no sé por qué es, pero siempre ha sido así. O a veces iba y no había cita o que había una reunión, entonces todo me iban aplazando ¿sí? Y a la medida que me aplazaban pues empeoraba todo o a veces no tenía plata porque eran cosas costosas, que coronas... entonces por eso ha sido más que todo. (Embarazada)
Lo único que siempre he tenido es que cuando me cepillo los dientes sangro (Mujer PPT)
Pues siempre me ha sangrado porque está... la tengo rota (Mujer PPT)
Pues si me dolía un poco una muelita (Mujer PPT)
Lo que pasa es que a mí cuando estaba pequeña me la calzaron, era para sacarla y lo que hicieron fue rellenármela de calza y ahorita es el problema porque ya se me cayó toda y tengo un pedacito y eso es lo que me molesta (Mujer PPT)
porque mucho tiempo atrás era con conducto y no me lo hice entonces perdí la muela (Mujer PPT)
Pues igual siempre sufrí por esa muela, pero de resto mi higiene oral ha sido buena (Mujer PPT)
después pues igual me quitaron la muela igual ahí como que para esa ansiedad de pronto de mal aliento, porque igual uno teniendo una muela un poquito así sea para un sello yo digo que eso produce mal aliento, porque igual es algo que se está dañando (Mujer PPT)
Observación
placa blanda y placa calcificada en los cuatro cuadrantes, inflamación gingival y papilar generalizada; la paciente reporta cepillarse tres veces al día y el uso ocasional de la seda dental (Trayectoria atención)

En la historia clínica de AP hay registro de citas de Od. Julio 10 (valoración, HCl, odontograma, gestante de alto riesgo), 26 (control de placa, profilaxis y educación en higiene oral), 6 de Agosto (resina fotocurado 36 y 37) y el 31 de octubre (operatoria) (Trayectoria atención)

Cambios biopsicosociales

Condición sistémica

Documental

Cambios fisiológicos durante el embarazo y manejo clínico. Sistema cardiovascular: Se ha observado un progresivo aumento de la frecuencia cardiaca hasta la semana treinta, a partir de la cual debe comenzar a descender. Como consecuencia de estos cambios, se observa una disminución de la tolerancia al ejercicio físico, al síndrome de hipotensión supina, una taquicardia relativa y a la aparición de soplos cardíacos sistólicos, que se manifiestan en las gestantes y que no debe confundirse con la existencia de una enfermedad, que requeriría profilaxis previas al tratamiento dental. (Guía atención od embarazada)

Manejo Clínico: Debido a que la dilatación del útero a mediados del embarazo, las mujeres en posición supina están en riesgo de compresión de las venas cava inferior y la aorta. Por lo tanto, se debe evitar desde ese momento del embarazo la posición en decúbito supina en el sillón dental colocando la cabeza por encima de la posición de las piernas, para evitar el "síndrome de hipotensión franca" caracterizados por hipotensión, palidez, náuseas que ocurre en aproximadamente el 15-20% de las gestantes. Esto puede minimizarse al colocar una almohada debajo de la cadera para el desplazamiento del útero (Guía atención od embarazada)

Cambios hematológicos: Durante el embarazo tienen lugar importantes cambios hematológicos que se manifiestan en una disminución del valor del hematocrito como resultado del aumento del volumen sanguíneo debido a una gran necesidad de hierro. Este hecho provoca que aproximadamente el 20 % de las gestantes presenten deficiencia de hierro. Se observa comúnmente un leve descenso del recuento plaquetario (trombocitopenia gestacional) y un aumento de la pro-coagulación. Sin embargo, los tiempos de coagulación no sufren cambios y se observan en límites normales (Guía atenc od embarazada)

Sistema inmune Aunque el embarazo no es considerado un estado de inmunocompromiso, se presentan algunos cambios en la mujer embarazada que suprimen el sistema inmune o promueven el crecimiento local de bacterias. Esta supresión del sistema inmune es una consecuencia de la respuesta materna al feto (Guía atenc od embarazada)

Trastornos hematológicos: La presencia de anemia se vuelve difícil de diagnosticar por los trastornos fisiológicos que suceden en la mujer embarazada. Los valores sanguíneos no sólo difieren durante el embarazo, sino que además estos factores varían en función de lo que dura el embarazo (Guía atenc od embarazada)

<p>Diabetes gestacional La diabetes gestacional es una intolerancia a los carbohidratos cuya severidad es variable, se inicia o se descubre durante la gestación; se manifiesta por hiperglicemia y desaparece después del parto. Hay dos factores que pueden alterar la homeostasis de los carbohidratos durante la gestación normal: la secreción de las hormonas placentarias con efectos hiperglicemiantes y los requerimientos de glucosa por parte del feto. (Guía atenc od embarazadas)</p>
<p>Alrededor de la 5ª semana los niveles de las hormonas estrógenos y progesterona aumentan dramáticamente induciendo náuseas y vómitos en las gestantes (Guía atenc od embarazada)</p>
<p>Después de la 12ª semana de embarazo, el crecimiento del útero contribuye a la aparición de agrieras en un 30-50% de las gestantes (Guía atención od embarazadas)</p>
<p>Comprende todos los procesos fisiológicos y morfológicos de crecimiento y desarrollo del feto en el interior del útero materno, así como los importantes cambios fisiológicos, metabólicos y morfológicos que se producen en la mujer encaminados a proteger, nutrir y permitir el desarrollo del feto (Guía atenc od embarazada)</p>
<p>Aunque el embarazo no es considerado un estado de inmunocompromiso, se presentan algunos cambios en la mujer embarazada que suprimen el sistema inmune o promueven el crecimiento local de bacterias (Guía atenc od embarazada)</p>
<p>El primero de estos cambios ocurre en el sistema cardiovascular, que se manifiesta en el aumento del gasto cardíaco a medida que avanza el embarazo, alcanzando su punto máximo de las 28 a las 32 semanas (Guía atenc od embarazada)</p>
<p>Durante el embarazo, el volumen de plasma materno y la masa del eritrocito se expanden significativamente, lo cual resulta en una disminución del valor del hematocrito en un 3 - 5 %. La presencia de anemia se vuelve difícil de diagnosticar por los trastornos fisiológicos que suceden en la mujer embarazada. Los valores sanguíneos no sólo difieren durante el embarazo de los observados en la paciente embarazada, sino que además estos factores varían en función de lo que dura el embarazo (Guía atenc od embarazada)</p>
<p>Las vías urinarias son vulnerables en particular a la infección durante el embarazo a causa de la dilatación uretral, la estasis urinaria y el reflujo uretero-vesical (Guía atenc od embarazada)</p>
<p>Actores</p>
<p>Entonces esos cambios físicos que son evidentes con lo que ellas mencionan por ejemplo que les crece la barriga, los senos, hay la incomodidad para dormir, para comer, pero hay un fuerte componente emocional en ellas, que la mayoría de ellas no mostraban, o no hablaban de que qué verraquera estar embarazada. Hay un proceso muy complejo entre digámosle emociones encontradas contradictorias y conflictivas. Entonces por ejemplo la boca y los cambios físicos pues son evidentes allí, pero todo lo que está ocurriendo en ella sin tener que modificar su rutina, lo cotidiano, su trabajo, a veces dejar de estudiar y eso las abrumba de tal forma que por ejemplo esa es una de las razones que uno pensaría que la boca ni se ve, es tal las situaciones que hay durante la gestación, durante el embarazo que es difícil (Base)</p>
<p>es que hay tantas situaciones para ellas con su pareja, con su trabajo, lo que está sintiendo, no solamente le crecieron los senos y la barriga, sino el malestar, el vómito, el dejar de dormir y luego viene como un periodo también de resignación, o sea que como que no hay nada más que hacer (Base)</p>

<p>porque uno tiene muchos cambios durante el embarazo entonces que el vómito, que le da sueño, que le da pereza cepillarse y nada más la sensación de cepillarse les da ansiedad entonces les da pereza (Od general)</p>
<p>algunas no les gusta pasar es porque como en el embarazo les da tantas nauseas entonces es eso, eso es lo que uno más nota que les da como esas nauseas y que por temor a que les dé como esas ganas de vomitar, eso algunas no todas, pero algunas manifiestan es eso (Higienista)</p>
<p>Las madres gestantes son a veces sensibles más sensibles, entonces pues uno tiene que recibir las bien, atenderlas muy bien porque ellas son un poco más sensibles por su estado de embarazo (Auxiliar)</p>
<p>CAMBIOS FÍSICOS Senos, vientre, caderas (embarazada)</p>
<p>CAMBIOS EMOCIONALES Alegría, ternura (embarazada)</p>
<p>CAMBIOS SOCIALES Las personas son más atentas a lo que digo, la cara expresa más (Embarazada)</p>
<p>CAMBIOS ESPIRITUALES Confío más en Dios (Embarazada)</p>
<p>CAMBIOS FÍSICOS Estómago, espalda, cadera, pies (embarazada)</p>
<p>CAMBIOS EMOCIONALES Llorar, sonrisa, maternal, compañía (embarazada)</p>
<p>CAMBIOS SOCIALES Más feliz con mi bebé, esposo, amigos (embarazada)</p>
<p>CAMBIOS ESPIRITUALES Tengo más comunicación con Dios (embarazada)</p>
<p>CAMBIOS FÍSICOS Alergia (Embarazada)</p>
<p>CAMBIOS EMOCIONALES Mucha felicidad (embarazada)</p>
<p>CAMBIOS ESPIRITUALES Más ternura de toda la familia (embarazada)</p>
<p>CAMBIOS EMOCIONALES Ansiedad, insomnio (embarazada)</p>
<p>CAMBIOS SOCIALES Más acompañada por mi mamá, mi hija y mi esposo (embarazada)</p>
<p>CAMBIOS ESPIRITUALES Asisto igual a misa, pero ahora hago novenas y leo todos los días salmos (embarazada)</p>
<p>CAMBIOS SOCIALES Las personas me saludan más y están más pendientes (embarazada)</p>
<p>CAMBIOS ESPIRITUALES Me volví más creyente, más espiritual, más noble (embarazada)</p>
<p>Las heridas no me sanan como antes del embarazo (embarazada)</p>
<p>Tremendo porque ha sido de alto riesgo y no puedo caminar mucho porque me dan dolores, salió placenta baja, entonces no puedo estar caminado mucho, siempre me da calor (embarazada)</p>
<p>Pues ahorita solo que tengo sobrepeso, pero es por parte mía, el bebé está bien (embarazada)</p>
<p>Pues los primeros meses ahí regular porque mucho mareo, vómito, de todo, náuseas, más fastidioso, no podía ver la comida, pero ya últimamente normal (embarazada)</p>
<p>me volví muy mal genada (embarazada)</p>
<p>Pues sí, a veces me da pereza comer, pereza no, como yo le cogí fastidio casi a todo entonces como que eso no me gusta (embarazada)</p>
<p>Al comienzo me dio muy duro por lo que yo sufro de gastritis, entonces pues eso se me dificultaba mucho para comer porque cuando me daba mucho dolor, al comer vomitaba, entonces eso me ponía un poquito débil. Ya duré, una sola vez me hospitalizaron porque ya estaba deshidratada por lo que no resistía la comida (Mujer PPT)</p>

no terminaba de comer cuando ya quería más (Mujer PPT)
Se me bajaba el azúcar y la tensión (Mujer PPT)
demasiados rebotes (Mujer PPT)
pues como calmado, bueno, pues tranquilo, casi ni mareos, ni nada de eso, no y como estuve muy activa pues estuve en un trabajo, lo único que si me producía hartó era mucho sueño (Mujer PPT)
rebote, no me podía subir a un bus porque al rato me tocaba bajarme (Mujer PPT)
Al principio complicado el embarazo, estuve hospitalizada una noche, dos intentos de aborto, intento o riesgo, no sé cómo es que se dice...Gracias a Dios no pasó nada, la niña está bien y ya después normal, lo normal: que náuseas, que vómito (Mujer PPT)
Cuando yo estaba embarazada los síntomas me dieron feo en este embarazo, yo salía y en ese bus me mareaba (Mujer PPT)
Observación
Le he cogido como fastidio a él, me he vuelto muy sensible, yo le peleó porque no me quiere dar plata para los elementos de higiene personal, porque me dice mentiras, no me ayuda en la casa, me da rabia que me prometa la mesa del comedor o la cama de bebe y no me cumpla, sería mejor que no me diga y llegue con eso” “el otro día me dio una rabia con la mesa del comedor que me la prometió y todavía seguimos comiendo en una mesa para planchar y yo le di una patada y la mandé lejos (Trayectoria embarazada)
No como mucho, sufro de nauseas. Estuve un día hospitalizada unas semanas atrás, estaba deshidratada y me aplicaron cuatro bolsas de suero (Trayectoria embarazada)
gestante de alto riesgo. La paciente registró trombosis venosa pierna izquierda, comenta “después de lo de la pierna es que yo me he venido enfermando” (Trayectoria embarazada)
Condición oral
Documental
El tratamiento dental durante el embarazo debe dirigirse al control temprano de focos infecciosos como caries, lesiones apicales y enfermedad periodontal que puedan exacerbarse durante el segundo trimestre del embarazo (Guía atenc od embarazada)
CAMBIOS SE PUEDEN OBSERVAR EN LA CAVIDAD ORAL ASOCIADOS A LA GESTANTACIÓN...Lesiones erosivas del esmalte dental, Caries dental (Guía atenc od embarazadas)
Durante el embarazo los estrógenos regulan las peroxidasa salivales que sirven para controlar la acumulación de placa bacteriana sobre la superficie dental; si disminuyen los estrógenos lo hacen también las peroxidasa salivales por lo que se reduce la capacidad defensiva de la saliva (Guía atenc od embarazada)
Sangrado gingival: Existe evidencias de un aumento significativo del sangrado gingival aún en pacientes con niveles bajos de placa dental (Guía atenc od embarazada)

<p>La progesterona es la principal responsable de los cambios vasculares en la encía ya que induce la dilatación de los capilares gingivales que clínicamente se evidencia con la presencia de eritema y edema, aumento del exudado y la permeabilidad capilar. La tendencia al sangrado gingival se mantiene durante todo el embarazo y es más significativo en pacientes con gingivitis y periodontitis pre-existentes (Guía atenc od embarazada)</p>
<p>Gingivitis del embarazo: La evidencia soporta que durante el embarazo se aumenta la incidencia de la inflamación gingival y esta se mantiene durante todo el embarazo. En el tejido gingival existen receptores para estrógenos y progesterona, gracias a los cuales estas hormonas ejercen diversos efectos, ya sea en el epitelio, el conjuntivo o los vasos sanguíneos (Guía atenc od embarazada)</p>
<p>Existe evidencia que sustenta que la periodontitis muestra una exacerbación durante el embarazo (Guía atenc od embarazada)</p>
<p>El periodo entre las 12 y las 28 semanas de gestación es el momento en el cual los tejidos periodontales se encuentran más susceptibles a la colonización bacteriana y a la infección con una respuesta inflamatoria concurrente. La evidencia sustenta que estos cambios soportan el tratamiento temprano de esta condición en el embarazo (Guía atenc od embarazada)</p>
<p>Aunque el embarazo no es considerado un estado de inmunocompromiso, se presentan algunos cambios en la mujer embarazada que suprimen el sistema inmune o promueven el crecimiento local de bacteria debido a una reducción de la inmunoglobulina (IgG) en la segunda mitad del embarazo a menudo lleva a un aumento de la colonización por patógenos orales en la placa dental lo que favorece la exacerbación de la inflamación gingival y de la periodontitis. Esta supresión del sistema inmune es una consecuencia de la respuesta materna al feto (Guía atenc od embarazada)</p>
<p>La exposición de la cavidad oral a los ácidos gástricos puede erosionar el esmalte dental y favorecer la aparición de caries (Guía atenc od embarazada)</p>
<p>El reflujo gastroesofágico ocurre como resultado de un aumento en la presión intragástrica debido al crecimiento del feto, retardo en el vaciamiento gástrico y presión en el esfínter gastroesofágico. Esto favorece la persistencia de un ambiente ácido en la boca, permitiendo la prevalencia de caries por la erosión del esmalte. El consumo de alimentos con alto contenido de carbohidratos continúa contribuyendo a la aparición de caries, sobre todo si la gestante no tiene una adecuada higiene oral (Guía atenc od embarazada)</p>
<p>Los estudios epidemiológicos demuestran que esta gingivitis afecta entre 35% y 100% de las mujeres embarazadas con un pico más alto durante el segundo trimestre y esta no está directamente relacionado con la presencia de placa bacteriana (Guía atenc od embarazada)</p>
<p>Actores</p>

porque se le hinchaba la encía a la mujer, pues no lo sabían, bueno entonces resulta que con los cambios hormonales de ellas, hay cambios en cuanto a la organización no, a la solidez de las fibras de colágeno de los tejidos, los tejidos se hacen elásticos todos, entonces si la boca es parte de nuestro organismo ¿porque en la boca no tendría por qué sucederse? entonces a eso se suma que hay aumento de la circulación, entonces son esas encías rojas sangrantes, ya la mujer le va a dar miedo cepillarse porque va verse mucha sangre, entonces viene el descuido del aseo en sus dientes, entonces vienen los dientes flojos, ¿si porque los dientes flojos? a pesar de que los dientes están dentro de su cajita de hueso, alrededor de esa cajita acuérdate el ligamento periodontal se inflama, se llena, se congestionan esos vasos y los dientes empiezan a moverse (Base)

hacerlas conscientes de que no era una enfermedad sobre agregada, era una resultante de sus cambios físicos y fisiológicos normales que se sufren durante la gestación (Base)

entonces ellas empiezan a ponerse un poquito de ladito porque se van aliviar así de las presiones de su útero, bueno eso en primer lugar, eso fue nuevo para mí absolutamente nuevo para mí, las posiciones que debemos lograrles para ellas. El uso de los eyectores que es tan complicado que tienen su reflejo del vomito a flor de garganta no digamos que de piel, se cansan tanto hay que trabajarles rápido y corto el tiempo, hay que dar prioridades de atención en esa misma boca, no vamos a empezar hacer prótesis fija en una gestante, no olvídense de eso. Nosotros teníamos más o menos una secuencia que era enfermedad periodontal lo que llamábamos atención, yo me acuerdo que vivimos atención urgente y atención prioritaria. Que era lo urgente, enfermedad periodontal que es prioritaria entonces esa no se puede soltar durante toda la gestación; pero por ejemplo el dolor es urgente, es urgente en cualquier persona del mundo, en cualquier vivo del mundo, un animalito es urgente el dolor, trátele el dolor a esa pobre mujer ya, eso puede complicar el momento del alumbramiento, si hay una mujer con dolor de muela y está alumbrando carajo fatal pues. Seguir con la parte de caries y pare de contar, no me le inventen puentes fijos, ni carillas ni nada de esa vainas a una gestante, lo básico y urgente para la gestante en prioritario que básicamente es la enfermedad periodontal complica todo un embarazo (Base)

en el asunto periodontal hay compromiso puede ser el embarazo pero pueden ser los factores de riesgo, no un compromiso muy grande pero hemos tenido casos de compromiso periodontal dijéramos medio (Base)

<p>yo diría que hay unas variables biológicas de peso, porque está demostrada por la evidencia y por lo que hemos visto nosotros, por ejemplo el sangrado gingival por la condición del embarazo, no tanto por patología sino porque están circulando las hormonas y producen una inflamación gingival que si no se atiende, que si no se trata, hay problemas. Yo le pondría una puntuación de 6 a lo biológico; yo le pondría a lo social una puntuación de 1 a 10 yo le pondría como un... 40% como para que nos quedara... sabiendo que lo biológico hasta el momento no lo podemos modificar, mientras que lo cultural y social pudiéramos hacer alguna incidencia o modificación para que esas variables de peso biológicas no nos pongan una carga mayor. O sea si yo le voy hablar como la determinación social yo digo para mi hay determinación social y biológica de caries dental, el asunto de caries; yo en la enfermedad periodontal le pongo más, le pondría 7 puntos en la condición periodontal por muchas razones, primero porque hay una heredabilidad hay una serie de receptores que están estudiados, que se han demostrado con la evidencia que favorecen la aparición de la enfermedad periodontal si hay esa determinación social, pero pienso que aquí lo biológico por nosotros como estamos en el desarrollo científico no pudiéramos incidir mucho en ello, sino en la determinación social (Base)</p>
<p>afectada, de pronto en la parte periodontal tenemos como en cualquier mujer embarazada más afectación porque tenemos cambios hormonales importantes (Od general)</p>
<p>tienen un compromiso periodontal severo ... porque ya llega ... con granulomas, con inflamación (no se entiende) obviamente va condicionado al cambio hormonal y asociado al irritante local que es la placa bacteriana, en ese caso se incrementa o hay mayor incidencia de índice de esos estados periodontales (Od general)</p>
<p>es sencillamente conocimiento respecto a que si va a ver algunos cambios hormonales... que si están embarazadas hormonalmente puede haber alguna tendencia a que haya un poquito más de inflamación de encías (Od general)</p>
<p>la gran mayoría vienen con mucha problemática de gingivitis (Higienista)</p>
<p>la materna con la salud oral más sana, es posible que en algún momento de su gestación tenga algo de sangrado (Od general)</p>
<p>por guía se supone que una paciente sana que está controlada, o sea, debería hacer su control nuevamente como al final del embarazo para ver cómo transcurrió si no hay nada que uno vea o evidencie que haya que hay que intervenirla por algo creo que estaríamos así... citarla al final...embarazo por guía. Lo que pasa realmente una paciente que llega sana, vemos que los hábitos de cepillado y todos son adecuados y todo, entonces sencillamente uno dice listo venga en su control cuando termine el embarazo (Od general)</p>
<p>yo pienso que de pronto se puede ver un poquito en la enfermedad periodontal, de pronto se puede ver un poquito más sangrado, o sea mayores los síntomas de la enfermedad periodontal con el embarazo se pueden aumentar, pero que uno la establezca o sea que sea establecida por el embarazo, por esos cambios hormonales no (Od periodoncista)</p>
<p>el hecho de ser ya uno gestante hay mucho cambio hormonal en el cuerpo y a todas no nos afecta igual, puede que a unas les afecte en su salud oral o a otras en otras partes o con otros diagnósticos, pero entonces yo si creo que sí y eso influye mucho en que la paciente tenga su buena higiene, sus buenos cuidados, su buena dieta toda la alimentación y todo lo que uno debe tener cuando está en embarazo (Auxiliar)</p>
<p>hay cambios que son orales la saliva se vuelve más espesa, más viscosa, el ph cambia, la encía se inflama por el efecto pro gestacional de la mamá entonces tienen en cuenta que si vienen vienen muy pocas, ahoritica porque ha sido una labor ardua (auxiliar)</p>

las más frecuentes...la periodontal (Auxiliar)
Cuando me cepillo los dientes me dan ganas de vomitar y por eso no soy juiciosa con mis dientes, especialmente al principio que no podía con el olor de la crema dental (embarazada)
me sangra la encía (embarazada)
La encía me sangra más ahora que estoy embarazada (embarazada)
He sentido mucha saliva, ganas de vomitar, todavía me produce asco la crema dental (embarazada)
cuando yo vomitaba pues era la sensación de las agrieras, como que me quemaba la garganta (embarazada)
porque al darme ganas de vomitar ya no me cepillo muy bien, me cepillo ya por cumplir, apenas una pasadita rápida (embarazada)
Como un poquito más sangrado más que todo (embarazada)
los dientes se me partieron (embarazada)
Las calcitas se me cayeron en el embarazo (embarazada)
la doctora me dijo que bien, que no parece tan grave, pero yo sí me siento más o menos porque a mí me duelen mucho los dientes y me sangran, por lo que yo toda la vida me he cepillado muy mal, a veces me acuesto sin cepillarme, a veces en el día me quedo sin cepillarme todo el día, entonces por eso (embarazada)
me duelen más. No, es que hoy que me estaba cepillando, me estaba pasando con seda dental y me salió mucha sangre, yo me quedé asustada (embarazada)
Me sangraba mucho la encía (Mujer PPT)
tenía sabor como de aluminio en la boca (Mujer PPT)
el cepillo fue lo único que me daba vomito ya ahora ultimo (Mujer PPT)
el que me calzaron, es que no podía ni comer arroz porque eso me dolía (Mujer PPT)
Observación
La odontóloga le dicta a la auxiliar que L... tiene gingivitis asociada a placa y a cambios hormonales (Trayectoria)
también me sangra la encía claro que ahora me cepillo sólo una vez al día porque tengo unas nauseas horribles; antes del embarazo no me sangraban las encías pero ahora sí; la doctora me dijo que me cepillara sin Colgate, solo con el cepillo pero hay hombre (Trayectoria)

Complicaciones en el embarazo, parto y puerperio

Condición sistémica

Documental

Cambios patológicos durante el embarazo, Hipertensión inducida por el embarazo (HIE). La hipertensión inducida por el embarazo (HIE) es un trastorno cuya etiología no se conoce, la forma más leve del síndrome (pre-eclampsia) se caracteriza por hipertensión, edema generalizado y proteinuria que se produce después de la vigésima semana de gestación (por lo general durante el último trimestre o el principio del puerperio) (Guía atenc od embarazada)

<p>Diabetes gestacional La diabetes gestacional es una intolerancia a los carbohidratos cuya severidad es variable, se inicia o se descubre durante la gestación; se manifiesta por hiperglicemia y desaparece después del parto. Hay dos factores que pueden alterar la homeostasis de los carbohidratos durante la gestación normal: la secreción de las hormonas placentarias con efectos hiperglicemiantes y los requerimientos de glucosa por parte del feto (Guía de atenc od embarazada)</p>
<p>La posición supina afecta la función de las vías respiratorias al final del embarazo que puede empeorarse con la compresión de aorto-cava y esto debe ser tenido en cuenta en las técnicas anestésicas. y para evitar el síndrome de hipotensión en mujeres gestantes (Guía atenc od embarazada)</p>
<p>Las enfermedades hipertensivas del embarazo y en especial la preeclampsia es una de las causas de morbilidad y mortalidad perinatal y materna más frecuentes en países en desarrollo (Guía atenc od embarazada)</p>
<p>El metabolismo de los carbohidratos experimenta múltiples cambios durante el embarazo, lo cual tiene implicaciones importantes para la mujer con antecedentes de diabetes, o para aquella que la desarrolla durante el embarazo (Guía atenc od embarazada)</p>
<p>Actores</p>
<p>Tremendo porque ha sido de alto riesgo y no puedo caminar mucho porque me dan dolores, salió placenta baja, entonces no puedo estar caminado mucho, siempre me da calor (Embarazada)</p>
<p>Al principio complicado el embarazo, estuve hospitalizada una noche, dos intentos de aborto, intento o riesgo (Mujer PPT)</p>
<p>Observación</p>
<p>gestante de alto riesgo. Tiene vasculitis inflamatoria, ha registrado complicaciones desde que era niña, cuando se caía, se raspaba, se golpeaba se le inflamaba la pierna izquierda (Trayectoria embarazada)</p>
<p>Condición oral</p>
<p>Documental</p>
<p>Según pruebas científicas fehacientes, la salud bucodental y la salud general están interrelacionadas, en particular, las infecciones bucodentales y los resultados adversos del embarazo (Política de SO)</p>
<p>La mujer en gestación representa un grupo de riesgo para el desarrollo de patologías orales y la infección oral ha sido asociada a un riesgo aumentado de complicaciones perinatales (Guía atenc od embarazada)</p>
<p>Manejo Clínico: Debido a que la dilatación del útero a mediados del embarazo, las mujeres en posición supina están en riesgo de compresión de las venas cava inferior y la aorta. Por lo tanto, se debe evitar desde ese momento del embarazo la posición en decúbito supina en el sillón dental colocando la cabeza por encima de la posición de las piernas, para evitar el "síndrome de hipotensión franca" caracterizados por hipotensión, palidez, náuseas que ocurre en aproximadamente el 15-20% de las gestantes. Esto puede minimizarse al colocar una almohada debajo de la cadera para el desplazamiento del útero (Guía atenc od embarazada)</p>

Un número pequeño de pacientes embarazadas pueden recibir heparina intravenosa para el tratamiento de trombofilia lo que aumenta el riesgo a complicaciones hemorrágicas durante los procedimientos dentales (Guía atenc od embarazada)

Las infecciones de origen odontológico, deben ser tratadas prontamente en cualquier momento del embarazo, debido al riesgo sistémico que conllevan a la mujer embarazada. A pesar que las pacientes embarazadas no se encuentran inmunocomprometidas, el sistema inmune materno, comienza a suprimirse en respuesta al feto. La evidencia sugiere que las infecciones se encuentran asociadas a desarrollar parto pre-termino (Guía atenc od embarazada)

Las mujeres en riesgo a preeclampsia deben recibir tratamiento periodontal y control de inflamación antes de la semana 20 y ser tratadas con carácter prioritario. Las pacientes con riesgo a preeclampsia debe ser referida a Periodoncia una vez se haga el diagnóstico si presentan necesidades de tratamiento periodontal NT 2 o de mayor complejidad (Guía atenc od embarazada)

Actores

los mediadores inflamatorios que pueden comenzar a molestar el proceso de la placenta en general inflamaciones y eso puede disminuir lo que dicen ellos es el flujo sanguíneo y por eso en teoría estaría asociado al bajo peso al nacer, a parto prematuro y esto es lo que intentaríamos controlar; lo otro es que en un proceso regular de control de la mujer como podría intentar dejarla sana rehabilitada en salud oral como parte integral de su proceso de atención durante la gestación y antes del parto. Entonces si una mujer está en controles regulares 9 meses es un muy buen momento para controlarla a ella, intentar que conozca que es la salud oral, lo haga con los niños y hacer asistencia integral a la mujer gestante (Base)

yo creo que se exagera en el embarazo, lo mismo la enfermedad periodontal ya viene y con el embarazo como hay cambios hormonales, hay cambios sistémicos, se exagera y con ello los riesgos a complicaciones en el parto o en el recién nacido asociados a esto (Od general)

las pacientes cuando ya vienen es porque entre comillas digamos el programa como tal las obliga; si son pacientes de alto riesgo si tienen riesgo perinatal o gestacional, entonces obviamente las captan a través de controles de enfermería, ginecología (Od general)

por la mala higiene y más... bueno la higiene siempre así este uno o no en embarazo y más estando en embarazo es cuando deben de tener más cuidado por lo del bebe y que todos esos focos infecciosos todos los pasa... como es que se dice (Auxiliar)

ANEXO H
POLÍTICAS DEL DISTRITO CAPITAL

Estructura, líneas estrategias de acción y elementos para la evaluación de la Política de Salud Oral de Bogotá DC con Participación Social para el Decenio 2011-2021**PRIMER EJE – GESTIÓN DE LA POLÍTICA DE SALUD ORAL**

Líneas Estratégicas de Acción de la Gestión Política:

- Gestión Distrital, Local y Territorial de la Política de Salud Oral. Elementos para la evaluación: La existencia de Planes Locales o Territoriales de Salud Oral en ejecución basados en análisis situacional en salud oral con perspectiva de territorio, disposición de recursos locales y/o Distritales destinados a iniciativas de acción territorial
- Movilización social por la salud oral. Elementos para la evaluación: Planes Territoriales de Salud Oral con participación comunitaria, avance en la exigibilidad del derecho a la atención integral en salud oral a partir del fortalecimiento de las capacidades de organización y participación de las comunidades y articulación con la política pública de participación social
- Fortalecimiento institucional para la acción intersectorial e interinstitucional por la salud oral. Elementos para la evaluación: Participación de diversos actores sociales en las acciones de la Política Pública del nivel Territorio y Distrital; salud oral como parte de las metas de los Planes de Desarrollo Distrital
- Gestión de los enfoques de equidad y diferencial en la Política. Elementos para la evaluación: Disminución de las brechas en la situación y atención en salud oral, Programas Distritales para grupos poblacionales priorizados que incluyan respuestas integrales en salud oral; y guías de manejo para grupos priorizados.

SEGUNDO EJE – MODELO DE GESTIÓN Y ATENCIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD ORAL

Líneas estratégicas de acción del modelo de gestión y atención de los servicios de salud oral

- Gestión de los servicios de salud oral. Elementos para la evaluación: La evaluación de impacto y de resultados sobre el nivel de salud de la población es la principal herramienta para ordenar y ajustar de manera continua la respuesta en salud oral. La evaluación de resultados deberá estar dirigida a los indicadores de acceso y oportunidad en lo individual y lo colectivo, Es igualmente importante la evaluación de la continuidad e integralidad de la atención en salud, lo cual determina la calidad de los procesos diseñados en el modelo. Esta orientación exige que la contratación de los servicios de salud se realice por tratamiento terminado, evaluar proporción de personas que terminado el tratamiento acuden por prevención o control.
- Modelo de Atención en Salud Oral. Elementos para la evaluación: Modelo de atención diseñado e implementado, de acuerdo a las líneas de acción y principios que determinan la manera de prestar servicios de salud a la población buscando un acceso adecuado, calidad de la atención y eficiencia en el uso de recursos de acuerdo a necesidades y a las normas y políticas de prestación de servicios. Servicios para la atención en salud oral con mejores condiciones de infraestructura y tecnológicas que favorezcan la calidad y calidez de la atención. Realización de un estudio de costos y verificación de los mismos que orienten la contratación de los servicios de salud oral. Verificar la existencia de programas comunitarios de salud oral y seguimiento a su ejecución, respondiendo a las necesidades identificadas por territorio
- Mejoramiento de la Calidad de los Servicios de Salud Oral. Elementos para la evaluación: Conformación y funcionamiento de las redes de prestación de servicios de salud oral en el distrito, construcción del plan estratégico de acciones en atención de salud oral por parte de la red, elaboración de los perfiles de situación de salud oral por parte de la red de prestación servicios de salud oral en el Distrito. Desarrollo del análisis territorial y participativo de las autoevaluaciones tanto de la red de prestadores como del proceso de atención de salud oral, continuidad de la atención y satisfacción de los usuarios. Desarrollo del análisis de alternativas y de acciones conjuntas que propendan por superar los problemas encontrados en la autoevaluación
- Sistemas de Información y Vigilancia Epidemiológica: Elementos de para la evaluación: Recolectar información de fuentes primarias, analizar la información recopilada, evaluación del sistema de información de gestión de salud oral y cumplimiento de metas de salud oral. Realizar análisis de la información sistematizada en la historia clínica en línea, hacer seguimiento de pacientes de acuerdo con la información consignada en esta historia. Seguimiento al compilado del subsistema de vigilancia. Seguimiento al

compilado del Subsistema de Vigilancia Epidemiológica de Salud Oral (SISVESO)

TERCER EJE – FORTALECIMIENTO DE LA GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO ODONTOLÓGICO

Líneas estratégicas de acción para el fortalecimiento de la gestión del talento humano odontológico

- Dignificación de las condiciones de trabajo. Elementos para la evaluación: información obtenida bajo indicadores como número de odontólogos con contrato de prestación de servicios, por porcentaje, salario etc. Monitoreo de la información obtenida, propuestas de líneas de acción que propenden por una mayor estabilidad laboral. Nivel de participación del grupo gestor de la política en escenarios que propendan por la dignificación del trabajo del talento humano
- Prevención de las enfermedades y accidentes profesionales. Elementos para la evaluación: Funcionamiento de un sistema de reporte de enfermedad profesional y accidentes de trabajo, análisis permanente de los datos en cruce con otras fuentes. Estrategias educativas dirigidas al talento humano y empleadores sobre factores de riesgos profesionales
- Educación continuada y permanente del talento humano. Elementos para la evaluación: monitoreo y diagnóstico permanente de necesidades de cualificación. Plan anual de educación continuada y cumplimiento de este plan, inducción sobre referentes líneas de acción y aspectos de gestión de la política al personal que ingresa a los servicios, participación del talento humano del equipo de salud oral en la planeación territorial. Desarrollo de jornada de socialización e intercambio de experiencias territoriales, desarrollo de jornadas de análisis y discusión con otros sectores e instituciones sobre aspectos relacionados con el talento humano odontológico
- Fortalecimiento de la relación docencia/servicio: Existencia de convenios docencia servicio entre instituciones formadoras del talento humano odontológico y los hospitales Existencia de escenarios y agendas de debate político entre la Secretaria, EPS e IPS relacionadas con la planeación del recurso humano. Desarrollo de metodología concertada para la evaluación permanente de la relación docencia servicio

CUARTO EJE – PRODUCCIÓN Y CIRCULACIÓN DE CONOCIMIENTO

Líneas estratégicas de acción para la producción y circulación del conocimiento

- Creación y captación de conocimiento en salud oral. Elementos para la evaluación: Existencia de agenda Distrital priorizada y concertada de investigación relevante en el campo de la salud oral. Existencia de proyectos de gestión de conocimientos financiados, cátedra itinerante sobre la PSO, Número de grupos de investigación activos y reconocidos por colciencias integrado por funcionarios del nivel territorial número de convenios de cooperación interinstitucional. Existencia de un plan de pasantías gestionado y negociado con las facultades de odontología
- Compartir los conocimientos de salud oral generados en la ciudad. Elementos para la evaluación: Plan de evaluación de los planes, programas y proyectos, existencia de una convocatoria anual para la sistematización de experiencias en salud oral financiadas, concurso sobre innovaciones de carácter Distrital para estudiantes de pre y postgrado
- Socializar y democratizar el conocimiento en salud oral. Elementos de evaluación: Un portal virtual sobre la Política de Salud Oral de Bogotá en funcionamiento. Convocatoria anual para la socialización y discusión de experiencias e investigaciones en salud oral. Propuesta de incentivos para producción y publicación de temas de salud oral. Experiencias exitosas en salud oral inscritas en Banco de buenas prácticas

Tabla .Síntesis de la estructura que articula los ejes estratégicos de la Política de Salud Oral del Distrito Capital

Eje	Consideraciones temáticas	Problematización	Características	Líneas de acción
Gestión de la política de salud oral	<p>Políticas como directrices del Estado</p> <p>Gestión como conjunto de procesos para definir prioridades y tomar decisiones políticas (planeación, ejecución, seguimiento, evaluación; así como, la movilización de actores recursos)</p> <p>Dos corrientes: 1.Reformas estructurales a los sistemas de salud de los noventa. 2. Aboga por respuestas integrales a las necesidades sociales en esta última se adscribe esta política del DC</p>	<p>Respuesta Social fragmentada a los problemas de salud oral de Bogotá</p> <p>Débil incorporación de la participación social y comunitaria en la política</p> <p>Limitados avances en el trabajo intersectorial e interinstitucional</p>	<p>La fragmentación, la desarticulación de acciones individuales y colectivas, falta de planeación, los modelos de contratación, ausencia de coordinadores y liderazgo en la coordinación de programas de salud oral. La estructura organizacional de la SDS dificulta la coordinación entre actividades individuales y colectivas por la configuración del actual sistema de salud</p> <p>A pesar del interés Distrital por fortalecer la participación, los avances no son significativos, los procesos de participación en el marco del SGSSS están cuestionados. La salud oral no aparece como un asunto que se reflexione sistemáticamente y no es considerada un bien social positivo y deseable, no hay un enfoque conceptual compartido por los diferentes actores vinculados a la gestión de la política</p> <p>A pesar que esta política se materializó como un pacto de esfuerzo colectivo, esto no se logra y los obstáculos son: Ausencia de herramientas para mantener el pacto por la SO en DC y para refrendarlo</p> <p>Los referentes están desarticulados de otros actores institucionales, sectoriales y territoriales</p> <p>Mínima apropiación de la política en el nivel Distrital</p> <p>Falta de un sistema de información que apoye toma de decisiones</p> <p>Ausencia de redes de coordinación entre sectores e instituciones del sector público en el DC y también entre organizaciones sociales y comunitarias y la red prestadora de servicios</p> <p>Débil participación de SO en procesos de planeación y gestión local, pocos programas y proyectos en SO</p>	<p>Gestión Distrital, Local y Territorial de la Política de SO</p> <p>Movilización social por la SO</p> <p>Fortalecimiento institucional para la acción intersectorial e interinstitucional por la SO</p>
Modelo de gestión y atención de los servicios de salud oral	<p>Modelo de atención en salud concebido como un diseño de agentes procesos, normas, valores, recursos y otros ordenado y orientado desde una perspectiva específica en procura de modificar una situación de "salud" combinando acciones individuales y colectivas</p> <p>Decreto 1011 de 2006</p> <p>Características: Accesibilidad (geográficas, económicas, cultural y social, organizacional)</p>	<p>Persistencia de barreras</p> <p>Falta de adherencia a las guías:</p> <p>Falta integralidad atención</p>	<p>Persistencia de barreras: económico-geográficas, organizacional, débil capacidad usuarios buscar y obtener atención, temor, opinión y satisfacción, creencias SO costosa.</p> <p>Falta de adherencia a las guías: Falta de conocimiento, de familiaridad, autosuficiencia, expectativas en los resultados, desacuerdo, y relacionados con el paciente.</p> <p>Diferentes planes de beneficio según capacidad de pago=> inequidad en salud, más notorio en el sector público € R.Subsidiado. Estructura por nivel de complejidad no adecuada, características de población no consideradas</p> <p>La estandarización de acciones y las limitaciones establecidas dificulta atención integral del paciente (ser biopsicosocial y cultural)</p>	<p>Gestión de los servicios de salud</p> <p>Modelo de atención en salud oral</p> <p>Mejoramiento de la calidad de los servicios de salud</p> <p>Integración en redes de servicios, reconocer los límites del modelo de</p>

<p>Oportunidad (disponibilidad y utilización) Seguridad: prevenir (eventos adversos (prevenibles y no prevenibles) e incidentes) Pertinencia Continuidad (dimensiones: clínica y de registros de salud) Integridad (integrales y coordinados) Satisfacción</p>		<p>GPC no aplicable en el contexto Dilemas éticos para el profesional entre lo que se puede y se debe hacer Gratuidad menores de 5 años y maternas, motivar al equipo de salud para el manejo integral Desarticulación de acciones del POS y el PIC y otros programas de SP, fragmentación abordaje de salud entre individual y lo colectivo propios del modelo "biologista" y "preventista" desconociendo contextos, el proceso salud enfermedad atención y visualizando solo la prevención primaria sin reconocer la promoción de la salud con enfoque de APS,</p>	<p>competencia regulada, las implicaciones del modelo gestión social integral Evaluación de equidad en procesos y resultados (evaluación de impacto) Auditoría mejora condiciones de integralidad, continuidad, oportunidad, accesibilidad; veeduría, monitoreo social Gestión del modelo (integralidad e intersectorialidad) Gestión de recursos y soportes del servicio Concepto de Calidad en la Atención de los Servicios de Salud Oral (CASSO)</p>
	Débil desarrollo de programas de educación en salud	<p>Fortalecimiento de la educación en salud. La utilidad de esta está orientada a cambiar conductas en las personas, pero también es necesario reconocer la importancia de trabajar en cambios estructurales y la promoción de condiciones saludables en sujetos y colectivos</p>	
	Modelo pedagógico	<p>Necesidad de superar el modelo tradicional (relación asimétrica, memorística, repetitiva y centrada en la enfermedad); promover el dialogo de saberes, las representaciones frente al autocuidado, la atención odontológica, la valoración del cuerpo y por ende de metodologías horizontales, la creatividad y la innovación pedagógica por lo que es necesario incorporar temáticas específicas: Herramientas de investigación Habilidades comunicativas y de trabajo comunitario Material pedagógico y estrategias educativas Desarrollo de proyectos y técnicas evaluativas Reconocer los alcances de los procesos educativos pero no es ni el único, ni principal mecanismo para mejorar las condiciones de salud oral</p>	
	Modelos de contratación	<p>Tiempos asignados por actividad influyen en la calidad de la atención Revisar la contratación Más tiempo y remuneración económica para la aplicación de métodos y medios de diagnóstico propuesto en las GPC Privilegiar la prevención sobre la curación Nuevas propuestas de hospitales en metas, tiempos y valor del evento para garantizar mejor utilización de los recursos Revisar la contratación por capitación con otras entidades para que no comprometa ni el recurso institucional pero tampoco se convierta en barrera para la atención o recorte de acciones en salud. La Red pública debe ser solidaria mediante acciones de prevención de alta efectividad</p>	

		<p>Infraestructura actual y capacidad instalada en la red pública</p>	<p>Hospitales registran problemas de infraestructura, de instrumental odontológico y servicio de tratamiento Necesaria el rediseño de las áreas físicas actuales y dotación La necesidad de estudios técnicos para la adquisición de nueva tecnología</p>	
		<p>Sistema de información</p>	<p>La insuficiente información causa deficiencias en la concepción del actual sistema de salud que aunado a otras debilidades Se requiere ajustar los nuevos sistemas de información que le permitan a la entidad territorial, servicios de salud y otros actores acceder a información. Se reconoce el esfuerzo en la construcción del SISVESO Promover la HCL unificada, digital y en línea para la red pública que incluya información de atención ESE y del PIC</p>	
<p>Fortalecimiento de la gestión del talento humano</p>	<p>Reorganizar los servicios con miras a garantizar el Derecho a la Salud con perspectiva de equidad El talento humano odontológico formado para el desarrollo de su labor en condiciones laborales óptimas a fin de responder con altos niveles de calidad a las necesidades y problemáticas en SO de la población del DC Apuesta por la construcción de escenarios para el desarrollo profesional digno, espacios gratificantes de crecimiento, capacidad de planeación, gestionar mejores condiciones laborales, de infraestructura y atención a sus enfermedades profesionales</p>	<p>Condiciones laborales y tipo de contratación</p>	<p>Condiciones laborales y tipo de contratación como el problema más sentido, es un problema del orden estructural. Contratación por prestación de servicios o cooperativas: genera inestabilidad laboral, problemas salud ocupacional, desmotivación La movilidad del profesionales que afecta la implementación de la política y la APS</p>	<p>Dignificación de las condiciones de trabajo Prevención de las enfermedades y accidentes profesionales Educación continuada y permanente del talento humano Fortalecimiento de la relación docencia servicio</p>
		<p>Relación coherente entre número de profesionales, puestos de trabajo y necesidades población</p>	<p>Grandes necesidades de la población requiere de mayor número de centros de atención, más puestos de trabajo, más profesionales tanto en la red pública como privada Incoherencia entre número de profesionales y auxiliares, la necesidad de la población con respecto a la infraestructura existente a nivel público y privado, lo que requiere de monitoria de la SDS como rector y auditor</p>	
		<p>Enfermedad profesional y accidentes de trabajo</p>	<p>Generados por las condiciones laborales, requiere de la atención de la SDS e IPS para responder al talento humano desde el SRP y desde el sistema de salud por las formas de contratación y formación del talento humano con relación a esta temática</p>	
		<p>Idoneidad del talento humano</p>	<p>En relación con la comprensión y manejo de temas, referentes conceptuales, estratégicos, normativos y de la propuesto del Plan de Acción de la Política de SO. Debilidades en el área administrativas y de gestión, investigativas, en SP, clínicas, bioseguridad y éticas; también en educación y comunicación para la salud y trabajo comunitario Requiere monitorear la capacitación teniendo en cuenta las particularidades, hacer planeación y definir estrategias para la capacitación Fortalecer en el talento humano en el abordaje de aspectos del orden social lo que implica mayor liderazgo y empoderamiento mediante la reflexión sistemática y participación en la planeación territorial</p>	

		Formación del talento humano odontológico	<p>Debate centrado en los perfiles del personal de salud que el país necesita para la resolver las problemáticas en SO. Las instituciones formadoras consideran que la lógica de prestación de los servicios y del Sistema de Salud centrado en un enfoque de mercado centrado en la eficiencia no debe guiar la formación; los servicios por su parte plantea que el profesional que llega a los servicios no está preparado para actuar en el marco del SGSSS y en Bogotá para agenciar una política que no tiene una perspectiva exclusivamente asistencialista</p> <p>El enfoque de la formación con enfoque biológico, de enfermedad, técnico instrumental y repetitivo descontextualizado de las condiciones sociales y culturales y de la dinámica de los servicios de salud pues los espacios formativos no se desarrollan en contextos reales, para esto la alternativa son los convenios docente-asistenciales y con ello, esta puede nutrir los modelos de atención y las líneas de acción de la política de SO del DC</p> <p>La línea de talento humano ha sido poco desarrollado por la SDS pues carece de una instancia que asuma el liderazgo de la convocatoria entre formadores e IPS para ello surge la Resolución 1101 de 2009 de la SDS por la cual se establece la Alianza por la SP entre grupos de trabajo por la SP del Distrito con la SDS (academia, OPS/OMS, IPS y otros) para promover investigación, docencia y extensión</p>	
Producción y circulación del conocimiento	<p>La investigación, la producción y circulación del conocimiento crítico e innovador son centrales para la Política de SO para lograr integrar, comprender, evaluar, corregir y regular la política</p> <p>Es necesario promover relaciones estables que incentiven la construcción en el campo de la salud oral útil para mejorar el acceso a tratamientos y avances con efectos positivos sobre la población, también para innovación sobre procesos sociales y generación de valor agregado en los resultados de salud y finalmente para impulsar investigaciones atípicas, empresas colectivas para la producción de conocimiento, la vinculación y maduración de investigadores mediante alianzas aproximaciones</p> <p>Conciliar los diferentes ciclos la agenda de investigación con la agenda política</p>	<p>La constitución del campo de la salud oral como campo de conocimiento forma parte de una agenda por construir</p> <p>La relación investigación con la administración pública es muy débil y sin orientación clara</p> <p>La investigación de problemas de salud oral de la ciudad es casuística, espontánea y poco direccionada,</p> <p>Las alianzas para la investigación son prácticamente inexistentes</p> <p>La administración de recursos por parte de Colciencias</p> <p>El escaso esfuerzo por sistematizar las experiencias</p>	<p>No es posible identificar una masa crítica de investigadores y de grupos que garanticen una producción estable acorde con las demandas de conocimiento que requiere la administración, la política y las problemáticas sociales en el campo de la SO; sin embargo, la profesionalización eje de formación en las Fac. de Odontología provoca que el campo científico en el área sea discontinuo, atomizado, fragmentado y compartido</p> <p>no existe una agenda de prioridades de investigación en el campo de la SO</p> <p>Los recursos de las universidades son escasos y la incidencia en Colciencias es bajo</p> <p>Inexistencia de centros de innovación tecnológica en temas de odontología.</p> <p>sin mecanismos que el Distrito tenga injerencia en las convocatorias lo que limita la dirección y el liderazgo</p> <p>es errático y no cuenta con apoyo apropiado, por lo que se requieren de esquemas de producción eficientes en la visión compartida de horizonte la política y de la situación de SO de la capital</p>	<p>Creación y captación de conocimiento en salud oral</p> <p>Compartir conocimiento de salud oral generados en la ciudad</p> <p>Socializar y democratizar el conocimiento en salud oral</p>

Tabla. Esquema que sintetiza los ejes estructurales de la política de mujeres y equidad de género. Decreto 166 de 2010. Alcaldía Mayor de Bogotá

Ejes estructurales	Componentes	Líneas de acción
Derechos de las mujeres	Paz y convivencia con equidad de género	Prevención, atención, protección, sanción y reparación a mujeres víctimas del desplazamiento forzado
		Promoción de una cultura de paz
		Promoción de la memoria e identidad social de las mujeres
	Una vida libre de violencia	Sanción de la violencia contra las mujeres
		Cultura del respeto a la vida y dignidad de las mujeres
		Bogotá una ciudad segura para las mujeres
		Asistencia y protección para las mujeres víctimas de las violencias de género
		Prevenir y sancionar la trata de mujeres, la prostitución forzada, el turismo y la explotación sexual
	Participación y representación con equidad	Mujeres empoderadas
		Participación con equidad
		Representación para la inclusión
	Trabajo en condiciones de igualdad y dignidad	Acceso al trabajo formal, estable y en equidad
		Desarrollo empresarial y acceso al trabajo con enfoque de derechos y de género
		Fomento de redes de mujeres productoras integradas a los circuitos económicos de la ciudad
		Reconocimiento de la economía del cuidado
	Salud Plena	Salud para las mujeres, equidad para la ciudad
		Salud con equidad
		Mujeres cuidadoras de la salud
	Educación con equidad	Educación con equidad de género
		Educación no sexista
		Oportunidades educativas especiales para las mujeres con enfoque de derechos y de género
		Democracia y participación en el ámbito educativo
		Acciones positivas para la dignificación y el mejoramiento profesional de las educadoras
	Cultura libre de sexismo	Eliminación de estereotipos de género
		Comunicación no sexista
		Aportes de las mujeres al cultura, al arte y al patrimonio
		Mujeres artistas transformando la cultura
Hábitat y vivienda	Uso y disfrute de la ciudad	
	Créditos blandos para las mujeres	
	Subsidios especiales para las mujeres vulnerables	
	Vivienda en alquiler	
Desarrollo institucional	Mujeres ambiente y cultura	
	Gestión con equidad de género	
	Alianzas para la equidad de género	
	Fortalecimiento institucional	
	Fortalecimiento del esquema de coordinación	Instancia de coordinación intersectorial
		Instancia consultiva de la política pública de mujeres y equidad de género
		Coordinación institucional de la política públicas de mujeres y equidad de género

Bibliografía

1. Chopra R, Hombres en familias/hombres y familias: Una perspectiva crítica desde la india. *Nómadas*. 2004; 20:66-75
2. Concha SC, Morales C. Inequidad en la atención odontológica de las mujeres gestantes en Santander. *SaludUIS* 2014 46(1): 35-45
3. Concha SC, Pieschacón MP, Rodríguez MJ. Caracterización de los grupos de investigación en el área de odontología registrados en Colciencias a diciembre de 2012. *Rev Fac Odontol Univ Antioq* 2014; 25(2): 233-264
4. Morales Borrero C. Jóvenes, sexualidad y políticas. *Salud sexual y reproductiva en Colombia (1992-2005)* Universidad Nacional de Colombia. Bogotá. 2010. p:323
5. Lukacs JR, Largaespada LL. Explaining sex differences in dental caries prevalence: saliva, hormones, and "life-history" etiologies. *Am J Hum Biol*. 2006; 18(4):540-55.
6. Lukacs JR. Sex differences in dental caries experience: clinical evidence, complex etiology. *Clin Oral Investig*. 2011;15(5):649-56. doi: 10.1007/s00784-010-0445-3.
7. Lee TT, Westrup DA, Ruzek JI, Keller J, Weitlauf JC Impact of clinician gender on examination anxiety among female veterans with sexual trauma: a pilot study. *J Womens Health (Larchmt)*. 2007;16(9):1291-9
8. Zitzmann NU, Schilling J, Weiger R, Pastoret MH, Loretan P. Gender-specific dental health issues and treatment considerations. *Int J Prosthodont*. 2007 Jul-Aug;20(4):360-8
9. Fukai K, Takaesu Y, Maki Y. Gender differences in oral health behavior and general health habits in an adult population. *Bull Tokyo Dent Coll*. 1999 Nov;40(4):187-93
10. Al-Ansari JM, Honkala S. Gender differences in oral health knowledge and behavior of the health science college students in Kuwait. *J Allied Health*. 2007;36(1):41-6
11. Slavkin HC. Distinguishing Mars from Venus: emergence of gender biology differences in oral health and systemic disease. *Compend Contin Educ Dent*. 2002 Oct;23(10 Suppl):29-31
12. Willis A, Oxenham MF. The Neolithic Demographic Transition and Oral Health: The Southeast Asian Experience. *American Journal of Physical Anthropology*. 2013;152(2):197-208
13. Sinkford JC, Valachovic RW, Harrison SG. Women's oral health: The evolving science. *Journal of Dental Education*. 2008;72(2):131-4
14. Russell SL, Ickovics JR, Yaffee RA. Exploring potential pathways between parity and tooth loss among American women. *American Journal of Public Health*. 2008;98(7):1263-70
15. Russell SL, Ickovics JR, Yaffee RA. Parity & Untreated Dental Caries in US Women. *Journal of Dental Research*. 2010;89(10):1091-6
16. Krejci CB, Bissada NF. Women's health issues and their relationship to periodontitis. *The Journal of the American Dental Association* .2002. 133(3), 323-329
17. Shah N. Gender issues and oral health in elderly Indians. *Int Dent J*. 2003;53(6):475-84
18. Meisel P, Reifenberger J, Haase R, Nauck M, Bandt C, Kocher T. Women are periodontally healthier than men, but why don't they have more teeth than men?. *Menopause*. 2008 Mar-Apr;15(2):270-5
19. Redford M. Beyond pregnancy gingivitis: bringing a new focus to women's oral health. *Journal of Dental Education*. 1993 Oct;57(10):742-8.
20. Konttinen Y. T., Stegaev V., Mackiewicz Z., Porola P., Hänninen A., Szodoray P. Salivary glands—an unisex organ??. *Oral diseases*. 2010.16(7).577-585.

21. Martinez-Mier E. A., Zandona A. F. The impact of gender on caries prevalence and risk assessment. *Dental Clinics of North America*, (2013). 57(2). 301-315.
22. Zakrzewska, J. M. Women as dental patients: are there any gender differences? *International dental journal* .1996. 46(6).548-557.
23. Covington P. Women's oral health issues: an exploration of the literature. *Probe (Ottawa, Ont.)*.1995. 30(5). 173-177.
24. Niessen L. C., Gibson G., Kinnunen T. H. Women's oral health: why sex and gender matter. *Dental Clinics of North America*. 2013.57(2). 181-194.
25. Watson JT, Fields M, Martin DL. Introduction of Agriculture and Its Effects on Women's Oral Health. *American Journal of Human Biology*. 2010;22(1):92-102
26. Wandell PE. Population groups in dietary transition. *Food & Nutrition Research*. 2013;57
27. Lukacs JR. Fertility and Agriculture Accentuate Sex Differences in Dental Caries Rates. *Current Anthropology*. 2008;49(5):901-14
28. Silva A. Saude bucal de gestantes: uma abordagem de genero. Universidad Federal de Mato Grosso do Soul. Mestrado em saúde coletiva. Trabalho de dissertação 2000
29. Senicato C, de Azevedo Barros MB. Social inequality in health among women in Campinas, São Paulo State, Brazil. *Cad. Saúde Pública*; 2012, 28(10):1903-1914
30. Riedy CA, Weinstein P, Milgrom P, Bruss M. An ethnographic study for understanding children's oral health in a multicultural community. *Int Dent J*. 2001 Aug;51(4):305-12
31. Rezende, KMPC, Zöllner MSAC, Santos MRN. Avaliação da erupção dentária decídua em bebês considerados de risco. *Pesqui. bras. odontopediatria clín.integr*;2010,10(1):61-65
32. Broughton JR, Maipi JT, Person M, Thomson WM, Morgaine KC, Tiakiwai SJ, Kilgour J, Berryman K, Lawrence HP, Jamieson LM. Reducing disease burden and health inequalities arising from chronic disease among indigenous children: an early childhood caries intervention in Aotearoa/New Zealand. *BMC Public Health*. 2013 Dec 13;13:1177
33. Saraiva MC, Chiga S, Bettiol H, Silva AA, Barbieri MA. Is low birthweight associated with dental caries in permanent dentition? *Paediatr Perinat Epidemiol*. 2007 Jan;21(1):49-56
34. Shulman JD. Is there an association between low birth weight and caries in the primary dentition? *Caries Res*. 2005 May-Jun;39(3):161-7
35. Li Y, Caufield PW, Dasanayake AP, Wiener HW, Vermund SH. Mode of delivery and other maternal factors influence the acquisition of *Streptococcus mutans* in infants. *J Dent Res*. 2005 Sep;84(9):806-11
36. Do LG, Scott JA, Thomson WM, Stamm JW, Rugg-Gunn AJ, Levy SM, Wong C, Devenish G, Ha DH, Spencer AJ. Common risk factor approach to address socioeconomic inequality in the oral health of preschool children--a prospective cohort study. *BMC Public Health*. 2014 May 6;14:429. doi: 10.1186/1471-2458-14-429
37. Campus G, Solinas G, Strohmenger L, Cagetti MG, Senna A, Minelli L, Majori S, Montagna MT, Reali D, Castiglia P; Collaborating Study Group. National pathfinder survey on children's oral health in Italy: pattern and severity of caries disease in 4-year-olds. *Caries Res*. 2009;43(2):155-62
38. Petti S, Cairella G, Tarsitani G. Rampant early childhood dental decay: an example from Italy. *J Public Health Dent*. 2000 Summer;60(3):159-66.
39. Chaves AM, Rosenblatt A, Oliveira OF. Enamel defects and its relation to life course events in primary dentition of Brazilian children: a longitudinal study. *Community Dent Health*. 2007 Mar;24(1):31-6
40. Chamberlain LJ, Sanders LM, Takayama JI. Child advocacy training: curriculum outcomes and resident satisfaction. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2005 Sep;159(9):842-7.
41. Lida H, Auinger P, Biling RJ, Weitzman M. Association between infant breastfeeding and early childhood caries in the United States. *Pediatrics* 2007; 120; e 944

-
- 42 . Mobley C, Marshall TA, Milgrom P, Coldwell SE. The Contribution of Dietary Factors to Dental Caries and Disparities in Caries. *Academic Pediatrics*. 2009;9(6):410-4
 - 43 . Rothnie JJ, Walsh CA, Wang MJ, Morgaine KC, Drummond BK. An exploratory study of pregnant women's knowledge of child oral health care in New Zealand. *N Z Dent J*. 2012;108(4):129-33
 44. Forsman, B. Dental fluorosis and caries in high-fluoride districts in Sweden. *Community dentistry and oral epidemiology*, 1974. 2(3), 132-148.
 45. Horowitz H. S., Heifetz S. B. Effects of prenatal exposure to fluoridation on dental caries. *Public health reports*. 1967. 82(4), 297.
 46. Watson G. E., Evans K., Thurston S. W., Wijngaarden E., Wallace J. M., McSorley E. M., Myers G. J. Prenatal exposure to dental amalgam in the Seychelles Child Development Nutrition Study: associations with neurodevelopmental outcomes at 9 and 30 months. *Neurotoxicology*. 2012. 33(6), 1511-1517.
 47. Dos Santos Junior VE, de Sousa RMB, Oliveira MC, de Caldas Junior AF, Rosenblatt A. Early childhood caries and its relationship with perinatal, socioeconomic and nutritional risks: A cross-sectional study. *BMC Oral Health*. 2014;14(1).
 - 48 . Clifford H, Johnson NW, Brown C, Battistutta D. When can oral health education begin? Relative effectiveness of three oral health education strategies starting pre-partum. *Community Dent Health*. 2012 Jun;29(2):162-7
 - 49 . Chaffee BW, Feldens CA, Vítolo MR. Cluster-randomized trial of infant nutrition training for caries prevention. *J Dent Res*. 2013 Jul;92(7 Suppl):29S-36S.
 50. Plutzer K, Spencer AJ. Efficacy of an oral health promotion intervention in the prevention of early childhood caries. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2008 Aug;36(4):335-46.
 51. Lawrence HP. Oral health interventions among Indigenous populations in Canada. *Int Dent J*. 2010 Jun;60(3 Suppl 2):229-34.
 52. Broughton JR, Maipi JTH, Person M, Thomson WM, Morgaine KC, Tiakiwai S-J, et al. Reducing disease burden and health inequalities arising from chronic disease among indigenous children: an early childhood caries intervention in Aotearoa/New Zealand. *Bmc Public Health*. 2013;13
 - 53 . Bakhtiari S, Sabet M.S, Hashemi E.S, Bakhtiari S. Tofangchiha M. Marhabi S.A. Alirezai S. Evaluation of biochemical changes in unstimulated salivary, calcium, phosphorous and total protein during pregnancy. *African Journal of Biotechnology*. 2012 ;11(8): 2078-2083
 - 54 . Pitiphat W, Joshipura KJ, Rich-Edwards JW, Williams PL, Douglass CW, Gillman MW. Periodontitis and plasma C-reactive protein during pregnancy. *J Periodontol*. 2006 May;77(5):821-5)
 - 55 Kumar A, Begum N, Prasad S, Lamba AK, Verma M, Agarwal S, Sharma S. Role of cytokines in development of pre-eclampsia associated with periodontal disease - Cohort Study. *J Clin Periodontol*. 2014 Apr;41(4):357-65.
 56. Christian LM, Iams J, Porter K, Leblebicioglu B. Self-rated health among pregnant women: associations with objective health indicators, psychological functioning, and serum inflammatory markers. *Ann Behav Med*. 2013 Dec;46(3):295-309.
 - 57 . Urbán E, Radnai M, Novák T, Gorzó I, Pál A, Nagy E. Distribution of anaerobic bacteria among pregnant periodontitis patients who experience preterm delivery. *Anaerobe*. 2006 Feb;12(1):52-7
 - 58 . Contreras A, Herrera JA, Soto JE, Arce RM, Jaramillo A, Botero JE. Periodontitis is associated with preeclampsia in pregnant women. *J. Periodontol*. 2006 Feb;77(2):182-8)
 - 59 . Durand R, Gunselman EL, Hodges JS, DiAngelis AJ, Michalowicz BS. A pilot study of the association between cariogenic oral bacteria and preterm birth. *Oral Diseases*. 2009;15(6):400-6

60. Muramatsu Y., Takaesu, Y. Oral health status related to subgingival bacterial flora and sex hormones in saliva during pregnancy. *The Bulletin of Tokyo Dental College*. 1994. 35(3), 139-151.
61. Yokoyama M., Hinode D., Yoshioka M., Fukui M., Tanabe S., Grenier D., Ito H. O. Relationship between *Campylobacter rectus* and periodontal status during pregnancy. *Oral microbiology and immunology*. 2008. 23(1), 55-59.
- 62 . Krejci CB, Bissada NF. Women's Health: Periodontitis and its Relation to Hormonal Changes, Adverse Pregnancy Outcomes and Osteoporosis. *Oral Health & Preventive Dentistry*. 2012;10(1):83-92
- 63 . Moss KL, Beck JD, Offenbacher S. Clinical risk factors associated with incidence and progression of periodontal conditions in pregnant women. *J Clin Periodontol*. 2005 May;32(5):492-8)
- 64 . Kinane D, Bouchard P, European Workshop P. Periodontal diseases and health: Consensus Report of the Sixth European Workshop on Periodontology. *Journal of Clinical Periodontology*. 2008;35:333-7)
- 65 . Lief S, Boggess KA, Murtha AP, Jared H, Madianos PN, Moss K, Beck J, Offenbacher S. The oral conditions and pregnancy study: periodontal status of a cohort of pregnant women. *J Periodontol*. 2004 Jan;75(1):116-26)
- 66 . Díaz LM, Castellanos JL.. Lesiones de la mucosa bucal y comportamiento de la enfermedad periodontal en embarazadas. *Med. oral patol. oral cir. bucal* [revista en la Internet]. 2004; 9(5): 430-437 [citado 2015 Feb 12] ; . Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1698-44472004000500009&lng=es
67. Radnai M, Gorzó I, Nagy E, Urbán E, Eller J, Novák T, Pál A. The oral health status of postpartum mothers in South-East Hungary. *Community Dent Health*. 2007;24(2):111-6.
- 68 . Karunachandra NN, Perera IR, Fernando G. Oral health status during pregnancy: rural-urban comparisons of oral disease burden among antenatal women in Sri Lanka. *Rural Remote Health*. 2012;12:1902.
- 69 . Boggess KA, Soc Maternal-Fetal Med P. Maternal oral health in pregnancy. *Obstetrics and Gynecology*. 2008;111(4):976-86
- 70 . Rodríguez Lezcano A, León Valle M, Arada Otero A, Martínez Ramos M. Factores de riesgo y enfermedades bucales en gestantes. *Rev Ciencias Médicas*. 2013;17(5): 51-63
- 71 . Barak S, Oettinger-Barak O, Oettinger M, Machtei EE, Peled M, Ohel G. Common oral manifestations during pregnancy: a review. *Obstet Gynecol Surv*. 2003 Sep;58(9):624-8
- 72 . Rodríguez HE, López M. El embarazo: Su relación con la salud bucal. *Rev Cubana Estomatol* [revista en la Internet]. 2003 40(2)
- 73 . Christensen LB, Jeppe-Jensen D, Petersen PE. Self-reported gingival conditions and self-care in the oral health of Danish women during pregnancy. *J Clin Periodontol*. 2003 Nov;30(11):949-53
- 74 . Suresh L, Radfar L. Pregnancy and lactation. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 2004 Jun;97(6):672-82
- 75 . Breedlove G. Prioritizing oral health in pregnancy . *The Kansas Nurse*; 2004, 79(10):4-6
- 76 . Kaczmarek U , Fita K . Dental Condition in Pregnant Women from Urban and Rural Areas of Lower Silesia Region. *Dent. Med. Probl*. 2007, 44, 4, 433 – 438
- 77 . Rengifo H, Ciro F, Obando A, Roldan L, Lopez A, Lopez L.. Estado bucodental en gestantes de la ciudad de Armenia, Colombia. *Rev Estomatol*. 2008; 16(1): 8-12
78. Iida H, Kumar JV, Kopycka-Kedzierawski DT, Billings RJ. Effect of tobacco smoke on the oral health of U.S. women of childbearing age. *J Public Health Dent*. 2009 Fall;69(4):231-41. doi: 10.1111/j.1752-7325.2009.00128.x

79. Nayak A. G., Denny C., Veena K. M. Oral health care considerations for the pregnant woman. *Dent update*. 2012 jan-feb.39(1).51-53.
- 80 . Boggess KA, Urlaub DM, Moos M-K, Polinkovsky M, El-Khorazaty J, Lorenz C. Knowledge and beliefs regarding oral health among pregnant women. *Journal of the American Dental Association*. 2011;142(11):1275-82
- 81 . Jamieson LM, Parker EJ, Roberts-Thomson KF, Lawrence HP, Broughton J. Self-efficacy and self-rated oral health among pregnant aboriginal Australian women. *BMC Oral Health*. 2014 Apr 2;14:29. doi: 10.1186/1472-6831-14-29
- 82 . Abiola A, Olayinka A, Mathilda B, Ogunbiyi O, Modupe S, Olubunmi O. A survey of the oral health knowledge and practices of pregnant women in a Nigerian teaching hospital. *Afr J Reprod Health*. 2011 Dec;15(4):14-9.
- 83 . Claas BM, Ellison-Loschmann L, Jeffreys M. Self-reported oral health care and access to oral health information among pregnant women in Wellington, New Zealand. *N Z Med J*. 2011 Jul 29;124(1339):37-50
- 84 . Gabero I, Delgado AM, Benito de Cardenas IL. Salud oral en embarazadas: conocimientos y actitudes. *Acta Odontológica venezolana*. En: http://www.actaodontologica.com/ediciones/2005/2/salud_oral_embarazadas.asp
- 85 . Córdova JA, Bulnes RM. Nivel de conocimiento sobre prevención de salud bucal en gestantes. Hospital de la mujer Villahermosa, Tabasco 2007, *Horizonte Sanitario*. 2007;6(2):18-25
- 86 . Álvarez Calle W. Creencias culturales que intervienen en la práctica de salud oral en gestantes en el hospital "virgie del Rosario" Municipio el Villar Gestión. Tesis para optar al título de especialista en interculturalidad y salud- Universidad Mayor de San Andrés. <http://bibliotecadigital.umsa.bo:8080/rddu/bitstream/123456789/3673/1/T-PG-677.pdf>
- 87 . Rengifo HA. Creencias acerca de la salud oral en gestantes en tres ciudades colombianas. *Rev Fac Odontol Univ Antioq* 2009; 20(2): 171-178
- 88 . Claro LA, Sarmiento A, Riveros CM, Concha SC. Selección de los criterios que identifican las prácticas y creencias relacionadas con la salud oral en mujeres gestantes. *Ustasalud*; 2009;, 8(1):25-36
- 89 . Escobar Paucar G. Sosa Palacios C. Burgos Gil LM. Representaciones sociales del proceso de salud enfermedad bucal en madres gestantes de Medellín, Colombia. *Salud Pública de México*. 2010; 52(1):46-51
- 90 . Yalcin F, Eskinazi E, Soydinc M, Basegmez C, Issever H, Isik G, Berber L, Has R, Sabuncu H, Onan U. The effect of sociocultural status on periodontal conditions in pregnancy. *J. Periodontol*. 2002 Feb;73(2):178-82.
- 91 . Marc JNC, Plutzer K, Plutzer k. Women attitudes and perceptions of oral health and dental care during pregnancy. *J. Perinat Med* 2010 (38): 3-8 en: <http://edoc.hu-berlin.de/oa/degruyter/jpm.2010.007.pdf>
- 92 . Urrea FC. Respeto a la autonomía de mujeres gestantes en salud dialogo bioética-género. Tesis para optar por el título de Doctora en Bioética U. El Bosque
- 93 . Sourabha K.G., Manjunath P. Puranik, Sowmya K.R, Puttaswamy B, Ashwini Biradar. Association of Self Perceived Oral Health on Oral Health Related Quality of Life among Pregnant and Non Pregnant Women in Bangalore City. . *IJHSR*. 2014; 4(4): 120-127
- 94 . Hunter LP, Yount SM. Oral health and oral health care practices among low-income pregnant women, (Boggess KA, Urlaub DM, Massey KE, Moos M-K, Matheson MB, Lorenz C. Oral hygiene practices and dental service utilization among pregnant women. *Journal of the American Dental Association*. 2010;141(5):553-61
95. Esa R, Savithri V, Humphris G, Freeman R. The relationship between dental anxiety and dental decay experience in antenatal mothers. *Eur J Oral Sci*. 2010 Feb;118(1):59-65.
96. Delemotte M, Valcarcel J, Tramini P. Oral health and precariousness in pregnant women. *Odontostomatol Trop*. 2013 Mar;36(141):14-26

- 97 . Alves RT, Ribeiro RA, Costa LR, Leles CR, Freire Mdo C, Paiva SM. Oral care during pregnancy: attitudes of Brazilian public health professionals. *Int J Environ Res Public Health*. 2012 Sep 28;9(10):3454-64.
- 98 . Zanata RL, Fernandes KB, Navarro PS. Prenatal dental care: evaluation of professional knowledge of obstetricians and dentists in the cities of Londrina/PR and Bauru/SP, Brazil, 2004. *J Appl Oral Sci*. 2008 May-Jun;16(3):194-200
- 99 . Salama F, Kebriaei A, McFarland K, Durham T. Prenatal counseling for pregnant women: a survey of general dentists. *J Clin Pediatr Dent*. 2010;34(4):291-6.
- 100 . Pina PM, Douglass J. Practices and opinions of Connecticut general dentists regarding dental treatment during pregnancy. *Gen Dent*. 2011; 59(1):e25-31
- 101 . Chi DL., Milgrom P, Carle AC, Colleen E. Huebner CE, Mancl LA. Multilevel factors associated with dentists' counseling of pregnant women about periodontal health. 2014. *Special Care in Dentistry*. 34(1): 2–6
- 102 . Rodríguez Gómez MJ, Mejia Lora LP, Peñaloza Mora EY, Urueña Duran J. Conocimiento de los médicos y ginecobstetras sobre enfermedad periodontal y su relación con complicaciones en el embarazo; *Revista Salud UIS*, 2013; 45(3) Disponible en: <<http://revistas.uis.edu.co/index.php/revistasaluduis/article/view/3154>>. Fecha de acceso: 11 jun. 2014
- 103 . Mills LW, Moses DT. Oral health during pregnancy. *MCN Am J Matern Child Nurs*. 2002;27(5):275-80
104. Da Costa E P, Lee J Y, Rozier RG Zeldin L. Dental care for pregnant women: an assessment of North Carolina general dentists. *Journal of the American Dental Association* . 2010.141(8), 986.
105. Patil S. N., Kalburgi N. B., Koregol A. C., Warad S. B., Patil S., Ugale, M. S. Female sex hormones and periodontal health-awareness among gynecologists—A questionnaire survey. *The Saudi Dental Journal*. 2012. 24(2), 99-104.
106. Doyal L, Naidoo S. Why dentists should take a greater interest in sex and gender. *British dental journal*. (2010). 209(7), 335-337.
- 107 . Breilh J. *Epidemiología crítica. Ciencia emancipadora e Interculturalidad*. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2003
- 108 . Thompson TA, Cheng D, Strobino D. Dental cleaning before and during pregnancy among Maryland mothers. *Matern Child Health J*. 2013 Jan;17(1):110-8.
- 109 . Boggess KA, Urlaub DM, Massey KE, Moos M-K, Matheson MB, Lorenz C. Oral hygiene practices and dental service utilization among pregnant women. *Journal of the American Dental Association*. 2010;141(5):553-61
- 110 . Radnai M, Pál A, Novák T, Urbán E, Eller J, Gorzó I. Benefits of periodontal therapy when preterm birth threatens. *J Dent Res*. 2009;88(3):280-4
- 111 . Weidlich P, Moreira CH, Fiorini T, Musskopf ML, da Rocha JM, Oppermann ML, Aass AM, Gjermo P, Susin C, Rösing CK, Oppermann RV. Effect of nonsurgical periodontal therapy and strict plaque control on preterm/low birth weight: a randomized controlled clinical trial. *Clin Oral Investig*. 2013 Jan;17(1):37-44
- 112 . Lindenmueller IH, Noll P, Mameghani T, Walter C. CO2 laser-assisted treatment of a giant pyogenic granuloma of the gingiva. *International Journal of Dental Hygiene*. 2010;8(3):249-252
- 113 . Moss KL, Offenbacher S, Beck JD, White RP Jr. The presence of visible third molars negatively influences periodontal outcomes in the Maternal Oral Therapy to Reduce Obstetric Risk study. *J Oral Maxillofac Surg*. 2013 Jun;71(6):988-93
- 114 . Geisinger ML, Robinson M, Kaur M, Gerlach RW, Griffin R, et al. Individualized Oral Health Education Improves Oral Hygiene Compliance and Clinical Outcomes in Pregnant Women with Gingivitis. *Oral Hyg Health*. 2013; 1:111.

115. Kaushal S., Kumar A., Azmatullah M., Gupta S., Singh R. K. Harmonious functional and aesthetic correction of severe localised pregnancy-induced gingival enlargement associated with capillary haemangioma. *BMJ case reports*.2013-jun, bcr2013010125.
116. Machuca G., Khoshfeiz O., Lacalle J. R., Machuca C., Bullón, P. The influence of general health and socio-cultural variables on the periodontal condition of pregnant women. *Journal of periodontology* .1999. 70(7), 779-785.
- 117 . Dinas K, Achyropoulos V, Hatzipantelis E, Mavromatidis G, Zepiridis L, Theodoridis T, et al. Pregnancy and oral health: utilisation of dental services during pregnancy in northern Greece. *Acta Obstetricia Et Gynecologica Scandinavica*. 2007;86(8):938-44
- 118 . Albert DA, Begg MD, Andrews HF, Williams SZ, Ward A, Conicella ML, et al. An Examination of Periodontal Treatment, Dental Care, and Pregnancy Outcomes in an Insured Population in the United States. *American Journal of Public Health*. 2011;101(1):151-6
- 119 . Ramos-Gomez F, Chung LH, Beristain RG, Santo W, Jue B, Weintraub J, et al. Recruiting and retaining pregnant women from a community health center at the US-Mexico border for the Mothers and Youth Access clinical trial. *Clinical Trials*. 2008;5(4):336-46
- 120 . Adeniyi AA, Ogunbanjo BO, Sorunke ME, Onigbinde OO, Agbaje MO, Braimoh M. Dental attendance in a sample of Nigerian pregnant women. *Nig Q J Hosp Med*. 2010 Oct-Dec;20(4):186-91
- 121 . Azofeifa A, Yeung LF, Alverson CJ, Beltrán-Aguilar E. Oral Health Conditions and Dental Visits Among Pregnant and Nonpregnant Women of Childbearing Age in the United States, National Health and Nutrition Examination Survey, 1999–2004. *Prev Chronic Dis* 2014;11:140212
- 122 . Ayala de la Vega GR. Impacto social de los programas de salud oral en mujeres gestantes de Centro de Salud Carmen de la Legua Reynoso-Callao 2001. Universidad Nacional Mayor de San Marcos (Tesis de grado. Magister en Estomatología Lima Perú 2004
- 123 . Saddki N, Yusoff A, Hwang YL. Factors associated with dental visit and barriers to utilisation of oral health care service in a simple of neonatal mothers in Hospital University Sains Malaysia. *Biomed Central*.2010; 10:75. <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/10/75> (Abril 10 de 2011)
124. Russell SL, Mayberry LJ. Pregnancy and oral health: a review and recommendations to reduce gaps in practice and research. *MCN Am J Matern Child Nurs*. 2008;33(1):32-7.
- 125 . Gaffield ML, Colley Gilbert BJ, Malvitz DM, Romaguera R. Oral health during pregnancy. *JADA* July 2001; 132(7): 1009–1016
- 126 . Sánchez Martínez, R; Cadenas freixas, JL y de la Torre Menéndez, L . Factores que limitan el acceso de las embarazadas al tratamiento estomatológico. *Rev. Med. Electrón*. 2011;33 (5): (consultada en abril de 2011) en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242011000500002
127. Rogers S N. Dental attendance in a sample of pregnant women in Birmingham, UK. *Community dental health*.1991.8(4), 361-368.
- 128 . Kaylor MB, Polivka BJ, Chaudry R, Salsberry P, Wee AG. Dental insurance and dental service use by U.S. women of childbearing age. *Public Health Nurs*. 2011 May-Jun;28(3):213-22
- 129 . Xaverius PK, Homan S, Nickelson PF, Tenkku LE.. Disparities rank high in prioritized research, systems and service delivery needs in Missouri. *Matern Child Health J*. 2007 Sep;11(5):511-6.
- 130 . Kulikova NG, Omeltchuk NN, Zalenskiy VA, Tkachenko AS. The organization of medical stomatological care of women in post-natal period. *Probl Sotsialnoi Gig Zdravookhranennii Istor Med*. 2014 May-Jun;(3):34-6

-
131. Marchi KS, Fisher-Owens SA, Weintraub JA, Yu Z, Braveman PA. Most Pregnant Women in California Do Not Receive Dental Care: Findings from a Population-Based Study. *Public Health Reports*. 2010;125(6):831-42
- 132 . Lamarca GA, Leal MC, Leao AT, Sheiham A, Vettore MV. Oral health related quality of life in pregnant and post partum women in two social network domains; predominantly home-based and work-based networks. *Health Qual Life Outcomes*. 2012 Jan 13;10:5. doi: 10.1186/1477-7525-10-5
- 133 . Lamarca GA, Leal MC, Leao AT, Sheiham A, Vettore MV. The different roles of neighbourhood and individual social capital on oral health-related quality of life during pregnancy and postpartum: a multilevel analysis. *Community Dentistry & Oral Epidemiology*, 2014; 42(2): 139-142
- 134 . Chung LH, Gregorich SE, Armitage GC, Gonzalez-Vargas J, Adams SH. Sociodemographic disparities and behavioral factors in clinical oral health status during pregnancy. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*. 2014;42(2):151-9)
- 135 . Corchuelo-Ojeda J, Pérez GJ. [Socioeconomic determinants of dental care during pregnancy in Cali, Colombia]. *Cad Saude Publica*. 2014;(10):2209-18.
- 136 . Corchuelo J. Determinantes sociales y del estilo de vida en salud oral en el acceso a odontología de gestantes caleñas en el 2012. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública* 2013; 31(supl 1):S170-180)
- 137 . Corchuelo J. A literature Review on social and economic factors related to access to dental care for pregnant women. *The Journal of dentist*, 2013:24-34
138. Wu YM, Ren F, Chen LL, Sun WL, Liu J, Lei LH, Zhang J, Cao Z. Possible socioeconomic and oral hygiene behavioural risk factors for self-reported periodontal diseases in women of childbearing age in a Chinese population. . *Oral Health Prev Dent*. 2014;12(2):171-81
- 139 . Wandera M, Engebretsen IM, Okullo I, Tumwine JK, Astrøm AN; PROMISE-EBF Study Group. Socio-demographic factors related to periodontal status and tooth loss of pregnant women in Mbale district, Uganda. *BMC Oral Health*. 2009 Jul 18;9:18.
140. Neggers Y, Goldenberg R, Cliver S, Hauth J. The relationship between psychosocial profile, health practices, and pregnancy outcomes. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2006;85(3):277-85.
141. Thwaites MS, Cox GM. The psychosocial aspects of adolescent pregnancy: a dental perspective. *ASDC journal of dentistry for children*.1986. 53(5). 371-374
- 142 . Ben J, Jamieson LM, Parker EJ, Roberts-Thomson KF, Lawrence HP, Broughton J, Paradies Y. Experience of racism and tooth brushing among pregnant Aboriginal Australians: exploring psychosocial mediators. *Community Dent Health*. 2014 Sep;31(3):145-52
143. Ben J, Paradies Y, Priest N, Parker EJ, Roberts-Thomson KF, Lawrence HP, et al. Self-reported racism and experience of toothache among pregnant Aboriginal Australians: the role of perceived stress, sense of control, and social support. *Journal of Public Health Dentistry*. 2014;74(4):301-9
- 144 . Hwang SS, Smith VC, McCormick MC, Barfield WD. Racial/ethnic disparities in maternal oral health experiences in 10 states, pregnancy risk assessment monitoring system, 2004-2006. *Matern Child Health J*; 2011, 15:722-729
145. Jamieson LM, Univ A. Oral health and other characteristics of pregnant Aboriginal women compared with general population estimates. *Australian Dental Journal*. 2013;58(1):120-4.
- 146 . Concha-Sánchez SC. El proceso salud-enfermedad-atención bucal de la gestante: una visión de las mujeres con base en la determinación social de la salud. *Rev.Fac.Med*.2013, 61(3):275-291

- 147 . Concha SC. La salud oral de las mujeres gestantes, sus repercusiones y los aspectos que influyen en su atención. *Ustasalud*; 2011;10(2): 110-126
- 148 . Xiong X, Buekens P, Fraser WD, J Beck J, Offenbacher S. Periodontal disease and adverse pregnancy outcomes: a systematic review. *BJOG* 2006; 113:135–143
- 149 . Scannapieco FA, Bush RB, Paju S. Periodontal Disease as a Risk Factor for Adverse Pregnancy Outcomes. A Systematic Review. *Annals of Periodontology*. 2003, 8, (1):70-78
- 150 . Moret Y, González JM, Benavides I, Henríquez Y, Lárez L, Moreno S. Prevalencia de lesiones en la mucosa bucal en pacientes embarazadas que acuden al servicio de odontología de la maternidad Concepción Palacios durante el periodo Enero-Julio 2003. *Acta Odont. Venez.* 2009; 47(3):
- 151 . Méndez Sastoque CE, Beltrán Avendaño MA, Concha Sánchez SC, Camacho López PA. Relación entre Enfermedad Periodontal y Parto Pretérmino en el Servicio de Sala de Partos del Hospital Universitario de Santander (HUS). 2008 (Trabajo de grado Universidad Industrial de Santander
- 152 . República de Colombia. Ministerio de Salud. Estudio Nacional de Salud Bucal-ENSAB III. Bogotá, Colombia: MINSALUD, 1999. Tomo VII
- 153 . Riveros CM, Rodríguez MJ. Programa preventivo en salud oral para controlar factores de riesgo asociados a caries dental y enfermedad periodontal en mujeres gestantes. *Ustasalud*. 2007; 6(1): 17-28
- 154 . Breilh J. La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Rev.Fac. Nac.Salud Pública*. 2013; 31 (supl 1):13-27
- 155 . Breilh J. Epidemiología. Económica, política y salud. Bases estructurales de la determinación social de la salud. Séptima edición. Universidad Andina Simón Bolívar. Sede Ecuador. Corporación Editorial Nacional. Quito 2010
- 156 Secretaria Distrital de Salud. Hospitales de la Red Norte adscritos a la SDS, Universidad El Bosque, Colciencias. Guía de manejo clínico para el tratamiento odontológico para la mujer en gestación. 2013 En: http://www.uelbosque.edu.co/sites/default/files/documentos/facultades/odontologia/guia_manejo_clinico_tratamiento_mujer_gestante.pdf (Consultada en Agosto 2015)
157. López Noguero F. El análisis de contenido como método de investigación. *Revista de Educación*. 2002;4:167-179
158. Martínez-Salgado C. El muestreo en investigación cualitativa. Principios básicos y algunas controversias *Ciencia y & Saude Coletiva*. 2012;17(3):613-619
- 159 . OMS. Salud bucodental: plan de acción para la promoción y la prevención integrada de la morbilidad. WHA60.17. En: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA60/A60_R17-sp.pdf (Consultada Abril 2011)
- 160 . Hobdell M. Petersen PE. Clarkson J. Newell J. Global goals for oral health 2020. *International Dental Journal*. 2003; 53: 285-289
- 161 . Encuentro latino-americano de coordinadores nacionales de salud bucal: Carta de Brasilia sobre Salud Bucal en las Américas. Brasilia 2009. En: http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/geral/carta_brasilia_salud_bucal_americas.pdf (Agosto de 2015)
- 162 . FDI. Llevar al mundo hacia una salud bucodental. Visión 2020 de la FDI. Delinear el futuro de la salud bucodental en: http://www.fdiworldental.org/media/12516/vision_2020_spanish.pdf (Consultada Julio de 2014)
- 163 . Molina G, Cabrera G. Políticas Públicas en Salud: aproximación a un análisis. Facultad Nacional de Salud Pública “Héctor Abad Gómez”. Universidad de Antioquia, 2008) en: <http://guajiros.udea.edu.co/fnsp/cvsp/Políticas%20publicas%20en%20salud.pdf> (consultada en julio 21 de 2014)

- 164 . Restrepo R. A propósito de la Ley 1122 del 2007 Reforma del Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia: esperanza, mito y realidad. Rev. Fac. Nac. Salud Pública; 2007, 25(1): 90-105
- 165 . Hernández M. La nueva ley de salud: ¿más de lo mismo?. Razonpublica.com, 2011. En: <http://www.razonpublica.com/index.php/politica-y-gobierno-temas-27/1747-la-nueva-ley-de-salud-imas-de-lo-mismo.html> (Consultada Julio 2014)
- 166 . CEPAL-Serie Mujer y desarrollo No. 96. Los Objetivos de Desarrollo del Milenio en Bogotá D.C.: propuesta de indicadores con enfoque de género. Santiago de Chile, 2010. En: <http://www.cepal.org/publicaciones/xml/0/38960/serie96.pdf> (Consultada 10 de Julio de 2014)
- 167 . Alcaldía Mayor de Bogotá. Política de Provisión de Servicios de Salud para Bogotá DC. En: <http://www.saludcapital.gov.co/Politicas%20en%20Formulacin/POLITICA%20DE%20PROVISION%20DE%20SERVICIOS%20DE%20LA%20SALUD%20PARA%20BOGOTA.pdf> (Consultada Agosto 2015)
- 168 . Alcaldía Mayor de Bogotá. Política pública de mujeres y equidad de género en el Distrito Capital. En: <http://historico.equidadmujer.gov.co/mecanismos/Documents/bogota/Politica%20Publica%20Mujer%20Generos%20Bogota.pdf> (Consultada Agosto 2015)
- 169 . SDS. La Política de Salud Oral de Bogotá DC con participación social para el decenio 2011-2021. En: http://acfo.edu.co/educacion/pdf/Guias/politic_salud_oral_bogota_2011-2021.pdf (Consultada Agosto 2015)
- 170 . Echeverry López ME. Reforma a la salud y reconfiguración de la trayectoria de acceso a los servicios de salud desde la experiencia de los usuarios en Medellín, Colombia Rev. Gerenc. Polit. Salud. 2011; 10(20):97-109
- 171 . Linares-Pérez N, López-Arellano O. La equidad en salud: propuestas conceptuales, aspectos críticos y perspectivas desde el campo de la salud colectiva. Medicina Social. 2008; 3(3): 247-259
172. MINSALUD. IV Estudio Nacional de Salud Bucal. ENSAB IV. Situación en Salud Bucal. Bogotá. Buenos y Creativos. 2014. En: <http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENSAB-IV-Situacion-Bucal-Actual.pdf> (consultada en julio de 2015)
- 173 . Ministerio de Salud. Resolución 412 de 2000. Guías de promoción de la salud y prevención de enfermedades en la salud pública
- 174 . Universidad Distrital Francisco José de Caldas. Bogotá. Características. En: <http://www.udistrital.edu.co/universidad/colombia/bogota/caracteristicas/> (consultada 8 de julio de 2014)
- 175 . Sánchez FV, León N. Territorio y salud: Una mirada para Bogotá. En: <http://www.bdigital.unal.edu.co/1534/9/08CAPI07.pdf> (consultada julio 22 de 2014)
- 176 . UNAL, SDS.Mortalidad materna e infantil en Bogotá. Seguimiento y análisis de inequidades 2005-2011. Informe. En: http://devsp.saludcapital.gov.co/Documentos%20del%20Observatorio%20de%20Equidad/Informe%20Final%20Convenio%201246-2011/Anexo%202.%20Mortalidad%20Materna%20e%20infantil/Mortalidad%20Prevenible_Editado_04_10_2012.pdf (Consultada Julio de 2014)
- 177 . Fresnada O. Inequidades en salud a lo largo del ciclo vital en Bogotá. Capítulo 5. En: Restrepo DI. Inequidad social en salud. El caso de Bogotá. Colección La seguridad Social en la encrucijada Tomo 5. Universidad Nacional de Colombia; Bogotá 2010
- 178 . Secretaria Distrital de Salud. Informe final seguimiento metas distritales de salud oral 2008-2011. 2012

- 179 . COEM. Estudio y análisis de la equidad en salud. Una visión en salud oral. Fundación del Colegio de Odontólogos y Estomatólogos de Madrid. Fundación del Colegio de Odontólogos y Estomatólogos de Madrid; 2013
- 180 . Blázquez MI. Aproximación a la antropología de la reproducción. AIBR. Revista de Antropología Iberoamericana; 2005, 42: 1-25.
181. Alcántara G. La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad. Sapiens. Revista Universitaria de Investigación. 2008; 9(1):93-107. En: <http://www.redalyc.org/pdf/410/41011135004.pdf> (Consultada Julio 2015)
- 182 . Castellanos PL. Sobre el concepto salud enfermedad. Bol. Epidemiológico OPS. 1990; 10(4): en <http://bibleduc.gov.ar/areas/salud/dircap/mat/matbiblio/castellanos.pdf>
- 183 . Beltrán M. De lo oral a lo bucal en la odontología. Rev Colombiana de Investigación en Odontología.2011;2(5) en: <http://www.rcio.org/index.php/rcio/article/view/58/140>
- 184 . Díaz E, Ramos R. Algunas reflexiones en torno a la atención médica integral a la familia. Educ Med Super. 2002; 16(2):78-84
- 185 . Cáceres-Manrique FM, Molina Marín G, Ruiz-Rodríguez M. Maternidad: un proceso con distintos matices y construcción de vínculos. Aquichan;2014.14(3):316-326
- 186 . Mendoza JM, Jarillo EC. Determinación y causalidad en salud colectiva, algunas consideraciones en torno a sus fundamentos epistemológicos. Ciénc. Saúde coletiva. 2011; 16(1): 847-854
- 187 . Morales-Borrero C, Borde E, Eslava Castañeda JC, Concha Sánchez SC. ¿Determinación social o determinantes sociales? Diferencias conceptuales e implicaciones praxiológicas. Rev Salud Pública. 2013; 15(6):797-808
- 188 . Krieger N. Theories for social epidemiology in the 21st century: an ecosocial perspective, International Journal of Epidemiology. 2001; 30:668-77
- 189 . Krieger N. Epidemiology and the people's health. Theory and context. Oxford University Press 2011
- 190 . Almeida-Filho N, La ciencia tímida. Ensayos de deconstrucción de la epidemiología. Lugar Editorial 2000
- 191 . Almeida Filho N. Modelos de determinação social das doenças crônicas não-transmissíveis. Ciencia & Salud Colectiva.2004; 9(4):865-84
- 192 . Almeida Filho N, Barreto ML. Epidemiologia & Saúde: fundamentos, métodos, aplicações. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011
- 193 . Laurell AC, Sobre la concepción biológica y social del proceso salud-enfermedad. En: Organización Mundial de la Salud. Lo biológico y lo social-su articulación en la formación del personal de salud. Washington 1994.
- 194 . Eibenschutz C, Tamez S, González R. ¿Determinación social o Determinantes Sociales de la Salud? Universidad Autónoma Metropolitana, 2011.
- 195 . Lip C, Rocabado F. Determinantes sociales de la salud en Perú. Ministerio de Salud. Cuaderno de promoción de la salud N°17. Ministerio de Salud, Universidad Norbert Wiener, OPS, Lima 2005 (Consultado en enero 2015. En: [http://www.minsa.gob.pe/dgsp/archivo/salud_mental_documentos/12_Determinantes Sociales Salud.pdf](http://www.minsa.gob.pe/dgsp/archivo/salud_mental_documentos/12_Determinantes_Sociales_Salud.pdf)
- 196 . Guba EG, Lincoln YS. Paradigmatic controversies, contradictions, and emerging influences". In: Denzin NK, Lincoln YS, eds. The Sage Handbook of Qualitative Research.3rd ed.Thousand Oaks, CA: SAGE publications 2005: 191-215
197. Hernández Álvarez M. Desigualdad, inequidad e injusticia en el debate actual en salud: posiciones e implicaciones. P.169-192. En: Eibenschutz C, Tamez S, González R. ¿Determinación social o Determinantes Sociales de la Salud? Universidad Autónoma Metropolitana, 2011

- 198 . Gómez GE, López MV, Ochoa SC, Wilches OC. Matriz de procesos críticos: propuesta para estudiar condiciones de vida y de salud. Investigación y educación en enfermería. 2007; 25(1):20-28
- 199 . Breilh J. Una perspectiva emancipadora de la investigación e incidencia basada en la determinación social de la salud. En: Eibenschutz C, Tamez S, González R (compiladores). ¿Determinación social o determinantes sociales de la salud. Universidad Autónoma Metropolitana. México 2011:55-57.
- 200 . López Arellano O, Escudero JC, Carmona LD. Los determinantes sociales de la salud. Una perspectiva desde el taller Latinoamericano de determinantes sociales de la salud ALAMES. Medicina Social. 2008;3(4):323-335.
- 201 . Breilh J. La epidemiología crítica: una nueva forma de mirar la salud en el espacio urbano. Salud Colectiva. 2010, 6(1):83-101.
- 202 . Cueva N. Jaime Breilh. En: Arroyo J (compilador). Pensadores de la salud pública contemporánea. Lima; Universidad Peruana Cayetano Heredia, 2012: 23-37. En: [http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4_uibd.nsf/93123A0E19AE06A005257BC90077FDA4/\\$FILE/Pensadores_Salud_Publica_JB.pdf](http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4_uibd.nsf/93123A0E19AE06A005257BC90077FDA4/$FILE/Pensadores_Salud_Publica_JB.pdf) (Consultado Agosto 2015)
- 203 . Breilh J. Las ciencias de la salud pública en la construcción de una prevención profunda: "Determinantes y Proyecciones". Urgencia de un discurso científico ligado a la esperanza. En: <http://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/3396/1/Breilh,%20J-CON-093-Las%20ciencias%20salud.pdf>. (Consultada Agosto 2015)
- 204 . Breilh J. Hacia una construcción emancipadora del derecho a la salud. En: <http://www.famq.org.ar/documentos/S11%20hacia%20construccion%20emancip%20derecho%20salud%20J%20Breilh%2002%202010.pdf> (Consultada Agosto 2015)
- 205 . García MJ. Teorías marxistas de las clases sociales. Universidad Nacional de Cuyo. Facultad e ciencias políticas y sociales. Carrera de sociología. Trabajo de tesina. Abril de 2011 En: http://bdigital.uncu.edu.ar/objetos_digitales/3705/tesisgarcia.pdf.
- 206 . Ríos J. Las teorías de las clases sociales de Marx y Weber: introducción para estudiosos de la administración. CA:19- 28
207. Navarro MC. Uniones, maternidad y salud sexual y reproductiva de las afrocolombianas de buenaventura. Una perspectiva antropológica. Rev. colomb. antropol. 2009;45(1): 39-68
- 208 . Corredor N. Mujeres en la salud, y la salud de las mujeres: influencia de género. En: Mujeres, salud y salud pública. Cuaderno del Doctorado No.5. 2006: 15-40.
- 209 . Scott JW. El género: una categoría útil para el análisis histórico. En Amelang JY, Nash M. Ed Alfons el Magnanim. Instituíó Valencina d Estudis i Investigació, 1990. Traducido por Portela E, Portela M
- 210 . Barbieri T. Sobre la categoría de género. Una introducción teórico-metodológica. Debates en Sociología 1993; 18:145-169
- 211 . Araiza A. Epistemología de género: las mujeres zapatistas de Roberto Barrios. Política y cultura; 2004,22:125-145
- 212 . Rohlf s I, Borrell C, Fonseca MC. Género, desigualdades y salud pública: conocimientos y desconocimientos. Gac. Sant 2000;14(Supl 3):60-71
- 213 . Breilh J. El género entre fuegos. Inequidad y esperanza. Centro de Estudios y Asesoría en Salud. 1996
- 214 . Artilés L. Equidad de salud y etnia desde la perspectiva de género. Rev Cubana Salud Pública 2007; 33(3). En: http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol33_3_07/spu08307.htm
- 215 . Alfonso García MR. Aproximaciones a la polémica entre lo cualitativo y lo cuantitativo en la investigación científica. CEO. (Consultado en enero de 2015. En: <http://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/ceo/article/viewFile/6822/6248>

- 216 . Breilh J. Nuevos conceptos y técnicas de investigación. Guía pedagógica par un taller de metodología (epidemiología del trabajo). Quito. Centro de Estudios y Asesoría en Salud. Tercer edición, 1997
217. Smith DE. Text and Ontology of organizations and institutions. *Studies in Cult, Orgs and Socs.* 2001;7(2):159-198
218. Yañez SS. Develando la propuesta de Dorothy Smith: aportes epistemológicos y metodológicos para el abordaje social. *Diálogos.*2011;2(1):111-126
219. López F. El análisis de contenido como método de investigación. *Revista de Educación.* 2002;4:167-179. En: <http://rabida.uhu.es/dspace/bitstream/handle/10272/1912/b15150434.pdf?sequence=1> (consultado en agosto 2015)
220. Mora M. La teoría de las representaciones sociales de Serge Moscovici. *Athenea digital.* 2002;2:1-25 en: <http://www.raco.cat/index.php/Athenea/article/viewFile/34106/33945>
221. Grimes DA. Schulz KF. An overview of clinical research. *The lay of the land.* The Lancet. 2002. 359:57-61
222. Hosmer DW, Lemeshow S. *Applied logistic regression.* NY:A Wiley-Interscience Publications. John Wiley & Sons 2000 p. 1-187
223. Rabe-Hesketh S, Skrondal A. *Multilevel and longitudinal modeling using Stata.* Stata Press Publication. Second Edition.Texas.2008
224. Secretaria Distrital de Integración Social. Subdirección local de Engativá. *Lectura de realidades mesas de gestión social integral y calidad de vida.* 2010 en: http://old.integracionsocial.gov.co/anexos/documentos/1_entidad/gsi/10_engativa_lectura_de_realidades.pdf (Consultada en Julio 12 de 2014)
225. Hernández M. El concepto de equidad y el debate sobre lo justo en Salud. *Rev. salud pública.* 2008; 10(1):72-82
- 226 . Secretaria Distrital de Salud. Bogotá DC. Balance de resultados 2012 Programa Territorios Saludables. Plan de Desarrollo Distrital. Bogotá Humana 2012-2016. (Consultada en Enero 2015) En: <http://www.saludcapital.gov.co/Rendicin%20de%20Cuentas/Rendici%C3%B3n%20de%20Cuentas%202012/EJE%201%20PLAN%20DE%20DESARROLLO%20BOGOT%C3%81%20HUMANA.pdf>
227. Secretaria Distrital de Salud. Seguimiento al programa “Salud a su Hogar” en Bogotá. Así vamos en salud. Presentación “Dr. Hector Zambrano” en: <http://www.asivamosensalud.org/media/santafe/evento/43880be14a343e736afbce494a283867.pdf> (consultada en Agosto de 2015)
228. Fuentes LY. Las políticas públicas de mujer y género en Bogotá. *Revista Colombiana de Sociología.* 2007; 28(2):181-198
229. Secretaria Distrital de Salud. Observatorio de Mujeres y Equidad de Género. En: <http://www.sdmujer.gov.co/component/content/article/2-uncategorised/9-observatorio-distrital-de-mujeres-y-equidad-de-genero> (Consultada en Agosto de 2015)
230. Valencia A. Exclusión social y construcción de lo público en Colombia. *Cidse-Cerec.* Bogotá, Octubre 2001
- 231 . Laguado A. La política social desde la constitución de 1991 ¿Una década perdida? Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Ciencias Humanas. Colección CES 2004
- 232 . Ministerio de la protección Social. Política Nacional de prestación de los servicios de salud, Bogotá 2005
- 233 . Starfield B. Equidad en salud y atención primaria: una meta para todos. *Revista Gerencia y Política de Salud.* 2001; 1: 7-16

- 234 . Vargas JG. La nueva correlación de fuerzas para la gobernabilidad del Estado, mercado y la sociedad. Tecsis-tecatl. 2007, 2. En <http://www.eumed.net/rev/tecsistecat/n2/jgvh.pdf>. (Consultada en 12 Octubre de 2014)
- 235 . Penaglia FE. La paradoja del poder: ¿Elitización o empoderamiento colectivo? Polis, Revista de la Universidad Bolivariana. 2012;11(32):105-118
- 236 . Hernández Álvarez. M. ODM5, Mejorar la salud materna desde el imperativo de la equidad. En: ODM. Los objetivos de desarrollo del milenio. Bogotá. 2010; Editora Corredor Martínez C. Bogotá. Universidad Nacional de Colombia
- 237 . Franco S. Dos derechos al revés: reflexiones sobre los derechos a la vida y a la paz en el mundo actual. Salud Colectiva. 2007; 3(3): 315-323
- 238 . Pineda J. Hacia una ciudad incluyente: género e indicadores sociales en Bogotá. Revista Pre-til, 2007; 13:29-47
- 239 . Montoya AM. Mujeres, derechos y ciudad: apuntes para la construcción de un estado del arte desde el pensamiento y la teoría feminista. Territorios, 27: 105-143
- 240 . León F, Hernández M. Mortalidad materna e infantil en Bogotá. Seguimiento y análisis de inequidades 2005-2011. Observatorio para la equidad en calidad de vida y salud en Bogotá D.C. 2012).
- 241 . Secretaria Distrital de Integración Social. Subdirección local de Engativá. Lectura de realidades mesas de gestión social integral y calidad de vida. 2010 en: <http://www.saludcapital.gov.co/sitios/VigilanciaSaludPublica/Diagnosticos%20Locales/10-ENGATIVA.pdf> (consultada en Julio 12 de 2014).
- 242 . Hospital de Suba. Diagnóstico local tercer avance. 2011. En: <http://www.esesuba.gov.co/joomla/portal/images/stories/Documentos/Salud Publica/DIAGNOSTICO%20LOCAL%20TERCER%20AVANCE%202011.pdf> (Consultada Agosto 2015)
- 243 . Alcaldía Mayor de Bogotá DC. Localidad Usaquén. Diagnóstico local con participación social 2009-2010. En: <http://www.saludcapital.gov.co/sitios/VigilanciaSaludPublica/Diagnosticos%20Locales/01-USAQUEN.pdf> (Consultada Agosto 2015)
244. Hemalatha VT, Manigandan T, Sarumathi T, Aarthi Nisha V, Amudhan A. Dental considerations in pregnancy- A critical review on the oral health. J Clin Diagn Res. 20137(5):948-953
245. Livingston HM, Dellinger TM, Holder R. Considerations in the management of the pregnant patient. Spec Care Dentist. 1998; 18(5):183-188
246. Rubio-Mendoza ML. Equidad en el acceso a los servicios de salud y equidad en la financiación de la atención en Bogotá. Rev. Salud pública. 2006; 10 sup (1):29-43
247. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. La protesta social en América Latina. Cuaderno de prospectiva política 1. Siglo veintiuno editores, 2012. En: <http://www.undp.org/content/dam/undp/library/crisis%20prevention/Understanding%20Social%20Conflict%20in%20Latin%20America%202013%20SPANISH.pdf>. (Consultada en Agosto 2015)
248. Brito Quintana PE, Impacto de las reformas del sector d la salud sobre los recursos humanos y la gestión laboral. Rev. Panam Salud Publica. 2000; 8(1/2):43-54
249. Urrea Mora FC. Matices de la autonomía en mujeres gestantes durante la atención en salud: un diálogo bioética-género. Revista Colombiana de Bioética. 2012; 7(2):89-106
250. Contreras-Brito JB. Prevalencia de embarazo en adolescentes en la E.S.E Alejandro Prospero Reverend de Santa Marta en los años 2008-2009. Universidad Nacional de Colombia. Tesis Mágister en Salud Pública. 2011
251. Kolodin SK, Rodríguez G. Estudio cualitativo sobre las redes sociales de apoyo durante el embarazo y parto en tres municipios de Chiapas. Salud en Chiapas. 2014;2(1):6-10

252. Organización Panamericana de la Salud. La Ruta...Maternidad Segura. En: http://www.paho.org/col/index.php?option=com_content&view=article&id=1195:la-ruta-maternidad-segura&Itemid=442 (Consulta septiembre 20 de 2014)
253. Ardila Medina CM. La profesionalización en la formación del odontólogo. En <http://tesis.udea.edu.co/dspace/bitstream/10495/186/1/ProfesionalizacionFormacionOdontologos.pdf> (consulta marzo de 2012)
254. Breilh J. Las tres "S" de la determinación de la vida y el triángulo de la política (10 tesis hacia una visión crítica de la determinación social de la vida y la salud. En: Passos Nogueira R. Determinação social da saúde e reforma sanitária. CEBES 2010
255. Arrivillaga M. Determinación social de la adherencia terapéutica. Alternativa conceptual y metodológica aplicada al caso de mujeres viviendo con VIH/sida. Universidad Nacional de Colombia, 2010