

ESTADO DE SALUD ORAL, PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DE POBLACIÓN
VULNERABLE EN ADULTOS MAYORES Y NIÑOS POR DETERMINANTES
SOCIOECONÓMICOS. REVISIÓN DE LITERATURA

FABIÁN ANDRÉS ARO LÁZARO

UNIVERSIDAD ANTONIO NARIÑO

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

SAN JOSÉ DE CÚCUTA

2020

ESTADO DE LA SALUD ORAL, PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DE POBLACIÓN
VULNERABLE EN ADULTOS MAYORES Y NIÑOS POR DETERMINANTES
SOCIOECONÓMICOS. REVISIÓN DE LA LITERATURA

FABIÁN ANDRÉS ARO LÁZARO

ASESORES

JESÚS ARTURO RAMÍREZ SULVARÁN

Lic. MSc. Dr. En educación

CARLOS QUINTERO

Od. MSc.- Especialista en Rehabilitación Oral

UNIVERSIDAD ANTONIO NARIÑO

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

SAN JOSÉ DE CÚCUTA

2020

Agradezco en primer lugar a Dios por siempre brindarme las oportunidades necesarias para ir cumpliendo paso a paso mis logros como ser humano y como profesional en la salud.

A mis padres José Aro Ortega y Luz Marina Lázaro por darme siempre su apoyo incondicional en la vida y en el desarrollo de mi educación.

Resumen

Objetivo: determinar el estado de salud oral, promoción y prevención en población socioeconómicamente vulnerable en un contexto mundial y nacional mediante una revisión de literatura. **Materiales y métodos:** Investigación descriptiva. Se realizó una recolección de información científica expresada en artículos analizando y describiendo el estado, factores y efectos relacionados con la salud oral en la población socioeconómicamente vulnerable expresada en 63 estudios. La muestra estuvo constituida por 38 artículos. **Resultados:** se demuestra que el equilibrio de la salud oral se ve seriamente afectado por las condiciones sociales, económicas y culturales de las poblaciones descritas, afectando consecencialmente la calidad de vida en todos sus ámbitos descritos, en relación también a la aparición de afecciones oportunistas desencadenantes de patologías orales para la salud general. **Conclusiones:** el grado de afectación debido al desinterés y falta de oportunidades de detención, o corrección oportuna, surge en gran medida en un completo desafío mundial para la salud oral, siendo necesario el control epidemiológico sistemático para no conllevar al desabandono de la salud oral mundial. Siendo evidente la importancia directa del valor en la prestación de herramientas de apoyo y tecnología para medir y determinar los impactos de las enfermedades orales. Es necesario y pertinente la continua implementación de políticas estructurales para lograr una tendencia sostenida en atención de la salud oral y sus medios correctivos y preventivos.

Palabras claves: Población vulnerable, salud oral en población socioeconómicamente vulnerable, promoción y prevención en salud oral, factores de riesgo odontológico en población vulnerable, efectos en salud oral de poblaciones vulnerables.

Abstract

Objective: To determine oral health status, promotion and prevention in socioeconomically vulnerable populations in a global and national context through a literature review. **Materials and methods:** Descriptive research. A collection of scientific information expressed in articles was carried out analyzing and describing the state, factors and effects related to oral health in the socioeconomically vulnerable population expressed in 63 studies. The sample consisted of 38 articles. **Results:** it is clearly demonstrated that the balance of oral health is seriously affected by the social, economic and cultural conditions of the populations described, affecting consequently the quality of life in all the areas described, in relation also to the occurrence of opportunistic conditions triggering oral pathologies in for general health. **Conclusions:** the degree of affectation due to disinterest and lack of opportunities for detention, or timely correction, arises largely in a complete global challenge to oral health, Systematic epidemiological control is necessary and relevant to avoid the loss of global oral health. The direct importance of value in the provision of support tools and technology to measure and determine the impacts of oral diseases is evident. The continuous implementation of structural policies is necessary to achieve a sustained trend in oral health care and its corrective and preventive means.

Keywords: Vulnerable population, oral health in a socioeconomically vulnerable population, promotion and prevention in oral health, dental risk factors in vulnerable population, effects in oral health of vulnerable populations.

Contenido

Introducción	6
El problema	8
Planteamiento de problema	12
Formulación del problema	12
Objetivos	13
Objetivo general	13
Objetivos específicos	13
Justificación	14
Revisión bibliográfica	16
Población socioeconómicamente vulnerable en el ámbito mundial y nacional	17
Salud oral en poblaciones socioeconómicamente vulnerables en el ámbito	22
Mundial y nacional	
Factores de riesgo en poblaciones socioeconómicamente vulnerables en el ámbito	24
Mundial y nacional	
Prácticas en salud oral en poblaciones socioeconómicamente vulnerables en	26
El ámbito mundial y nacional	
Promoción y prevención en salud oral en poblaciones socioeconómicamente	28
Vulnerables en el ámbito mundial y nacional	
Efectos en salud oral en poblaciones socioeconómicamente vulnerables en el ámbito	31
Mundial y nacional	
Diseño metodológico	34
Tipo de investigación	34
Población y muestra	34
Población	34
Muestra	39

Criterios de inclusión y exclusión	34
Criterios de inclusión	34
Criterios de exclusión	35
Variables de estudio	35
Variables dependientes	35
Variables independientes	35
Materiales y métodos	35
Análisis estadístico	36
Resultados	37
Estado de salud oral en adultos mayores con vulnerabilidad socioeconómica en El ámbito mundial y nacional	37
Estado de salud oral en niños con vulnerabilidad socioeconómica en el ámbito Mundial y nacional	40
Prácticas relacionadas con la salud oral en adultos mayores con vulnerabilidad Socioeconómica en el ámbito mundial y nacional	42
Prácticas relacionadas con la salud oral en niños con vulnerabilidad Socioeconómica en el ámbito mundial y nacional	43
Factores de riesgo odontológico en adultos mayores con condiciones de Vulnerabilidad socioeconómica	46
Factores de riesgo odontológico en niños con condiciones de vulnerabilidad Socioeconómica en el ámbito mundial y nacional	49
Efectos a través de la promoción y prevención odontológica en adultos mayores Con condiciones de vulnerabilidad socioeconómica en el ámbito mundial Y nacional	51
Efectos a través de la promoción y prevención odontológica en niños con Condiciones de vulnerabilidad socioeconómica en el ámbito mundial y nacional	53
Discusión	55

Conclusión	61
Recomendaciones	64
Referencias bibliográficas	65

Introducción

En el ámbito mundial existe una población denominada vulnerable, la cual se define como un grupo de personas en estado de inequidad, ya sea por estados socioeconómicos, culturales, raza, edad, sexo, o susceptibilidad genética donde presenta muchos limitantes. Esto trae como consecuencia que se presente una deficiente salud general y en particular en salud oral. Sin embargo, los entes gubernamentales y el estado en general deben prestar mayor atención a esta población. Así mismo, las universidades se debe comprometer en abordar esta problemática con más profundidad y compromiso social. En este sentido, desde la universidad Antonio Nariño se presenta el siguiente trabajo de investigación, el cual tiene como fin determinar el estado de salud oral, promoción y prevención de población socioeconómicamente vulnerable mediante una revisión sistemática de literatura. En este orden de ideas este trabajo de grado aborda los siguientes tópicos: estado de salud oral en población socioeconómicamente vulnerable en el ámbito mundial y nacional, prácticas relacionadas con salud oral en población socioeconómicamente vulnerable en ámbito mundial y nacional, factores de riesgo odontológico en población socioeconómicamente vulnerable el ámbito mundial y nacional, efecto a través de la promoción y prevención en población socioeconómicamente vulnerable en el ámbito mundial y nacional. Para este proceso investigativo, se efectúa utilizando fuentes electrónicas de recursos bibliográficos como Scindirect, Pubmed, BMC oral Health, Reserchgates, Scielo, The Lancet, Elsevier; en donde los términos temáticos mayormente empleados para la búsqueda fueron: salud oral en población vulnerable, promoción y prevención en salud oral, factores de riesgo odontológicos en población vulnerable, efectos en salud oral de poblaciones vulnerables, en diferentes idiomas como inglés y español.

Para la selección de los documentos se tuvo en cuenta los criterios de inclusión y de exclusión, obteniendo una síntesis de la información encontrada. Se estructuró una lista de referencias de los artículos para no tener repeticiones de las fuentes estudiadas. Luego se presentan los resultados obtenidos de forma narrativa, después se presenta una discusión en la cual se dan los puntos de las divergencias y convergencias de los diferentes autores. Posteriormente se presentan las conclusiones y las recomendaciones.

Problema

Planteamiento del problema

La población vulnerable puede ser descrita como un grupo de personas en estado de inequidad, ya sea por ámbitos socio-económicos, culturales, raza, edad, sexo, o susceptibilidad genética. Siendo como coadyuvantes en factores de riesgo a ser más propensos a la desprotección y exclusión de los diferentes sistemas que puedan garantizar una menor incidencia referente a una condición en particular. Esta implica algún tipo de inseguridad y sensibilidad del bienestar de los individuos, hogares o comunidades en situaciones de cambio afectando a cada uno de los habitantes en el mundo siendo de manera directa o indirecta. Sin embargo, el grado de vulnerabilidad varía entre los países, regiones o comunidades poblacionales específicas en la que se encuentren (Benavides y Cerón, 2017). En todo el mundo, 3.900 millones de personas se ven afectadas por enfermedades orales. Particularmente las poblaciones desfavorecidas y pobres son las más vulnerables (Thapa et al., 2016).

Estas poblaciones vulnerables de todo el mundo están sujetas a peores resultados sanitarios. Las dimensiones de vulnerabilidad son enormes, por lo que definir una población vulnerable es difícil. Por lo general estas comunidades experimentan numerosas barreras para acceder a la asistencia en salud (George, Daniels & Fioratou, 2018, p.3).

La relación entre la posición socioeconómica y las enfermedades orales, pueden reflejar la combinación de factores biológicos con la falta de recursos materiales que permitan brindar más fácil acceso a una atención adecuada, a obtener oportuna educación en las habilidades y el conocimiento en salud oral. La calidad de vida, vista desde la realidad de cada individuo en su posición está directamente relacionada con la salud oral, en donde se considera parte vital de su salud humana integral. La aparición de enfermedades como la caries dental, gingivitis, periodontitis entre otras, puede representar problemas psicosociales en donde principalmente se ven afectados factores como la estética, la funcionalidad, la sensibilidad y la autoestima. Siendo las enfermedades orales una de las principales preocupaciones de salud pública a nivel mundial, y teniendo un profundo impacto en el bienestar y la vida social diaria de las personas (Cerón, 2018).

Es importante recalcar que las creencias y conocimientos en salud oral de las comunidades se ven afectados por la cultura, la educación y la condición social, y pueden variar a lo largo de la vida. Actualmente debido a las políticas gubernamentales, la organización de los servicios de salud en odontología continúa cubriendo en gran medida a una pequeña parte poblacional y, por ende, se presenta una baja cobertura total poblacional. Sumado a esto, muy poco se enfatiza en la motivación y la educación para la salud, que incluye la generación de destrezas en técnicas de higiene oral a la población de mayor riesgo de vulnerabilidad; en donde se hace necesario la implantación y la implementación de estrategias de mitigación de las enfermedades orales como problema de salud pública para evitar la incidencia de las enfermedades más prevalentes en la cavidad oral (Contreras, 2016).

Sobre todo, en el ámbito de prevención, debe reforzarse como una doctrina de implantación de estrategias de salud pública, para prevenir las enfermedades orales más comunes. Es bien sabido que la educación en salud oral se enfatiza para la prevención creando hábitos favorables, debido a que en un futuro se presentara un menor costo y mayor beneficio en salud oral cuando se aplica desde edades tempranas, ya que gracias a la intervención oportuna pueden evitarse enfermedades o tratarse a un costo reducido. Así mismo, al no existir la costumbre de la prevención bucodental se ignora el valor que le corresponde, debido quizá a que es algo “sencillo” o simplemente por tratarse de un tema desconocido. Por ende, cuando los dientes se ven severamente afectados, se presentan dolores agudos, en donde al parecer es la única manera de acudir al odontólogo. Esta práctica debe radicar en comprender que el beneficio de prevenir una enfermedad o sus complicaciones es mayor que el que se obtiene por atenderlo de manera oportuna y adecuada (Gonzalez, Rocha y Gonzalez, 2017).

Por consiguiente, es un hecho que en todo el mundo las poblaciones particularmente pobres y socialmente desfavorecidas en los países en vía de desarrollo sufren en gran medida la implicación de enfermedades orales. El efecto de la mala salud oral es enorme, ya que está directamente relacionada con la salud en general, desencadenando efectos psicosociales, alimentación deficiente, problemas estéticos, vergüenza social y aislamiento y tiempo perdido en los centros de formación académicos y en el trabajo. Por ende la carga de las enfermedades orales está relacionada a cualquiera de estos factores, como la pobreza, el analfabetismo, la mala higiene oral,

la falta de educación en salud oral y la falta de acceso oportuno a servicios de salud oral asequibles (Braimoh & Odai, 2014).

Por lo general hoy en día, los adultos mayores mantienen sus dientes más tiempo pero sufren de mala salud oral debido a déficits acumulados en la cavidad oral, por lo cual la carga de enfermedades crónicas mal controladas y una higiene deficiente contribuyen principalmente en la evolución de esta (Ortiz, Cruz, Moreno, Heredia & Sanchez, 2019, p.23). “Las enfermedades orales no suelen considerarse prioritarias en las políticas de salud pública y por lo tanto no se fomentan encuestas epidemiológicas, aunque sean el primer paso para construir un sistema eficiente de iniciativas de recopilaciones de datos” (Peres et al., 2019, p.186). La mala salud oral influye mucho en la calidad de vida de los niños, adultos y más aún en personas de edad avanzada; afectando la nutrición, el crecimiento y el desarrollo en niños, así como la asistencia a la escuela. (Olabisi, Bashiru, Gbenga & Adeniyi, 2015, p.61).

En un contexto integral, la salud oral está estrechamente relacionada con la salud general, teniendo una gran influencia en la calidad de vida. En general a nivel global, el nivel de salud oral está mejorando, pero la carga social sigue siendo un factor determinante para las enfermedades orales más frecuentes como la caries dental, la enfermedad periodontal y la pérdida de dientes. Los estudios refieren que los problemas de salud oral y las desigualdades están influenciados por factores demográficos y socioeconómicos, como la educación, la ocupación, los ingresos y el uso de los servicios de salud. Es importante que la agenda actual de investigación en salud pública este identificando los medios para reducir las desigualdades en salud oral a nivel nacional con el fin de garantizar que los servicios dentales satisfagan las necesidades de una población (Kim, Kim y Shin, 2017).

Rolnitsky, Kirtsman, Golberg, Dunn & Bell (2018) afirman que “Las desigualdades en asistencia en salud en son comunes y esta desigualdad tiene un impacto considerable en el pronóstico de los pacientes y en el riesgo de los efectos adversos” (p.246). Por lo tanto el acceso limitado a la atención odontológica es una de las principales causas de las desigualdades en salud oral, en donde la falta de seguro dental, y los altos costos asociados son los principales obstáculos de atención odontológica (Cadoret & Garcia, 2014, p.165).

En tiempos recientes, en Colombia se han presentado fuertes cambios coyunturales desde la violencia y las notables brechas de desigualdad que han dificultado aún más al acceso pertinente a algún sistema de beneficio en salud oral. Siendo el conflicto armado es la causa principal del desplazamiento forzoso, en donde las poblaciones desplazadas viven condiciones típicamente marginales, en términos sociales y económicos, con relación a la población residente en la ciudad. En donde se han tenido que adaptar al cambio de vida, realizando actividades como reciclaje, servicio doméstico, venta ambulante, albañilería y oficios varios, convirtiéndose en un fenómeno de desajuste social. Según estudios referentes a la comprensión y estimación de vulnerabilidad social son escasos, y solo se ven limitados solo a observar la dinámica de la vulnerabilidad en un número reducido de ciudades del país, segregando a ciertas regiones que puedan marcar una diferencia en el estudio integral de este tipo de índices de aquellas zonas con mayores dificultades sociales (Revelo, Gutiérrez, Castro y Rodríguez, 2019).

Por ende, las poblaciones con bajos ingresos y aun mas que no posean un hogar se presenta una mayor carga de enfermedades orales haciéndose más susceptibles a los procesos desencadenantes de la enfermedad frente a estas condiciones y afecciones oportunistas. Estas afecciones “Ayudan perpetuándose su baja condición socioeconómica” (León, Moya y Vidal, 2019, p.3). Por lo tanto, el análisis de inequidad de atención en salud oral en una determinada población es evidente cuando el estado de salud bucodental se relaciona significativamente con el hecho de pertenecer a dicho grupo social o por el contrario ser excluido del mismo. Y más aún a aquellos que por condiciones geográficas no tiene la facilidad de una atención eficaz y oportuna a estos grupos poblacionales con las diferentes necesidades ya sea por alguna incapacidad o limitación física o por alguna condición patológica diagnosticada (Rosas & Sanchez, 2019).

Deinzer, Ebel, Blättermann Weik & Margraf (2018) afirman: Por lo tanto aunque la higiene oral se realice de forma regular, su calidad tiende a ser baja o al menos insuficiente con respecto al mantenimiento de la salud oral. (p.5)

Formulación del problema

¿Cuál es el estado de salud oral, la promoción, la prevención y factores de riesgo en la población vulnerable adultos mayores y niños?

Objetivos

Objetivo general

Determinar el estado de la salud oral, promoción y prevención en población socioeconómicamente vulnerable en un contexto mundial y nacional mediante una revisión sistemática de literatura.

Objetivo específicos

Determinar el estado de salud oral en población socioeconómicamente vulnerable en el ámbito mundial y nacional.

Analizar las prácticas relacionadas con salud oral en población socioeconómicamente vulnerable en ámbito mundial y nacional.

Identificar factores de riesgo en salud oral en población socioeconómicamente vulnerable el ámbito mundial y nacional.

Determinar los efectos de las actividades de promoción y prevención en población socioeconómicamente vulnerable en el ámbito mundial y nacional por parte los entes gubernamentales.

Justificación

Las enfermedades orales son muy frecuentes en la población de adultos mayores a raíz de ello por el declive de la misma salud que presentan generalmente, ayudando a reducir cada vez más en la calidad de vida de los afectados. Aunque estos eventos crónicos se pueden prevenir en gran medida, es inminente el deterioramiento en la calidad a raíz del estado social en que está incluida esta población. Una clave es la persistencia en el interés de una atención oportuna en cierta manera reflejando posibilidades de obtención de un buen estado de salud a través, en parte, del acondicionamiento integral. La gran mayoría no pueden costear sus tratamientos, especialmente en regiones apartadas de los centros urbanos, por lo que a través del Estado se debe garantizar más eficientemente la cobertura de las prestaciones de carácter económico, de salud y servicios complementarios hacia esta población. Se debe entender que las consecuencias personales de estas enfermedades orales no tratadas, se manifiestan en hechos graves, incurriendo en estados de dolor prolongados, alteraciones nerviosas, sepsis, y de manera social; académico o laboral, interrumpen el proceso cotidiano de las personas, generando aún más cargas económicas interrumpiendo su estabilidad, ya que debido a los diferentes grupos poblacionales se tiene una mayor limitante en obtener soluciones odontológicas en el menor tiempo posible (Bawaskar & Bawaskar, 2020).

La falta de gestión y atención hacia la importancia de la salud oral propicia de cierta manera, una desigualdad marcada en calidad de salud oral; en niños es de especial atención debido a que está en un cambio constante de procesos evolutivos en donde es más eficaz los métodos de prevención de la salud oral por medio de la enseñanza de hábitos y cuidados progresivos en promoción y práctica de mantenimiento de la salud. Por consiguiente si se reduce ese límite de atención de pacientes significa dar más oportunidades a grupos sociales desfavorecidos ofreciéndoles igualdad de oportunidades para gozar de salud. La búsqueda de la equidad en la atención de la salud oral significa la eliminación de las desigualdades en la atención de la salud oral, promoviendo la igualdad de acceso a la atención disponible para satisfacer necesidades existentes. Las enfermedades orales sin duda, son un problema de salud pública mundial, generando un gran grado de preocupación y alerta frente a las incidencias de manifestaciones de las diferentes enfermedades, que en muchas ocasiones se ve empeorada por los descuidos de políticas de salud, para ellos se debe proponer en seguir destacando la importancia de cada una de las alteraciones orales y sabiendo que debe ser una prioridad en salud mundial. Si se ostenta servicios de salud oral

deben obtener los mínimos requerimientos en donde confronten oportunamente en primera medida la prevención y detección de enfermedades tempranas, y ayuda en oportuna en la acción de patologías que comprometan el estado de la salud general. La búsqueda por el contenido teórico del derecho a la salud oral, lleva a abordar nociones sobre la salud oral colectiva, defendiendo la garantía al acceso de los recursos necesarios para que los cuidados odontológicos sean efectivamente un derecho humano (Vanderbilt et al., 2013).

A nivel nacional, es común este flagelo debido a el abandono y descuido que se le da a esta población de la tercera edad en donde la salud oral en el adulto mayor va a estar deteriorada en su calidad por el paso de los años y por la progresiva evolución de las enfermedades orales junto a los procesos sistémicos que están casi siempre presentes en esta población. La conjugación de estos factores determina la aparición de más elementos de riesgos en afectación directa o indirectamente en su estado general de la salud, debido a la predisposición a mayores impactos consecuenciales a través de la deficiencia en el estado de salud oral (Aránzazu et al., 2013).

Revisión bibliográfica

El manejo en la atención odontológica de pacientes en condiciones socioeconómicamente vulnerables, exige cierta destreza y conocimiento desde la misma atención hasta el abordaje, inspección y tratamientos pertinentes. Aguirre, Baron, Carmona, Perez & Wörnberg, (2020) manifiestan que “La evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud oral es esencial para la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la gestión eficiente de políticas de salud pública a nivel mundial” (p.7). Cuando hay presencia de dolor es otro aspecto relacionado con el desarrollo normal de la función masticatoria, en este caso la articulación temporomandibular podría estar involucrada, reflejando por lo general un proceso crónico de la enfermedad. Otros aspectos relevantes a tener en cuenta son la dimensión social y psicológica, ya que, en una buena parte de adultos al no tener una prótesis funcional, ven menoscabadas sus relaciones con los demás; ya que al afectarse la fonación se impide una adecuada comunicación lo cual tiene consecuencias en la autoestima de las personas (Posada et al. 2016).

A nivel global la salud oral y la atención odontológica de las personas de edad avanzada es una disciplina joven. Muchos aspectos están inexplorados o no han sido bien estudiados, incluyendo las dos principales enfermedades orales caries dental y periodontitis, como se muestra en esta revisión. El número cada vez mayor de personas de edad que han conservado su dentadura natural plantea un nuevo desafío para la atención dental preventiva y restaurativa. En ausencia de pruebas de métodos eficaces, se debe tener precaución a la hora de extrapolar conocimientos de grupos de edad más jóvenes y pacientes mayores sanos. Esto puede no ser apropiado en el cuidado de pacientes mayores frágiles, ya que pueden verse obstaculizados por funciones deterioradas, como fuerza y capacidad muscular, así como deterioro cognitivo, entre otras cosas (Posada, Agudelo y Meneses, 2016).

En la población de los adultos mayores, el estado de las prótesis dentarias, la satisfacción que tienen las personas con estas y la higiene, afectan directamente sus tejidos blandos, dado que son estos los que soportan la presencia de dicho aditamento e indirectamente inciden en la salud del sistema estomatognático y la salud general. Como consecuencia de unas prótesis dentales inadaptadas y las ausencias dentales, el estado nutricional puede verse afectado por una masticación ineficiente, ocasionando problemas de alimentación. Las enfermedades sistémicas

pueden aumentar el riesgo de enfermedad oral y viceversa. Si bien generalmente se reconoce que la capacidad comprometida para masticar y tragar tiene un efecto negativo para el estado nutricional contribuyendo al deterioro en la calidad de vida, se justifica el poder demostrar las correlaciones y las causas (Ástvaldsdóttir et al., 2018, p.297).

Población socioeconómicamente vulnerable en el ámbito mundial y nacional

En los últimos años se ha prestado una mayor atención a la vulnerabilidad de las poblaciones mundiales en materia de salud. Aceptando que la salud de la población influye de manera determinante como una desventaja social, donde este desafío social es un limitante crucial de la calidad de vida de las comunidades. La vulnerabilidad se caracteriza por ser un obstáculo persistente entre las comunidades donde es necesario la adopción de medidas oportunas para abordarla. Se han propuesto varias definiciones de vulnerabilidad, con diferentes puntos de vista enmarcándose en parte por procesos relacionales que funcionan a nivel macroeconómico y microeconómico, en donde se excluyen deliberadamente a determinados grupos de personas de participar plenamente en la vida comunitaria y social, como el acceso de una educación oportuna y la igualdad en materia de trabajo, influidas en gran parte por factores individuales como sexo, la edad, raza, género, el origen étnico, el desplazamiento, la discapacidad y el estado de salud en donde afecta determinadamente la vulnerabilidad de las comunidades (Groot, Bonsel, Birnie & Valentine, 2019).

En América latina y el caribe, por ejemplo, el afro-descendiente suele tener menos acceso a los mercados, servicios y espacios labores y sociales. En India y Nepal, las poblaciones pertenecientes a la casta más baja han sido objeto de humillación y falta de respeto durante siglos. Tomando los casos de discapacidad, que suelen tener causas tanto físicas como mentales, se registran cifras en donde en todo el mundo, 93 millones de niños menores de 14 años, uno de cada 20, tienen algún tipo de discapacidad moderada o grave. Los niños con discapacidad tienen una tasa más baja de educación primaria, 42% en las niñas y 51 % en los niños, en comparación con el 53% entre niñas no discapacitadas y 61% en los niños. En el caso de Asia y América latina, los pueblos tribales y los pueblos indígenas tienen una condición social más baja, caracterizada de poca representación social y precarios resultados en materia de salud, por lo cual las mejoras hacia los pueblos

indígenas no han sido tan sobresalientes en comparación de la población en general (Bhatt & Bathija, 2018)

Esta exclusión social se caracteriza principalmente por marginar a las personas o a grupos poblacionales en negarles la plena participación en actividades sociales, económicas y políticas, donde la vulnerabilidad social la incapacidad de estas personas o comunidades para oponerse a situaciones a impactos negativos frente a su humanidad. La exclusión social también es caracterizada por un acceso desigual a los recursos, derechos y capacidades en dimensiones políticas, sociales y culturales que opera a nivel individual, familiar, comunitario a nivel nacional y mundial. Las consecuencias de la exclusión social son enormes donde a menudo los grupos poblacionales que quedan al margen quedan sin voz y sean vistos como ocultos o marginados en la sociedad en la que viven, lo que les confiere una baja protección social, pobreza, escasa dotación de capital humano, un acceso restringido frente a las oportunidades de empleo y limitantes en los servicios básicos agregándose a esto una falta de representación en participación social (Tangcharoensathien et al., 2018).

Estos factores a menudo se superponen y pueden contribuir a resultados sanitarios deficientes. Según reportes científicos en donde muestran que algunos grupos poblacionales con alguna de estas características tuvieron sistemáticamente peores medidas de salud. Los conflictos políticos han agravado la cuestión de la exclusión social en el mundo. El desplazamiento forzado es un determinante caótico para que los migrantes estén expuestos a todo tipo de hecho contraproducente a su dignidad humana en donde se hace necesario la gestión de acciones humanitarias, lo cual preservan vidas, ayudan a aliviar el sufrimiento, a proteger la dignidad humana y a restaurar la capacidad propia de las personas para tomar decisiones. Sin embargo, el aumento de número de migrantes y refugiados supera las expectativas para la contribución de recursos humanitarios y la gestión a largo plazo de ayuda. En donde las políticas son restrictivas a nivel mundial aumentando la vulnerabilidad de los migrantes principalmente en explotación laboral y trata de personas (Tangcharoensathien, Kanchanachitra, Thomas, Headen & Whitney, 2016).

Los actores políticos tienen la obligación moral de reconocer la exclusión social y fortalecer las capacidades institucionales para identificar efectivamente a las poblaciones socioeconómicamente vulnerables, y diseñar acciones intrasensoriales efectivas para lograr progresivamente la inclusión social y así garantizar la capacidad de poder supervisar este progreso, enmarcándose en un

lineamiento de derechos humanos. El estado tiene la obligación de hacer velar y cumplir las leyes para así prevenir en materia constitucional los efectos desencadenantes de la misma para reducir la brecha de discriminación, la estigmatización, y la violencia en todos los entornos, incluido el empleo, La educación y la atención digna en salud. Por lo cual se emerge un fortalecimiento en la disponibilidad, funcionalidad de los sistemas de prestación de servicios, en este caso la salud, en donde los trabajadores estén plenamente capacitados en materia de derechos humanos y formación científica para así prestar un servicio digno frente a la demanda poblacional (Bhatt & Bathija, 2018).

La falta de coordinación de los sectores influyentes de la política social para abordar las desigualdades en materia de salud, directamente o indirectamente determina el progreso y evolución de las políticas de salud pública que se gestan en la población que lo requiere (Tangcharoensathien, Mills, Das, Buntan & Johns, 2018, p2).

Groot et al. (2019) refiere que la gestión de la adopción de los objetivos de desarrollo sostenible (ODS) se guio por el principio ético de no dejar o excluir a nadie que requiere atención oportuna, centrándose en la justicia social y la equidad en el centro de desarrollo de la misma. La cobertura sanitaria universal (UCH) es un importante normativo que se encarga de mejorar el acceso a los servicios de sanidad, la protección de riesgos financieros y la salud de la población, disminuyendo así la brecha en donde nadie quede rezagado al acceso de los servicios sanitarios y su utilización. Son muchos los obstáculos que impiden a algunas personas y grupos, acceder a los servicios de salud y sociales y por ende utilizarlos, así como la participación formal de actividades económicas y espacios en políticas. Enfermedades infecciosas y adquiridas, discapacidad, migración y el desplazamiento, son algunos de los ejes de la exclusión. En términos generales, la privación de capacidades humanas contribuye a la exclusión.

Parte de garantizar el acceso a los servicios esenciales de atención en salud para las comunidades vulnerables, es garantizar una atención equitativa, incluyente y culturalmente competente. La organización encargada de la atención en salud debe seguir trabajando para eliminar poco a poco las desigualdades en materia de atención en salud que todavía existen en personas pertenecientes a minorías raciales, étnicas y culturales, estratificando métricas de calidad en atención referentes aumentando la capacitación en competencias culturales y destrezas técnico-científicas aumentando la diversidad de liderazgo en materia de salud oportuna. La mejora del acceso a la atención

primaria de la salud también es un objetivo de los sistemas de salud en donde es oportuno cambios estructurales acorde a la demanda en servicios requeridos para así reducir las desigualdades en grupos vulnerables. Desde la perspectiva del paciente, el acceso a la atención se ha conceptualizado como un proceso que inicia desde percepción de una necesidad de atención y la búsqueda de la misma, hasta la obtención de la atención y el beneficio de los servicios recibidos (Corscadden et al., 2018).

Existen métodos en disciplinas seleccionadas para poder medir la inclusión y exclusión social, la desigualdad social, la discriminación, el costo de marginación y promover así un programa de desarrollo universal y equitativo. También existen intervenciones eficaces para abordar las causas de la vulnerabilidad en diferentes grupos y entornos. Según el boletín de la OMS, en donde se publicará un número específico acerca de la salud de las poblaciones vulnerables. Según sus efectos, centrándose en estos grupos vulnerables, los factores que los impulsan, y así desarrollar nuevas estrategias para acelerar los progresos adaptados a sus necesidades. Identificando los elementos que se estén quedando atrás y monitorearlos avances en la lucha contra la desigualdad. Es necesario realizarse los cuestionamientos pertinentes dadas en preguntas retóricas en donde se debe plantear preguntas como, ¿quién, donde y por qué existen poblaciones vulnerables?, ¿Cómo se implementan las construcciones sociales para la exclusión social y la medición de esta? ¿Cómo se realizará las intervenciones en cuanto a temas microeconómicos o macroeconómicos? y ¿cuáles son los factores contribuyentes a las vulnerabilidades y que elementos las exacerban? (Tangcharoensathien et al., 2016).

El concepto de vulnerabilidad social también puede ser entendido de otra manera como inseguridad y sensibilidad del bienestar de los individuos, hogares y comunidades en situaciones de cambio afectando a todos y cada uno de los habitantes en el mundo. En América latina y el caribe al presentarse como una región en desarrollo, es más vulnerable que otras regiones, debido a que esta región presenta una inestabilidad política, un bajo acceso a servicios de salud y educación. En el caso particular de Colombia, los estudios referentes a la comprensión de vulnerabilidad social son escasos y solo han estado limitados a estudiar la dinámica de la vulnerabilidad en un número reducido de ciudades del país, segregando a ciertas regiones que pueda marcar la diferencia en el establecimiento de un cálculo de este tipo de índice donde las

zonas con mayores dificultades sociales son las que pueden generar una visión global de la problemática (Fajardo, Rojas, Romero y Rincón, 2016).

En tiempos recientes en Colombia, se han presentado fuertes cambios coyunturales desde la violencia y las notables brechas de desigualdad que han dificultado aún más el acceso pertinente a los sistemas de salud. Siendo el conflicto armado la causa principal del desplazamiento forzoso, en donde las poblaciones desplazadas viven en condiciones típicamente marginales en términos sociales y económicos, con relación a la población de los territorios afectados. En donde se han tenido que adaptar al cambio de vida, realizando actividades como reciclaje, servicio doméstico, venta ambulante, albañilería y oficios varios, convirtiéndose en un fenómeno de desajuste social y laboral. Según estudios referentes a la comprensión y estimación de vulnerabilidad social son escasos, y solo se ven limitados a observar la dinámica de la vulnerabilidad en un número reducido de ciudades del país, segregando a ciertas regiones que pueden marcar una diferencia en el estudio integral de este tipo de índices de aquellas zonas con mayores dificultades sociales (Revelo et al., 2019).

Los resultados en equidad tal vez sean una manera efectiva de medir resultados en el sistema colombiano y así poder impulsar futuras regulaciones para lograr una cobertura universal. de acuerdo a estudios prospectivos, existen manifiestos en donde se hace referente algunos avances en el acceso al servicio de salud para la población pobre asegurada debido a un régimen subsidiado a la salud por parte del estado, y un mayor gasto directo entre la población no asegurada. Debido a los análisis de las encuestas sobre el nivel de vida, se muestra un aumento en el uso del sistema de salud por la población subsidiada y en la protección en algunas crisis financieras entre poblaciones vulnerables, ya sean residentes en localidades rurales, trabajadores independientes y personas en pobreza extrema. Las principales críticas al sistema de salud se dirigen a una mala clasificación socio-económica afectando a las poblaciones más pobres, con una brecha residual existente en un ineficiente acceso a estos servicios a las comunidades más vulnerables. La evidencia sustancial disponible presenta limitaciones debido a la falta de bases de referencia, evaluaciones longitudinales estandarizadas y una baja representatividad. La ausencia de un análisis integral de equidad sólido es precoz, debido a los estudios y pruebas parciales con potencial estadística limitada (Ruiz, Zapata & Garavito, 2013).

Salud oral en población socioeconómicamente vulnerable en el ámbito mundial y nacional

Existen desigualdades extremas en la salud oral para los grupos más marginados y socialmente excluidos, como las personas sin hogar, las personas privadas de su libertad, las personas que conllevan algún tipo de discapacidad de larga duración, los refugiados y los grupos indígenas. Lo que constituye en un ejemplo clásico del llamado acantilado de la inequidad. Las personas sin un hogar tienen más caries dental sin tratar, pérdida de dientes generalmente más grave, y son más propensas a experimentar dolor de ‘muela’ en comparación a la población en general. Según estudios de acuerdo a la carga mundial de morbilidad (GBD) 2015, más de 3.5 billones de personas en todo el mundo viven con condiciones dentales, principalmente caries dental sin tratar en las dentaduras deciduas y permanentes, enfermedad periodontal grave, edentulismo (pérdida dental completa) y pérdida severa de dientes (teniendo entre 1 y 9 dientes remanentes). También de acuerdo a agencia internacional para la investigación del cáncer, los cánceres de labio y cavidad oral se encontraban entre los 15 cánceres más comunes en el mundo en el año 2018 (Contreras, 2016).

En los países en desarrollo, los servicios de salud oral se ofrecen principalmente en hospitales regionales o centrales de centros urbanos, y se le da una escasa prioridad a la atención dental preventiva y restauradora. En muchos países de África, Asia y América Latina tienen escasez de personal de salud oral y la capacidad de los sistemas en gran medida se limita al alivio de dolor o la atención de emergencia (Northridge, Kumar & Kaur, 2020, p.517).

Siendo la salud oral un factor crucial y determinante para la óptima salud general y la calidad de una vida óptima, representa elementos objetivos para la salubridad de los individuos y una población determinada. A nivel mundial, el 60-90 % de niños y casi que el 100 % se enfrentan a patologías como la caries dental, entre otras que abarcan la cavidad oral. Las cargas de estas enfermedades en cavidad oral se ven representadas en su mayor exponencial en los países con ingresos bajos y medianos, debido a intervenciones inadecuadas basadas en el flúor y el escaso servicio en atención primaria de la salud oral (Hernandez, Bendezu, Azañedo & Santero, 2019, p.5).

La desigualdad mundial en salud oral es evidente con referencia al estado socioeconómico de un determinado país. En la mayoría de casos a nivel mundial, los servicios de salud oral se demandan

atraves de los gastos individuales de la población, formando así una brecha de desigualdad frente a otras comunidades que no tienen una capacidad adquisitiva para hacerle frente a estas afecciones dependiendo de las patologías a la que se enfrenten. Pero solo depende de las políticas de estado, ya que, a nivel individual o poblacional, influyen factores de riesgo de acuerdo al estilo de vida o las costumbres de los individuos. Esta cuestión de acceso a la atención odontológica es motivo de gran preocupación, ya que las poblaciones económicamente vulnerables son las que más necesitan este servicio. Si bien este modelo es desigual también es complejo, dado a que la renuncia a la atención odontológica por dificultades financieras está asociada a una peor salud oral según los reportes científicos a nivel global (Watt et al., 2019).

A pesar de los avances vistos en la salud oral mundial, persisten los problemas en muchas comunidades de todo el mundo, en particular entre las personas desfavorecidas. La enfermedad dental, especialmente la caries. Con respecto a la enfermedad periodontal, es la enfermedad más prevalente que afecta a la población adulta en todo el mundo, variando solo en grados o estadios de leve a grave dependiendo de una serie de factores externos, o propio de acuerdo a alguna enfermedad sistémica de base desencadenante. La prevalencia de la periodontitis es considerablemente mayor en los países vía de desarrollo (Kumar, 2016, p.340).

En Colombia la incorporación de la salud oral al sistema de salud de acuerdo a una reforma institucional o ley 100 en 1993, produjo una transformación radical en términos de los procesos de planeación y desarrollo de políticas de salud en el país. Este proceso de institucionalización de la odontología al interior del sistema de salud es reciente, donde es perceptible un incipiente desarrollo de las políticas públicas en materia de salud oral, y sea una de las razones por la cual las políticas existentes no están suficientemente articuladas. Las investigaciones científicas de recolección integral de datos en materia de cobertura de tratamientos, el tipo, y atención primaria son escasos. De acuerdo a los resultados obtenidos por el IV estudio nacional de salud oral realizado en 2014, cerca del 92% de las personas entre 12 y 79 años han presentado caries dental, al igual que el 33% de los niños de 1, 3 y 5 años han presentado evidencias de la enfermedad (Otálvaro, Zuluaga, Jaramillo, Ternera y Valencia, 2019).

Factores de riesgo odontológico de población socioeconómicamente vulnerable en el ámbito mundial y nacional

La mejora mundial de la salud oral es uno de los principales éxitos de salud pública del siglo pasado. En donde se han logrado importantes mejoras en la prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades orales, una tendencia que seguirá acelerando el cambio de modelos en el tratamiento de las enfermedades orales, desde la reparación de los tejidos dañados hasta el control de infecciones. Las capacidades de las naciones para proporcionar atención accesible y aceptable para abordar las necesidades de los pueblos en las próximas décadas se ven amenazadas por numerosos factores, entre ellos las experiencias negativas entre la relación del odontólogo-población, la distribución desigual de los proveedores de servicios de salud oral y el bajo número de minorías insuficientemente representadas. Sobre la modificación de las exposiciones a los factores de riesgo dará lugar a mejoras en la salud y en la gestión de las enfermedades. Una revisión más detenida de los factores que afectaran el futuro de la salud oral requiere una visión general del estado actual de las directrices para la atención oral y del estado de la práctica basada en pruebas. Los enfoques utilizados para determinar las pruebas de la práctica y la elaboración de pautas para la atención son un campo de actividad siguen siendo incipientes (Dalhan, Ghaza, Saltaji, Salami & Amin, 2019).

En algunos casos la enfermedad oral ni tratada puede provocar dolor y dificultad para masticar, tragar y comer, lo que a su vez conduce a evitar gran parte de alimentos, modificación de la dieta conllevando a deficiencias nutricionales en donde se desencadenan como pérdida de peso, defectos nutricionales, alteraciones en los tejidos orales en donde pueden agravar por factores irritantes locales, entre otros efectos. El factor de riesgo más frecuente en cuanto a la reducción del flujo salival a causa de pacientes que estén bajo tratamientos de ingesta de medicamentos o polifarmacia, contribuyendo en una limitación tanto de la cantidad como la calidad de la saliva. Con esto se aumenta el riesgo de caries dental, enfermedad periodontal y posteriormente afecta el habla, la masticación, la deglución y las interacciones sociales. A su vez se aumenta el riesgo de enfermedades orales a través de comorbilidades funcionales y cognitivas, por ejemplo, la demencia (Batchelor, 2015).

Referentes a factores de riesgo en cuando a las afectaciones de tejidos de soporte, en donde el comienzo es la acumulación de Biofilm bacteriano, causando en primera instancia gingivitis, es una afectación muy frecuente y muy recurrente ya que esto depende de las técnicas y el autocuidado diario en higiene oral. Con las medidas de salud pública en reducción en cuanto a entornos escolares, comunitarios, los resultados siempre van a ser equívocos, aun si el conocimiento llegue de manera efectiva en las comunidades y poblaciones vulnerables, siendo una afectación casi difícil de erradicar en las personas, pero destacando que a través de la educación y la implantación de conocimiento se mejora drásticamente los niveles de afectación gingival por afectación de la inducción de la placa bacteriana, deteniendo el proceso de evolución de la enfermedad a convertirse en periodontitis donde nos va a comprometer aún más los tejidos de soporte dental, sin dejar de mencionar que en ocasiones se relacionan con algunas enfermedades sistémicas, siendo un factor desencadenante para impactos negativos en la salud general (Bermúdez y González, 2016).

Otro factor a considerar es la morfología dental, que se caracteriza por presentar fosas y fisuras en las superficies de mordida de los dientes posteriores, proporcionando un refugio para los restos de alimentos y bacterias causantes de la descomposición. En donde a menudo son el factor inicial para la Aparición de la caries afectando aún más a niños, ya que, según estimaciones nacionales, hasta el 90 % de todas las caries ocurren en fosas y fisuras, también en adolescentes y a toda aquella población con limitaciones educativas y destrezas de autocuidado. A través de estudios sistemáticos se concluye que la instauración efectiva de un material sellador de fosas y fisuras reduce drásticamente por encima del 70% la aparición de la caries en fosas y fisuras.

En las subclases de poblaciones vulnerables en cuanto a las personas con declinaciones funcionales y cognitivas pueden resultar en dificultad para poder realizar el cuidado oral diario. En personas que padezcan artritis, puede obstaculizar la capacidad de sostener el cepillo dental o manipular cualquier elemento accesorio para la higiene oral o en su caso el desplazamiento hacia el lugar de autocuidado oral. En las personas de avanzada edad por lo general, que han tenido hábitos de consumo de tabaco y alcohol se demuestra un aumento en la prevalencia de cáncer oral, en donde se logra manifestar con sintomatología dolorosa, pérdida de función deteriorando los tejidos, y en el caso más grave ocasionar la muerte. Por lo que es de necesidad que la población que esté en riesgo, reciban atención primaria y secundaria de profesionales de la salud oral (Batchelor, 2015).

Prácticas relacionadas con salud oral en población socioeconómicamente vulnerable en el ámbito mundial y nacional

En muchos países del mundo se ha puesto en práctica planes estratégicos de atención a la salud oral promoviendo la colaboración interprofesional mejorando las aptitudes para la gestión de atención primaria de la salud oral. Como ejemplo en medida del trabajo interprofesional, las administraciones de recursos y servicios en salud, a través de los proveedores de atención primaria de salud oral invita a desarrollar competencias, asesoramiento, educación y prácticas de colaboración entre profesionales; donde en este procesos los profesionales reflexionan y desarrollan formas de práctica que proporcionan una respuesta integrada y cohesiva a las necesidades del paciente, las familias y las poblaciones. Está caracterizada por el trabajo en equipo y la comunicación eficaz entre varios profesionales, la práctica colaborativa podría variar en función al entorno del trabajo, las políticas de salud del estado, las perspectivas, creencias y valores de interés hacia la salud oral. La comprensión de estos valores es esencial para la planificación y aplicación de prácticas de colaboración orientadas a la atención primaria en salud oral, así como a la atención integral de la salud mundial (Peres, Daly, Guarnizo, Benzian & watt, 2020).

Dentro de un modelo en el marco de prácticas para la atención de comunidades se pueden generar en primera instancia competencias clínicas básicas de atención en salud oral dentro de un modelo de prácticas para aumentar el acceso a la atención de salud oral para las poblaciones y comunidades desfavorecidas. El requerimiento de una infraestructura interoperable y accesible en todos los entornos clínicos teniendo en cuenta la adopción de las competencias clínicas básicas de salud oral, fundamenta la toma de decisiones clínicas midiendo los resultados sanitarios. La implementación de una política de cobertura donde el pago para abordar eficientemente los costos de implementación en competencias de salud oral y proporcionar incentivos a los sistemas y profesionales de la salud, son un pilar de la gestión práctica para la equidad en atención en salud oral. En el desarrollo de cada una de estas medidas se ejecutan programas para desarrollar y evaluar estrategias de implementación de las competencias clínicas básicas de la salud oral en la práctica de la atención primaria (Bhatt & Bathija, 2018).

En vista de la carga de las enfermedades orales, se manifestado una fuerte respuesta de ayuda internacional a los sistemas de salud publico influyendo determinadamente en las desigualdades

de la salud oral en los países en vías de desarrollo. En donde muchas de las organizaciones no gubernamentales dentales y personal voluntario han contribuido en el mejoramiento de estas desigualdades a nivel mundial en la salud oral, realizándose un esfuerzo mundial para mejorar las condiciones orales de la población desatendida. Estas actividades consisten en la inclusión de prestación de servicios, educación y capacitación, asistencia técnica y desarrollo comunitario, teniendo en cuenta las limitaciones como la insuficiencia de los servicios y la falta de sostenibilidad. Por parte de la OMS se desarrolló un paquete básico de la atención y promoción en salud oral cerrando así la brecha de inequidad (Ruiz et al., 2013).

En el mundo la CNDH atienden a las personas más expuestas a la vulnerabilidad ya sea por edad, raza, etnia y condición socioeconómica. Entre sus programas de atención médica también se realizan atención primaria odontológica. La evidencia apoya una variedad de intervenciones eficaces en la atención de salud oral en la atención primaria. A través de un meta-análisis se argumenta que el fluoruro aplicado en cualquier vector de higiene como la pasta dental, barnices o enjuagues bucales, baja la tasa de caries independientemente si el agua esta fluorada o no. Se establecen programas de atención a la salud oral teniendo en cuenta las necesidades por demográficas y de salud oral de las poblaciones vulnerables atendida en los centros nacionales de salud; participando mediante la prestación de atención preventiva, mejorando los procesos de remisión, coordinación de la atención, capacitación en las aptitudes de higiene en la salud oral.

El estatus de autovaloración global de la salud oral (GSROH) es una herramienta que proporciona una manera sencilla de evaluar la autopercepción de la salud oral. Esta es eficaz en cuanto al tiempo y costos, es de validez comprobada, y puede utilizarse cuando surge la necesidad de comprender las opiniones y percepciones de las personas y de la población en general con respecto a la salud oral. Esta se ha reconocido como un complemento útil en la identificación de desigualdades en la salud de las poblaciones. La GSROH también es una herramienta esencial para medir el resultado del tratamiento o intervención y es validadora para otra evaluación subjetiva del estado de salud oral. Sería interesante predecir con GSROH la presencia de caries y enfermedad periodontal. A pesar de su utilidad para las personas y la población, sigue siendo un instrumento poco estudiado tanto en el entorno de las clínicas odontológicas y de los países en vía de desarrollo (Lawal, 2015).

En Colombia a través de estudios, se aplicaron dos tipos de instrumentos: encuestas estructuradas tipo cuestionario dirigidas a los padres de los niños que asisten a los hogares seleccionados y

entrevistas individuales semiestructuradas y de grupos focales dirigidas a cuidadores. Estos formatos consistían en medir categorías de análisis: visitas al odontólogo, mecanismo de higiene oral, uso de implementos de higiene oral y alimentación, midiéndose al mismo tiempo también variables sociodemográficas como la edad y sexo de los participantes, la clasificación del estrato económico, la localidad en donde está ubicado el hogar, el nivel educativo de los padres y el régimen de salud si se pertenece en el núcleo familiar. De igual forma se diseñó una guía de entrevista individual semiestructurada dirigida a los cuidadores y una serie de instrumentos de análisis con el fin de describir los conocimientos, actitudes y prácticas frente a la problemática de salud oral de los padres y cuidadores del instituto colombiano de bienestar familiar de la ciudad de Cartagena, Colombia (Gonzales, Sierra y Morales, 2011).

Promoción y prevención en salud oral en poblaciones socioeconómicamente vulnerables en el ámbito mundial y nacional

A nivel global muy poco se enfatiza en la motivación y la educación para la salud en la cual incluye una generación de destrezas en técnica de higiene oral y autocuidado en la población de más alto riesgo. Los gobiernos y los ministerios de salud con el acompañamiento de las asociaciones profesionales que integran los odontólogos y colaboradores en materia de salud oral son los encargados de promover la salud oral y general. Es importante cambiar los modelos de atención pasando de un modelo curativo individual, cuestionando en que hoy en día no responde las necesidades de la gente, por un modelo integrador centrando en la promoción de la salud y en la adopción de estilos de vida saludables para la reducción tanto en la exposición como el riesgo, en donde este modelo de promoción de la salud oral impacta en el desarrollo y evolución de enfermedades no transmisibles y viceversa. Estos enfoques promocionales se han realizado con éxito en algunos países como Suecia, Dinamarca y Brasil en donde este último ha logrado resultados poblacionales tangibles al proponer una política de promoción de salud oral para el control de la caries, la pérdida de dientes y el control del cáncer oral a nivel poblacional (Contreras, 2016).

La atención primaria en la salud oral es la integración de servicios que promueven y preservan la salud oral, previniendo y atendiendo enfermedades orales, lesiones y disfunciones, proporcionando una fuente regular de atención para enfermedades agudas, crónicas y

discapacidades de algún tipo. En consecuencia, en muchos países se han puesto en práctica planes estratégicos de atención de la salud para promover la colaboración interprofesional para así aumentar los conocimientos, mejorar las aptitudes y configurar actitudes positivas hacia la atención primaria de la salud oral. Siendo necesario el trabajo de equipo y la comunicación eficaz entre los profesionales, la práctica colaborativa podría variar entorno en función al trabajo, las políticas de salud y las perspectivas. La comprensión de estos valores y la identificación de patrones individuales como objetivos fundamentales son necesarios para la planificación y aplicación de prácticas de colaboración orientadas a la atención primaria de la salud oral, así como la atención integral de la salud mundial (Harnagea, Lamothe, Couturier & Emami, 2018).

En la población vulnerable más aun, es indispensable el establecimiento e implantación de estrategias de salud pública para la prevención de enfermedades orales más comunes, promoviéndose desde la visita al odontólogo desde una edad temprana, tal como lo recomienda la Asociación dental americana (ADA), comenzando el cuidado oral a los 12 meses de edad junto con la educación para los padres en cuanto a la prevención de la caries de infancia temprana. Al crear hábitos favorables para la salud oral desde edades tempranas se observa un menor costo y un mayor beneficio a futuro , ya que gracias a la intervención oportuna pueden evitarse enfermedades o tratarse a un costo reducido, ya que por lo general acuden a la consulta cuando se presenta daño o dolor en boca (González, Rocha y González, 2018).

En toda población ya sea vulnerable, considerando las barreras que presentan esta población, o las que estén excluida dentro de este concepto, los profesionales de la salud hacen recomendación en cuanto a los padres de familia que soliciten controles periódicos odontológicos a sus hijos, en donde se demuestra que con estas medidas de promoción y prevención casi se duplican las probabilidades de recibir una atención más oportuna. Aumentando la percepción sobre la importancia, la intención y participación en la higiene oral, que a su vez crece la confianza, enseñanza y asistencia del cepillado de los dientes en sus hijos. Las evidencias muestran que al adoptar estas medidas se emplean cambios a diario en cuanto a la dieta, se aumenta en consumo de frutas y verduras, se regula la ingesta de azúcar, se aumenta y se mejora la técnica de cepillado de los dientes, y a su vez se establece una mejor relación entre el niño y el odontólogo en la medida de la educación y las experiencias que se genere hacia los pacientes (Vece, Sutter, Sutter & Toulouse, 2016).

Para ello la alfabetización sanitaria es un concepto empleado para definir el grado de limitantes en que las personas tienen la capacidad de obtener, procesar y entender la información y los servicios de salud necesarios para tomar decisiones adecuadas en materia de salud. Incluyendo la capacidad de leer, entender y actuar en medidas de prevención oral y en general de la salud. Es deber del personal odontológico ayudar a los pacientes con bajo conocimiento en salud oral o general instruirlos para que tengan un desempeño activo en la atención de su salud oral. La población más vulnerable a los problemas de alfabetización en materia de salud oral son los niños, los ancianos (más de 65 años), las minorías, los inmigrantes, los bajos ingresos y las personas con problemas crónicos de salud mental o física. Es una cuestión social en donde se debe asumir que todo el mundo tiene conocimiento limitado de la salud. Se estima que el 88% de los adultos no tienen la capacidad de leer y escribir para interactuar con el sistema de salud (Chopra, Rao, Gupta & Vashisth, 2013).

Las medidas de salud pública y otros enfoques de prevención de la caries han dado lugar a reducciones drásticas de la caries dental entre las poblaciones. Sin embargo, en una población dada, no todos los individuos han experimentado estas experiencias con éxito. Las poblaciones con alto riesgo son más propensas a desarrollar la mayoría de las enfermedades y afecciones, incluida la caries. En donde la literatura científica mundial sugiere que; las minorías, individuos con bajo estatus socioeconómico y otras poblaciones vulnerables, como los muy jóvenes y los ancianos, siguen luchando contra las desigualdades en materia de salud oral al experimentar mayores niveles de enfermedad oral, incluida la caries dental. Dado que la ciencia los recursos existen para prevenir las patologías, es esencial identificar y dirigirse a estas personas y poblaciones de alto riesgo (Mascarenhas, 2016).

El día mundial de salud oral fue introducido en el año 2007 por el índice de estética dental, donde brinda una oportunidad para la adopción de medidas y actividades a nivel mundial, regional y nacional sobre la salud oral. Este sistema promueve la sensibilización, apoyado la mejora integral de la salud oral ofreciendo así una plataforma para tomar medidas y ayudar a reducir la carga de morbilidad mundial, centrándose en poblaciones con los mayores requerimientos de atención oral. Se incentiva también a los estudiantes de pregrado y postgrado invitándolos a exponer iniciativas y objetivos globales a través de la educación por medio de cursos de salud oral a nivel global.

Esta iniciativa es liderada por los países desarrollados del mundo impartándose dichos cursos (Ruiz et al., 2013).

En Colombia las actividades educativas y preventivas están definidas en la norma técnica para la atención preventiva en salud oral, estas acciones están orientadas a la disminución del riesgo de caries dental y de enfermedad periodontal en la población mayor de 2 años. Se incluye el control de placa bacteriana, el detartraje supra gingival, la aplicación de flúor en menores de 5 años y de sellantes para menores de 18 años, estas actividades son gratuitas exentas de copagos. El plan decenal de salud pública 2012- 2021, se constituye por la política de salud pública vigente del SGSSS. Esta política incluye la salud oral como un contenido entre una de sus dimensiones prioritarias; donde se definió como meta para el 2021, entre otras, incrementar en un 20 % la población del país sin caries, con énfasis en la primera infancia, niñez y adolescencia; incrementar en un 20 % en la población mayor de 18 años en medida de pérdidas dentales por enfermedades periodontales prevenibles; y contar con un sistema de análisis y seguimiento, monitoreo y evaluación de políticas, planes, programas y estrategias implementadas a nivel nacional y territorial para abordar los determinantes sociales de la salud oral y general (Otálvaro et al., 2019).

Efectos a través de la promoción y prevención en la población socioeconómicamente vulnerable en el ámbito mundial y nacional

Los profesionales de la salud, junto con los investigadores, colaboradores en asistencia y cuidado en salud oral, directores de salud pública y el componente político gubernamental, son los llamados a implementar estructuras de ayuda en educación y atención primaria a desarrollar y promocionar estrategias comunitarias destinadas en mejorar la salud oral. Referentes a la prevención primaria de caries dental, las enfermedades periodontales, los cánceres orales y faríngeos, los trastornos hereditarios y traumatismos distinguiendo e impartiendo a los que se pueden aplicar eficazmente en las escalas de poblaciones de mayor requerimiento aplicándose en circunstancias ideales. En donde la opinión de los expertos sigue siendo mejorar las orientaciones para las intervenciones en comunidades vulnerables mediante la eficaz educación, y atención primaria oportuna, realizando los seguimientos respectivos en recolección de información y así aportar a bases de datos nacionales que en este caso sigue siendo limitada (Watt et al., 2019).

Los sistemas de fluorización han beneficiado a población adulta, como de mediana y corta edad. Incluyendo reducciones en la caries coronal y radicular. Estos beneficios son importantes porque en el caso de las personas mayores generalmente tienden a las recesiones gingivales quedando así expuesta las superficies radiculares. De acuerdo a estudios en países como estados unidos, Alemania y escocia han demostrado que cuando se retira la fluorización, aumenta la prevalencia de caries como medida oportunista. De acuerdo a estudios aleatorizados, doble ciego, población escolar de escocia, en niños de 5 años de edad pertenecientes a grupos socioeconómicos bajos, en donde no tenían fácil acceso a dentífricos que contienen flúor, ni a otras fuentes de flúor; a través de la fluorización se observó una reducción porcentual de la aparición de la caries (Whelton & Fox, 2014).

Teniendo en cuenta las condiciones de estado de comunidades dependiendo de los problemas de salud oral en las poblaciones, es necesario la utilización de un paquete de atención personal para proporcionar asesoramiento individual de salud oral. En población de adultos mayores se debería aplicar mediante el cumplimiento integral de atención médica, descartando factores de riesgo comprometedores para la estabilidad de la salud, generando a su vez las medidas para el restablecimiento anatómico y funcional de las estructuras oro-faciales. Se debe tener en cuenta las condiciones de vida de los pacientes y el asesoramiento de promoción de la salud oral también debe ser de instrucción a los cuidadores si es el caso. Para comprender las distribuciones de las alteraciones orales dentro de una población son útiles las encuestas de conocimientos, actitudes y prácticas. En Washington EUA, se informa debido al estudio de que un 7% de los padres de los niños de estas edades conocían el propósito de los sellantes y un 52% el del flúor, el motivo más frecuente de asistencia a la consulta era por algún tipo de dolor o urgencia dental. En Usaquén - Bogotá, Colombia, se encontró que la mayoría de la población (80%) sabe por qué se produce la caries y que se puede prevenir a través del cepillado dental mediante la educación en técnicas y uso de implementos de higiene oral (Gonzales, Sierra y Morales 2011).

En Colombia de acuerdo al plan decenal de salud pública para la atención odontológica individual o colectiva de la población en situación de pobreza y vulnerabilidad, se presentan elementos de acción integrales en cuanto a medidas de ayuda preventiva como ayudas diagnósticas de tipo radiológico, empleadas para fines de estudio personalizado de las personas que estén inscritas en los programas de atención de población vulnerable en este caso el así lo requieran. De acuerdo a

cálculos oficiales, a partir del análisis de los registros de la prestación de servicios de salud, la cobertura de la atención odontológica ha presentado un aumento paulatino, aunque sigue teniendo una baja cobertura, alcanzando un 7,1% de la población total del país (Otálvaro et al., 2019).

Diseño metodológico

Tipo de investigación

El presente proyecto de investigación es una revisión bibliográfica, la cual se fundamentó en información odontológica basada en evidencia científica, esta revisión bibliográfica se basó en artículos científicos donde se encuentra información relacionada con el estado de salud oral en poblaciones socioeconómicamente vulnerables en el ámbito mundial y nacional.

Población y muestra

Población.

La población estuvo constituida por 63 artículos indexados encontrados en las bases de datos como Science direct, The Lancet, Elsevier, Reserchgates, BMC oral Health, Pubmed.

Muestra.

La muestra estuvo constituida por 38 artículos seleccionados al múltiple contenido de artículos científicos, archivos, revisiones sistemáticas y tesis relacionadas con el área de odontología, y en este caso en materia de salud oral a nivel general en poblaciones socioeconómicamente vulnerables.

Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión.

- Estudios epidemiológicos sin ninguna restricción de diseño (estudios transversales, observacionales, revisiones bibliográficas) con relación a factores relacionados con la salud oral en poblaciones socioeconómicamente vulnerables
- Artículos donde la población incluida estan en situación de vulnerabilidad
- Artículos científicos donde se evidencia múltiples factores de riesgos asociados a las poblaciones vulnerable
- Artículos publicados a partir del 2011 que tengan relación con la salud oral

- Artículos científicos publicados en los idiomas español e inglés

Criterios de exclusión

- Artículos sin evidencia científica

Variables de estudio

- Estado de salud oral relacionado a la población socioeconómicamente vulnerable.
- Factores de riesgo asociados al estado de salud oral en población socioeconómicamente vulnerable.
- Prácticas de salud oral relacionadas a población socioeconómicamente vulnerable.
- Efecto a través de la promoción y prevención en población socioeconómicamente vulnerable.

Materiales y métodos

Esta investigación consistió en realizar una revisión bibliográfica de literatura. Se efectuó utilizando fuentes electrónicas de recursos bibliográficos como Sciendirect, Pubmed, BMC oral Health, Reserchgates, Scielo, The Lancet, Elsevier; en donde los términos temáticos mayormente empleados para la búsqueda son: salud oral en población vulnerable, promoción y prevención en salud oral, factores de riesgo odontológicos en población vulnerable, efectos en salud oral de poblaciones vulnerables, en diferentes idiomas como inglés y español, ya que son lenguas de implicación en publicaciones de investigaciones internacionalmente científicas.

Para la selección de los documentos se tuvo en cuenta los criterios de inclusión y de exclusión, obteniendo una síntesis de la información encontrada. La búsqueda de los artículos la realizó el autor, basándose en la lectura del título, resúmenes, resultados y conclusiones, en su selección. A su vez, el mismo autor realizó una lectura completa de los documentos donde analizó profundamente la información junto a la colaboración del Asesor metodológico. Además se estructuró una lista de referencias de los artículos para no tener repeticiones de las fuentes estudiadas.

Luego se elaboró la revisión bibliográfica, se presentan los principales resultados obtenidos de la búsqueda. Con estos resultados obtenidos se hizo una discusión en la cual se presentó los puntos de las divergencias y convergencias de los diferentes autores. Posteriormente se elaboró las conclusiones y las recomendaciones. Después se recitó un informe final y resumen. Finalmente se preparó la sustentación para los jurados.

Análisis estadístico

En la obtención y recolección de información del proyecto se seleccionaron los artículos más importantes que relaten una relación de énfasis y correlación a los objetivos teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión del trabajo de investigación.

Resultados

Para la realización del presente trabajo se tuvo en cuenta la utilización de medios electrónicos de búsqueda de información científica, expresada en artículos que esta analizados por el autor, y los asesores de la presente investigación, con el fin de obtener información científica sobre el estado de salud oral en poblacion socioeconómicamente vulnerable en el ámbito mundial y nacional mediante una revisión sistemática de literatura. Inicialmente se comenzó con 63 Artículos y finalmente se seleccionaron 38 artículos.

Este capítulo se organizó en 8 componentes.

Estado de salud oral en adultos mayores con vulnerabilidad socioeconómica en el ámbito mundial y nacional

Aguirre et al., (2020) realizaron una investigación de tipo ensayo aleatorizado multicéntrico, sobre los entornos de atención primaria a la salud en EE.UU. Registraron la aplicación de este cuestionario a 100 adultos mayores; entre 55 y 75 años. Encontraron mediante análisis descriptivo de problemáticas en salud oral, la utilización de la encuesta GOHAI-SP para el diseño inicial para la evaluación clínica del estado dental y periodontal en adultos mayores, con el fin de determinar la objetividad en la evaluación de la calidad de vida frente a condiciones de enfermedad oral y afecciones clínicas que conllevan los adultos mayores. El tiempo medio de respuesta a este cuestionario fue de 20 minutos. La mayoría de los participantes se quejaron de las dificultades para masticar (42,5%) manifestando preocupaciones sobre su salud oral (44,7%) y un (76%) informaron no tener ninguna dificultad para hablar. La ausencia de enfermedad periodontal se asoció con una puntuación adicional de DD-GOHAI, aunque la diferencia no fue significativa en el modelo descrito. Las mujeres y los participantes con una educación primaria solo tenían puntuaciones de ADD-GOHAI más bajas que los hombres y los participantes con educación universitaria.

Ortiz et al., (2019) informan a través de la realización de un estudio transversal en adultos mayores que viven en la ciudad de México, una medición del índice de evaluación geriátrica/ general de salud oral (GOHAI), a una poblacion de 228 adultos; lo cual presentaron problemas funcionales orales atraves del cuestionario compacto de 12 elementos donde evalúan los problemas relacionados con la salud oral en los últimos 3 meses. Esta herramienta de medición clínica oral,

define un margen para el control epidemiológico en manejo de diagnósticos y enfermedades orales, donde la mala salud oral se asoció con baja (OHRQoL) en función física y psicosocial, dolor y malestar. En referencia a variables de salud oral, se constató que el 9,6% de los participantes eran edéntulos, el 84,2% eran parcialmente edéntulos y el 6,1% tenían 28 dientes.

Cerón, (2014) realizó en su investigación, una recopilación bibliográfica sobre el estado de salud oral en los adultos de la tercera edad con vulnerabilidad socioeconómica. Inicia describiendo un estudio realizado en Grecia en personas de 65 a 74 años, en donde se tuvieron en cuenta parametros sociodemográficos, hallaron que las personas de la tercera edad tienen un alto porcentaje de caries coronal y radicular sin tratar. En Austria, evaluaron el estado de salud oral en 409 adultos mayores residentes en hogares de la tercera edad. se utilizo el índice COP-D, un examen periodontal básico, el índice de higiene oral modificado, la necesidad de tratamiento quirúrgico preprotésico y la utilización de metodos habituales en higiene oral. Encontraron que el 48,3% de los participantes conservo dientes con un promedio de 4,9 mientras que el 69% fue equipado con prótesis dentales; sin embargo tambien se evidenció que el 81 % requiere tratamiento protésico. En relación a los resultados, la mayoría de los implicados presentaron inflamación aguda del periodonto y requerían tratamiento quirúrgico, y en cuanto al estado de higiene oral medido en una escala de 0-4, alcanzo un promedio de 2,43. En un estudio realizado en un área rural de Canadá sobre la salud oral de adultos mayores dentados y desdentados, se presentaron altos niveles de necesidad de tratamiento odontologico. Entre los participantes dentados, el 41,8% tenía caries coronal, cálculo y bolsas periodontales. Entre los portadores de prótesis, encontraron que 64,4% tenía cálculos en una o ambas prótesis removibles, y el 61,2% en prótesis removibles inferiores carecían de retención soporte y estabilidad. En Barcelona, se estudiaron las diferencias entre los niveles de salud dental y el estrato socioeconómico en personas de la tercera edad, en el que el 42% de los implicados eran edéntulos totales. De los 891 participantes (72 años), a 561 (62,9%) se les practicaron exámenes orales de acuerdo con el índice CAO. Determinaron en este estudio que las personas de clase social más baja eran más propensas a ser edéntulos y a tener menos de 15 dientes, en comparación a la clase más alta. El índice de caries tambien encontraron que la salud oral tambien es mucho más deficiente en las clases bajas.

Kumar et al., (2016) desarrollaron un estudio transversal en India, en donde a través de la metodología de la OMS, desarrollaron la implementación de un examen clínico tipo III en salud oral a la poblacion tribal de 'Santhal' con 921 participantes entre ellos representantes de la tercera

edad, utilizándose la sonda community periodontal index (CPI) y un espejo de bucal para ayudar a evaluar el estado de salud oral y las necesidades de tratamiento pertenecientes a esta tribu. El entorno de esta población presentaba condiciones de precariedad en materia de manutención y cuidado de la salud oral por lo tanto se encontraban en vulnerabilidad económica. El estudio demuestra que la mayoría de las tribus Santhal usaban ramas para limpiar sus dientes de forma rutinaria. Los participantes con enfermedad periodontal fueron observados predominantemente en el grupo de edad entre 35-45 años. Un total de 118 (12,8%) los participantes necesitaban prótesis de dentomucosoportadas en el maxilar superior. En general se observó una higiene oral y estado periodontal deficiente.

Zivkovic et al., (2020) realizaron una investigación de acuerdo a la obtención de datos de la encuesta de salud de la comunidad canadiense en 2013-2014. Se incluyeron 42.553 participantes en la búsqueda de resultados representativos de esta provincia. Se reportaron de acuerdo al impacto del seguro dental, dos resultados del comportamiento de visita dental y dos resultados del estado de salud oral. Se hallaron aproximadamente que dos tercios de las personas reportan tener seguro dental (66.2, IC95 %: 65.3 A 67.1) y la mayoría más de sus propios dientes (95.3, IC 95%: 95.0 A 95.7). La proporción de personas con seguro odontológico varía significativamente entre todas las características sociodemográficas indicadas, con excepción del sexo. El estudio reveló que las personas con seguro odontológico tenían resultados más favorables relacionados con la salud oral en general y en todos los grupos de ingresos, educación y edad. Se demostraron que los grupos más desfavorecidos económicamente probablemente se beneficiaran más si se aplicara la cobertura universal odontológica.

Posada (2016) realizó un estudio transversal en Colombia, a un total de 342 adultos mayores residentes unidades hospitalarias y centros de salud en Medellín (58,2% mujeres); el autor realizó un análisis de información en salud oral a través de encuestas y exámenes clínicos. Los indicadores clínicos son el índice COPD, dientes presentes, estado de prótesis dentales y problemas de la mucosa oral. Encontraron que las personas de 75 años; los hombres, la población de estratos socioeconómicos y nivel educativo bajos, ubicados en áreas urbanas tienden a reportar mala salud oral autopercibida. El promedio de dientes presentes en la población fue de 5,7 (+- 7,8) lo que implica un promedio COPD de 24,2 (+-5,9), con diferencias de acuerdo a variables sociodemográficas. Más del 55% de mujeres y hombres requieren cambio de prótesis inferior y un 70% requieren cambio de prótesis superior. Se encontraron problemas de mucosa oral, candidiasis

(12%), úlceras (7%), leucoplasia (7%), líquen plano (1%); en donde se evidencian deficientes condiciones de salud oral que pueden ser explicadas por la situación de vulnerabilidad social que enfrenta esta población y las distintas barreras de acceso a servicios odontológicos preventivos y correctivos.

Vanegas, (2020) llevó a cabo un estudio transversal realizado en Envigado, Colombia, mediante un análisis descriptivo y multivariado; analiza información sociodemográfica, económica, general de salud y factores orales de adultos mayores a través de la encuesta GOHAI. La edad promedio en esta población era de 77 años con carencias en obtención económicas donde con entusiasmo el 39% de los participantes consideraron tener una buena salud oral y un 10 % como mala salud percibida. En el estado de salud oral el 52,6% tenían uno o más dientes remanentes, el 39% tenían prótesis completa y el 52% tenían prótesis parcial. En cuanto a hábitos de higiene oral, el 50,8% se cepilla dos veces o menos. El 25% ha recibido atención odontológica hace más de 1 año. Se evidencia una higiene oral regular por la alta dependencia de ayuda con persistentes indicaciones de higiene oral.

Estado de salud oral en niños con vulnerabilidad socioeconómica en el ámbito mundial y nacional

Vece et al., (2016) realizaron un estudio de tipo transversal de método mixto, donde se implementaron estrategias de integración para la atención primaria en salud oral en 221 niños entre los 2 meses y los 18 años de edad. El programa fue estructurado y evaluado de acuerdo con el proceso de 5 pasos del marco de entrega de salud oral en los participantes que tenían relación en vulnerabilidad económica. Los niños recibieron una evaluación del riesgo oral y un examen oral. Las familias de los participantes recibieron cepillos de dientes, pasta dental e hilo dental como parte del programa de cuidado en salud oral. Los datos revelaron que el 11,2% de las familias no tenían pasta de dientes ni un cepillo de dientes para todos en el hogar. Encontraron que la frecuencia de cepillado en una vez al día en un 23,3 % dos veces al día en un 44,8% y 3 veces al día en un 23,3%. Más del 50% de los padres informaron haber llevado alguna vez al dentista. Cinco familias reportaron caries evidenciándose en la valoración odontológica. Aproximadamente el 60% de las familias tenían al menos un hijo que requería un tratamiento prioritario debido a procesos crónicos de caries o lesiones de tejidos blandos.

Fort et al., (2016) realizaron un estudio analítico observacional de corte transversal, en niños de 12 años de edad con concurrencia en escuelas de gestión estatal de la región de Avellaneda. Es estudio estaba constituido por 3.580 individuos distribuidos en 70 escuelas de gestión estatal. Finalmente se obtuvieron la muestra de 656 individuos de los ocho distritos de la localidad de Avellaneda. La media de piezas dentales permanentes afectadas por caries a los 12 años en la muestra total (n=652) mostrando una media de 2,95 (mediana de 2), mientras que la totalidad de dientes afectados por caries en la misma muestra fue de 3,5 (mediana de 3). El 53,52 % [IC95% (49,95; 57,08)] de los dientes afectados mostrando enfermedad no tratada. La prevalencia de caries en la muestra total fue de 86% correspondiendo el 43,6% a situaciones de baja severidad, 13,3% de los casos correspondieron a situaciones de alta severidad. Respecto a la distribución de enfermedad por distrito, se observaron diferencias significativas en términos de morbilidad como de severidad. La localidad en el los niños mostraron los mayores niveles de caries fue la de Dock sud, siendo la poblacion que cuenta con los menores niveles de protección social. Se hallaron con respecto a la condición de alta severidad de la caries estuvo presente en un 16,2 % de los escolares cuyos hogares no cuentan con el beneficio de la obra social, en contraste con un 9,8 % entre los escolares cuyos hogares cuentan con ese beneficio. Resultando que en los subconjuntos poblacionales con menos beneficios de protección social se observaron una mayor desigualdad entre los dientes con caries y obturados.

León, Moya & Vidal (2019) realizaron un estudio cuasi experimental con diseño antes- después indicado para la evaluación de programas de intervención en salud en niñas vulnerables en Chile. El cuestionario fue aplicado al mes de terminada la intervención odontológica. El estudio constó de la inclusión de 3907 mujeres de 15 y más años de edad que recibieron atención odontológica integral por el programa 'Más sonrisas para Chile' en los centros de atención primaria de salud. La información sobre la calidad de vida relacionada a salud oral fue proporcionada por el cuestionario (OHIP), instrumento válido para medir el impacto social de las enfermedades orales, con beneficios potenciales para la toma de decisiones clínicas. Antes de la intervención, un 96,4% de las mujeres percibió su calidad de vida relacionada con la salud oral como deficiente, valor que después de la intervención odontológica descendió a 51,8%. La variación porcentual de cambio fue de 46,3% esto indica que disminuyó la proporción de mujeres con impacto negativo en calidad de vida relacionada con salud oral después de la intervención odontológica. Los resultados del

estudio muestran que las mujeres mejoraron su percepción de calidad de vida relacionada con salud oral después de recibir la intervención odontológica del programa.

Hurtado et al., (2017) realizaron un estudio descriptivo de escolares de 5,7 y 12 años de edad de 6 instituciones educativas en el departamento de chocó, Colombia. En 254 participantes se evaluaron a través de la respectiva en cuenta los implementos de autocuidado oral estableciéndose un orden jerárquico de implementos de utilización por importancia en la higiene oral, siendo el cepillo (99%), la crema dental (98%), algún enjuague oral (10%) y la seda dental (3%) y otros elementos como palillos, bicarbonato, cenizas, sal y hierbas sumaron (1,5%). Se observaron índices altos de caries en dentición temporal más que en permanente en las edades más altas. Se encuentra que el mayor promedio de placa dental se encuentra en los niños de 7 años. Hallaron también que no hay una suficiente concordancia en cierta manera con los datos suministrados, ya que en general se presenta una higiene oral regular.

Sanabria, Suarez y Estrada, (2015) realizaron una investigación de tipo ecológico mixto en Colombia mediante una revisión de literatura implementada entre julio del 2011 y julio del 2012 en las siguientes bases de datos: Global Health, Medline, OVID, Pubmed, Science Direct, Hinari y Google Scholar. El estudio que se estableció en Colombia, analizaron e interpretaron la información caracterizando las trayectorias políticas y teniendo en cuenta la localización demográfica del país. La gestión estaba compuesta según el COP realizado en niños de doce años de edad, en relación al Ensab III; según la variable del sexo, en donde en los masculinos fueron 2,1 y femeninas 2,5; según la zona urbana 2,3 y rural 2,3; en subregiones como San Andrés el valor es de 1,6; Barranquilla: 1,8; Orinoquia y Amazonia: 3,3; andén Pacífico: 2,3; Cali: 1,7; Medellín: 1,8 y Bogotá: 3,1. Estos resultados constituyen un acercamiento a lo que realmente se cuestiona cuando se observan cifras decimales de una herramienta cuantificable en enfermedad de salud oral como lo es el COP; así mismo ilustran el resultado de diversas dinámicas que tienen un trasfondo económico, político, social y cultural.

Prácticas relacionadas con la salud oral en adultos mayores con vulnerabilidad socioeconómica el ámbito mundial y nacional

Thapa et al., (2016) implementaron un estudio descriptivo y transversal realizado en Nepal, donde se evaluó a 4200 adultos mayores donde casi el 95% refirió que se cepillaba una vez al día, mientras

que alrededor del 10 % informo que lo hacía dos veces al día. Entre la población total el 71% utilizaba pasta de dientes con flúor y solo el 4% fue al odontólogo en los últimos 6 meses. En lo que respecta a los residentes de zonas rurales, tenían menos probabilidades de acceder a pasta de dientes fluorada y menos posibilidades de atención primaria odontológica. La frecuencia sobre el cepillado dental es por lo menos una vez al día, sin embargo las consultas frecuentes al odontólogo y la realización de la higiene oral dos o más veces al día es menos probable en esta población.

Rueda y Albuquerque, (2016) desarrollaron la utilización analítica de prácticas discursivas, cuyo enfoque es el lenguaje utilizado aplicado a través de un documento de dominio público como medida práctica adultos mayores en condiciones socioeconómicas vulnerables. Así, estas actividades discursivas consisten en las formas por las cuales las personas, por medio del lenguaje, producen sentidos y se posicionan en las relaciones sociales cotidianas. Los elementos de las prácticas discursivas son la dinámica, es decir enunciados orientados por voces, y repertorios lingüísticos soportados de acuerdo al reporte de salud oral mundial de la OMS. En síntesis, el examen de los repertorios lingüísticos del reporte mundial de la salud oral verificó que no se constituye en una herramienta político teórica orientada a la satisfacción del derecho a la salud oral, por ende no se gestionan mecanismos efectivos en el enfrentamiento de los determinantes sociales y obligaciones estatales de asegurar el derecho a la salud oral de manera enfática.

Ruiz, Zapata, Garavito (2013) realizaron un estudio de tipo cualitativo, exploratorio de base empírica y documental realizado durante el primer semestre de 2016 en Colombia. Para el alcance de esta investigación utilizaron la metodología de análisis de prácticas discursivas cuyo enfoque es el lenguaje utilizado, consistiendo en las formas por las cuales las personas por medio del lenguaje se producen sentidos y se posicionan en las relaciones sociales cotidianas. Aplicado en un documento de dominio público. La selección de la metodología se justifica en el reporte de la OMS. Con respecto a la salud oral como determinante para la calidad de vida, se afirma concretamente la funcionalidad del complejo cráneo-facial, las limitaciones que imponen las enfermedades de la boca y su impacto psicosocial; sin embargo esta comprensión se revela insuficiente en la medida de que la salud oral, como determinante de la calidad de vida, conduce a vivir una vida digna constituyéndose en un bien ético que debe ser protegido y garantizado por el estado. Las áreas prioritarias de acción señalan los tópicos como el flúor y la nutrición, sin

embargo, en el reporte el acceso de agua fluorizada y a la nutrición esencial no se categorizan como derechos humanos ni como un deber estatal.

Prácticas relacionadas con la salud oral en niños con vulnerabilidad socioeconómica en el ámbito mundial y nacional

Boynes et al., (2018) desarrollaron en EE.UU un simposio de prácticas de salud oral interprofesional rural en el año 2017 en relación a niños con vulnerabilidad socioeconómica; evaluándose a un grupo de 44 participantes compuesto por líderes profesionales relacionados con la atención en salud oral; incluida la atención en zonas rurales, la salud conductual y la política de atención. Se organizaron sesiones de trabajo de acuerdo a un proceso de análisis de brechas en desigualdad y la planificación de la acción para abordar afecciones en salud oral, con el objetivo de obtener más oportunidades en la práctica interprofesional y el interés hacia la atención en salud oral en zonas rurales donde se desarrolló y se discutió el estado actual y el futuro de las prácticas interprofesionales en comunidades rurales. Proporcionaron información sobre la adopción de la práctica interprofesional de la salud oral rural. Hallaron que la facturación de seguros privados para aplicaciones de barniz de flúor y problemas generales con sus departamentos de facturación, se identificaron en un 12% y un 11%, respectivamente. Enunciaron que una aplicación de barniz de flúor por parte de los proveedores de atención primaria fue la mejor práctica y la más frecuente identificada en el simposio identificadas en cinco tablas descritas. La segunda práctica más recomendada tiene relación con la importancia del trabajo de los higienistas dentales, identificándose como líderes en entornos de atención primaria como catalizador de una acción integrada.

Revelo et al., (2019) llevaron a cabo una investigación de tipo descriptiva realizada en Colombia. Analizaron a una población compuesta por 1420 personas en situación de vulnerabilidad y desplazamiento residentes en la ciudad de Popayán con edades de más de 3 años, Donde el 52%, 27 % eran personas vulnerables y el 47,72% desplazadas. Se realizaron actividades de educación, motivación, enseñanza de cepillado, manejo de la seda dental, enjuague bucal, aplicación tópica de barniz con flúor, además el recuento de placa bacteriana por medio del índice de O'Leary e historia de los caries COP. En las clínicas de niños realizaron la respectiva higiene oral, operatoria dental, cirugía, endodoncia y ortopedia maxilar según los casos. Se implementaron también jornadas de atención primaria odontológica en comunidades vulnerables rurales. La población

vulnerable fue la más beneficiada; los pacientes más atendidos fueron las mujeres. El rango de edad fue, niños entre 3 y 8 años y adultos, de 36 y más años. El procedimiento odontológico que más realizaron en niños fue la profilaxis dental.

Martinez et al., (2011) realizaron un estudio donde mediante encuestas, entrevistas y prácticas en salud oral a una población de 333 niños mayores 2 años pertenecientes al instituto colombiano del bienestar familiar de la ciudad de Cartagena, Colombia. El grupo más vulnerable de acuerdo al nivel socioeconómico, fue el más representativo con un 45%. Una parte niños indican que están en desacuerdo las visitas frecuentes al odontólogo. Encontraron que el motivo de consulta al odontólogo generalmente en mayor medida se debía por dolor o urgencia dental en los niños. En referente a la relación entre prácticas y estrato socioeconómico, encontraron una mayor frecuencia de padres de estrato bajo que le realizan la higiene oral a sus hijos (79,5%) en comparación con los estratos medio/alto (20,5%). Hallaron también mediante la encuesta e inspección clínica en los niños, que utilizaron una proporción alta en cantidad de crema dental fluorada, donde hallaron la presencia clínica de fluorosis dental debido a esto. Destacaron en los padres de los infantes niveles de conocimiento y actitudes favorables frente a las prácticas mecánicas de autocuidado de la salud oral para sus hijos.

Factores de riesgo odontológico en adultos mayores con vulnerabilidad socioeconómica en el ámbito mundial y nacional

Con relación a los múltiples factores de riesgo de la salud oral en adultos en condiciones socioeconómicas vulnerables, los autores Bhatt & Bathija (2018) en EE.UU, mencionan a través de su investigación, que no hay un conjunto definido de factores que puedan determinar si una comunidad es vulnerable. El grupo de trabajo de la AHA refiere una lista de características y parámetros de las comunidades rurales y urbanas vulnerables: falta de acceso a los servicios de atención primaria, la limitación de recursos económicos, las altas tasas de un seguro, las diferencias culturales sociales y lingüísticas, los bajos niveles de educación, y los desafíos ambientales. Esto implica que ciertas características o parámetros pueden ser exclusivos de las comunidades rurales vulnerables como aquella población en declive y envejecimiento, las oportunidades laborales, mientras que las características o parámetros de las comunidades urbanas vulnerables pueden

incluir la falta de acceso a necesidades básicas como la alimentación, refugio y ropa y una carga de enfermedad desproporcionadamente alta.

A fin de determinar elementos de importancia para la salud oral y atención odontológica en pacientes adultos mayores, se realizó una búsqueda de literatura en tres bases de datos diferentes (PUBMED, The Cochrane Library y Cinahl). Por consiguiente un grupo de especialistas de países nórdicos gestionó unas medidas de atención odontológica de las diferentes factores asociados y eventos de la enfermedad tales como caries, enfermedad periodontal, dolor orofacial y dolor en la ATM, presencia de lesiones en mucosas, capacidad de la función motora oral, boca seca, halitosis, interacción entre el estado de salud oral y otras afecciones médicas, capacidad de comunicación y participación, calidad de vida, ética y organización de la atención odontológica para minimizar el impacto de las afecciones y evolución de las enfermedades orales. En dos de los dominios se identificaron pruebas; en personas institucionalizadas de 65 años o más, donde una higiene oral eficaz puede prevenir la neumonía y además se encuentra la evidente relación entre la desnutrición por energía proteica y falta de apetito en el paciente edéntulo. (Ástvaldsdóttir et al., 2018).

Northridge, Kumar & Kaur (2020) señalan a través de un análisis informativo realizado en EE.UU, los metodos que se emplean para abordar las desigualdades en el acceso a la atención en salud oral. El hallazgo que realizó el instituto de medicina y el consejo nacional de investigación consiste en la recomendación en el cual la (HRSA) debe ampliar la capacidad de los (FQHC) en la prestación de servicios esenciales de salud oral. Debido a que existen factores como desafíos relacionados con la alfabetización en salud oral, idealmente es necesaria la implementación continua en tecnología y en innovación en los modelos de atención a comunidades vulnerables, aumentando la capacidad de atención en la demanda sostenida de pacientes con necesidades en servicios de salud oral. El resultado neto es una mayor probabilidad de mala salud oral en todas las edades para las personas de bajos ingresos, no aseguradas y/o miembros de minorías raciales, étnicas, inmigrantes o poblaciones rurales.

En los Países Bajos se implementaron una investigación de dos paneles de expertos independientes utilizando una revisión bibliósica ampliada y actualizada para derivar declaraciones sobre el concepto para definir vías de vulnerabilidad. El señalamiento del grado de vulnerabilidad de un individuo es el equilibrio neto de los efectos de riesgo y los factores protectores y curativos (social, biológicamente y en términos de alfabetización de la salud y acceso a la atención en salud). Otra

barrera se relaciona con la falta de conciencia profesional y la sensación de vergüenza que los profesionales experimenten cuando se enfrenten a un caso de vulnerabilidad. La falta de opciones de intervención, la presencia de barreras de comunicación y la expectativa de que la atención adecuada consume mucho tiempo, contribuyen a la renuencia a prestar plena atención a las insuficiencias de atención relacionadas con la vulnerabilidad. El modelo conceptual referido describió una relación dinámica entre la mala salud oral y la vulnerabilidad. Las dos vías clave que se vinculan a la vulnerabilidad son complementarias pero no iguales, ya que los procesos biológicos para mantener la salud u obtener una mejor salud no son recíprocas a la recuperación, por lo que tampoco en términos de impacto de vulnerabilidad. Groot et al., (2019).

George, Daniels & Fioratou (2018) en Reino Unido realizaron entrevistas semiestructuradas, identificando y relacionando las barreras económicas como bases de ejecución principalmente con la disponibilidad y accesibilidad a los servicios odontológicos, y las barreras cognitivas relacionadas principalmente con las actitudes y la ‘discriminación’ de los profesionales de la salud. La falta de educación y alfabetización sanitaria por parte de la población adulta sientan un precedente, donde las barreras de comunicación y el lenguaje son muy frecuentes debido a la evolución de las diversas poblaciones con respecto a la migración de la población vulnerable. Un tema único de barreras psicológicas surgió con subtemas asociados a la desconfianza, desesperanza, miedo y ansiedad de esta población vulnerable. La discriminación cultural o étnica es generalizada y está relacionada con una calidad de atención más pobre.

Corscadden et al., (2018) desarrollaron en Australia, un análisis de acuerdo a la encuesta política sanitaria internacional de adultos mayores de 18 años del fondo del Commonwealth de 2016. Consideraron que los grupos vulnerables son más propensos a enfrentar múltiples barreras para el acceso a la atención primaria odontológica, como aquellos participantes con enfermedades crónicas, menores ingresos, mujeres, personas mayores de 65 años y aquellos que no nacieron en el país en el que residen. En cuanto a las enfermedades crónicas clasificaron a los encuestados en 3 grupos: 1) personas sin condiciones, 2) aquellos que dijeron que habían sido diagnosticados con una condición física y 3) aquellos que dijeron que presentaban una condición de salud mental. En total uno de cada cinco adultos (21%) experimentaron múltiples barreras antes de llegar a las prácticas de PC. Después de obtener atención odontológica, un promedio del 16% de los adultos

tenían dos o más barreras. Las personas con los ingresos más bajos eran más propensas a experimentar múltiples barreras antes de llegar a las prácticas de atención primaria.

Peres et al., (2019) describen en su investigación a través de las consideraciones según la OMS en la atención odontológica, la acción sobre los determinantes estructurales como las políticas económicas, sociales y de bienestar, donde pueden generar jerarquías sociales e influir en la situación socioeconómica de las personas dentro de las sociedades. El estatus socioeconómico influye en la salud a través de las circunstancias en que las personas viven, trabajan y envejecen, y sus riesgos potenciales de enfermedad. Los determinantes intermedios incluyen la vivienda y las condiciones de trabajo, el capital social, factores psicosociales como el estrés y el apoyo social y el acceso a la atención de la salud. Varios modelos han adaptado conceptualmente el marco de determinantes sociales de la OMS para la salud oral por la necesidad de pasar de los enfoques clínicos actuales a iniciativas políticas que aborden las desigualdades en salud oral a nivel estructural, centrándose en los determinantes sociales de la salud y los factores de riesgo compartidos entre las enfermedades orales y otras enfermedades no transmisibles.

Kim, Kim & Shin, (2017) realizaron un estudio transversal donde se utilizó datos agrupados de la cuarta encuesta nacional de salud y nutrición sobre 17.141 adultos en Corea. Estuvo constituido por medio de factores demográficos, factores socioeconómicos, factores de necesidad y factores relacionados con necesidades en salud oral. Hallaron que los adultos surcoreanos, el 43,9% había percibido necesidades dentales insatisfechas con la razón más común a causa de dificultades económicas. Descubrieron un porcentaje general de personas con necesidades dentales percibidas no satisfechas en poblaciones socioeconómicamente vulnerables, y en aquellos con necesidades de tratamiento dental, enfermedad periodontal, caries y mal estado de la salud oral. Las personas incluidas en el grupo de ingresos más bajos eran aproximadamente 3 veces más propensas a tener necesidades dentales no satisfechas que el grupo de ingresos más alto. Las personas con dientes perdidos y aquellos con mal estado de salud oral eran más propensos a tener necesidades dentales insatisfechas.

Roberto et al., (2020) realizaron un estudio transversal multinivel con datos de 9564 participantes adultos de la encuesta Brasileña de salud oral. Los autores señalan que la pérdida de dientes es un indicador clave referente a un problema importante de salud oral y una preocupación general de salud pública, donde debido a esto se refleja una acumulación de enfermedad oral a lo largo de la

vida. Esta se ve afectada por factores sociales, conductuales y culturales por lo tanto la pérdida de dientes es el resultado de una interacción compleja entre factores biológicos y sociales. Resultó que los adultos brasileños perdieron una media de 7,57 (95%IC 7,1-8,1) dientes. Se encontraron que el número de dientes perdidos fue mayor entre los residentes de municipios con alto y medio/bajo índice municipal de desarrollo humano (IDM) y en municipios que no tenían prestación de servicio de agua fluorada. Por lo tanto la ausencia dental es un marcador de desigualdad en salud de la población, basado en el hecho de que los grupos socialmente desfavorecidos muestran un número menor de dientes. Indicaron finalmente que la pérdida de dental fue menor entre los adultos con niveles de educación superior y los hombres.

Joya y Quintero, (2015) realizaron un estudio descriptivo en 318 adultos mayores de 65 años en 11 comunas de la zona urbana de Manizales, Colombia. Como instrumentos se utilizaron: el índice de Helkimo para evaluar alteraciones de ATM, el índice de extensión y severidad, para la salud periodontal el índice comunitario de necesidades de tratamiento periodontal, para evaluar la historia de caries dental el índice COP-D y para la caries radicular el índice de Katz, así mismo utilizaron el índice de O'Leary para determinar la higiene oral. Con referencia a factores sociodemográficos, hallaron que el 71,4% de las personas evaluadas fue del sexo femenino. El promedio de edad fue de 74 años. El 56 % de las mujeres y el 71% de los hombres refieren que tuvieron educación básica. Tanto los hombres como mujeres se ubican en mayor proporción en estrato medio bajo. En consideración a estos valores y factores de referencia, el estado de salud oral en el adulto mayor, aunque haya un influenciamiento por el envejecimiento, dependerá directamente de los hábitos de higiene oral, del grado de incapacidad física, de la presencia de enfermedades sistémicas, de la posibilidad de acceso a la atención odontológica y de la importancia y conocimiento que se le dé a la salud oral. Por lo cual no se debe desconocer que el estado de salud oral se determina por factores sociales, económicos, políticos y culturales.

Monroy et al., (2018) realizaron un estudio transversal en 394 adultos mayores de 60 años valorados por servicio de odontología. En Bogotá, Colombia. El 85% presenta comorbilidades de base, el 72,% consume medicamentos, el 38,6 % tiene periodontitis, siendo esta enfermedad oral en particular la que induce progresivamente a la pérdida de soporte y estabilidad en la dentición de esta población y más aún en afectación mayor por determinantes socioeconómicos. Realizan énfasis en los factores funcionales masticatorios y su influencia por varios mecanismos de

detención y reducción de las capacidades de articulación. Se observa una muy baja prevalencia de dentición funcional, dado los procesos crónicos de alteraciones en el soporte y periodonto en general de la dentición remanente con eventos acelerados por otras enfermedades en especial sistémicas en los adultos mayores. Los hallazgos sugieren la importancia de fortalecer el componente de actividades preventivas a lo largo del ciclo vital para disminuir la pérdida dental como factor causante de una alteración anatómica, de espacio y reducción del hueso alveolar.

Agudelo et al., (2016) realizaron un estudio transversal en una red hospitalaria a 342 adultos de 65 años en Medellín, Colombia. Se evaluaron prevalencias con respecto a trastornos temporomandibulares clínicos, a través del índice Helkimo amnésico con respecto a variables sociodemográficas y de salud. La prevalencia de síntomas graves fue mayor en hombres en un 32%, las mujeres presentaron síntomas leves en un 18,8%, donde se encuentra una relación de afectación hacia los procesos dentales en cuanto a la oclusión y masticación en 30 días previos (AOR 3.57; CI95% 1.80-7.08). La aparición de síntomas y frecuencia de estas alteraciones se encontraron en mayor incidencia en adultos de la tercera edad vulnerables socioeconómicamente provocando un mayor impacto en el proceso de deglución de los alimentos, con llevándose a promover alteraciones gástricas y de nutrición.

Factores de riesgo odontológico en niños con condiciones de vulnerabilidad socioeconómica en el ámbito mundial y nacional

La identificación de factores que contribuyen a las desigualdades sociales que en el caso de niños en condiciones más vulnerables, se incrementa el riesgo de la caries de la infancia, determinando un influenciamiento de los costos de atención y tratamientos odontológicos. Debido a la desventaja socioeconómica se han asociado diversos factores de riesgo a la salud que pueden desencadenar enfermedades orales como caries, enfermedad periodontal y enfermedades cardiovasculares o condiciones sistémicas de la persona. Por lo tanto, referente a estos aspectos se debe proteger a los niños de los efectos adversos de estas condiciones socioeconómicas para reducir así la carga de la enfermedad en la adultez. Se pone en contexto la relación de la desigualdad en salud oral con el compromiso del personal odontológico en el poder identificar los pacientes con alto riesgo, promoviendo comportamientos positivos y acceso oportuno en la prestación odontológica. Las herramientas de enseñanza apropiadas deben direccionarse a la población de acuerdo a sus

necesidades, con prácticas que permitan realizar un seguimiento a los servicios para la detención oportuna de enfermedades orales. Benavides y Cerón, (2017).

Pardo et al., (2020) llevaron a cabo un estudio descriptivo, retrospectivo de 173 historias clínicas de odontopediatría utilizándose la herramienta cariograma de Bratthall para la recolección de información. Se determinaron factores de riesgo asociados a la presencia de caries dental en niños que asisten a la clínica odontológica. Se evaluaron variables adicionales de escenario de país y de grupo, partiendo de que Colombia presenta un escenario de país en vía de desarrollo con condiciones de inequidad en la prestación de salud, por lo que el nivel de riesgo determinado por los investigadores fue alto. En la variable del escenario de grupo fue considerada por el estrato socioeconómico. Según la información registrada, encontraron que el 15% de los niños son de nivel socioeconómico bajo, un 20% de nivel medio y un 4% alto. En la descripción de cada factor evaluado los de mayor probabilidad fueron: en primer lugar la presencia de placa bacteriana con un 77% de presencia del Biofilm a simple vista, seguido del contenido de la dieta con un valor alto (71,2%) referente al consumo de azúcares y harinas. En tercer lugar en la evaluación de la aplicación de flúor, determinaron que el 55% no usan el fluoruro en ninguna de sus formas, mientras que el 45% utilizaron la pasta fluorada y otra medida aplicativa en base del flúor. Por último lugar según la historia de la caries, más del 41% de los niños tuvieron caries y el 4% se encontraron medidas correctivas a través de la obturación dental. En cuanto a otros factores, el factor de riesgo capacidad buffer lo midieron a través del ph salival, determinando que el 12% presentaron un ph ácido, aumentando la probabilidad de desarrollar caries. En cuanto a la historia de la enfermedad sistémica, tuvieron en cuenta la valoración del peso y la talla para obtener en percentil, determinando que el 46% presentaron alguna situación de bajo peso, sobre peso u obesidad. Los factores de riesgo relacionados a la presencia de caries se basan primordialmente en los hábitos que presenta la población, hábitos aprendidos durante la niñez y/o juventud en sus hogares.

Sanabria, Suarez y Estrada, (2015) realizaron un estudio ecológico mixto en Colombia, a partir de la recolección de datos secundarios en veinte países constituido estructuralmente en cuatro etapas, mediante una revisión de literatura. En la interpretación referente al valor COP mundial en este estudio, es parte de la premisa resultativa de la evolución de los factores impulsores de la caries, por el cual se arroja un valor de referencia global originado por aproximación estadística para la

OMS, en el cual se intenta promediar los valores reportados, tanto por los países desarrollados como por aquellos que está en vías de desarrollo. Se encontraron elementos comunes y relacionados en donde como en toda enfermedad, los determinantes de la caries dental comúnmente identificados están los macroestructurales, tales como los económicos, políticos y socioculturales, que influyen en el recorrido sociohistórico, el entorno socioambiental, la condición sistémica, la higiene oral, algunos medicamentos que este ingiriendo, el pH salival, la dieta alta en azúcares y demás factores asociados directa o indirectamente en los niños. Describieron también factores sociales, que hacen referencia a los determinantes supraestructurales de contenido político, económico y cultural, como son la educación del niño, los hábitos de cuidados en el cuidado y la higiene oral, la capacidad de adquisición de los elementos necesarios para la práctica de higiene oral, el acceso a un seguro odontológico para los tratamientos y medidas tempranas de detención y control de la enfermedad oral.

Efecto a través de la promoción y prevención odontológica en adultos mayores con condiciones de vulnerabilidad socioeconómica en el ámbito mundial y nacional

Peres et al., (2019) señalan que la comunidad odontológica de salud pública ha venido defendiendo la importancia de los enfoques integrados en las fases iniciales y comunitarias en poblaciones adultas en condiciones de vulnerabilidad esencialmente; sin embargo la atención de la salud oral y los enfoques para la prevención de enfermedades siguen operando en gran 'medida' en un silo dental no integrado. Los responsables de las políticas dentales tienden a basarse en intervenciones simplistas en sentido descendente; en parte, debido al predominio de una filosofía intervencionista clínica, y debido a los desafíos de generar evidencia de eficacia para los más complejos intervenciones preliminares. Se resulta explicando de manera descriptiva la afectación de las enfermedades orales en dirección desproporcionada hacia los grupos más pobres y marginados de la sociedad, estando estrechamente vinculados a la situación económica y a los determinantes sociales y comerciales más amplios. Así pues según la forma debido a políticas que favorecen la realización de intervenciones clínicas preventivas y el asesoramiento en salud oral, en lugar de estrategias de planificación de toda la población, generando efectos no suficientes en mejor cobertura hacia esta población.

Rengifo, (2016) manifiesta en su investigación la implementación de estrategias, donde describe que la salud oral en algunos ámbitos se recibe como un componente de baja prioridad en la mayoría de los sistemas de salud. Los desafíos más importantes encontrados para la salud oral en siglo XXI para Iberoamérica se refieren a la transferencia de conocimiento y experiencias en el cuidado de la salud ora preventiva para los pobres y desfavorecidos. Argumentaron la necesidad de fortalecer los programas de prevención de enfermedades y promoción de la salud para mejorar las condiciones de salud oral y el estado periodontal en nuestros países. Respecto al estudio se ha logrado reducir en un 20% la prevalencia de las enfermedades cardiovasculares por medio de una estrategia primordial en Estados Unidos. Por medio de esta estrategia se impide que aparezcan los factores de riesgo, empoderando a la población para el control de riesgo. Bajo dicha estrategia los adultos mayores, jóvenes y niños, deben cuidar 7 parámetros a lo largo del ciclo vital, reduciendo el riesgo de infarto cardiaco o enfermedad cerebrovascular. Los parámetros son, presión arterial por debajo de 110/70 mm Hg, índice de masa corporal entre 18 y 24, colesterol total por debajo de 200 mg / dl, no fumar, no al abuso del alcohol, practicar 30 min diarios de ejercicio y glucemia por debajo de 110 mg/ dl.

Fonseca et al., (2017) realizaron un estudio descriptivo, transversal, observacional y aleatorizado a través de una encuesta que constaba de 3 partes: grado de prevención dental, 2) grado de educación dental, 3) la importancia de la dentición. 1,249 padres de familia en México, menores de 60 años de edad. Se encontraron que dentro del grado de prevención dental del total de los padres de familia donde el 14.09% de los encuestados en un nivel alto, 48.04% en nivel moderado y 37.87% en un nivel bajo. En cuanto a grado de educación dental se registraron 49.48% en nivel alto, 47.56% en nivel moderado y 2.96% en nivel bajo por lo que se observaron que la población de estudio tiene un grado de educación mayor (nivel alto). Compararon el grado de prevención dental con el grado de estudios de los padres de familia y se observaron una tendencia en los niveles moderado y alto donde cuanto más alto el grado de estudios, mayor los niveles de prevención. Se debe reforzar el establecimiento e implantación de estrategias de salud pública en la prevención de las enfermedades orales más comunes. Así mismo, al no existir la costumbre de la prevención bucodental se ignora el valor que le corresponde, debido quizá a que es algo sencillo o simplemente por tratarse de un tema desconocido. El nuevo paradigma radica en comprender que el beneficio de prevenir una enfermedad o sus complicaciones es mayor que el que se obtiene por atenderlo de manera oportuna y adecuada.

Otálvaro et al., (2019) realizaron una revisión descriptiva en relación con las políticas de salud oral en Colombia durante la implementación del sistema general de seguridad social en salud en el periodo 1994-2017. Se utilizaron referentes propuestos por Franco para el análisis de las políticas y la reforma del sistema de salud colombiano apelándose a una interpretación crítica de los cambios de la política de salud derivándose desde una perspectiva neoclásica, de racionalidad económica que comprende la salud como bien de mercado y de consumo individual. El análisis se orientó hacia el esclarecimiento de los contenidos y el alcance de las políticas en tres dimensiones de las políticas: relativas a la atención individual, integralidad y equidad, entendidos como condiciones básicas para la garantía del derecho a la salud. El resultado de la revisión se presenta en cuatro apartados; en el primero se presentó en una contextualización del sistema de salud colombiano. En el segundo se argumentó las políticas públicas de salud oral en cuanto a la atención odontológica individual, con énfasis en poblaciones adultas en condiciones de vulnerabilidad. El tercero describió las políticas relacionadas con la salud pública. El cuarto las relacionadas con la formación y el ejercicio profesional de la odontología.

Efecto a través de la promoción y prevención odontológica en niños con condiciones de vulnerabilidad socioeconómica en el ámbito mundial y nacional

Whelton & Fox (2015) realizaron una investigación acerca del apoyo de la IADR en el compromiso de la prevención de enfermedades orales. Las reuniones de IADR proporcionan un foro de intercambio de ideas en conocimientos y avances de investigación dental en un contexto integral de nuevas ideas. Dos simposios se centraron en enfoques eficaces para la prevención de la caries, un simposio presentó relatos y éxitos de la implementación y escucho ejemplos de tres iniciativas de promoción de la salud oral muy diferente y exitosa. El primero fue Childsmile, el programa escocés de mejora de la salud oral infantil del sector público, el segundo fue un informe sobre enfoques público privados para la promoción de la salud oral en comunidades vulnerables y el tercero fue sobre enfoques de la práctica dental general titulados cuidado del paciente centrado en la prevención práctica dental. En términos generales, la creación de grupos y redes, de los cuales treinta, facilitó la comunicación entre investigadores en áreas de interés común. Los programas y simposios científicos de grupo y red permitieron centrarse en las áreas nuevas y emergentes y permiten a los interesados en la materia un fácil acceso a los últimos avances en su área de interés. El programa de reuniones fue diseñado para permitir una fácil identificación de las áreas temáticas

y para permitir a los asistentes crear sus propios horarios con antelación, permitiendo a aquellos con un enfoque en la prevención perseguir su interés de investigación y desarrollar sus conocimientos.

González et al., (2013) realizaron un estudio cualitativo, con enfoque histórico hermenéutico en la ciudad de Medellín, en donde se incluyeron 775 niños y niñas entre los 2 y 5 años de edad. Se manifiesta que existen deficiencias en las acciones de promoción de la salud y prevención de las enfermedades más prevalentes que afectan la salud oral; se expresa la necesidad de mayores jornadas de evaluación y generación de espacios dedicados a la educación en salud, generando motivación y capacitación en salud oral también a los padres de familia o personas que estén a cargo de los niños. Manifestaron la necesidad de mejorar la supervisión y promoción del uso adecuado de los implementos de higiene oral en los diferentes centros infantiles. Evidenciaron los autores que en los resultados que se reconocía la importancia de los hábitos de la higiene oral en la prevención de enfermedades orales donde se identificaba la caries como principal patología. Las afirmaciones de las agentes educativas permiten reconocer que ellas son conscientes de la importancia del buen uso de estas prácticas de higiene oral a temprana edad en los niños y niñas a su cargo, sin embargo evidenciaron la falta de conocimiento suficiente en relación a la debida importancia en la prevención de otras afecciones orales y su implicación con el crecimiento y desarrollo de los niños.

Montenegro, Sarralde y Lamby, (2013) encuentran en su investigación donde en perspectiva del tercer estudio nacional de salud oral en niños de 5 a 14 años de edad, comparan con estudios anteriores, relatando la importancia de la generación continua de estrategias promocionales y preventivas en Colombia, mediante proyectos integrales encaminados a esta gestión de equilibrio de la salud oral, en espacios escolares no solo a nivel clínico sino en cuanto al conocimiento y medidas en donde de acuerdo a los análisis que se realizan en salud oral, debidos a los impactos consecuenciales en relación a la evolución de las enfermedades. A través de la articulación docencia-extensión-investigación se propone en formar recursos humanos en odontología utilizando la investigación- acción como estrategia participativa. Resulta en efecto que la educación en salud oral y su refuerzo permanente mediante el conocimiento, actitudes y aptitudes se enmarcan como garantías importantes para que en esta población se mantenga el equilibrio en salud.

Discusión

De acuerdo a la realización investigativa en cuanto a la determinación del estado de salud oral en adultos mayores en condiciones socioeconómicamente vulnerables descrita por Aguirre et al., (2020) se presentan falencias en cuanto a la claridad de los resultados propuestos debido a que menos de la mitad de la muestra de participantes manifestaron preocupaciones sobre su higiene oral y menos de la mitad de la muestra indicaron que tenían dificultad en los procesos masticatorios. Debido a estos resultados, la derivación sobre las indagaciones, no muestra hallazgos claros, objetivos y precisos de los factores contribuyentes en los procesos evolutivos de las enfermedades orales. En relación a los presentes desafíos limitantes en la interpretación y comprensión en la educación en la salud oral de las poblaciones estudiadas, se hace más difícil aun la obtención de datos precisos de acuerdo a las indagaciones propuestas señaladas. Sin embargo Cerón, (2014) a través de la revisión de literatura realizada en varios países mostró resultados en los cuales adultos de la tercera edad tienen un alto porcentaje de presentar caries coronoradicular, presentando también hiperplasias e inflamaciones gingivales requiriendo altas necesidades de tratamiento odontológico mostrando una salud oral deficiente. Se comprende de manera subjetiva a través de la descripción propuesta por Zivkovic et al., (2020) que la calidad en la salud oral es ampliamente representativa afiliación a los seguros odontológicos, obteniendo resultados más favorables en relación directa a sus salud, proporcionados por parte de los estados y naciones; pero no depende única y exclusivamente de ello debido a las acciones prácticas propias de los individuos en cuestión del control regular y mantenimiento preventivo en cuestión de la salud oral; que están sujetas también a las limitaciones de recursos básicos y complementarios de implementos de higiene oral y educación suficiente para la realización de la misma. Ahora bien de acuerdo a la relación argumentativa de Posada (2016) demuestra que los adultos mayores presentan una afectación mayor en las pérdidas dentales a nivel del maxilar superior y un énfasis negativo en los tejidos blandos, encontrándose patologías crónicas a nivel de mucosas. Por consiguiente Posada (2016) establece que los adultos mayores en condiciones socioeconómicas bajas tienen los peores resultados en la aparición y aumento de lesiones blandas y de mucosa oral, en deficiente el estado de salud oral y protésico en Colombia. Vanegas, (2020) argumenta que la aparición de las enfermedades orales como resultado de las desigualdades y factores sociales en la determinación de garantizar un buen estado de salud oral. Los resultados de esta investigación señalan la

congruencia de las manifestaciones clínicas y afecciones altamente prevalentes y frecuentes en la salud oral en adultos mayores señalando una alta incidencia de aparición y evolución de los distintos procesos de las enfermedades orales relacionadas en gran medida a un contexto socioeconómico y cultural como base preliminar.

En cuanto a los resultados en determinación de la salud oral de niños socioeconómicamente vulnerables, Vece et al., (2016) evidencia que en gran parte el déficit de calidad de salud oral es debido al compartimiento del cepillo dental en donde no se gesta más eficientemente la buena praxis de autocuidado. Fort et al., (2016) muestran que la incidencia de caries de alta severidad de afectación se evidencia más en los infantes en condición de desprotección social. Así mismo Hurtado et al., (2017) afirma que en ocasiones la inexistencia de elementos básicos y suficientes en salud oral hace más difícil la realización de la misma, por lo tanto se tiende a no obtener un equilibrio propicio en calidad de salud oral y más sin ayuda oportuna por parte del Estado mediante la cobertura de política en salud oral ineficiente. También Sanabria, Suarez y Estrada, (2015), demuestra que el grado de desigualdad de prestación en la atención odontológica debido a un trasfondo socioeconómico, político y cultural como principales relacionados en debida ejecución del servicio en salud oral. El acercamiento técnico de estos resultados no demuestra diferencia alguna en consecuencia de la aparición de eventos patológicos debido al avance propicio de estos procesos infecciosos y bacterianos en niños por categorización socioeconómica, en consideración a la oportuna prestación de atención odontológica.

Dentro de los modelos de ejecución de actividades prácticas de la salud oral, Thapa et al., (2016) destaca que los adultos mayores residentes en áreas rurales tenían menos conocimientos para realizar el autocuidado oral, en parte por la inexistencia de elementos accesorios limitando así mismo la manutención ideal del autocuidado oral. No obstante Rueda y Albuquerque, (2016) afirman que no hay un desarrollo integral en la comunicación del lenguaje claro en la implementación de indagación en salud oral en adultos mayores socioeconómicamente vulnerables. En la misma medida de importancia de la proposición de prácticas discursivas, Ruiz, Zapata y Garavito, (2013) implican el complejo cráneo facial como factores clínicos asociados a las enfermedades orales y los impactos psicosociales que generan, además las subraya las repercusiones consecuenciales ocasionadas por la mala nutrición en los adultos mayores en condiciones socioeconómicamente vulnerables. Es generalizada la ausencia o poca educación en

salud oral de los adultos de la tercera edad incurriendo aún más en las deficientes cuidados prácticos mecánicos de higiene oral en esta población.

En el alcance de contrarrestar las enfermedades orales, Boynes et al., (2018) manifiesta que la carencia de aplicación de flúor significa un aumento en la incidencia de la caries dental siendo esta medida señalada como una de las mejores de intervenciones prácticas tempranas en el control evolutivo de la caries dental. En contraste a este estudio, Martínez, (2011) asume la aparición de fluorosis dental a temprana edad se debe principalmente a un desequilibrado recibimiento en cantidad de flúor a través de cremas de dientes no indicadas, sumado a la ingesta de algunos alimentos y agua fluorada. Revelo et al., (2019) demuestra mediante las valoraciones clínicas que los modelos de atención primaria temprana en niños con afectaciones de desplazamiento son más oportunas en la evidente inequidad para una mejor calidad en salud. Conforme a este informe, se evidencia inicialmente la precariedad de conocimiento suficiente en la realización de la manutención regular conforme a las buenas técnicas mecánicas de autocuidado, la falta de acompañamiento de los padres en la realización de las mismas y la baja frecuencia de las mismas en adopción para la buena gestión en el equilibrio de la salud oral en niños socioeconómicamente vulnerables.

La descripción de factores de riesgo como parámetros de establecimiento en la atención de salud oral como Peres et al., (2019) señala, principalmente a determinantes estructurales en gestión política ya sea social, económica y de bienestar para las sociedades, donde surgen categorizaciones jerárquicas para la prestación hacia las poblaciones emanando desigualdades a nivel estructural entre las comunidades, donde la más afectada son los adultos de la tercera edad, en razón a la situación socioeconómica de esta población con impacto en la salud. Sin embargo en la investigación realizada por Bhatt & Bathija, (2018) señalan que no hay un conjunto definido de factores que determinen directamente el nombramiento de vulnerabilidad hacia una población; contrastado a estos argumentos, de Groot et al., (2019) indica parámetros base del concepto hacia la vía de la vulnerabilidad con patrones característicos en el equilibrio de los efectos de riesgo hacia la enfermedad y los factores protectores biológicos efectivos. Acompañado a este razonamiento, la falta de oportunidades de intervención gradual y oportuna se suma como contribuyentes en los efectos de barrera dinámica de la mala salud oral relacionada con la vulnerabilidad; estas vías características son complementarias en la generación de impactos en la

calidad de la salud, como lo explica Roberto et al., (2020) donde menciona las instancias finales de los procesos crónicos de afectación hacia las estructuras dentales, en el cual la pérdida de dientes es el marcador final de esa generación continua del proceso de afectación final. Estos autores engloban de manera más integral los factores determinantes de estos procesos describiéndolos como procesos de afectación en el marco social, conductual y cultural donde el resultado mismo de las ausencias dentales son el resultado de una correlación compleja de factores biológicos y sociales. Benavides y Cerón, (2017) van más allá señalando que debido a la desventaja socioeconómica de los adultos mayores, se establecen puntos de relación directa de las enfermedades orales a nivel del estado periodontal con procesos cardiovasculares u otras condiciones sistémicas que estén presentes en algunos individuos. Joya y Quintero, (2015) consideran primariamente la importancia en educación de los adultos mayores analizados en territorio nacional, ya que se presenta una más baja calidad de salud oral a aquellos adultos en estado de desprotección social y económica indicando también que a medida se llega más rápido a la longevidad, se incrementan los riesgos de presentar afecciones en tejidos blandos y dimensión vertical, debido a la pérdida de dientes con implicación también proporcionándose una mala nutrición. En este mismo sentido, Monroy et al (2018) indica la importancia de los procesos sistémicos y la ingesta de medicamentos en afectación hacia la calidad oral sumado a los procesos crónicos del mismo pacientes se generan un conglomerado de riesgos en afectación de la calidad de salud en aquellos adultos mayores desprotegidos. Agudelo et al., (2016) argumenta la difícil situación en que viven los adultos mayores en condiciones de hospitalidad en afectación a la articulación temporomandibular y sus consecuencias en la medida deficiente de los procesos masticatorios y afectación en la nutrición de los adultos de la tercera edad con que además presentan deterioro de la salud en general son mayormente afectados por la dependencia socioeconómica. En efecto los argumentos presentados son conformes a las situaciones generales en la salud oral de los adultos mayores, pero no va a depender únicamente de ellos ya que siempre es prioritario los hábitos de higiene oral, la incapacidad física, y la posibilidad de acceso a la atención odontológica junto a la importancia y el conocimiento que le da cada uno de los individuos a su salud oral.

En el contexto de riesgos para la salud oral de niños, Benavides y Cerón, (2017) señalan el impacto de las enfermedades orales consecuentes a los factores de riesgo, en mayor causa se debe a la situación socioeconómica, por consiguiente la intervención oportuna a estos procesos garantiza la

reducción de la carga de la enfermedad a medida que llegan a la adolescencia y la adultez. Además Pardo et al., (2020) evaluaron a niños asistentes a una clínica de odontopediatría, donde consideraron que el principal agente de riesgo para la aparición de la caries dental es el Biofilm bacteriano seguido de la dieta alta en azúcar y harinas suministrada, la falta de aplicación correcta de flúor y el nivel de ph encontrado en la saliva de los niños, siendo el ácido el que conduce a la desmineralización de los tejidos dentales conllevando a la aparición de caries dental. Siguiendo el patrón de factores, Sanabria, Suarez y Estrada, (2015) evidenciaron elementos supraestructurales comunes asociados a un contexto político, económico y cultural, donde es relevante la formación educativa de los niños en cuanto a la importancia que se le debe dar a la higiene oral, generando hábitos contrarrestadores de los eventos generadores de la aparición de enfermedad oral. Los elementos conexos a estas proposiciones de estos valores multifactoriales, siempre van a ir acompañados generalmente a el entorno de los niños en este caso, en relación a un sin fin de determinantes de riesgo donde el objetivo es la disminución del mayor número de elementos causantes de las enfermedades orales en relación a la salud en general.

El objeto de la investigación en cuanto a la determinación de los efectos promocionales y preventivos para el control de riesgo en el equilibrio de la salud oral en adultos mayores, hace visible relaciones como los describe Fonseca et al., (2017) en su investigación, indicando que el grado de prevención dental de los adultos mayores generalmente coincide con el grado de educación en estas comunidades considerándose una mayor visibilidad en la importancia que requiere la dentición permanente de los individuos, donde el edentulismo total es de gran frecuencia. En consideración al nivel de importancia hacia el estado preventivo de la salud oral, Rengifo, (2016) establece que el influenciamiento de la salud en general junto a la salud oral se da también debido a parámetros corporales e índices de control preventivos con énfasis en esta población afectada social y económicamente. La información recopilada demuestra una cierta insatisfacción con los resultados en cuanto al análisis de las políticas y estructura del sistema descrito en la investigación por parte de Otálvaro et al., (2019) donde se asocia a una interpretación crítica a un sistema de configuración neoclásica, de racionalidad económica comprendiendo la salud como bien de mercado y de consumo individual en las poblaciones con afectación mayor en adultos de la tercera edad; debido a esta configuración, las políticas odontológicas tienden a basarse en medidas de intervención correctivas requerido en la generación de evidencia física en la salud pública de las poblaciones vulnerable para los sistemas de salud. A través de esta

metodología promocional y preventiva, se corrobora el argumento en que el Estado es el garante primordial en la gestión de intervenciones oportunas correctivas complementarias y los impactos positivos en la calidad de salud, cierto paradigma también es de importancia en la misma población, ya que al crear hábitos favorables desde edades tempranas, se favorece a una menor incidencia de enfermedades y tratamientos en el futuro.

Siguiendo el mismo contexto en determinantes promocionales de la salud oral y preventivos de la enfermedad, Whelton & Fox, (2015) apuntan, que gracias a la creación eficaz de redes, se facilita la comunicación profesional en la obtención y generación de resultados más precisos en el desarrollo y transmisión de conocimientos y experiencias prácticas y sus efectos para la salud oral en niños por determinantes social y económico. Sin embargo Gonzales et al., (2013) demuestra en su investigación una insatisfacción en cuanto a carencia de actividades promocionales y preventivas en salud oral, en el cual expresa la necesidad de la impulsión de mayores acciones en cuanto a la generación principalmente de espacios dedicados a la educación en salud oral como primera medida para así generar la motivación necesaria que requieren los niños con vulnerabilidad socioeconómica. Por el contrario Montenegro, Sarralde y Lamby (2013) sugiere para que de manera más eficaz, se den garantías en prestación de educación en salud oral en desde esa primera medida se generen efectos propios en calidad de actitudes y aptitudes y conciencia debida de la importancia en la salud oral en niños. En ese orden de ideas es pertinente la enseñanza en técnicas y uso de los elementos básicos en conocimiento del grado de importancia que se le debe dar a este aspecto para que en el futuro de cada individuo se presenten resultados positivos en el territorio nacional conforme a la calidad de la salud oral y general.

Conclusiones

El estado de salud oral en niños vulnerables por determinantes socioeconómicos es regular en el ámbito mundial con tendencia a deficiente a nivel nacional principalmente por las precarias prácticas de salud oral realizadas por los padres de los menores.

El estado de salud oral en adultos mayores a nivel mundial y nacional es deficiente en gran medida a la falta de atención odontológica integral de esta población por medio de los entes prestadores de salud y mala praxis de higiene oral de esta población.

Las principales prácticas de salud oral empleadas con poca cobertura por instituciones del estado a los niños vulnerables por determinantes socioeconómicos en el ámbito mundial y nacional son: la profilaxis, la aplicación de barniz de flúor, los sellantes de fosas y fisuras, las obturaciones dentales, las terapias pulpares y las exodoncias.

Las principales prácticas relacionadas con salud oral con poca frecuencia por entidades prestadoras de salud en adultos mayores con determinantes socioeconómicos a nivel mundial y nacional son: la profilaxis, las actividades de promoción y prevención, las exodoncias de dientes remanentes y la rehabilitación por cambio o confección de prótesis totales.

Las principales prácticas de salud oral empleadas con poca frecuencia y en baja proporción por los niños y padres socioeconómicamente vulnerables por importancia son: el cepillado dental, el enjuague bucal, la utilización de seda dental y otros elementos de higiene como palillos interdentales, bicarbonato etc.

Las principales prácticas en el autocuidado oral empleadas con poca frecuencia en adultos mayores socioeconómicamente vulnerables son: la higiene oral a través del cepillado en dientes remanentes e higiene oral en prótesis.

Los principales factores de riesgo en salud oral en niños con determinantes socioeconómicos a nivel mundial y nacional son: la falta de implementos de higiene oral, deficiente conocimiento de salud oral, la mala técnica de higiene oral y falta de acompañamiento de los padres.

Los principales factores de riesgo en salud oral de adultos mayores con determinantes socioeconómicos a nivel mundial y nacional son: la mala técnica de cepillado oral, limitaciones físicas y psicológicas, deterioro y mal uso de la prótesis utilizadas por estos adultos, el efecto de la ingesta de medicamentos, alteraciones de la funcionalidad y articulaciones de los procesos masticatorios, mala nutrición, caries coronaradicular, enfermedad periodontal, procesos sépticos, movilidades dentarias.

El efecto de las actividades de promoción y prevención en niños en salud oral con determinantes socioeconómicos a nivel mundial y nacional por parte de los entes gubernamentales es positivo porque se presenta menos incidencia de aparición de caries y enfermedad periodontal.

No hubo efecto de las actividades de promoción y prevención en salud oral en adultos mayores con determinantes socioeconómicos a nivel mundial y nacional donde por parte de los entes gubernamentales no se tuvo impacto significativo ya que se mantiene el mal estado de salud oral.

Recomendaciones

Se recomienda investigar el estado de salud oral en adultos mayores y niños socioeconómicamente vulnerables en la ciudad de Cúcuta.

Se recomienda determinar las prácticas relacionadas con salud oral en adultos mayores y niños socioeconómicamente vulnerables en la ciudad de Cúcuta.

Se recomienda identificar los factores de riesgos en adultos mayores y niños socioeconómicamente vulnerables en la ciudad de Cúcuta.

Referencias bibliográficas

- Aguirre-Bustamante, J., Barón-López, F. J., Carmona-González, F. J., Pérez-Farinós, N., & Wärnberg, J. (2020). Validation of a modified version of the Spanish Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI-SP) for adults and elder people. *BMC Oral Health*, *20*(1), 1–11.
- Agudelo-Suárez, A. A., Vivares-Builes, A. M., Posada-López, A., & Meneses-Gómez, E. J. (2016). Signs and symptoms of temporomandibular joint disorders in elderly population treated within the public hospital network of Medellin (Colombia). *Revista Odontológica Mexicana*, *20*(3), e187-e195.
- Ástvaldsdóttir, Á., Boström, A., Davidson, T., Gabre, P., Gahnberg, L., Sandborgh Englund, G., Skott, P., Ståhlacke, K., Tranæus, S., Wilhelmsson, H., Wårdh, I., Östlund, P., & Nilsson, M. (2018). Oral health and dental care of older persons—A systematic map of systematic reviews. *Gerodontology*, *35*(4), 290–304.
- Batchelor, P. (2015). The changing epidemiology of oral diseases in the elderly, their growing importance for care and how they can be managed. *Age and Ageing*, *44*(6), 1064–1070.
- Bawaskar, H. S., & Bawaskar, P. H. (2020). Oral diseases: a global public health challenge. *The Lancet*, *395*(10219), 185–186.
- Benavides, J. y Cerón, X. (2017). Salud oral en poblaciones vulnerables. *Revista Criterios*, *24*(1), 381-394.
- Sarduy Bermúdez, Lázaro, & González Díaz, María Elena. (2016). La biopelícula: una nueva concepción de la placa dentobacteriana. *Medicentro Electrónica*, *20*(3), 167-175.
- Bhatt, J., & Bathija, P. (2018). Ensuring Access to Quality Health Care in Vulnerable Communities. *Academic Medicine*, *93*(9), 1271–1275.
- Boynes, S. G., Heyward, C. C., Kenney, C., Lauer-Kelly, A., Nelson, J., Ohrenberger, K., Veschusio, C., Diep, V., & Martin, A. B. (2018). Narrowing the rural oral healthcare gap: the 2017 rural interprofessional oral health practice symposium. *BMC Oral Health*, *18*(S1), 1–7.
- Braimoh, O., & Odai, E. (2014). A survey of dental students on global oral health issues in Nigeria. *Journal of International Society of Preventive and Community Dentistry*, *4*(1), 17–21.
- Cadoret, C. A., & Garcia, R. I. (2014). Health Disparities and the Multicultural Imperative. *Journal of Evidence Based Dental Practice*, *14*, 160-170.e1.
- Cerón Bastidas, X. A. (2018). Relación de calidad de vida y salud oral en la población adolescente. *CES Odontología*, *31*(1), 38–46.
- Cerón-Bastidas, X. A. (2014). Calidad de vida y su relación con la salud oral en personas de la tercera edad. *Revista Nacional de Odontología*, *10*(19), 83–90.

- Chopra, A., Gupta, N., Rao, N. C., & Vashisth, S. (2013). Oral health literacy: An approach to end oral health disparities. *SRM Journal of Research in Dental Sciences*, 4(1), 16–20.
- Contreras Rengifo, A. (2016). La promoción de la salud general y la salud oral: una estrategia conjunta. *Revista Clínica de Periodoncia, Implantología y Rehabilitación Oral*, 9(2), 193–202.
- Corscadden, L., Levesque, J. F., Lewis, V., Strumpf, E., Breton, M., & Russell, G. (2018). Factors associated with multiple barriers to access to primary care: an international analysis. *International Journal for Equity in Health*, 17(1), 1–10.
- de Groot, N., Bonsel, G. J., Birnie, E., & Valentine, N. B. (2019). Towards a universal concept of vulnerability: Broadening the evidence from the elderly to perinatal health using a Delphi approach. *PLOS ONE*, 14(2), 1–17
- Deinzer, R., Ebel, S., Blättermann, H., Weik, U., & Margraf-Stiksrud, J. (2018). Toothbrushing: to the best of one's abilities is possibly not good enough. *BMC Oral Health*, 18(1), 1–7.
- Dahlan, R., Ghazal, E., Saltaji, H., Salami, B., & Amin, M. (2019). Impact of social support on oral health among immigrants and ethnic minorities: A systematic review. *PLOS ONE*, 14(6), e0218678.
- Fajardo, E., Rojas, D., Romero, H., y Rincón, T. (2016). Propuesta de medición de la vulnerabilidad social en Colombia. *REVISTA TEMAS*, 3(10), 83 - 95.
- Fonseca, M.G., Navarro, M.L., & Fonseca, A.C. (2017). Grado de educación, prevención e importancia dental: realidad en padres de familia de León, Guanajuato.
- Fort, A., Fuks, A. J., Napoli, A. V., Palomba, S., Pazos, X., Salgado, P., Klemonsks, G., & Squassi, A. (2017). Distribución de caries dental y asociación con variables de protección social en niños de 12 años del partido de Avellaneda, provincia de Buenos Aires. *Salud Colectiva*, 13(1), 91-104.
- George, S., Daniels, K., & Fioratou, E. (2018). A qualitative study into the perceived barriers of accessing healthcare among a vulnerable population involved with a community centre in Romania. *International Journal for Equity in Health*, 17(1), 1–13.
- González-Penagos, C., Cano-Gómez, M., Meneses-Gómez, E. J. & Vivares-Builes, A. M. (2015). Percepciones en salud bucal de los niños y niñas. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 13 (2), pp. 715-724.
- Harnagea, H., Lamothe, L., Couturier, Y., & Emami, E. (2018). How primary health care teams perceive the integration of oral health care into their practice: A qualitative study. *PLOS ONE*, 13(10), e0205465.
- Hernández-Vásquez, A., Bendezu-Quispe, G., Azañedo, D., & Santero, M. (2019). Use of oral health care services in Peru: trends of socio-economic inequalities before and after the implementation of Universal Health Assurance. *BMC Oral Health*, 19(1), 1–10.

- Hurtado-Martínez, C. F. (2017). *Higiene bucal, caries dental y necesidades de tratamiento en escolares de 5, 7 y 12 años, municipio de Istmina, Chocó, Colombia (2013) / Oral Hygiene, Dental Caries, and Treatment Needs... | Universitas Odontológica [Conjunto de datos].* <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/revUnivOdontologica/article/view/21048>
- Improving Access to Oral Health Care for Vulnerable and Underserved Populations. (2011). *THE NATIONAL ACADEMIES PRESS*, 1–279.
- Joya, L. D., & Quintero, L. (2015). CARACTERIZACIÓN DE LA SALUD BUCAL DE LAS PERSONAS MAYORES DE 65 AÑOS DE LA CIUDAD DE MANIZALES, 2008. *Hacia la Promoción de la Salud*, 20(1), 140-152.
- Kim, N. K. (2017). Inequality in unmet dental care needs among South Korean adults. . *BMC Oral Health*, 17(1).
- Kumar, G., Tripathi, R., Dileep, C. L., Trehan, M., Malhotra, S., & Singh, P. (2016). Assessment of oral health status and treatment needs of Santhal tribes of Dhanbad District, Jharkhand. *Journal of International Society of Preventive and Community Dentistry*, 6(4), 338–343.
- Lawal, F. (2015). Global self-rating of oral health as summary tool for oral health evaluation in low-resource settings. *Journal of International Society of Preventive and Community Dentistry*, 5(7), 1–6.
- León Mantero, D., Moya Rivera, P., & Vidal Gamboa, C. (2019). Intervención en salud oral para modificar la calidad de vida en mujeres vulnerables. *Revista Cubana de Salud Pública*, 45(3).
- Martínez, Farith González, Barrios, Carmen Cecilia Sierra, & Luz Edilma Morales Salinas. (2011). Conocimientos, actitudes y prácticas en salud bucal de padres y cuidadores en hogares infantiles, Colombia. *Salud Pública de México*, 53(3), 247-257
- Mascarenhas, A. K. (2016). Who Needs More than 1,000 ppm? The Epidemiology of High-Risk Populations. *Caries Research*, 50(1), 1–8.
- Monroy-Ramirez MJ, Méndez-Castilla JM, Tello-Medina MA, Buitrago-Medina DA (2018). Factores asociados a dentición funcional en adultos mayores de la subred centro oriente, Bogotá, 2017. *Rev. CES Odont*; 31(2): 15-27.
- Montenegro G, Sarralde AL, Lamby CP (2013). La educación como determinante de la salud oral. *Univ Odontol*. Jul-Dic; 32(69): 115-121
- Northridge, M. E., Kumar, A., & Kaur, R. (2020). Disparities in Access to Oral Health Care. *Annual Review of Public Health*, 41(1), 513–535.
- Olabisi, A., Udo, U., Adeniyi, A., Bashiru, B., Ehimen, U., & Gbenga, O. (2015). Prevalence of dental caries and oral hygiene status of a screened population in Port Harcourt, Rivers State,

- Nigeria. *Journal of International Society of Preventive and Community Dentistry*, 5(1), 59–63.
- Ortíz-Barrios, L. B., Granados-García, V., Cruz-Hervert, P., Moreno-Tamayo, K., Heredia-Ponce, E., & Sánchez-García, S. (2019). The impact of poor oral health on the oral health-related quality of life (OHRQoL) in older adults: the oral health status through a latent class analysis. *BMC Oral Health*, 19(1), 19–141.
- Otálvaro Castro, G. J., Zuluaga Salazar, S. M., Jaramillo Delgado, G., Ternera Pulido, J. H., & Sandoval Valencia, S. (2019). Políticas de salud bucal en Colombia. Tendencias y puntos críticos para la garantía del derecho a la salud. *Universitas Odontológicas*, 38(80), 1–46.
- Pardo Herrera, I., Cortes Cáceres, A., Mosquera Mena, A., & Vergara Zarate, A. (2020). Factores de riesgo para caries en niños que asistieron a la clínica odontológica de la Universidad Santiago de Cali. *AVFT – Archivos Venezolanos De Farmacología Y Terapéutica*, 38(4).
- Posada-Lopez, A. A.-S.-G. (2016). Condiciones de salud oral y estado protésico de la población adulta mayor atendida en la red hospitalaria pública de Medellín (Colombia). *Int. J. Odontostomat*, 10(1):161- 171.
- Peres, M. A., Daly, B., Guarnizo-Herreño, C. C., Benzian, H., & Watt, R. G. (2020). Oral diseases: a global public health challenge – Authors’ reply. *The Lancet*, 395(10219), 186–187.
- Peres, M. A., Macpherson, L. M. D., Weyant, R. J., Daly, B., Venturelli, R., Mathur, M. R., Listl, S., Celeste, R. K., Guarnizo-Herreño, C. C., Kearns, C., Benzian, H., Allison, P., & Watt, R. G. (2019). Oral diseases: a global public health challenge. *The Lancet*, 394(10194), 249–260.
- Rengifo, C. (2016). La promoción de la salud general la salud oral una estrategia conjunta. *Clínica de Periodoncia, Implantología y Rehabilitación Oral*, 9(2), 193-202.
- Revelo M, A. I. (2019). Salud bucodental para comunidades vulnerables y desplazadas de Popayán que viven en condiciones de pobreza. . *Revista Cubana de Salud Pública*, 45(3), e1289.
- Roberto, L. L., Silveira, M. F., de Paula, A. M. B., Ferreira e Ferreira, E., Martins, A. M. E., d. e., B. L., & Haikal, D. S. (2020). Contextual and individual determinants of tooth loss in adults: a multilevel study. *BMC Oral Health*, 20(1), 1–10.
- Rocha Navarro, G. F. (2017). Grado de educación, prevención e importancia dental: realidad en padres de familia de León, Guanajuato. *Revista ADM*, 74, 64-68.
- Rolnitsky, A., Kirtsman, M., Goldberg, H. R., Dunn, M., & Bell, C. M. (2018). The representation of vulnerable populations in quality improvement studies. *International Journal for Quality in Health Care*, 30(4), 244–249.
- Rosas Arellano, Jarumy, & Sánchez Bernal, Antonio. (2019). El alcance de los enfoques de vulnerabilidad y pobreza para la definición de la población objetivo en programas sociales. *Gestión y política pública*, 28(2), 351-376

- Rueda Martínez, G. A. (2016). La salud bucal como derecho humano y bien ético. *Latinoamericana de Bioética*, 17(1), 36-59.
- Ruiz Gómez, F., Zapata Jaramillo, T., & Garavito Beltrán, L. (2013). Colombian health care system: results on equity for five health dimensions, 2003 - 2008. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 33(2), 107–115.
- Sanabria-Castellanos, C. M., Suárez-Robles, M. A., & Estrada-Montoya, J. H. (2015). Relación entre determinantes socioeconómicos, cobertura en salud y caries dental en veinte países. *Gerencia y Políticas de Salud*, 14(28), 161-189.
- Solórzano-Vera CC, Rengifo-Reina HA, Grandas-Ramírez ÁL. Habits and oral hygiene status of indigenous people with disabilities from the Misak community, Colombia. *Rev Fac Odontol Univ Antioq*. 2019; 30(2):154-164
- Tangcharoensathien, V., Mills, A., Das, M. B., Patcharanarumol, W., Buntan, M., & Johns, J. (2018). Addressing the health of vulnerable populations: social inclusion and universal health coverage. *Journal of Global Health*, 8(2).
- Tangcharoensathien, V., Kanchanachitra, C., Thomas, R., Headen Pfitzer, J., & Whitney, P. (2016). Addressing the health of vulnerable populations: a call for papers. *Bulletin of the World Health Organization*, 94(4), 235.
- Thapa, P. A. (2016). Oral hygiene practices and their socio-demographic correlates among Nepalese adult: evidence from no communicable diseases risk factors STEPS survey Nepal, 2.
- Vanderbilt, A. A., Isringhausen, K. T., VanderWielen, L. M., Wright, M. S., Slashcheva, L. D., & Madden, M. A. (2013). Health disparities among highly vulnerable populations in the United States: a call to action for medical and oral health care. *Medical Education Online*, 18(1), 20644.
- Vanegas, M. T. (2020). *ORAL HEALTH-RELATED QUALITY OF LIFE IN OLDER ADULTS IN A HEALTH PROGRAM IN ENVIGADO, COLOMBIA, 2018* | *Revista Facultad de Odontología Universidad de Antioquia* [Conjunto de datos].
- Vece, L., Sutter, R., Sutter, C., & Toulouse, C. (2016). Impacting Vulnerable Populations through Integrating Oral Health Care into Nurse-managed Health Centers. *The Journal for Nurse Practitioners*, 12(9), 629–634.
- Watt, R. G., Daly, B., Allison, P., Macpherson, L. M. D., Venturelli, R., Listl, S., Weyant, R. J., Mathur, M. R., Guarnizo-Herreño, C. C., Celeste, R. K., Peres, M. A., Kearns, C., & Benzian, H. (2019). The Lancet Oral Health Series: Implications for Oral and Dental Research. *Journal of Dental Research*, 99(1), 8–10.
- Whelton, H., & Fox, C. (2015). Advances in the prevention of oral disease; the role of the International Association for Dental Research. *BMC Oral Health*, 15(S1), 1–8.

Zivkovic, N., Aldossri, M., Gooma, N., Farmer, J. W., Singhal, S., Quiñonez, C., & Ravaghi, V. (2020). Providing dental insurance can positively impact oral health outcomes in Ontario. *BMC Health Services Research*, 20(1), 1–9.