

## Relación entre los sistemas políticos y el índice COP en 62 países durante el periodo 1970-2010

John Harold Estrada–Montoya 1  
Jesús Esteban Erazo–Estrada 2

*Relationship between the political regime and the DMTF index in 62 countries in the period 1970-2010*

## RESUMEN

**Objetivo:** determinar la relación de los sistemas políticos y sus trayectorias, según la clasificación de Navarro y Shi, con el índice COP en 62 países durante el periodo 1970-2010. **Métodos:** se utilizó un diseño ecológico retrospectivo. Para ello, fueron seleccionados países que cumplieran con al menos tres registros de los clasificados en el índice C.O.P a los 12 años de edad en el periodo 1970-2010. Una vez definida la muestra de países, se buscó información sobre las trayectorias políticas de cada país para caracterizar el sistema político y las condiciones de salud oral. El análisis de la información se realizó a partir de cruzar y triangular los datos de la presencia de caries en los países con cada categoría del sistema o régimen político. **Resultados:** los determinantes sociales y políticos macroestructurales que organizan los sistemas sanitarios influyen en el bienestar de la población de un país. De ahí que, el índice de C.O.P esté relacionado con los contextos políticos, apreciándose que, a mayor democracia, mejores resultados en salud oral. **Conclusiones:** la forma cómo los diferentes modelos políticos (socialdemócratas, conservadores, liberales y dictatoriales) organizan los sistemas sanitarios en cada Estado, en los 62 países analizados, ha influenciado sobre la experiencia de caries dental de la población (índice COP).

**Palabras clave:** caries dental; determinantes sociales de la salud; sistemas políticos; política de salud; bienestar social; política.

## ABSTRACT

**Objective:** To determine the influence of political trajectories according to the classification of Navarro and Shi, with the DMTF index in 62 countries during the period 1970-2010. **Methods:** A retrospective ecological design was used. Countries that met at least three records of the national DMTF indices at 12 years of age in the period 1970-2010 were selected. Once the country sample was defined, information was sought on the political tradition of each country to characterize the political model and oral health conditions. The analysis of the information crossed and triangulated the caries data in the countries according to each category of political model, according to the perspective of the political parties in government. **Results:** The macro-structural social determinants that organize the health systems influence the well-being of the population in a country and the DMTF index is related to the political regimes, appreciating that the more democratic, the better results they present in oral health. **Conclusions:** There is an influence of political trajectories (Social Democrats, Conservatives, Liberals and Dictatorials) in the 62 countries analyzed on the experience of dental caries (DMTF index), which is mediated by the way in which political models organize health systems in each country.

**Key words:** Dental Caries; Socioeconomic factors; Political Systems; Social Welfare; Democracies; Changes, Social;

1. Odontólogo. Magíster y PhD en Salud Pública. Profesor titular. Departamento de Salud Colectiva. Facultad de Odontología, Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, Colombia.

**Contacto:** jhestradam@unal.edu.co

 <https://orcid.org/0000-0003-1135-8238>

2. Odontólogo. Especialista en Cirugía Oral y Maxilofacial. Departamento de Salud Oral. Facultad de Odontología, Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, Colombia.

**Contacto:** jeerasoe@unal.edu.co

 <https://orcid.org/0009-0002-5802-9693>

## CITACIÓN SUGERIDA:

Estrada–Montoya JH, Erazo–Estrada JE. Relación entre los sistemas políticos y el índice COP en 62 países durante el periodo 1970-2010. *Acta Odontol. Col.* 2023; 13(2): 44-58. <https://doi.org/10.15446/aoc.v13n2.106844>

 <https://doi.org/10.15446/aoc.v13n2.106844>

Recibido	Aprobado
19/01/2023	19/05/2023
Publicado	
04/07/2023	

## Introducción

Navarro y Shi, en 2001, relacionaron la trayectoria de los modelos políticos en varios países europeos, durante un periodo de 40 años, con el desempeño de la salud comunitaria, encontrando que el sistema político en un país (gobiernos socialdemócratas, liberales, conservadores, dictatoriales o ex-fascistas) influye en los índices de desarrollo y de salud general (1). Un régimen político en palabras de su principal estudioso y divulgador, Maurice Duverger (2, 3), hace relación a “el conjunto de instituciones y reglas que rigen la forma de acceso al poder, su ejercicio y su control” e incluye las siguientes categorías:

1. El acceso al poder: se refiere a los procedimientos mediante los cuales los gobernantes son elegidos o designados en el poder.
2. La estructura del poder: forma en que se organiza y distribuye el poder en el Estado, incluyendo la separación de poderes y la autonomía de las instituciones.
3. Las reglas de toma de decisiones: se refiere a los procedimientos y normas que rigen la toma de decisiones políticas y la elaboración de políticas públicas.
4. La participación política: se refiere a las oportunidades y derechos que tienen los ciudadanos para participar en la vida política y tomar decisiones importantes.
5. Las garantías de derechos y libertades civiles: hace referencia a las protecciones y garantías legales que se ofrecen a los ciudadanos para proteger sus derechos políticos y libertades civiles.
6. La cultura política: concierne a las actitudes y valores políticos que prevalecen en una sociedad, incluyendo el grado de participación ciudadana y la tolerancia hacia las diferencias políticas (2, 3).

El estudio y análisis del índice de COP, un instrumento epidemiológico para la medida del impacto y severidad de la caries en una comunidad, junto con el de factores externos y determinantes sociales amplía la perspectiva de entendimiento de las dinámicas individuales y colectivas asociadas con la enfermedad. Ello permite considerar pautas de acción social, educativa, económica y política para disminuir su progreso (4–6).

En países donde la población tiene ingresos económicos altos, los gastos sanitarios asociados a la atención odontológica curativa tradicional oscilan entre el 5% y 10%, muy superior a los recursos que pueden destinar países con menos ingresos económicos (7–12). El equilibrio entre los beneficios sociales de los trabajadores y la no violación de los derechos humanos, mediado por un sistema político, es lo que se reconoce como régimen y Estado de bienestar; sobre este tema hay una amplia literatura (12–19). Los autores agruparon los principales países capitalistas según el tipo de fuerza política dominante que los gobernó durante el tiempo en que se establecieron sus estados de bienestar, esto es a partir del final de la Segunda Guerra Mundial hasta los 1980 (1, 20).

El primer grupo comprende a países que han sido gobernados por partidos socialdemócratas: Suecia, Finlandia, Noruega, Dinamarca y Austria. Los partidos socialdemócratas han regido, durante ese período, un promedio de 23,5 años en estos países. En este

grupo, los movimientos obreros y sus partidos socialistas han sido fuertes alcanzando una alta densidad sindical (porcentaje de la población que trabaja inscritos en los sindicatos), un gasto significativo en seguridad social (como porcentaje del PIB), altos impuestos (como porcentaje del PIB) y un alto nivel de acceso a empleo público en servicios de salud, educación y bienestar (como porcentaje de la población en edad de trabajar).

El segundo grupo incluye países gobernados por largos períodos de tiempo por partidos conservadores, pero que, en su denominación, se definen a sí mismos como demócratas cristianos, se consideran basados en la tradición cristiana. Estos son: Bélgica, Países Bajos, Alemania, Francia, Italia y Suiza. Este grupo es menos homogéneo en el estudio de Navarro, como consecuencia de que los partidos demócrata cristianos suelen gobernar en coalición con otros partidos, incluidos los socialdemócratas, como en Bélgica, Alemania y los Países Bajos.

El tercer grupo incorpora países donde los regímenes fascistas gobernaron durante el periodo entre 1945 y 1980 o durante la mayor parte de ese período: España, Grecia y Portugal. El carácter de clase de los regímenes fascistas es evidente por la naturaleza altamente represiva de los estados dirigida principalmente a la clase obrera y por las políticas fiscales regresivas que se presentaron durante ese período.

El último grupo está compuesto por países anglosajones con régimen político liberal, donde la mano de obra ha sido débil y la clase capitalista fuerte: EE. UU, Canadá, Irlanda y Gran Bretaña. Con excepción de Gran Bretaña, los partidos socialdemócratas nunca han gobernado a nivel nacional (EE. UU. y Canadá) o, si lo han hecho, ha sido durante períodos cortos. Estos países han sido gobernados por partidos comprometidos con la expresión plena de las fuerzas del mercado y, por lo tanto, con la menor interferencia posible del Estado.

De acuerdo con lo anterior, el estudio que aquí se reporta tuvo como objetivo determinar la relación de las trayectorias políticas según la clasificación de Navarro y Shi, con el índice COP en 62 países durante el periodo 1970-2010.

## Métodos

Considerando el objetivo establecido, la hipótesis inicial postula que los países con una mayor experiencia en condiciones políticas democráticas mostrarán mejores resultados en términos del índice COP, en comparación con aquellos países menos democráticos. Para su abordaje, se diseñó un estudio ecológico retrospectivo exploratorio, acorde con la declaración STROBE para estudios observacionales. Se incluyeron 62 países (Tabla 1) que tuvieron, al menos, dos registros nacionales de COP a los 12 años de edad durante el periodo de cuatro décadas, años 1970 a 2000 (21–28).

La determinación de los índices se llevó a cabo a través de la consulta de bases de datos como Pubmed, Science Direct, Scielo, Medline y la base de datos de salud oral de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en las cuales se obtuvieron artículos y datos sobre estudios nacionales de prevalencia que informaran el índice COP en el periodo estudiado. Una vez definida la muestra de países, se buscó información sobre las trayectorias de sus instituciones sociales y políticas durante el mismo periodo, con el fin de establecer la caracterización del sistema o régimen político y relacionarlo con las condiciones de salud oral.

Para la caracterización del régimen político se revisaron páginas oficiales del Banco Mundial, de la Agencia Central de Inteligencia de Estados Unidos (CIA), la Organización Mundial de la Salud y del Fondo Monetario Internacional, en los que se indagó por las características de los regímenes y partidos políticos en los gobiernos de los países seleccionados durante el periodo estimado. A partir de esta revisión, se tipificaron a los países en cuatro categorías: países con gobiernos socialdemócratas, países con gobiernos conservadores (demócratas cristianos), países con gobiernos liberales y países con sistemas dictatoriales o autoritarios (que incluye dictaduras militares, monarquías absolutistas, teocracias o los países gobernados por partidos comunistas). Esta tipificación se determinó a partir de la cantidad de años (la mitad más uno, como mínimo) en la que un régimen político estuvo gobernando cada país.

Durante el proceso de análisis de la información, se realizó una triangulación de los datos sobre la incidencia de la caries en los países, abarcando el período de 1970 a 2010, considerando cada categoría de modelo de país y las relaciones entre ellas. El análisis se centró en examinar la relación entre el comportamiento de la caries y la influencia de los sistemas de gobierno y las políticas adoptadas por cada uno.

**Tabla 1.** Promedio del índice COP por década.

País	70's	80's	90's	00's
Alemania	6	4,1	2,1	0,7
Arabia Saudí	1,9	1,8	1,7	
Australia	4,3	3,6	1,1	0,95
Austria	2,25		3,6	1,04
Bangladesh	1,8	1,5	3,5	1
Bielorrusia	3		3,28	2,14
Benín		0,3	1,05	
Brasil	8,6	5,65	4,7	2,07
Canadá	6	3	4,3	1,02
China		0,8	1	0,53
Colombia	7,5	4,8	2,3	
Corea del Norte	0,6		3,05	
Costa Rica		8,81	4,4	
Cuba	5,1	2,9	1,75	

Dinamarca	6,4	3,6	1,32	0,9
Emiratos Árabes		1,85	1,75	
Eslovaquia	5,4	3,6	5,1	
Etiopía	1,6		1	1,43
Filipinas	2,5	5,5	4,6	1,47
Finlandia	7,5	2,4	1,16	0,89
Francia	3,5		2,3	
Haití		3,2	1,42	1
Hungría	6	5	4,05	
Islandia	8,7		2,45	
Irán	2,4		1,6	1,9
Israel		3	3	1,66
Italia	5,45	3		
Japón	5,9	4,9	3,43	1,4
Letonia		7,7	5	
Lituania		3,96	3,87	3,72
Malawi	0,8	0,8	0,7	
Malaysia	4,3	3,15	1,6	1,12
México	2,7	3,1	2,5	
Nepal		1,3	1,2	0,8
Nicaragua		6,4	2,8	
Níger		1,7	1,4	
Nigeria	2,9		0,7	0,65
Nueva Zelanda	6		1,3	1,2
Omán	2,1		2,05	
Pakistán	2,1	1,2	1	
Papúa Nueva Guinea	2,25	2,4		
Polonia	7	4,4	4,5	3,8
Portugal	4,6	3,2	2,35	
Reino Unido	4,7	3,1	1,25	1,1
República Dominicana		6	4,4	
Romania			3,9	2,7
Senegal	0,6	1,5	1,2	
Singapur	2,9	2,5	1	
Sri Lanka	3	1,9	1,4	
Sudáfrica	3,4	1,75		
Sudán	1,1	1,85		0,4
Suecia	6,3		1,8	0,9
Suiza	2,6	1,75		1,8
Tailandia	2,7	1,5	1,6	1,55
Tanzania	0,6	0,6	0,3	0,3
Turquía		2,7	3,4	1,9
Uruguay		4,2	3,56	
USA	4	1,6	1,28	1,19

Vietnam	4,2		1,8	1,5
Yemen	1,2	1,6	3,1	
Yugoslavia	5	6,1	3,9	
Zimbabue	0,6	1,2	1,3	

Fuente: Elaboración propia.

### Consideraciones éticas

En concordancia con la Resolución 008430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia, este trabajo se consideró como una investigación sin riesgo, por emplear técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos.

## Resultados

Con el fin de clasificar el régimen político de cada país, se evaluó la duración de los diferentes regímenes en el poder y se comparó con la duración de otros regímenes que gobernaron en el mismo país, asignándolos a los grupos correspondientes. Como se mencionó previamente, se asignó según el partido que gobernó durante más de la mitad de los años analizados (ver Tabla 2).

**COP en países con gobiernos socialdemócratas:** para la década de 1970 los países con gobiernos socialdemócratas, a excepción de Tanzania, presentan registros de COP superiores a 2,0; la gran mayoría, excepto Rumanía y Austria, logran un índice menor a 1,0 en la última década estudiada. Se muestra el cambio porcentual de cada país desde el primer registro de COP hasta el último. Finlandia destaca como el país con el mejor rendimiento, mostrando una disminución del 88%, pasando de un COP de 7.5 en la década de 1970 a 0.69 en la primera década del siglo XXI. Por otro lado, Rumanía experimenta una disminución del 30.77%, partiendo de un COP de 3.9 en la década de 1990 y alcanzando un COP de 2.7 en la década de 2000. En los países con una trayectoria política predominantemente socialdemócrata, se observa una marcada disminución del índice COP a lo largo del tiempo. Se presenta tanto la trayectoria individual de cada país como la trayectoria promedio de esta categoría, siendo en todos los casos el último registro de COP inferior al primero.

**Tabla 2.** Tipificación de países según sistema político predominante entre 1970 a 2010.

Socialdemócratas	Conservadores	Liberales	Dictatoriales
Austria	Alemania	Australia	Arabia Saudí
Dinamarca	Bangladesh	Canadá	Benín
Finlandia	Bielorrusia	Costa Rica	China
	Israel	Polonia	Corea del Norte
Rumania	Brasil	Islandia	Cuba
Suecia	Colombia	Japón	Emiratos Árabes
Tanzania	Eslovaquia	México	Etiopía
	Francia	Nueva Zelanda	Filipinas
	Hungría	Papúa Nueva Guinea	Haití
	Italia	Reino Unido	Irán
	Letonia	Uruguay	Malawi
	Lituania	USA	Nepal
	Malasia		Níger
	Nicaragua		Nigeria
	Portugal		Omán
	República Dominicana		Pakistán
	Senegal		Sudán
	Singapur		Tailandia
	Sri Lanka		Vietnam
	Sudáfrica		Yemen
	Suiza		Zimbabue
	Turquía		
	Yugoslavia		

Fuente: autoría propia, realización basada en la historia política de cada país (20, 29–31).

**COP en países con gobiernos liberales:** el comportamiento del índice COP en los países con una trayectoria política liberal muestra una tendencia decreciente que se aproxima a una proporción directa a lo largo del tiempo. Es decir, la evolución del COP promedio se presenta de manera casi lineal, comenzando con un valor máximo de 5.16 y disminuyendo significativamente hasta llegar a 1.52 en la última década estudiada. Canadá, a pesar de tener una variación no uniforme en el COP a lo largo del tiempo, experimenta un decrecimiento del 83%, pasando de 6.0 en la década de 1970 a 1.02 en la década de 2000. Por otro lado, Papúa Nueva Guinea es el único país que muestra un crecimiento en la incidencia de caries del 6.67%, partiendo de un COP de 2.25 en la década de 1970 y alcanzando un COP de 2.4 en la década de 1980 (Gráfica 1). En general, el comportamiento del COP en los países con una tradición política liberal, a excepción de Papúa Nueva Guinea, es positivo, presentando un decrecimiento promedio superior al 50%.

**COP en países con gobiernos conservadores:** este es el grupo más numeroso de la tipificación y abarca un amplio intervalo de registros en la primera década de estudio, que va desde un COP de 0,6 hasta 8,6. En la última década de estudio, el intervalo de COP oscila

entre 0,7 a 3,72. Países como Bangladesh, Suiza, Turquía, Bielorrusia, Yugoslavia y Eslovaquia muestran un comportamiento variado en cuanto a la experiencia de caries, ya que no siguen cambios estrictamente decrecientes. Por ejemplo, Bangladesh experimenta un crecimiento porcentual del 133%, relacionando el registro de COP de 1.5 en la década de 1980 con un COP de 3.5 en la década de 1990, a partir del cual se observa una disminución del 71.43%, alcanzando un COP de 1.0 en la última década de estudio. En ese sentido, los países contenidos en este grupo, a excepción de Senegal, presentan una disminución en la incidencia de la experiencia de caries a lo largo del tiempo.

**COP en países con gobiernos dictatoriales:** en este grupo se observan cambios diversos y complejos en la incidencia de caries en lo transcurrido del tiempo, medidos por el índice COP. Se evidencia que algunos países experimentan una disminución superior al 50%, y otros, al contrario, un crecimiento que supera el 100%. Sin realizar una subdivisión específica dentro de este grupo, se destaca que Nigeria es el país con mejor rendimiento en términos de disminución, con una reducción del 77%. Por otro lado, Corea es el país con un comportamiento menos favorable, presentando un marcado crecimiento del 408%. De igual manera, Zimbabue, Yemen y Benín son países que presentan crecimiento en el índice de COP. Un aspecto novedoso de este estudio fue la realización de una subdivisión dentro de este grupo, considerando dictaduras de derecha (militares o monárquicas), dictaduras de izquierda y dictaduras con monarquías absolutistas. Las diferencias de comportamiento para estas trayectorias políticas en relación con los índices de COP proporcionan información que debe ser profundizada en futuros estudios.

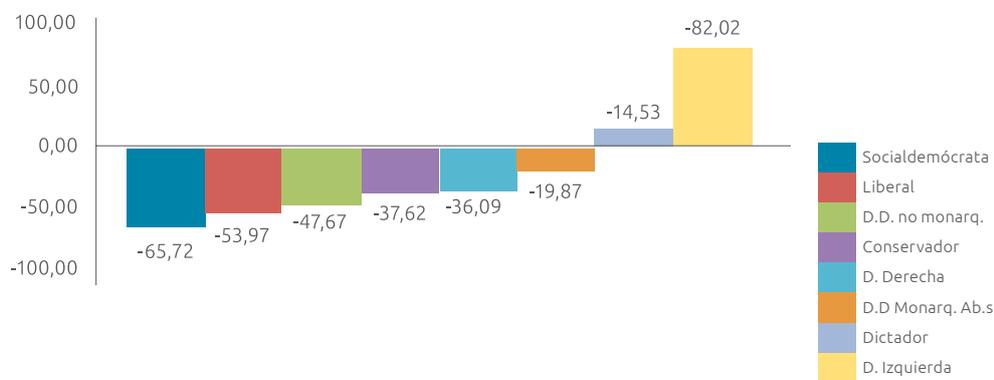
Filipinas presenta un recorrido atípico extremo al promedio, que varía de valores de 2,01 a 0,98. Nigeria y Omán son los países que se encuentran en los extremos del cambio porcentual.

## Discusión

En este estudio se logra evidenciar que los países con sistemas gubernamentales más progresistas, como es el caso de las socialdemocracias, presentan un mejor índice de salud oral en términos de COP, y han desarrollado un mejor comportamiento a lo largo del tiempo, en términos de experiencia de caries. En las primeras décadas estudiadas, se observa que el índice COP es alto en todas las categorías de los sistemas políticos, y que, también, experimenta la mayor disminución en la última década (Gráfica 1). Este hallazgo podría relacionarse con los principios en los que se fundamentan los gobiernos de este tipo. Por ejemplo, los países con un sistema político socialdemócrata se caracterizan por tener una orientación democrática y socialista, así como por promover el interés comunitario y contar con movimientos obreros sólidos. Como señala César Giraldo, en estos países se combinan las amplias provisiones brindadas por el Estado con los logros obtenidos por la ciudadanía organizada, lo que contribuye a la configuración de una ciudadanía plena dentro del contexto capitalista (16).

La categoría de países con gobiernos liberales se sitúa en el tercer lugar en términos de mejores índices de COP en las últimas décadas de estudio, y ocupa la segunda posición en cuanto al mayor decrecimiento en la experiencia de caries a lo largo del tiempo. En la primera década, estos países presentan, en promedio, el índice más alto. Esto puede explicarse debido a que estos modelos de gobierno se caracterizan, como menciona Giraldo, por promover la libertad individual, el progreso y el desarrollo como fines esenciales para el avance de la sociedad en general. Además, los derechos sociales se consideran compromisos que el gobierno debe abordar y solventar (16).

**Gráfica 1.** Promedio cambio porcentual por categoría relacionando primero y último registro de COP (organizado de mejor a peor desempeño).



Fuente: autoría propia.

Los países conservadores y demócratas cristianos, en los que las personas tienen un apoyo directo sobre la familia y sus redes vecinas, se favorecen las tradiciones, el nacionalismo y el patriotismo como bases estables para la gobernabilidad. Al mismo tiempo, se oponen a cambios radicales a nivel político, social y económico. Sin embargo, la mayoría de estos países han tomado una corriente económica capitalista liberal conservando la ideología política conservadora. Por esta razón, este grupo se comporta políticamente de forma heterogénea, incluyendo naciones africanas, asiáticas y de Centro y Latinoamérica, que han adoptado diversas políticas basadas en ideologías y estrategias tanto liberales como socialistas, sin buscar un cambio en el statu quo.

Los hallazgos indican que el COP en este grupo de países se comporta con tendencia decreciente, mayor en unos que en otros. Llama la atención el caso de Bangladesh que reporta un COP inicial de 8,0 y de 1,0 en la última década de estudio. Esto podría explicarse porque Bangladesh es el octavo país más poblado de la tierra y, sin embargo, pese a que un 30% de su población vive aún en condiciones de extrema pobreza, ha conseguido importantes logros en materia sanitaria en las últimas décadas. Uno de estos es un sistema de salud con múltiples actores en el que las autoridades sanitarias colaboran activamente con los proveedores privados y las ONGs locales e internacionales (32, 33).

En el último lugar se encuentra la categoría de países con gobiernos dictatoriales que, si bien, son los que menos cambios en promedio de registros de COP han tenido, manteniéndose bajos, han sido los únicos que presentan crecimiento del índice relacionando el primer y último registro, en comparación con las tres categorías de países anteriormente descritas (Tabla 3). En esta investigación se agruparon todos los países considerados dictatoriales o autoritarios para ajustarse a la categoría analítica propuesta y luego por lo llamativo de algunos datos (como los de Cuba, Vietnam y China), se analizaron de forma separada conformando cuatro subgrupos de acuerdo al tipo de orientación autoritaria y la toma violenta o no del poder. Estos subgrupos son: dictaduras de derecha, dictaduras monárquicas, dictaduras de derecha no monárquicas, países con regímenes autoritarios o de partido único. Durante el periodo de estudio, los países bajo dictaduras de izquierda muestran un aumento en la experiencia de caries, destacándose los marcados crecimientos en Corea del Norte (400%), Benín, Yemen y Zimbabue. Estos países se caracterizan por desequilibrios sociales, políticos y económicos, así como por corrupción y conflictos socio-políticos, factores que pueden influir en las condiciones de salud oral y la prevalencia de caries, según señalan Duverger, Navarro y Shi (1–3). Por otro lado, se observa un decrecimiento del 10 al 65% en los valores iniciales del índice COP en Etiopía, Irán, China, Vietnam y especialmente en Cuba (datos no mostrados). Estos países cuentan con sistemas de salud sólidos y generosos en términos de acceso a la atención médica.

En lo que corresponde a los países bajo dictaduras de derecha, estos presentan en promedio un decrecimiento en el índice COP en el tiempo de 36%. Malawi y Níger son los países que menor decrecimiento de COP en el tiempo presentan y son, también, los que menor PIB tienen de este grupo, una esperanza de vida de 47 años y un gasto en salud cercano al 5% y 6% del PIB. Posiblemente, esto influya en las condiciones de salud oral y experiencia de caries, tal como lo plantea Vicente Navarro en otra de sus investigaciones (20).

**Tabla 3.** Promedio del cambio porcentual de la experiencia de caries por categorías.

Categoría	Cambio porcentual de COP				Primer - Último COP
	70's - 80's	80's - 90's	90's - 00's	70's - 00's	
Socialdemócrata	-52,28	-8,48	-44,29	-75,67	-65,72
Conservador	-16,41	-18,86	-41,55	-60,35	-37,62
Liberal	-24,13	-30,10	-44,29	-70,46	-53,97
Dictatorial	-13,52	-7,90	-33,49	-47,03	14,53
D. Izquierda	-39,36	27,86	-22,94	-40,25	82,02
D. Derecha	2,86	-20,42	-40,61	-51,39	-36,09
D.D Monárquicas	-27,80	2,95	-29,22	-47,39	-19,87
D.D No monárquicas	-4,64	-13,39	-43,33	-53,19	-47,67

Fuente: autoría propia.

A pesar de las limitaciones y dificultades para acceder a todos los datos necesarios en este estudio, y basándonos en la discusión expuesta, se pueden obtener conclusiones preliminares, las cuales son las siguientes:

- Durante el periodo 1970-2010 existe una influencia de las trayectorias políticas (socialdemócratas, conservadores, liberales y dictatoriales) en los 62 países analizados sobre la experiencia de caries dental, reflejada en el índice COP. Esta experiencia está mediada por la forma cómo los modelos políticos organizan los sistemas sanitarios en cada Estado y comprometen en mayor o menor medida sus políticas sociales al servicio de la población. Los de mejor desempeño son aquellos que han priorizado las medidas socialdemócratas y, los de peor desempeño, aquellos donde hubo o hay dictaduras militares.
- Los determinantes macroestructurales, tales como la gobernanza, las políticas macroeconómicas, las políticas sociales (laboral, sanitaria, educativa), la cultura y los valores sociales compartidos por la población, influyen directamente en el bienestar social de un Estado. Esto se expresa en el decrecimiento del índice de experiencia de caries y, por ende, termina reflejándose como una mejoría de la salud oral.
- Los índices de COP se encuentran asociados a los factores económicos macroestructurales y, en especial, a los sistemas políticos y sanitarios a los que se vea expuesta la población de cada país por largos periodos.
- La mejoría en los indicadores de salud puede ser modificable por las políticas e intereses de las naciones al aumentar el porcentaje de PIB destinado a la salud pública, tal como se evidenció en el estudio de caso de cada grupo de países (datos no mostrados).
- Los determinantes sociales se encuentran ligados proporcionalmente a políticas estructurales que influyen directamente en el bienestar social de la población.

Dado que se trata de un estudio ecológico exploratorio, se recomienda realizar estudios con diseños más robustos o profundizar en estudios de casos comparados. Durante el primer año de la pandemia, el profesor Vicente Navarro presentó una conferencia en la que agregó la variable de mortalidad por COVID-19 a su estudio clásico, mencionado al inicio del artículo. Con esta nueva variable, fue posible reafirmar la asociación entre una mayor mortalidad y los regímenes políticos menos democráticos. Se observó esto en países donde se habían debilitado los sistemas de salud pública, como Brasil, España, Italia y Estados Unidos, donde prevalece el aseguramiento individual. Por otro lado, se encontró un mejor comportamiento en aquellos países que, independientemente de su trayectoria política, mantuvieron o fortalecieron sistemas de protección social robustos y brindaron generosas ayudas y apoyo a sus poblaciones. Actualmente (periodo 2023-2025), se está llevando a cabo un estudio descriptivo comparativo en la Universidad Nacional que involucra a cuatro países: dos con las tasas de mortalidad más altas y dos con las tasas más bajas durante los años 2020-2021. El objetivo es seguir comprendiendo la interrelación entre los sistemas de protección social, los sistemas de salud, las trayectorias políticas, la cohesión social y otras variables económicas y socio-demográficas que se han asociado con resultados de salud tan relevantes como la morbimortalidad causada por el virus SAR-Covid-2.

## Agradecimientos

Los autores agradecen a la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Colombia por favorecer el ejercicio de investigación que este trabajo requirió.

## Contribuciones de los autores

Ambos autores participaron de manera conjunta y solidaria en la elaboración de todo el documento, así como en la revisión de la versión final del artículo.

## Conflictos de interés

John Harold Estrada Montoya y Jesús Esteban Erazo Estrada declaramos no tener conflictos de interés.

## Referencias

1. Navarro V, Shi L. The political context of social inequalities and health. *Soc Sci Med.* 2001; 52(3): 481–91. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(00\)00197-0](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(00)00197-0)
2. Duverger M. Sociología de los regímenes políticos. Capítulo 2. En: Gurvitch G (Director). Tratado de sociología. Tomo Segundo. Buenos Aires: Editorial Kapelusz; 1963: 25–52.
3. Duverger M. Los partidos políticos. 6ta Reimpresión. México, D.F: Fondo de Cultura Económica; 1976: 459.
4. Hallbrook W, Magnúsdóttir M, Sigurjóns H. A pilot study of cariogenic bacteria and diet associated with root surface caries in Iceland. *Acta Odontol Scand.* 2004; 63(3): 180–181. <https://doi.org/10.1080/00016350410001504>
5. Mayo J, Ritchie J. Acidogenic potential of “sugar-free” cough drops. *Open Dent J.* 2009; 6(3): 26–30. <https://doi.org/10.2174/1874210600903010026>
6. García LC. Análisis comparativo de los determinantes estructurales en países de desarrollo alto, mediano y bajo y su relación con el índice COP: una aproximación ecológica. [Tesis presentada como requisito parcial para optar al título de: Odontólogo]. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2013.

7. Sanabria C, Suárez M. Relación entre determinantes socioeconómicos, cobertura en salud y caries dental en 20 países: análisis de la literatura [Tesis presentada como requisito parcial para optar al título de: Odontólogo]. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2013.
8. Gürgân S, Alaçam R, Söylev I. Bacteriological investigation of the cariogenic effects of sugar alcohols and sucrose. *Mikrobiyol Bul.* 1987; 21(1): 42–47. Disponible en: <https://europepmc.org/article/MED/3126379>
9. Bagramian RA, Garcia-Godoy F, Volpe AR. The global increase in dental caries. A pending public health crisis. *Am J Dent.* 2009; 21(1): 6. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19281105/>
10. Organización Mundial de la Salud (OMS). Salud bucodental. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/es/>
11. Organización Mundial de la Salud (OMS). La OMS publica un nuevo informe sobre el problema mundial de las enfermedades bucodentales. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr15/es/>
12. Young D. New caries detection technologies and modern caries management: merging the strategies. *Gen Dent.* 2002; 50(4): 320–331. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12640848/>
13. Brennenstuhl S, Quesnel-Vallée A, McDonough P. Welfare regimes, population health and health inequalities: a research synthesis. *J Epidemiol Community Health.* 2012; 66(5): 397–409. <http://dx.doi.org/10.1136/jech-2011-200277>
14. Chung H, Muntaner C. Welfare regime types and global health: an emerging challenge. *J Epidemiol Community Health.* 2008; 62(4): 282–283. <http://dx.doi.org/10.1136/jech.2006.057778>
15. Bamba C, Fox D, Scott-Samuel A. A politics of health glossary. *J Epidemiol Community Health.* 2007; 61(7): 571–574. <http://dx.doi.org/10.1136/jech.2006.046128>
16. Giraldo C. ¿Protección o desprotección social? Bogotá, D.C: Universidad Nacional de Colombia, Fundación CESDE y Ediciones Desde Abajo; 2007.
17. Campos P, Sáez G, Sánchez M. Análisis comparados de sistemas sanitarios. En: Salud Pública. Ciudad de México, México: McGraw-Hill; 1998: 818–860.
18. Chung H, Muntaner C. Welfare state matters: a typological multilevel analysis of wealthy countries. *Health Policy.* 2007; 80(2): 328–339. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2006.03.004>

19. Dahl E, Fritzell J, Lahelma E, Martikainen P, Kunst A, Mackenbach J. Welfare state regimes and health inequalities. En: Social inequalities in health: new evidence and policy implications. Oxford; New York: Oxford University Press; 2006: 193–221.
20. Navarro V, Shi L. The political context of social inequalities and health. *Int J Health Serv.* 2001; 31(1): 1–21. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(00\)00197-0](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(00)00197-0)
21. World Health Organization (WHO). Oral Health Programme. Dental caries levels at 12 years. Geneva: World Health Organization; 1994: 1–20.
22. Nithila A, Bourgeois D, Barmes DE, Murtomaa H. WHO Global Oral Data Bank, 1986-96: an overview of oral health surveys at 12 years of age. *Bull World Health Organ.* 1998; 76(3): 237–244. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9744243/>
23. Bernabé E, Sheiham A. Extent of differences in dental caries in permanent teeth between childhood and adulthood in 26 countries. *Int Dent J.* 2014; 64(5): 241–245. <https://doi.org/10.1111/ij.12113>
24. Schulte AG, Momeni A, Pieper K. Caries prevalence in 12-year-old children from Germany. Results of the 2004 national survey. *Community Dent Health.* 2006; 23(4): 197–202. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24151786/>
25. Solórzano I, Salas M, Chavarría P. Prevalence and severity of dental caries in Costa Rican schoolchildren: results of the 1999 national survey. *Int Dent J.* 2005; 55(1): 24–30. <https://doi.org/10.1111/j.1875-595X.2005.tb00028.x>
26. Van Wyk PJ, Louw AJ, du Plessis JB. Caries status and treatment needs in South Africa: report of the 1999-2002 National Children 's Oral Health Survey. *SADJ.* 2004; 59(6): 238, 240–242. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15457909/>
27. Zusman SP, Ramon T, Natapov L, Kooby E. Dental health of 12-year-olds in Israel-2002. *Community Dent Health.* 2005; 22(3): 175–179. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16161882/>
28. Gökalp SG, Doğan BG, Tekçiçek MT, Berberoğlu A, Unlüer S. National survey of oral health status of children and adults in Turkey. *Community Dent Health.* 2010; 27(1): 12–17. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20426255/>
29. Navarro V, Borrell C, Benach J, Muntaner C, Quiroga A, Rodríguez-Sanz M, et al. The Importance of the Political and the Social in Explaining Mortality Differentials among the Countries of the OECD, 1950–1998. *Int J Health Serv.* 2003; 33(3): 419–494. Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/scol/2007.v3n1/9-32/es/>
30. Sejersted F, Adams MB, Daly R. The age of social democracy: Norway and Sweden in the twentieth century. Princeton: Princeton Univ. Press; 2011.

31. [Molina I, Delgado S.](#) Conceptos fundamentales de ciencia política. Madrid: Alianza; 2011.
32. [Valerio M.](#) Bangladesh empieza a hacer sus deberes en salud | Salud | EL MUNDO [Internet]. 2013 [fecha de consulta: 30 de noviembre de 2018]. Disponible en: <https://www.elmundo.es/salud/2013/11/21/528cc25363fd3d8d228b456a.html>
33. [Organización Mundial de la Salud \(OMS\).](#) Bangladesh. Disponible en: <http://www.who.int/countries/bgd/es/>