

**Acceso a servicios odontológicos de la red pública en el municipio de Calarcá, Quindío, Colombia  
2025**

**Access to Public Oral Health Services in the Municipality of Calarcá, Quindío, Colombia, 2025**

Natalia Valencia García<sup>1</sup>. Jimmy Alfonso Rodríguez Millan<sup>2</sup>. Paula C. Bermúdez Jaramillo<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Maestría en Salud Pública. Pontificia Universidad Javeriana Cali, Colombia. [nataliavalenciag@javerianacali.edu.co](mailto:nataliavalenciag@javerianacali.edu.co) ORCID: <https://orcid.org/0009-0008-1470-0389>

<sup>2</sup>Maestría en Salud Pública. Pontificia Universidad Javeriana Cali, Colombia. [jjalrom@javerianacali.edu.co](mailto:jjalrom@javerianacali.edu.co) ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-2882-3509>

<sup>3</sup>Doctora en Salud Pública, Instituto Nacional de Salud Pública. Directora Departamento de Salud Pública y Epidemiología. Pontificia Universidad Javeriana Cali, Colombia. [paula.bermudez@javerianacali.edu.co](mailto:paula.bermudez@javerianacali.edu.co) ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8282-4027>

**RESUMEN.** En Colombia, el acceso a los servicios odontológicos sigue siendo un desafío para gran parte de la población, especialmente en municipios como Calarcá (Quindío), donde la salud bucal constituye una causa prioritaria de morbilidad. Este estudio tuvo como objetivo analizar el acceso a los servicios odontológicos en la red pública de salud de la población adulta y adulta mayor de zonas urbanas y rurales del municipio durante el año 2025. Se trató de un estudio cualitativo con enfoque interpretativo-crítico, fundamentado en el modelo de Aday y Andersen, que incluyó tres grupos focales con usuarios y seis entrevistas con actores institucionales. Los hallazgos revelaron barreras estructurales, económicas y organizativas que condicionan el acceso real a la atención. Se concluye que el acceso efectivo a la salud bucal en Calarcá (Quindío), requiere mejoras en la infraestructura, ampliación de cobertura con enfoque territorial, fortalecimiento de la coordinación entre niveles de atención y acciones educativas que promuevan el autocuidado. Estos resultados ofrecen evidencia útil para orientar políticas públicas centradas en la equidad y el derecho a la salud bucodental.

**PALABRAS CLAVE:** Salud Bucal, Accesibilidad a los Servicios de Salud, Odontología en Salud Pública, Servicios de Salud, Investigación Cualitativa

**ABSTRACT.** In Colombia, access to dental services remains a challenge for a large part of the population, particularly in municipalities such as Calarcá (Quindío), where oral health represents a leading cause of morbidity. This study aimed to analyze access to dental services within the public health network for the adult and elderly population in both urban and rural areas of the municipality during the year 2025. A qualitative study with an interpretive-critical approach was conducted, based on the Aday and Andersen model. It included three focus groups with users and six interviews with institutional stakeholders. The findings revealed structural, economic, and organizational barriers that limit real access to care. It is concluded that effective access to oral health services in Calarcá (Quindío), requires improvements in infrastructure, expanded coverage with a territorial approach, strengthened coordination across levels of care, and educational actions that promote self-care. These results provide valuable evidence to guide public policies focused on equity and the right to oral health.

**KEYWORDS** Oral Health, Accessibility to Health Services, Public Health Dentistry, Health Services, Qualitative Research

## INTRODUCCIÓN

La salud bucodental constituye un componente esencial de la salud general, con implicaciones significativas en el físico, emocional y social de las personas. A pesar de los avances en salud pública, y en la cobertura de servicios, enfermedades prevenibles como la caries dental y las enfermedades periodontales continúan siendo altamente prevalentes a nivel mundial. Se estima que, para el año 2030, los casos de enfermedades bucodentales superarán en más de mil millones a los de las cinco principales enfermedades no transmisibles, generando entre el 5% y el 10% del gasto total en salud en países industrializados (1,2).

En Colombia, las enfermedades bucales representan un desafío importante para la salud pública. La caries dental es una de las afecciones presentes en todas las edades, con prevalencias que van desde el 5,9% en menores de un año hasta el 64,7% en adultos. La enfermedad periodontal afecta hasta el 86% de la población adulta joven, mientras que el edentulismo parcial compromete al 70,4% de las personas mayores de 60 años (3). En el municipio de Calarcá (Quindío), las condiciones orales representaron el 7,52% de la morbilidad por enfermedades no transmisibles, lo cual posiciona a la salud bucal como una prioridad local (4).

Calarcá (Quindío), ubicado en la región andina del suroccidente colombiano, con cerca de 75.000 habitantes (5), presenta características demográficas y geográficas que complejizan la atención en salud, tales como un proceso sostenido de envejecimiento poblacional, alta dispersión territorial y una significativa proporción de población rural. La oferta servicios odontológicos públicos está concentrada en dos centros de atención de primer nivel: Balcones, ubicado en la zona urbana, y Barcelona, en el corregimiento del mismo nombre (4). Esta configuración genera tensiones en la distribución de recursos y en la capacidad de respuesta del sistema frente a las necesidades de la población.

El deterioro de la salud bucodental se relaciona estrechamente con barreras de acceso como la cobertura insuficiente, la infraestructura limitada, las dificultades geográficas, los altos costos directos e indirectos y la desconfianza hacia el personal de salud (6). Estas barreras afectan de manera desigual a grupos vulnerables, en particular a las poblaciones rurales y de bajos recursos (7-9). A nivel global, cerca de 7.300 millones de personas no acceden a los servicios de salud esenciales que requieren, lo que contribuye a desenlaces adversos prevenibles (10).

El modelo de acceso a los servicios de salud propuesto por Aday y Andersen en 1974 (11) proporciona un marco analítico integral que permite comprender cómo factores estructurales, organizacionales e individuales inciden en el acceso a los servicios de salud. Este enfoque considera las políticas públicas, las características del sistema de atención, las condiciones sociales de las poblaciones en riesgo y los resultados derivados de la atención, facilitando así una comprensión multidimensional de la equidad en el acceso a servicios odontológicos.

A nivel internacional, investigaciones como la revisión de Ghanbarzadegan et al. (12), han identificado determinantes como las condiciones familiares, la demanda de atención, la disponibilidad de servicios y la distancia geográfica como factores clave en la equidad en salud bucal. En América Latina, países como Perú, Argentina y Paraguay, enfrentan barreras similares, agravadas por la fragmentación de los sistemas de salud, la baja cobertura y el enfoque curativo predominante, lo que limita el acceso oportuno a servicios preventivos (13-15). En Colombia, diversos estudios han documentado determinantes sociales que afectan el acceso a los servicios de salud (16-19); no obstante, existe una ausencia de investigaciones locales en el municipio de Calarcá (Quindío) que analicen el acceso a los servicios odontológicos desde una perspectiva cualitativa y territorial.

Este trabajo permite avanzar en la comprensión de los determinantes sociales y organizativos del acceso en escenarios rurales y urbanos. Desde un enfoque social, visibiliza las voces y experiencias de la población adulta y adulta mayor frente al sistema de salud bucodental. Finalmente, desde una perspectiva

institucional, aporta elementos para la formulación de estrategias orientadas a la equidad territorial en la prestación de servicios odontológicos.

Por tanto, el objetivo de este estudio fue analizar el acceso a los servicios odontológicos en la red pública de salud para la población adulta y adulta mayor, residente en zonas rurales y urbanas del municipio de Calarcá, Quindío, Colombia, durante el año 2025. El propósito es generar evidencia cualitativa útil para el diseño de políticas y estrategias de planificación de servicios odontológicos, con un enfoque centrado en la comunidad y en la optimización de la asignación de recursos, de manera que se favorezca la accesibilidad, se reduzca la carga de enfermedad bucal y se avance en la garantía efectiva del derecho a la salud bucodental en Colombia.

## MÉTODO

**Tipo de estudio.** Se realizó un estudio cualitativo de enfoque interpretativo, orientado a analizar el acceso a los servicios odontológicos desde la perspectiva de los usuarios. El estudio se enmarcó en una perspectiva interpretativa crítica, que concibe el acceso a los servicios de salud como un fenómeno socialmente construido, influido por estructuras institucionales, trayectorias individuales y relaciones de poder (20). A través del análisis de los discursos de usuarios y actores institucionales, se buscó comprender cómo las dimensiones del modelo de Aday y Andersen (11), se articulan con las características del sistema de salud, la oferta institucional y las condiciones individuales y comunitarias, configurando tanto el acceso potencial como el acceso real a los servicios odontológicos (ver Figura 1), en un contexto marcado por desigualdades territoriales y económicas.

**Figura 1. Estructura para el estudio de acceso a servicios de salud bucal basados en Aday y Andersen**



Fuente: esquema adaptado a partir de Aday y Andersen (1974).

**Técnicas de recolección de información.** La información fue recolectada mediante dos técnicas cualitativas complementarias: grupos focales con usuarios del sistema y entrevistas semiestructuradas a actores institucionales clave.

Para garantizar la calidad metodológica, los instrumentos fueron sometidos a un proceso de validación mediante juicio de expertos. Para ello, se seleccionaron dos profesionales con formación en salud pública y experiencia en investigación cualitativa, quienes evaluaron de manera independiente la coherencia temática, pertinencia y claridad de cada ítem. Posteriormente, se consolidaron sus observaciones y se

realizaron los ajustes necesarios a los instrumentos con base en sus recomendaciones. Una vez ajustados, los instrumentos fueron pilotados, lo que permitió verificar la comprensión de las preguntas, el orden lógico de los temas y la duración de las sesiones. A partir de los resultados del piloto, se realizaron modificaciones menores que fortalecieron la claridad y la adecuación de los instrumentos antes del inicio del trabajo de campo.

**Participantes.** El estudio incluyó una muestra de 20 usuarios mayores de 18 años, seleccionados mediante muestreo por conveniencia. Se organizaron tres grupos focales, conformados de la siguiente manera: residentes de la zona urbana de Calarcá (Quindío) (7 participantes), residentes del corregimiento de Barcelona, en zona urbana (7 participantes), y residentes del corregimiento de La Virginia, en zona rural (6 participantes). La conformación de estos grupos permitió alcanzar la saturación de las categorías de análisis. Los criterios de inclusión fueron: ser mayor de 18 años, residir en el municipio de Calarcá (Quindío), estar afiliado al régimen contributivo o subsidiado del sistema de salud, haber recibido atención odontológica en la red pública del municipio y manifestar disposición para participar mediante la firma del consentimiento informado. Se excluyeron personas con dificultades para comunicarse adecuadamente durante las sesiones grupales. Adicionalmente, se aplicaron entrevistas semiestructuradas a seis actores clave institucionales con al menos un año de experiencia en instituciones prestadoras de servicios odontológicos públicos. Este grupo estuvo conformado por cuatro odontólogos, una higienista oral y la coordinadora de consulta externa del hospital municipal, quienes aportaron información desde la perspectiva organizacional y operativa del sistema de salud.

**Procedimiento.** Se realizó una visita presencial a la Subsecretaría de Servicios Sociales y Salud de Calarcá (Quindío) para obtener los contactos de los veedores de salud de las zonas urbana y rural. Con el apoyo de tres veedores —uno en el barrio Llanitos Gualará, otro en el corregimiento de Barcelona que corresponde a la zona urbana y otro en el corregimiento de La Virginia perteneciente a la zona rural— cada veedor contactó a los posibles participantes por llamada telefónica, explicó el objetivo del estudio y agendó las sesiones de grupo focal, los asistentes firmaron el consentimiento informado, tras lo cual se confirmó su participación en los grupos focales.

La identificación de los actores clave institucionales se realizó en la Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS) del municipio de Calarcá (Quindío). Inicialmente, el proyecto fue presentado a la gerencia de la Empresa Social del Estado Hospital La Misericordia, con el objetivo de socializar el propósito de la investigación y obtener el aval institucional. Posteriormente, y en coordinación con la responsable de consulta externa del hospital, se gestionó un espacio para la presentación formal del estudio ante los actores clave, el cual se llevó a cabo en las instalaciones del Centro de Salud Balcones.

El estudio se desarrolló conforme a los principios éticos de la investigación cualitativa, garantizando el consentimiento informado, la confidencialidad, y el respeto a la autonomía de los participantes. Durante esta jornada, se explicó de manera individual el objetivo del estudio, el tipo de participación esperada y las condiciones del proceso. A los participantes que manifestaron interés, se les entregó y socializó el consentimiento informado, el cual fue firmado de forma voluntaria y se procedió a la realización de las entrevistas semiestructuradas. Este proyecto fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación en Salud de la FCS (CEI) de la Pontificia Universidad Javeriana Cali, bajo el aval ético No. 011 de noviembre de 2024.

**Categorías de Análisis.** Fueron definidas a priori cinco categorías y dieciséis subcategorías, según el marco teórico, las cuales permitieron conocer aspectos relacionados con el acceso a los servicios odontológicos, tales como las características del sistema de prestación de servicios de salud, las características de la población objeto, la utilización de los servicios y la satisfacción del usuario. Estas categorías y subcategorías se definieron según la aproximación teórica y los objetivos de la investigación. (Ver tabla 1).

**Plan de análisis de información.** El procesamiento de los datos siguió un enfoque sistemático que abarcó las etapas de recolección, organización, codificación y análisis de la información cualitativa. De acuerdo con el enfoque propuesto por Miles y Huberman (21), se aplicaron tres subprocesos analíticos fundamentales: reducción de datos, presentación organizada de la información y verificación/conclusión.

El marco conceptual y la matriz de categorías de análisis fueron definidos previamente, y se formularon preguntas orientadoras que guiaron tanto la recolección como la interpretación de los datos. Las entrevistas y los grupos focales fueron grabados, transcritos íntegramente y codificados, lo que permitió estructurar la información en unidades de análisis manejables. El análisis se realizó de forma sistemática, identificando categorías, subcategorías y patrones de significado, con el apoyo del software Atlas.ti versión 25.

## **RESULTADOS**

Participaron en el estudio 20 usuarios mayores de 18 años, residentes en el municipio de Calarcá (Quindío), afiliados al régimen contributivo (60%) o subsidiado (40%). Se priorizó la diversidad sociodemográfica de los participantes, integrando distintos niveles de escolaridad, estrato socioeconómico, edad e ingresos. La mayoría fueron mujeres ( $n=18$ : 90%) y las edades oscilaron entre 18 y 72 años (media: 52 años). En cuanto al nivel educativo, el 50% contaba con escolaridad primaria, el 35% con bachillerato y el 15% con formación técnica o tecnológica. El 90% pertenecía al estrato socioeconómico 2 y el 10% al estrato 1. Respecto a los ingresos mensuales, el 60% no reportó ingresos formales; el 10% percibía hasta \$600.000 COP ( $\approx 150$  USD), el 20% entre \$600.000 y \$1.300.000 COP ( $\approx 150-325$  USD), y el 10% más de \$1.300.000 COP ( $\approx 325$  USD). En cuanto a la residencia, el 70% habitaba en zona urbana y el 30% en zona rural.

En la Tabla 1 se presentan algunas citas textuales de los participantes, organizadas de acuerdo con la estructura de análisis del acceso a servicios de salud propuesta por Aday y Andersen (ver Figura 1).

### **Características del sistema de prestación de servicios odontológicos: recursos y estructura organizacional**

El sistema de servicios odontológicos de la red pública en Calarcá (Quindío), presenta limitaciones estructurales y de dotación que afectan su capacidad resolutoria y, por ende, el acceso efectivo de la población a los servicios. Aunque las instalaciones disponen de servicios básicos como agua, electricidad y recolección de residuos, se identificaron deficiencias físicas que comprometen la bioseguridad y la comodidad de usuarios y personal, tales como ausencia de barreras entre unidades odontológicas, deterioro del mobiliario clínico y falta de ventilación o climatización pueden desincentivar la asistencia, en especial entre personas mayores o con condiciones de salud que demandan entornos seguros y adaptados.

En términos de equipamiento, el Centro de Salud Balcones cuenta con cuatro unidades odontológicas operativas, mientras que el de Barcelona dispone de solo una, acorde con su capacidad instalada. Se reportó insuficiencia de equipos odontológicos (piezas de baja, scalers, lámparas funcionales y ausencia de equipos de radiografía), lo que limita la capacidad diagnóstica y obliga a los usuarios a recurrir a servicios particulares, lo que representa una barrera económica significativa para el acceso oportuno, especialmente en población de bajos ingresos. Además, la esterilización del instrumental no se realiza en los centros periféricos, sino en la sede hospitalaria central, lo que genera demoras en la atención y dependencia operativa, afectando la continuidad y disponibilidad del servicio.

Los insumos clínicos, si bien de calidad aceptable, presentan problemas de desabastecimiento intermitente, afectando la prestación continua del servicio. En cuanto al recurso humano, se identificó una dotación limitada de odontólogos e higienistas, lo que incide negativamente en la oportunidad de las citas, la cobertura de jornadas extramurales y el seguimiento a tratamientos. Esta limitación de personal

representa una barrera organizacional al acceso, en tanto restringe la oferta disponible frente a una demanda creciente.

La atención se organiza bajo un modelo de primer nivel, centrado en promoción, prevención y resolución básica de patologías bucales. Los servicios incluyen valoración clínica, fase higiénica, pulpectomías, operatoria simple, exodoncias no quirúrgicas y aplicación de flúor en población entre 1 y 17 años. El Centro de Salud Balcones atiende de lunes a viernes, de 7:00 a.m. a 12:00 m. y de 1:00 p.m. a 5:00 p.m., mientras que el Centro de Salud de Barcelona también ofrece atención los sábados en la mañana, lo cual facilita el acceso de la comunidad local.

Se evidenciaron diferencias territoriales en las condiciones de acceso. Usuarios cercanos al centro de Salud del Corregimiento de Barcelona, especialmente adultos mayores, percibían el servicio como accesible, funcional y con buena atención, respaldado por medios de transporte comunitarios. En contraste, residentes de zonas rurales como La Virginia enfrentan obstáculos significativos: desplazamientos largos, falta de rutas directas, problemas de movilidad, riesgos de seguridad y costos adicionales, especialmente para personas mayores o con discapacidad, lo que puede llevar a la postergación o abandono del tratamiento.

Pese a los esfuerzos institucionales por ampliar la cobertura mediante brigadas extramurales, jornadas escolares y campañas comunitarias, persisten dificultades operativas y limitaciones resolutivas, especialmente por la ausencia de equipos portátiles o condiciones para registrar y facturar los procedimientos. La centralización de la capacidad instalada en el Centro de Salud Balcones obliga a muchos usuarios a desplazarse desde sus territorios, reproduciendo inequidades en el acceso a los servicios odontológicos.

Finalmente, se identificaron debilidades en la articulación con las Entidades Promotoras de Salud (EPS). La autorización de servicios de mediana y alta complejidad se gestionan en el municipio de Armenia, Quindío, lo que fragmenta la continuidad del tratamiento e incrementa los tiempos de espera y los costos indirectos para los usuarios. La coordinación entre niveles de atención se limita a la emisión de remisiones desde el primer nivel, sin capacidad institucional para gestionar o hacer seguimiento a las autorizaciones y asignaciones posteriores. Esta desconexión institucional constituye una barrera estructural que afecta el acceso integral y oportuno a tratamientos como endodoncias, prótesis dentales o procedimientos quirúrgicos especializados.

#### **Características de la población basado en el modelo teórico de Aday y Andersen.**

Los hallazgos permitieron describir a la población usuaria de servicios odontológicos en Calarcá (Quindío), según las dimensiones del modelo de Aday y Andersen: predisposición, habilitación y necesidad, todas ellas con implicaciones directas sobre el acceso a la atención en la red pública de salud. En cuanto a los factores predisponentes, las participantes fueron en su mayoría mujeres adultas y adultas mayores (90%), con edades entre 18 y 72 años y con niveles educativos predominantemente primario (50%) y bachillerato (35%). Esta baja escolaridad dificultaba la comprensión de las indicaciones médicas y, por ende, la adhesión a los tratamientos preventivos. Aunque la salud bucal fue valorada por su vínculo con la alimentación, la estética y la prevención de enfermedades, persistía una baja percepción de necesidad en ausencia de dolor, lo cual limitó la demanda de actividades de promoción y prevención, afectando el acceso oportuno y regular a la atención odontológica.

Respecto a los factores de habilitación, se identificaron barreras económicas y geográficas que restringen el acceso efectivo. Muchos usuarios carecían de recursos para transporte o para asumir servicios no incluidos en el plan de beneficios de salud. Aunque el régimen contributivo predominó (60%), los afiliados al régimen subsidiado expresaron el deseo de pasarse al contributivo y, de contar con mayores ingresos, pagar medicina prepagada para mejorar la oportunidad y calidad de la atención. Además, la limitada oferta resolutiva en las brigadas extramurales, las demoras en la asignación de citas y la ausencia

de mecanismos institucionales de retención incrementaron las tasas de inasistencia. Estos elementos, todos relacionados con la organización y disponibilidad del sistema, se constituyen en barreras de acceso, particularmente entre adultos mayores y personas en condición de vulnerabilidad.

Finalmente, en lo relativo a la necesidad de atención, las motivaciones de búsqueda de servicios estuvieron dominadas por la presencia de dolor agudo, lo que favoreció la utilización de remedios caseros ante la imposibilidad de acceder al servicio. Las demandas más frecuentes incluyeron tratamientos restaurativos, reemplazo de prótesis, manejo de infecciones y limpiezas, particularmente en adultos mayores, quienes alertaron sobre el riesgo de desnutrición asociado a dificultades masticatorias. La combinación de estos tres componentes evidenció profundas desigualdades en el acceso y la calidad percibida de los servicios odontológicos, con una sensación de exclusión que recayó con mayor intensidad en los sectores más vulnerables.

La interacción entre estos tres componentes del modelo mostró cómo las condiciones sociodemográficas, económicas, organizativas y clínicas se entrelazan para determinar el acceso a los servicios odontológicos. En conjunto, los resultados revelan importantes desigualdades en la oportunidad, disponibilidad y calidad percibida de la atención, con una sensación generalizada de exclusión que recae con mayor fuerza en los sectores sociales más vulnerables del municipio.

### **Satisfacción y la utilización de los servicios odontológicos**

La utilización de los servicios odontológicos en el municipio de Calarcá (Quindío), se configura como una experiencia desigual, fragmentada y condicionada por múltiples barreras estructurales que inciden directamente en el acceso real a la atención. Las personas entrevistadas reportaron que los principales motivos de consulta fueron dolor, necesidad de extracción, colocación de resinas, procedimientos de higiene y prevención. Esto refleja un patrón de atención predominantemente reactivo, con baja cultura de consulta preventiva y escasa continuidad del cuidado, lo que limita el acceso oportuno y regular a los servicios, especialmente en etapas tempranas de la enfermedad bucal.

Los procedimientos más comunes incluidos en la oferta pública fueron limpiezas, exodoncias y operatoria dental. No obstante, tratamientos de mayor complejidad como endodoncias o prótesis no se encuentran disponibles en el municipio, lo que representa una barrera significativa para residentes de zonas rurales o sectores socioeconómicamente vulnerables, donde las opciones de transporte son limitadas y costosas, que obliga a desplazamientos a otros municipios o al uso de servicios privados, restringiendo así el acceso integral a la salud bucal.

La frecuencia de utilización de los servicios varía entre los usuarios. Mientras algunos asisten anualmente, otros acuden cada seis u ocho meses, según indicación profesional o disponibilidad de citas. Los tiempos de espera reportados fluctuaron entre 24 horas y 10-15 días, dependiendo de la institución, la urgencia del caso y la capacidad instalada. En situaciones de dolor agudo o necesidad urgente de tratamiento, varios usuarios manifestaron recurrir al pago de servicios particulares ante la imposibilidad de acceder de manera oportuna a la atención pública, lo cual evidencia fallas en la disponibilidad y oportunidad del sistema.

La percepción de satisfacción fue heterogénea y estuvo mediada por las condiciones socioeconómicas de los usuarios, las barreras del sistema y la percepción de calidad del servicio recibido. En zonas urbanas, algunos participantes destacaron la amabilidad del personal, la oportunidad en la asignación de citas y la resolución de necesidades básicas. En contraste, en contextos rurales y en poblaciones vulnerables, se reportaron experiencias negativas relacionadas con consultas breves, atención apresurada y una sensación de desinterés profesional, lo que reduce la aceptabilidad del servicio y afecta negativamente la disposición a volver.

Uno de los aspectos más críticos señalados fue el tiempo asignado por consulta (aproximadamente 20 minutos), percibido como insuficiente para brindar una atención odontológica integral. Los testimonios recogidos indicaron que este modelo organizativo prioriza la eficiencia sobre la calidad, generando tratamientos incompletos y la necesidad de consultas repetidas por los mismos problemas. Esta percepción de atención superficial debilita la confianza en el sistema público y refuerza la comparación desfavorable con los servicios privados, los cuales fueron descritos como más dedicados y resolutivos, aunque financieramente inaccesibles para gran parte de la población.

En cuanto a la coordinación del cuidado, las remisiones a especialistas o a exámenes complementarios (como radiografías) generaron confusión, demoras y costos adicionales para los usuarios. La falta de información clara sobre lugares de atención o disponibilidad territorial de servicios complejiza el proceso de continuidad del tratamiento, obligando a desplazamientos frecuentes fuera del municipio o incluso a asumir pagos directos para completar procedimientos.

Finalmente, los costos directos e indirectos —como copagos, transporte, radiografías, prótesis o consultas particulares— constituyen una barrera crítica al acceso, tanto en zonas urbanas como rurales. Varios usuarios reportaron haber suspendido tratamientos por falta de recursos, incluso para cubrir gastos básicos como el transporte hasta el centro de salud. En este contexto, el acceso a servicios odontológicos oportunos y de calidad se configura más como un privilegio condicionado por el nivel de ingreso y el lugar de residencia, que como un derecho universal garantizado por el sistema de salud.

**Tabla 1. Citas textuales de actores clave relacionados con el acceso a servicios odontológicos en la red pública en el municipio de Calarcá, Quindío, Colombia 2025**

Categoría	Subcategoría	Cita
Características del sistema de prestación de servicios de salud de los recursos disponibles	Disponibilidad de personal	“Con cuatro odontólogos atendemos la misma población que los médicos con quince; hace falta aumentar la capacidad”. (MCOZU06)
	Infraestructura	“No podríamos operar con estas unidades; se requieren condiciones habitables y aire acondicionado”. (MCOZU06)
	Equipos para la atención odontológica	“Tenemos piezas de alta, dos de baja, ningún rayos X y solo dos scalers”. (MCOZU06)
Características del sistema de prestación de servicios de salud de la estructura organizacional	Organizacional (Entrada)	“No estamos a la distancia de que nos puedan atender fácil... por la dificultad del transporte, de la vía, el peligro, por el sol, por la lluvia”. (Hombre, 41 años, residente zona urbana)
	Organizacional (Estructura)	“La capacidad está centralizada en Balcones; se proyecta añadir dos unidades más en la sede histórica”. (COOHTAL02)
Características de la Población según el modelo de Aday y Andersen	Predisposición	“Pues hay gente muy analfabeta, que no sabe escribir, en cuanto a la educación, no entienden las indicaciones”. (HODZU05)
	Habilitación	“Hay muchas personas que se van a pie para Calarcá. La verdad es que sí, porque la situación económica para todas las personas no es la misma y si no tienen para el pasaje, pues...”. (Mujer, 38 años, residente zona rural)
	Necesidad	“Muy importante porque de ahí dependen muchas enfermedades para el organismo; si uno no tiene dientes, no puede comer ni hablar bien, y queda con muchas limitaciones”. (Mujer, 69 años, residente zona urbana)

Utilización de los servicios odontológicos	Tipo	"Me hacen calzas, me hacen limpieza." (Mujer, 71 años, residente zona urbana)
	Sitio	"Toca ir a Armenia, o hasta Pereira ha tocado ir." (Hombre, 41 años, residente zona urbana)
	Motivo de consulta	"Acuden más como por dolor, no por prevención, ni promoción sino, 'sáqueme la muela, sáqueme el diente.'" (HODZU05).
	Intervalo de tiempo	"Y cuando no es que le dan la cita, se la dan para los 8 o 15 días también". (Mujer, 39 años, residente zona urbana)
Satisfacción del usuario de los servicios odontológicos	Conveniencia	"La principal necesidad es como más facilidad y cercanía para llegar al punto de salud porque hay gente que vive muy lejos". (HODZU05)
	Costos	"Porque yo hace poco fui y pagué en una parte particular y me cobraron como \$140.000 pesos por la limpieza". (Hombre, 48 años, residente zona rural)
	Coordinación	Lo único malo es cuando lo mandan para Armenia o Calarcá, parece uno un yoyo." (Mujer 39 años, residente zona rural)
	Calidad	"Me hacían una limpieza y eso es en 10 minutos lo despachan. Más se demora a uno en desplazarse, hasta allá y esperar". (Hombre, 48 años, residente zona rural)

*Fuente: elaboración propia*

## DISCUSIÓN

Este estudio exploró las condiciones de acceso a los servicios odontológicos de la red pública en población adulta y adulta mayor del municipio de Calarcá (Quindío), a partir de un enfoque cualitativo interpretativo-crítico centrado en las experiencias de usuarios y actores institucionales. Los hallazgos evidenciaron barreras estructurales, organizativas, económicas y socioculturales que limitan tanto el acceso potencial como el real a la atención odontológica, en un contexto de marcada desigualdad territorial.

El análisis se fundamentó en el modelo clásico de Aday y Andersen, habitualmente utilizado en investigaciones cuantitativas, adaptado aquí como herramienta para interpretar cualitativamente cómo se configuran las dimensiones del acceso a partir de experiencias situadas. Lejos de aspirar a la generalización, el propósito fue comprender las dinámicas locales desde las vivencias concretas de los participantes, produciendo evidencia contextual que contribuya al debate sobre el acceso en salud bucal pública. Estos hallazgos coinciden con lo reportado por Restrepo Zea et al. (8) y Perafán Sánchez et al. (22), quienes resaltan el impacto de las condiciones estructurales y territoriales sobre la utilización de servicios odontológicos, especialmente en poblaciones en situación de vulnerabilidad.

En algunos grupos focales participaron veedores en salud, lo cual pudo afectar la espontaneidad de los participantes y generar sesgos de deseabilidad social. Si bien su rol fue estrictamente observacional, esta situación fue prevista y gestionada mediante una moderación neutral, garantizando la confidencialidad, la autonomía y el derecho al retiro de los participantes. No obstante, se reconoce que su presencia pudo restringir expresiones críticas en algunos casos. Para mitigar esta posible limitación, se realizó una lectura contextualizada de los discursos y una triangulación entre fuentes (usuarios y actores institucionales), fortaleciendo la validez del análisis.

Los hallazgos muestran que, aunque algunos puntos de atención cuentan con infraestructura y equipamiento básico, persisten barreras asociadas a la localización geográfica, la dispersión territorial y la organización del servicio, que dificultan el acceso sostenido a la atención odontológica. Tal como lo

señalan Córdoba Ome et al. (23), factores como la geografía, la geoeconomía, la calidad del servicio y las condiciones físicas de la infraestructura no solo inciden en el acceso inicial, sino también en la permanencia en el tratamiento y la adherencia terapéutica. Desde una perspectiva de salud pública, estos resultados reafirman que el acceso debe entenderse como un proceso continuo y estructuralmente mediado, que requiere intervenciones integrales para su garantía. En este sentido, la equidad territorial debe orientar la organización de los servicios, ya que, sin una distribución adecuada de recursos y capacidades, se perpetúan desigualdades que comprometen la continuidad del cuidado.

Aunque la Resolución 3280 de 2018 (24), establece los lineamientos técnicos y operativos para la implementación de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud, los hallazgos en Calarcá (Quindío), evidencian brechas sustantivas entre la normativa y su aplicación en contextos locales. Si bien el modelo propone un enfoque integral y territorial para el primer nivel de atención, persisten limitaciones estructurales en aspectos fundamentales como la disponibilidad de equipos diagnósticos, suficiencia del recurso humano, articulación interinstitucional y accesibilidad geográfica.

En particular, el tiempo de desplazamiento, las dificultades de transporte y la localización periférica de los servicios emergen como barreras críticas, en consonancia con lo señalado por Rosero y Estrada (25), quienes destacan el peso de las condiciones territoriales sobre la posibilidad real de acceso. Desde la perspectiva del modelo de Aday y Andersen, se vuelve indispensable incorporar criterios de equidad territorial en la planificación, financiación y regulación de los servicios, reconociendo que la mera existencia de oferta no asegura su utilización efectiva.

En este sentido, variables estructurales como la calidad del transporte público, el estado de las vías y la ubicación geográfica de la infraestructura sanitaria deben ser comprendidas como determinantes del derecho a la salud. Ignorar estas condiciones perpetúa la distancia entre la política formulada y la vivida, y limita las posibilidades de cerrar las brechas de acceso que afectan especialmente a las poblaciones rurales y vulnerables.

En términos de oportunidad, los usuarios reportaron tiempos de espera para obtener una cita odontológica que oscilaban entre 10 y 15 días, lo que concuerda con lo documentado por León Correa (26), quien identifica la baja disponibilidad de citas como una de las principales barreras de acceso en zonas rurales. Esta situación refleja una insuficiencia en el recurso humano, que limita la capacidad resolutoria de las instituciones y contribuye a la prolongación de los tiempos de atención.

En varios casos, los tiempos reportados superan los estándares establecidos por la normativa nacional (27), afectando directamente el cumplimiento del principio de oportunidad en la atención en salud. Esta brecha entre el marco normativo y la experiencia real de los usuarios evidencia fallas en la disponibilidad efectiva del servicio, especialmente para la población con menor capacidad de agencia o residencia en zonas periféricas.

Los hallazgos refuerzan la necesidad de optimizar los procesos administrativos, garantizar una distribución equitativa del talento humano en salud y fortalecer la atención preventiva como estrategia clave para reducir inequidades. Promover acciones en estos frentes resulta esencial para avanzar hacia un acceso oportuno, integral y de calidad en salud bucal, con enfoque territorial y diferencial.

Las vivencias recogidas en este estudio evidencian que las características de la población influyen de manera significativa en las desigualdades en el acceso y uso de los servicios odontológicos, tal como lo plantea el modelo de Aday y Andersen. En relación con los factores predisponentes, se identificó un bajo nivel educativo en buena parte de la población usuaria, lo cual representa una barrera relevante al limitar la comprensión de las indicaciones clínicas, dificultar la comunicación con los profesionales de salud y afectar la aceptabilidad de los tratamientos propuestos (7).

En cuanto a los factores habilitantes, las barreras económicas y geográficas fueron particularmente relevantes. Muchas personas carecen de recursos para cubrir los costos de transporte o pagar servicios no incluidos en el plan de beneficios, una situación que se agrava en zonas rurales donde la ausencia de rutas de transporte público acentúa la exclusión del sistema. Adicionalmente, se evidenció un desconocimiento generalizado sobre el funcionamiento del sistema de salud y sobre los servicios odontológicos cubiertos por el plan obligatorio, lo que reduce la capacidad de agencia de los usuarios para gestionar su atención de forma oportuna y eficaz.

Por último, los factores de necesidad se expresan en un patrón de consulta predominantemente reactivo, en el cual los pacientes acuden al servicio odontológico principalmente en presencia de dolor o situaciones urgentes. Este comportamiento refuerza una cultura asistencialista y curativa, en detrimento de la promoción y prevención en salud bucal. Estos hallazgos coinciden con lo planteado por Restrepo Zea et al. (8), quienes señalan que la mayoría de las barreras corresponden al acceso real, aunque sin desconocer las limitaciones estructurales del acceso potencial.

Desde una perspectiva de salud pública, se hace evidente la necesidad de fortalecer estrategias de alfabetización en salud, empoderamiento ciudadano y pedagogía comunitaria. Esto implica reconocer que el acceso efectivo no depende exclusivamente de la oferta institucional, sino también de la existencia de una ciudadanía informada, crítica y con capacidad de agencia para ejercer sus derechos y responsabilidades en salud. Promover estos procesos resulta clave para avanzar hacia una atención bucal equitativa, centrada en el cuidado integral y sostenido a lo largo del curso de vida.

Los hallazgos evidencian que los costos indirectos —como el transporte, los insumos no cubiertos o las consultas particulares— perpetúan un patrón de uso fragmentado y reactivo de los servicios odontológicos, en el cual la atención suele buscarse únicamente ante eventos urgentes, sin continuidad ni seguimiento preventivo. Este comportamiento se encuentra respaldado por Rocha Buelvas (28), quien advierte que las barreras económicas constituyen uno de los principales obstáculos para la utilización efectiva de los servicios bucales, y que el aseguramiento, por sí solo, no garantiza el acceso real.

De forma similar, el estudio de Perafán Sánchez et al. (22) en Palmira (Valle del Cauca) reveló que, pese a los avances en cobertura, persisten barreras vinculadas a la oportunidad, la continuidad, el gasto de bolsillo y la débil promoción de servicios preventivos, lo que refleja la persistencia de un modelo de atención predominantemente curativo, más que preventivo e integral. Estos resultados refuerzan la necesidad de replantear la organización de los servicios odontológicos, incorporando un enfoque que supere la lógica de la atención episódica y garantice un cuidado continuo, equitativo y centrado en el usuario.

El acceso a los servicios de salud (en particular a la atención odontológica) no puede desligarse de los principios de equidad, justicia social y derechos humanos. Los planteamientos de Abadía Barrero (29) y Garrafa (30), recuerdan que la salud no puede estar mediada únicamente por la capacidad de pago, y que en contextos como el municipio de Calarcá (Quindío), donde convergen desigualdades territoriales, económicas y demográficas, es indispensable implementar políticas públicas con enfoque diferencial. Las barreras que enfrentan los adultos mayores (como la dificultad en los traslados y los costos asociados) ilustran cómo la organización del sistema reproduce inequidades preexistentes. Esto exige una respuesta institucional que reconozca las necesidades específicas de poblaciones vulnerables y promueva estrategias que no solo amplíen la cobertura, sino que garanticen accesibilidad efectiva y sostenibilidad del cuidado.

Finalmente, la comparación con experiencias en otros países subraya un hallazgo crucial: la afiliación al sistema de seguridad social, si bien necesaria, no es suficiente para garantizar el acceso efectivo a los servicios de salud. Chomba y Samaniego (31), documentaron en una comunidad rural de Ancash (Perú), las barreras organizativas (como los trámites administrativos para autorizaciones) y las percepciones de

inutilidad del servicio en ausencia de dolor actúan como limitantes concretas del uso oportuno y preventivo de la atención odontológica. En Calarcá (Quindío), aunque la mayoría de la población está afiliada a un régimen de seguridad social, los obstáculos administrativos para autorizaciones de servicios de mediana y alta complejidad reproducen esa sensación de no poder acceder, motivando que muchos usuarios opten por no asistir a la cita o busquen alternativas privadas. Estas similitudes sugieren que, tanto en el contexto colombiano como en el peruano, la existencia de cobertura aseguradora no garantiza el acceso efectivo si persisten barreras organizacionales y de percepción de necesidad.

## **CONCLUSIONES**

Este estudio evidencia que el acceso a los servicios odontológicos en Calarcá (Quindío), está condicionado por deficiencias en infraestructura, organización del sistema y factores socioculturales que afectan especialmente a poblaciones vulnerables. La falta de condiciones mínimas en los centros de primer nivel, la centralización de servicios especializados, los altos costos de traslado y las demoras en autorizaciones fragmentan la atención, generando un patrón de uso reactivo y abandono de tratamientos. A ello se suman barreras educativas y culturales que dificultan la adherencia a prácticas preventivas. El aporte de este estudio radica en ofrecer una comprensión situada del acceso, desde la perspectiva de usuarios y actores institucionales, lo que permite identificar rutas programáticas para fortalecer el modelo de atención odontológica con enfoque de equidad, articulación interinstitucional y promoción de la salud bucal. Se recomienda que futuras investigaciones profundicen en el análisis de los efectos del aseguramiento sobre la continuidad del tratamiento, evalúen intervenciones comunitarias para el cambio de comportamiento preventivo, y exploren mecanismos efectivos de contrarreferencia en municipios intermedios con condiciones similares.

## **AGRADECIMIENTOS**

Agradecemos, en primer lugar, a las personas del municipio de Calarcá (Quindío), que aceptaron conversar con nosotros y compartir sus experiencias de manera generosa y honesta; sin su participación, esta investigación no habría sido posible. Asimismo, extendemos nuestro agradecimiento a los veedores en salud por su compromiso y valiosa colaboración en la identificación y convocatoria de participantes. Reconocemos también la disposición de los profesionales de la salud para contribuir a este estudio, así como el apoyo de la Empresa Social del Estado Hospital La Misericordia por facilitar las condiciones necesarias para el desarrollo del trabajo de campo. Igualmente, agradecemos a la Subsecretaría de Servicios Sociales y Salud de Calarcá (Quindío), cuya articulación institucional fue fundamental para la realización de esta investigación. Y finalmente, expresamos nuestro sincero agradecimiento a la Doctora Paula Cristina Bermúdez Jaramillo, tutora de este trabajo, por su acompañamiento, orientación y compromiso a lo largo de todo el proceso investigativo.

## **CONFLICTO DE INTERESES**

Las y los autores declaran no tener vínculos que condicionen lo expresado en el texto y que puedan ser comprendidos como conflicto de intereses.

## **CONTRIBUCIÓN AUTORAL**

Todos los autores nominalmente citados participaron del diseño del proyecto, realización de las entrevistas y observación de campo, análisis e interpretación de los datos y redacción y aprobación de la versión final del artículo.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Global oral health status report: towards universal health coverage for oral health by 2030. [Internet]. 2022 [citado 8 de junio de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240061484>

2. Petersen PE. The World Oral Health Report 2003: Continuous improvement of oral health in the 21st century - The approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Community Dent Oral Epidemiol* [Internet]. diciembre de 2003 [citado 8 de junio de 2025];31(Supple. 1):3-24. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15015736/>
3. Dirección de Epidemiología y Demografía. Análisis de Situación de Salud Colombia 2023 [Internet]. Bogotá, D.C; 2024 abr [citado 29 de septiembre de 2024]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asis-colombia-2023.pdf>
4. Análisis Participativo de la Situación de Salud Calarcá, Quindío 2023 [Internet]. Calarcá,Quindío; 2024 abr [citado 1 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asis-quindio-2023.zip>
5. Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE [Internet]. 2023 [citado 29 de noviembre de 2023]. Disponible en: <https://www.dane.gov.co>
6. Ministerio de Salud y Protección Social. IV Estudio Nacional De Salud Bucal [Internet]. Bogotá, D.C; 2014 [citado 21 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENSAB-IV-Situacion-Bucal-Actual.pdf>
7. Agudelo Suárez AA, Álzate Urrea S, López Vergel F, López Orozco C, Espinosa Herrera É, Posada López A, et al. Barreras y facilitadores de acceso a los servicios de salud bucal para la población adulta mayor atendida en la red pública hospitalaria de Medellín, Colombia. *Revista Gerencia y Políticas de Salud* [Internet]. 19 de diciembre de 2014 [citado 8 de junio de 2025];13(27):175-93. Disponible en: <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/11966>
8. Restrepo Zea JH, Silva Maya C, Andrade Rivas F, VH-Dover R. Acceso a servicios de salud: Análisis de barreras y estrategias en el caso de Medellín, Colombia. *Revista Gerencia y Políticas de Salud* [Internet]. 2014 [citado 10 de septiembre de 2023];13(27):236-59. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rgps/v13n27/v13n27a15.pdf>
9. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Salud Universal [Internet]. [citado 3 de junio de 2024]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/salud-universal>
10. Tracking Universal Health Coverage: 2017 Global Monitoring Report [Internet]. 2017 [citado 8 de junio de 2025]. Disponible en: <https://documents1.worldbank.org/curated/en/640121513095868125/pdf/122029-WP-REVISED-PUBLIC.pdf>
11. Aday LA, Andersen R. A framework for the Study of access to medical care. *Health Serv Res* [Internet]. 1974 [citado 8 de junio de 2025];9(3):208-20. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1071804/pdf/hsresearch00560-0030.pdf>
12. Ghanbarzadegan A, Balasubramanian M, Luzzi L, Brennan D, Bastani P. Inequality in dental services: a scoping review on the role of access toward achieving universal health coverage in oral health. *BMC Oral Health* [Internet]. 1 de diciembre de 2021 [citado 18 de junio de 2025];21. Disponible en: <https://bmcoralhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12903-021-01765-z>
13. Hernández Vásquez A, Azañedo D, Díaz Seijas D, Bendezú Quispe G, Arroyo Hernández H, Vilcarrromero S, et al. Acceso a servicios de salud dental en menores de doce años en Perú, 2014. *Salud Colect* [Internet]. 2016 [citado 18 de junio de 2025];12(3):429-41. Disponible en: <https://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva/article/view/912/1046>
14. Caballero-García CR, Espínola-Verdún PA, Domínguez-González DD, Martínez-Benítez GG, Figueredo-Palacios S, Fernández-Cáceres AM, et al. Salud bucodental y utilización de servicios odontológicos. *Memorias del Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud*. 30 de diciembre de 2017;15(3):57-63.
15. Dho MS. Factores asociados a la utilización de servicios de salud odontológicos. *Ciencia e Saude Coletiva* [Internet]. 1 de febrero de 2018 [citado 18 de junio de 2025];23(2):509-18. Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/csc/2018.v23n2/509-518/es>
16. Arrivillaga M, Aristizábal JC, Pérez M, Estrada VE. Encuesta de acceso a servicios de salud para hogares colombianos. *Gac Sanit* [Internet]. 1 de noviembre de 2016 [citado 18 de junio de 2025];30(11):1105-11. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.09.008>

- 2025];30(6):415-20. Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0213-91112016000600415](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0213-91112016000600415)
17. Rodríguez Acosta S. Barreras y determinantes del acceso a los servicios de salud en Colombia [Internet]. Universidad Autónoma de Barcelona; 2010 [citado 12 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://archivo.alde.es/encuentros.alde.es/anteriores/xiveea/trabajos/r/pdf/059.pdf>
  18. Vargas J J, Molina M G. Acceso a los servicios de salud en seis ciudades de Colombia: limitaciones y consecuencias. Rev Fac Nac Salud Pública [Internet]. agosto de 2009 [citado 6 de octubre de 2023];27(2):121-30. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v27n2/v27n2a03.pdf>
  19. Vargas Lorenzo I. Barreras en el acceso a la atención en salud en modelos de competencia gestionada: un estudio de caso en Colombia. [Internet]. Universidad Autónoma de Barcelona; 2009 [citado 6 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/4651/ivl1de1.pdf>
  20. Arrivillaga M, Borrero YE. Visión comprensiva y crítica de los modelos conceptuales sobre acceso a servicios de salud, 1970-2013 [Internet]. Vol. 32, Cadernos de Saude Publica. Fundacao Oswaldo Cruz; 2016 [citado 14 de abril de 2024]. Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/csp/2016.v32n5/e00111415/es>
  21. Denman CA, Haro AJ. Por los rincones: antología de métodos cualitativos en la investigación social. El Colegio de Sonora. 2000. 1-364 p.
  22. Perafán Sánchez CI, Mora Rojas DL, Botero Henao VM, Estrada VE. Acceso a servicios de salud: estudio de hogares en Palmira, Valle, Colombia, 2017. Revista Gerencia y Políticas de Salud [Internet]. 2021 [citado 8 de junio de 2025];20. Disponible en: [https://revistas.javeriana.edu.co/files-articulos/RGPS/20%20\(2021\)/54566349003/](https://revistas.javeriana.edu.co/files-articulos/RGPS/20%20(2021)/54566349003/)
  23. Córdoba Ome NJ, Montenegro Perafán M, Vásquez Juan Manuel. Barreras de accesibilidad a los servicios odontológicos de la E.S.E Hospital María Inmaculada del centro de salud del municipio de Morelia, Caquetá durante el primer semestre de 2025 [Internet]. [Neiva]: Universidad Cooperativa de Colombia; 2015 [citado 2 de junio de 2025]. Disponible en: <https://repository.ucc.edu.co/server/api/core/bitstreams/be8bf29-8c35-4f6b-b4d2-8c20c12eb67c/content>
  24. Resolución número 3280 de 2018 [Internet]. Bogotá, D.C; 2018 ago [citado 5 de noviembre de 2023]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-3280-de-2018.pdf>
  25. Caicedo Rosero ÁV, Estrada Montoya JH. Barreras geográficas de acceso a los servicios de salud oral en el departamento de Nariño, Colombia. Revista Gerencia y Políticas de Salud [Internet]. 1 de julio de 2016 [citado 8 de junio de 2025];15(31):146-74. Disponible en: <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/18227>
  26. León Correa CS. Determinantes relacionados con el acceso a servicios de salud oral en el municipio de la Cumbre, Valle del Cauca 2019 [Internet]. [Santiago de Cali]: Universidad del Valle; 2019. Disponible en: <https://bibliotecadigital.univalle.edu.co/bitstream/handle/10893/15060/CB-0603825.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
  27. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 1552 de 2013. Por la cual se establecen los estándares de calidad para el seguimiento de los tiempos de atención en salud. [Internet]. Colombia; 2013 may [citado 8 de junio de 2025]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-1552-de-2013.pdf>
  28. Rocha Buelvas A. Análisis sobre el acceso a los servicios de la salud bucal: un indicador de equidad. Revista Gerencia y Políticas de Salud [Internet]. 2013 [citado 10 de septiembre de 2023];12(25):96-112. Disponible en: <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/7130>
  29. Abadía Barrero CE. Pobreza y desigualdades sociales: un debate obligatorio en salud oral. Acta Bioeth [Internet]. 2006 [citado 8 de junio de 2025];12(1):9-22. Disponible en: <https://www.scielo.cl/pdf/abioeth/v12n1/art02.pdf>

30. Garrafa V. Bioética y el derecho al acceso a los cuidados de salud. *Salud Colect* [Internet]. 2023 [citado 18 de junio de 2025];19. Disponible en: <https://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva/article/view/4491/2217>
31. Chomba Chico GA, Samaniego Vásquez DE. Barreras para el uso del servicio dental con seguro en salud en una comunidad rural en el Perú [Internet]. [Lima, Perú]: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2021 [citado 8 de junio de 2025]. Disponible en: <https://repositorio.upch.edu.pe/handle/20.500.12866/9729>