
REFLEXIONES PARA LA CONSTRUCCIÓN DE POLÍTICA PÚBLICA CON IMPACTO EN EL COMPONENTE BUCAL DE LA SALUD*

ÁNGELA MARÍA FRANCO,** EMILIA OCHOA,*** ELIANA MARTÍNEZ****

Resumen. La Mesa de trabajo por la Salud Bucal del proyecto interinstitucional de cooperación “Gestión de Políticas Públicas y Salud”, tiene como propósito promover una reflexión que conduzca a la formulación de propuestas de política pública que afecten positivamente la salud general y su componente bucal. Existen en el ámbito mundial y nacional antecedentes de dicha política que han sido desconocidos por la reforma al sistema de seguridad social en salud, lo que ha provocado en el caso específico de Medellín el desmonte de programas de salud pública que en otros tiempos mostraron ser eficaces y eficientes. Se exponen algunos ejemplos que ilustran esta afirmación y se proponen algunos enunciados básicos que deben hacer parte de una política pública con impacto en el componente bucal de la salud. Se concluye que los cambios políticos, económicos y demográficos que el país ha experimentado en los últimos años, han dado lugar a un determinado perfil de salud enfermedad que debe ser atendido mediante la gestión organizada de la sociedad; el componente bucal de la salud también se ha visto afectado y la práctica odontológica convocada a responder a las necesidades nuevas o antiguas que en este campo tiene la población.

Palabras clave: política pública, salud bucal, áreas prioritarias.

Abstract. The workshop on Oral Health by the interinstitutional cooperation “Management of Public Policies and Health” has the objective of promoting a reflection conducive to the formulation of public health proposals that have a positive effect on the general health and its oral component. There are precedents of such policies and the local and international levels that have gone unrecognized by the reform to the social security system in health; this has produced, in the specific case of Medellín, the dismantling of public health programs that have proven their efficiency and efficacy in previous years. Some examples that show this statement are presented and some basic enunciates are proposed which should be part of a public policy with impact on the oral component of health. It concluded that the political, economic and demographic changes experienced by our country in the past recent years have given place to a determined profile of health disease which should be attended by the organized management of society. The oral component of health has also been affected and the dental practice called to respond to the new or old needs that the population has in this field.

Key words: public policy, oral health, priority areas.

INTRODUCCIÓN

El proyecto interinstitucional de cooperación *Gestión de Políticas Públicas y Salud*, auspiciado por la Dirección Seccional de Salud de Antioquia y la Facultad Nacional de Salud Pública se creó en el año 2002, con el fin de:

Promover en la región y posteriormente en el país, el análisis y mejoramiento de políticas públicas que afectan

la salud. El componente crítico de esta propuesta es la integración, capacitación y consolidación de una masa crítica de ciudadanos competentes para promover, desde distintos frentes y mediante la estrategia de Mesas Permanentes de Trabajo, la gestión de políticas públicas que mejoren la salud de la población.¹

En el marco de este proyecto, la Mesa de Trabajo por la Salud Bucal ha promovido la reflexión y la acción en torno a la construcción de política pública

-
- * Ponencia desarrollada en el marco del Proyecto Interinstitucional Gestión de Políticas Públicas y Salud. Mesa de Salud Bucal, Grupo PAB y Salud Pública.
 - ** Odontóloga, Magister en Epidemiología, Profesora Asociada y Jefa del Centro de Investigación, Facultad de Odontología, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. Correo electrónico: afranco@chami.udea.edu.co.
 - *** Odontóloga, Especialista en Promoción y Comunicación en Salud CES. Odontóloga Metrosalud, Medellín, Colombia.
 - **** Odontóloga, Especialista en Salud Pública y Magister en Epidemiología CES. Profesora Universidad Cooperativa de Colombia. Docente Ocasional Facultad de Odontología. Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.

FRANCO, ÁNGELA MARÍA, EMILIA OCHOA, ELIANA MARTÍNEZ H. Reflexiones para la construcción de política pública con impacto en el componente bucal de la salud. Rev Fac Odont Univ Ant, 2004; 15 (2): 78-90.

RECIBIDO: SEPTIEMBRE 28/2004 - ACEPTADO: OCTUBRE 26/2004

con impacto sobre el componente bucal de la salud de la población, para lo cual ha convocado a todos los actores relacionados con su área de interés, ha organizado reuniones y foros de discusión, ha elevado sus inquietudes a los organismos rectores de la Política de Salud y ha sistematizado sus aportes en diferentes documentos y presentaciones públicas. Su organización interna en grupos de trabajo ha permitido abordar discusiones en diferentes temas, entre los cuales se encuentra la situación de la salud pública bucal y el PAB, dada la preocupación que han suscitado ciertos indicadores como el desmonte de los programas preventivos escolares y el desplazamiento de las prioridades de la atención odontológica a la población adulta, en detrimento de la atención a escolares y preescolares.

Asumiendo el compromiso de pronunciarnos frente a las situaciones advertidas y de hacer propuestas que conduzcan a superar los vacíos de acción gubernamental que ha creado la reforma al Sistema de Seguridad Social, se presenta este documento con miras a que fortalezca una política regional que responda a las necesidades de la población del área de influencia, con apoyo en las potencialidades humanas, sociales y económicas de la región.

SALUD GENERAL Y SALUD BUCAL

Asumir una discusión sobre las bases para una política pública con impacto en la salud bucal, comienza por reconocerla justamente como parte integrante y esencial de la salud general y como determinante de la calidad de vida y el bienestar de los individuos. Así como reconocemos que la salud física y la salud mental son una sola, así también reconocemos que la salud bucal y la salud general son inseparables: “Ninguna persona puede ser saludable sin salud bucal”.²

Ahora bien, es importante dejar claro como base de la discusión, que la salud bucal comprende mucho más que la salud de los dientes; este concepto incluye además, la salud de los tejidos de sostén y de los tejidos blandos bucales, de la lengua y la faringe; en general, de todas aquellas estructuras que componen el sistema craneofacial.

“La boca es un espejo”, es una expresión popular para referirse a que el estado bucal refleja el estado de salud general. El examen bucal periódico ayuda a detectar signos tempranos de deficiencias nutricionales y de algunas enfermedades sistémicas. Entre los temas que más se han estudiado en la interrelación de la salud bucal y la salud general, están los factores de riesgo compartidos, como el uso del tabaco, el consumo de alcohol y la malnutrición. El consumo de alcohol es un factor de riesgo para cáncer faríngeo; así mismo el tabaco es un factor de riesgo para cáncer bucofaríngeo y pulmonar, para enfermedades periodontales del adulto y para enfermedades cerebrovasculares.³ Por su parte, la malnutrición, está asociada con caries dental, defectos de desarrollo del esmalte, erosión dental y enfermedad periodontal.⁴

Sobre la interrelación de las enfermedades sistémicas con la salud bucal, algunos estudios han señalado que los individuos diabéticos tienen más alto riesgo de enfermedad periodontal;⁵⁻⁶ otros han estudiado la relación entre infecciones crónicas orales como la enfermedad periodontal y el bajo peso al nacer, la prematuridad y las enfermedades cerebrovasculares.⁷ Así mismo se conoce que la boca es la puerta de entrada y el sitio de infecciones microbianas que afectan la salud general y que de muchos fármacos usados para enfermedades sistémicas tienen efectos adversos sobre la cavidad bucal.⁸

Ahora bien, el impacto de la enfermedad bucal no sólo se produce sobre el bienestar de las personas, también tiene efectos económicos, dado que puede llegar a restringirlas en sus actividades, impide su comunicación, afecta el sueño y pone en peligro la estabilidad psicológica. Los individuos con enfermedad o dolor bucal, pierden horas o días de trabajo por la incapacidad que esta produce. En Colombia no se conocen estudios sobre la carga de la enfermedad bucal, por esta razón no se sabe cuántos días de incapacidad laboral se producen por esta causa ni cuántas horas escolares se pierden. En Estados Unidos, se estima que se pierden al año 51 millones de horas escolares por enfermedades bucales y en general se sabe que el dolor y el sufrimiento que estas ocasionan provocan problemas en el aprendizaje de los niños.²

Las enfermedades bucales sin tratamiento son progresivas y acumulativas y tienen un claro efecto sobre el estado de salud general de la población. Los costos sociales y económicos son un precio muy alto que las sociedades sin planes de atención integrales, oportunos y continuos, pagan —por lo general— en el largo plazo. Una política pública con impacto en el componente bucal de la salud, debe estar orientada al trabajo intersectorial, debe promover actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, que intervenga los factores de riesgo comunes y que no fragmente la salud y el bienestar de las personas.

ANTECEDENTES DE LAS POLÍTICAS DE SALUD BUCAL

El contexto de los últimos 25 años en el mundo

Desde su posición como organismo asesor de la Organización de las Naciones Unidas, la Organización Mundial de la Salud —OMS— ha mantenido una producción permanente en materia de políticas, planes y programas que tienen que ver directamente con la salud bucal e indirectamente con las llamadas enfermedades no transmisibles, entre de las cuales se ubican la mayoría de los problemas bucales.

En 1979, la Asamblea de la OMS adoptó la resolución llamada “Salud para todos en el año 2000” en la que los países miembros se comprometían a trabajar planes coordinados para alcanzar esta meta. Dos años más tarde, en la Asamblea General realizada en Rio de Janeiro, y en consecuencia con la directriz trazada por la OMS, la Federación Dental Internacional —FDI— recomendó metas específicas en salud bucal para el año 2000.⁸ Se esperaba que los países miembros las adoptaran y comprometieran recursos humanos, materiales y financieros para alcanzarlas.

En este documento se dejó claro que las metas propuestas sólo se podrían alcanzar con una planeación coordinada y con el desarrollo e implementación de programas nacionales y locales en los que participaran todos los sectores, incluyendo los odontólogos privados y públicos, los educadores y los investigadores. Se sugirió que los elementos

más significativos de estos programas fueran: i) la educación para la reducción del consumo de azúcar, ii) la fluoruración de los acueductos donde fuera factible, iii) el uso adicional y apropiado de otras fuentes de flúor, iv) los programas efectivos de educación en salud para los niños, padres y otros adultos que debían enfatizar en el autocuidado, v) los programas preescolares y escolares con énfasis en la prevención de las enfermedades y vi) los programas y fondos necesarios para asegurar el recurso humano auxiliar y profesional motivado para trabajar en prevención.

En 1992, la OMS presenta el Reporte Técnico 826, denominado “Avances Recientes en Salud Oral”,⁹ este documento se convertiría en la base de los planteamientos que más tarde se incluyeron en la declaración del año 1994 como el año de la salud bucal, bajo el eslogan “Boca Sana, Vida Sana”. En esta Declaración la OMS insta a los países a hacer evaluaciones sobre los resultados alcanzados hasta la fecha y presenta su propio balance sobre los cambios mundiales en el perfil de la enfermedad caries dental.¹⁰ Se destacan en ella dos aspectos: la necesidad de trabajar más para que las prácticas de higiene bucal fueran aceptadas por la población como actividades indispensables para la vida sana y fueran incorporadas como parte de la higiene corporal y el respaldo a la utilización de los fluoruros como la medida más eficaz para el control de la caries dental. En esta declaración se promovió además, el compromiso de la profesión odontológica con la vigilancia de una amplia gama de condiciones que se producen o que se manifiestan en la boca, como son las lesiones asociadas a la infección por VIH-sida, el cáncer y pre-cáncer bucal y faríngeo, el labio y paladar hendido y la gingivitis ulceronecrotizante aguda, entre otros.

Por su parte, la Organización Panamericana de la Salud —OPS—, como agencia regional de la OMS para América Latina y el Caribe, adapta las orientaciones generales del ente mundial a las condiciones y necesidades particulares de esta región. En 1997, en su 120.^a sesión, el Comité Ejecutivo recomendó que el Consejo Directivo considerara la adopción de una resolución relativa a las estrategias de salud bucodental destinadas a apoyar la labor

gubernamental en pro de la eficacia y la eficiencia de los programas preventivos y para fortalecer la organización y prestación de servicios de atención bucal en la región.¹¹

Entre otros argumentos, esta resolución reconocía que:

La salud oral sigue siendo un aspecto fundamental de las condiciones generales de salud en las Américas debido a la importancia que tiene como parte de la carga global de morbilidad, los costos relacionados con su tratamiento y la posibilidad de aplicar medidas eficaces de prevención [...] En general, la mayoría de las enfermedades bucales están distribuidas de manera desigual entre la población; si bien la caries dental y las enfermedades periodontales, son sumamente prevalentes en toda la Región, son más graves entre las personas de bajos ingresos y con poco nivel de instrucción.

Para terminar, cabe mencionar el último Reporte Mundial de la Salud Oral, publicado por la OMS en el año 2003.⁴ En este reporte se afirma que “por su extensión, las enfermedades bucales siguen siendo un problema prioritario en salud pública; las consecuencias sobre los individuos y las comunidades, como resultado del dolor y el sufrimiento, son: la reducción considerable de las funciones y de la calidad de vida”. Adicionalmente, la OMS tiene datos que permiten afirmar que el tratamiento de la enfermedad bucal es extremadamente costoso y la califica como la cuarta enfermedad más costosa de tratar, en la mayoría de los países industrializados.

Se plantea además un nuevo enfoque para la prevención y control de las enfermedades bucales, tomando en cuenta que las cuatro enfermedades no transmisibles más importantes: la enfermedad cardiovascular, la diabetes, el cáncer y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, comparten factores de riesgo comunes con las enfermedades bucales, factores que son todos prevenibles y están relacionados con el estilo de vida (hábitos alimentarios, tabaquismo, entre otros), por lo tanto propone implementar enfoques de riesgo comunes, que se centren en el mejoramiento de las condiciones de salud para toda la población, así como para los grupos de más alto riesgo.

En el mencionado reporte se establecen *las bases políticas para el programa de salud bucal de la OMS* que se definen como: i) la salud bucal es parte integral y esencial de la salud general; ii) la salud

bucal es un factor determinante de la calidad de vida; iii) algunas enfermedades bucales comparten factores de riesgo con algunas enfermedades crónicas no transmisibles; iv) un apropiado cuidado bucal reduce la mortalidad prematura, y v) los factores sociales, ambientales y del comportamiento desempeñan un papel significativo sobre la salud/enfermedad bucal.

De estas bases se desprenden *las áreas prioritarias de acción adoptadas para la promoción y la prevención de la salud bucal en el siglo XXI*, las cuales se resumen en: 1) salud bucal y fluoruros; 2) dieta, nutrición y salud bucal; 3) tabaco y salud bucal; 4) salud bucal a través de la escuela; 5) salud bucal de los adolescentes; 6) salud bucal de los ancianos; 7) salud bucal, salud general y calidad de vida; 8) sistemas de salud bucal; 9) HIV-sida y salud bucal; 10) sistemas de información en salud bucal; 11) investigación para la salud bucal.

El contexto nacional

Los antecedentes de las políticas en salud bucal en Colombia están necesariamente matizados por los cambios que ha sufrido el sistema de atención a la salud. Antes de 1993 y bajo la organización del llamado Sistema Nacional de Salud, con una dirección centralizada en el Ministerio de Salud, la política de salud bucal giró en torno a una concepción preventivista que centró sus esfuerzos en las acciones educativas y de utilización del flúor dirigidas especialmente a los escolares. El programa de Acción Preventiva Odontológica APO, fue el estandarte de la llamada “era preventivista” y tenía como meta prioritaria la cobertura anual del 100% de los escolares de cinco a catorce años de las escuelas públicas, mediante la educación y la autoaplicación de fluoruro de sodio. Se daba también prioridad en esta época a las mujeres gestantes a partir de su captación en los programas de control prenatal. El Programa Acción Preventiva Odontológica, se combinó además con una política pública de gran impacto en la salud bucal: la fluoruración sistémica, inicialmente a través del agua y posteriormente y hasta la fecha, a través de la sal de consumo humano.

La atención curativa se garantizaba por medio del programa Atención Clínica Programada, dirigido

prioritariamente a los escolares en el mismo grupo de edad, luego las obstétricas y por último el grupo de “otros”, que comprendía los menores de cinco y los mayores de catorce años, dependiendo del comportamiento de la demanda de servicios. Cabe resaltar que bajo el Sistema Nacional de Salud las coberturas de los servicios curativos fueron bajas y las de salud bucal en particular fueron muy bajas, no mayores del 4%.

En la década de los 90, con la implementación de la Ley 10 de 1990, la Ley 60 de 1993 y la Ley 100 de 1993 que reorganizó el Sistema General de Seguridad Social en Salud, las políticas de salud se implementan a través de los nuevos instrumentos del sistema: los actores (Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud —CNSSS—, Ministerio de la Protección Social, Empresas Promotoras de Salud y Administradoras de Régimen Subsidiado) y los planes de beneficio (Plan de Atención Básica y Plan Obligatorio de Salud). Por su naturaleza, esta reforma produce algunos avances en aspectos administrativos y financieros del sistema; sin embargo, poco se logra avanzar en materia de fomentar la salud para toda la población.

En el campo de la salud bucal, el Plan de Atención Básica —PAB—, “recomienda” a los entes territoriales la inclusión de contenidos educativos y de promoción de la salud bucal en la estrategia de escuelas y municipios saludables; sin embargo, como recomendación no tiene ninguna obligatoriedad y queda a discreción de cada municipio si se implementa y con qué metodología. El Plan Obligatorio de Salud —POS—, establece a través del artículo 89 de la Resolución 5261 de 1994, las actividades, intervenciones y procedimientos de atención curativa en salud oral y a través de la Resolución 0412 de 2001, específicamente a través de la Norma Técnica Preventiva de Atención en Salud Oral y de la Norma Técnica de Crecimiento y Desarrollo para el menor de diez años, las actividades para la atención preventiva. Entre otras actividades, estas normas técnicas incluyen: la educación a los padres para la higiene de la boca en la etapa de erupción dentaria y el fomento de la lactancia materna; el control y remoción de placa, la aplicación de flúor y sellantes y el detartraje supragingival.

Después de 1994, se han expedido varias resoluciones y circulares trazando o ajustando los lineamientos para el PAB, entre las cuales vale la pena mencionar: la Resolución 4288 de 1996, por la cual se estructuran las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad en el ámbito colectivo; la Resolución 3997 de 1996, por la cual se dictamina el componente de promoción de la salud y prevención de la enfermedad de manejo dentro del Plan Obligatorio de Salud; la Ley 715 de 2001, en la cual se dictan normas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros; la Resolución 3488 de 1998, en la que se describen las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad por desarrollar dentro del PAB; el Acuerdo 117 de 1999, por el cual se establecen las acciones de obligatorio cumplimiento, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y se establecen enfermedades de interés en salud pública; la Resolución 0412 de 2000, por la cual se establecen actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica, detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública; la Circular Externa 052 de 2003, acerca de las acciones de estricto cumplimiento en el PAB y la Circular 018 de 2004 que establece las últimas disposiciones para ejecución del PAB 2004-2007.

En el contexto nacional actual, se destacan, como elementos de referencia para una política de salud bucal, además de la normatividad enunciada antes, el Programa de Fluoruración de la Sal, implementado desde 1989 y que sigue siendo avalado por los organismos internacionales como una de las medidas de salud pública de más impacto, sobre todo en aquellos países donde los indicadores de caries son muy altos; el Plan Nacional de Salud Bucal promulgado por el entonces Ministerio de Salud en 1996¹² y el Estudio Nacional de Salud Bucal de 1998.¹³

El programa de fluoruración de la sal llega a más del 90% de la población, incluyendo los municipios

en los que se han identificado altos contenidos naturales de flúor en el agua. Los poblados de frontera son tal vez los más expuestos al consumo de sal no fluorurada por el contrabando de este producto desde los países vecinos. El programa de fluoruración está sometido, mediante el Sistema de Garantía de Calidad, a un monitoreo químico permanente de la concentración de flúor de la sal producida, comercializada y consumida en el país. Los resultados de este monitoreo, se conocen esporádicamente a través del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos —INVIMA— y por lo general indican que un porcentaje importante de las muestras de sal analizadas no cumplen con lo normatizado.

El Plan Nacional de Salud Bucal contempla entre otros objetivos, la extensión de las coberturas con los planes de beneficio y con los programas de promoción y prevención, la promoción de la asistencia integral en salud bucal y el uso óptimo de los recursos disponibles. Desde 1999, luego de terminado el Tercer Estudio Nacional de Salud Bucal —ENSAB III—, el país no conoce una decisión política o administrativa nueva con relación a la ejecución de las acciones propuestas en este plan. Actualmente, una serie de actores que incluye a los representantes de la profesión odontológica, las EPS, las instituciones académicas y al Ministerio de la Protección Social, trabajan en la elaboración de un nuevo plan que dé cuenta de propuestas a tono con la legislación vigente y con las necesidades y condiciones actuales de la población.

El ENSAB III realizado en 1998, sirvió para actualizar el perfil epidemiológico de la población, del que no se tenían datos actualizados desde 1980. El ENSAB encontró que el 88,7% de la población colombiana tenía historia de caries dental y el 65,3% presentaba caries activa. El 50,2% de la población mayor de quince años presentaba algún grado de pérdida de inserción periodontal y el 11,2% de los jóvenes de seis a diecinueve años tenía algún grado de fluorosis dental. El ENSAB concluyó que si bien la situación de las personas menores de veinte años es mejor, comparada con la situación identificada en 1980, los problemas bucales siguen siendo muy prevalentes, se incrementan con la edad, y una parte importante de los adultos mayores son edéntulos totales.

Cabe resaltar de los resultados del ENSAB, la mejoría de la situación bucal de los niños y adolescentes entre cinco y diecinueve años. En este grupo de edad los indicadores de morbilidad relacionados con la caries dental y sus consecuencias, son menores, comparados con los de 1980, posiblemente como consecuencia de las acciones ejecutadas en materia de prevención, a través del uso de los fluoruros y de la educación a la población en el control de hábitos de riesgo y la promoción de hábitos saludables. Es necesario aclarar que el ENSAB no incluyó a los menores de cinco años y por lo tanto su situación es desconocida y presumiblemente menos satisfactoria, en tanto no ha sido un grupo priorizado en los programas preventivos.

Como reflexión final de estos elementos de contexto nacional es necesario señalar que se advierte con preocupación que en la reglamentación de los planes y programas del Sistema General de Seguridad Social en Salud se ha venido excluyendo paulatinamente la salud bucal; ésta no figura en el PAB y por lo tanto, en la gran mayoría de los entes territoriales no se asume como una prioridad, razón por la cual en muchos municipios los programas escolares de salud bucal se suspendieron o no cuentan con los recursos necesarios para financiarse. Ejemplos de estas exclusiones paulatinas son:

- La Circular 052 de 2002 que define las prioridades para la ejecución de intervenciones en el PAB y *no incluye la salud bucal*, dejando a discreción de los entes territoriales su inclusión de acuerdo con los recursos disponibles.
- La Circular Externa 0018 de febrero de 2004 que traza los lineamientos para la formulación y ejecución de los planes estratégicos y operativos del PAB 2004-2007 y de los recursos asignados para salud pública. En esta circular de nuevo se ratifica que para el Ministerio de la Protección Social, la promoción y el cuidado de la salud bucal no son acciones prioritarias de salud pública.
- Los intentos velados desde el Ministerio de la Protección Social y otros organismos de

carácter privado por sustentar la propuesta de excluir los servicios odontológicos del POS para la población de quince a cuarenta y cuatro años, como “aporte” de la odontología a la reducción de beneficios de este plan, como estrategia para alcanzar aumento en la cobertura del Sistema.

Otros aspectos relevantes del contexto nacional por su impacto sobre la salud pública bucal son: i) la dificultad de acceso a los servicios señalada por varios autores,^{14, 15} aunque no se hace referencia específica a los servicios de salud bucal; ii) las deficiencias técnicas de documentos tan importantes como la Norma para la Atención Preventiva en Salud Bucal; iii) los resultados inciertos de la estrategia de escuelas saludables; iv) la falta de monitoreo continuo al uso de productos fluorurados por parte de la población, especialmente los niños; v) la falta de sistemas de información completos y rigurosos que faciliten el registro y seguimiento de las diferentes enfermedades bucales en las instituciones y en el Ministerio.

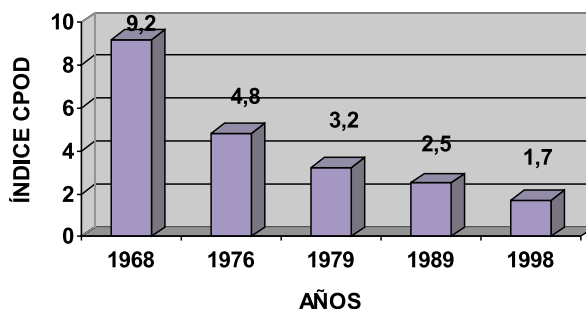
El contexto local

Para nadie es desconocido que el departamento de Antioquia y Medellín fueron líderes en la cobertura y continuidad de los programas preventivos de salud bucal. Desde 1969 hasta 1994 aproximadamente, Medellín se caracterizó por tener una bien organizada propuesta para llevar la educación y la protección específica a través de las autoaplicaciones de flúor a toda la población escolar de la ciudad. El impacto de estos programas se vio reflejado en la disminución constante de indicadores como el CPOD a los doce años, que en 1968 era de 9,2¹⁶ y descendió hasta 1,7 en 1998¹⁷ (gráfico 1). Estos datos corroboran que Medellín es una ciudad que puede sonreír con los cambios en la salud bucal de su población, especialmente sus niños.

Mientras Medellín tenía en 1998 un índice CPOD a los doce años de 1,7, el CPOD nacional era de 2,3 y el de Bogotá de 3,1. Evidencia que sugiere que hubo impacto de las acciones educativas y preventivas emprendidas básicamente con la población escolar de cinco a catorce años, como lo reglamentaba el

programa Acción Preventiva Odontológica y los demás que se adelantaron en la ciudad.

Gráfico 1
Tendencias del índice CPOD en escolares de doce años
Medellín, 1968-1998



Cabe destacar que la posibilidad de documentar la tendencia de los indicadores, ha sido posible gracias a los estudios que periódicamente ha realizado la Secretaría de Salud de Medellín conjuntamente con Metrosalud. Hoy, seis años después del último, es necesario realizar el sexto estudio de salud bucal de los escolares y preescolares de Medellín, no sólo por el aporte que haría al análisis de las tendencias, sino para el análisis del impacto de la Ley 100 y su normatividad reglamentaria, tanto en aspectos de promoción y prevención como en la parte asistencial.

La atención en salud bucal para los habitantes de Medellín, descansa hoy día en veintisiete EPS de inscripción nacional, seis ARS de inscripción municipal (Comfama, Comfenalco, Camacol, Cafesalud, Saludvida y Coomeva),¹⁸ en la Empresa Social del Estado —ESE— Metrosalud y en una oferta cada vez menor de odontólogos particulares. Metrosalud, la empresa con la que la Secretaría de Salud Municipal contrata las actividades del PAB y la atención de la población vinculada, presta servicios de salud bucal a la población de acuerdo con las características propias del nivel de aseguramiento y sujeto a las Normas Técnicas y Guías de Atención propuestas por el Ministerio de la Protección Social.

En los últimos años, Metrosalud ha sufrido directamente las consecuencias de los cambios radicales en la normatividad para la atención en salud bucal,

pasando de un sistema que priorizaba la atención a niños y mujeres gestantes a uno de libre atención a la demanda; de las acciones de promoción y prevención colectivas a las acciones preventivas individuales en el consultorio. Las actividades del PAB en Medellín, están prácticamente restringidas a los llamados talleres de salud bucal, dado que de otras estrategias como las escuelas saludables no se conocen desarrollos ni resultados.

Para 2004 se contrataron con Metrosalud 5.000 talleres (Convenio Interadministrativo 4800000023), que cubren 199.000 niños, cifra que expresa cabalmente el déficit existente; estos talleres incluyen actividades de información para la salud, control de placa y aplicación de flúor. Actualmente, se hacen muchos cuestionamientos a esta estrategia, dentro de los cuales se destacan la contratación tardía e insuficiente sujeta a la disponibilidad presupuestal, la baja continuidad, la limitación de los recursos didácticos (la higienista debe asumir recursos extra en caso que quiera modificar la metodología tradicional), la falta de transporte disponible para acceder a las zonas donde está la población más pobre, la desarticulación del trabajo con otras disciplinas, la falta de capacitación continua a las auxiliares de higiene oral, la ausencia de un enfoque de riesgo, las metodologías repetitivas, la falta de evaluación de los resultados, entre otros.

Como consecuencia de los problemas mencionados, esta estrategia, que en otros tiempos contribuyó a la reducción de los niveles de caries y gingivitis en la población escolar, hoy está seriamente cuestionada; la alianza con el sector educativo se ha debilitado y aun los mismos escolares han expresado su descontento, como lo pueden corroborar algunas higienistas. Los efectos de esta situación no sólo son de tipo social sino de tipo económico, si tenemos en cuenta que se ha demostrado que mediando una adecuada aplicación del enfoque de riesgo, las intervenciones colectivas también son costo/efectivas. En la tabla 1 se describe comparativamente el valor de la atención preventiva colectiva e individual, tomando como referencia los costos actuales en Metrosalud.

Esta comparación demuestra que la atención preventiva grupal tiene un costo diez veces menor al

Tabla 1
Descripción comparativa de los costos de atención preventiva colectiva e individual

<i>Costo por niño de las actividades de promoción y prevención realizadas en la escuela*</i>	<i>Costo por niño de las actividades de promoción y prevención realizadas en el consultorio*</i>
Educación en factores de riesgo y hábitos saludables + control de placa + aplicación de flúor	Educación en factores de riesgo y hábitos saludables + control de placa + aplicación de flúor
\$1.445	\$16.500

* Costos calculados con base en tarifas de Metrosalud (mayo de 2004).

de la atención individual, lo cual significa que en un país pobre como Colombia, esta alternativa de atención debe no sólo mantenerse sino mejorarse y garantizar su continuidad y oportunidad. Lo anterior no significa que la atención individual en el consultorio no sea necesaria, por el contrario, esta es una estrategia que debe garantizarse a los niños de alto riesgo, con el fin de hacer un control efectivo del mismo, lo que significa que debe hacerse con adecuada metodología y oportunamente. Este concepto reivindica entonces la aplicación de la clasificación de riesgo como un instrumento necesario de la atención preventiva.

A los cuestionamientos hechos a la atención preventiva en el PAB, se suman las debilidades y deficiencias diagnosticadas a los programas o actividades preventivas que por ley se deben ofrecer a través del POS, más específicamente a través de la Norma Técnica de Atención Preventiva en Salud Bucal. El estudio de Franco y col. realizado en cuatro ciudades del país, incluyendo a Medellín, encontró que

[...] no hay propuestas estructuradas de programas preventivos en salud bucal en las Instituciones Prestadoras de Servicios ni en las Aseguradoras; la Norma Técnica se convirtió en el único instrumento que define contenidos preventivos de la atención odontológica, pero a pesar de esto el personal desconoce bastante sus objetivos y contenidos; la prevención se ha convertido en un asunto de responsabilidad exclusiva de las higienistas, sin embargo estas reciben poca o ninguna actualización; la atención preventiva no es oportuna ni continua; la educación se asume como transmisión de información centrada en el cómo más que en el porqué y el para qué y los escenarios del trabajo preventivo se han cambiado y ahora las acciones se concentran en el consultorio.¹⁹

En relación con la atención del POS, en instituciones como Metrosalud la libre atención a la demanda está ocasionando una inversión de prioridades, como nunca antes se había registrado. Como puede verse en la tabla 2, de las 95.869 consultas odontológicas atendidas en el año 2003, el 69,3% fueron hechas al grupo de personas de quince o más años.

Tabla 2
Distribución proporcional de las consultas odontológicas realizadas en cada grupo de edad. Metrosalud, año 2003.

Grupo de edad	N.º de consultas	%
0 a 4 años	4.506	4,7
5 a 14 años	24.926	26,0
≥ 15 años	66.437	69,3

Fuente: Oficina informática. Metrosalud

La transición de la atención centrada en los niños y los adolescentes a la atención centrada en los adultos obedece, primero, a las necesidades acumuladas de estos últimos, tal como se demuestra en el ENSAB III; segundo, a que la población adulta, tradicionalmente excluida de los servicios de atención programada, adquirió un derecho y naturalmente hace uso de él. Manejar adecuadamente esta situación constituye un reto en salud pública que requiere grandes esfuerzos gubernamentales y sociales, además amerita reevaluar los modelos de atención preventiva y curativa vigentes, tal y como lo viene realizando la ESE Metrosalud,²⁰ incluso si tenemos en cuenta que las diferencias entre los costos de la atención curativa “temprana” de un niño o un adolescente y los de un adulto, son lo suficientemente grandes para concluir que es mucho más rentable social y económicamente la atención de los niños (tabla 3), poniendo en cuestionamiento una praxis como a la que se ha visto obligada la ESE, de desplazar la atención a los grupos de adultos principalmente.

En el problema de la inversión de prioridades en los grupos de edad atendidos, ha influido el hecho ampliamente reconocido de que la facturación se convirtió en el regulador de la demanda y en un factor

de discriminación. Ante la necesidad de rentabilidad del sistema la atención del adulto es preferida a la del niño, quien origina una facturación más baja. La discusión sobre la priorización de grupos de edad tiene implicaciones, éticas, legales, sociales y económicas. El Sistema General de Seguridad Social en Salud propuso como una de sus metas más inmediatas la ampliación de coberturas; sin embargo, esto no puede cumplirse al margen de metas de largo plazo que busquen el bienestar de las próximas generaciones y esto sólo se logra mediante el trabajo continuo en la población escolar y preescolar de la ciudad. Esto sin mencionar que la facturación también se ha utilizado como un parámetro importante en la evaluación de desempeño de los funcionarios de la ESE, distorsionando los propósitos de servicio que deberían guiar su labor.

Tabla 3
Descripción comparativa de los costos de atención curativa según el grupo de edad

Costo por niño de la actividad básica de tratamiento curativo*	Costo por adulto de la actividad básica de tratamiento curativo.*
2 superficies de amalgama + detartraje de un cuadrante + profilaxis + control de placa y educación	5 superficies de amalgama + una endodoncia unirradicular + detartraje de un cuadrante + profilaxis + control de placa y educación
\$68.200	\$146.600

* Los costos se han calculado con base en las necesidades promedio de un niño de doce años y de un adulto de treinta y cinco, con base en las tarifas de Metrosalud (mayo de 2004).

ENUNCIADOS BÁSICOS PARA UNA POLÍTICA PÚBLICA CON IMPACTO SOBRE EL COMPONENTE BUCAL DE LA SALUD DE LOS HABITANTES DE MEDELLÍN

No cabe duda de que la situación de salud bucal de los habitantes de Medellín mejoró mucho en las últimas décadas; los estudios realizados por Metrosalud, respaldan esta afirmación y corroboran además que las enfermedades bucales más frecuentes son prevenibles mediante acciones comunitarias, individuales y profesionales. La mejoría se registra incluso para muchas regiones del país, aunque en diferentes proporciones.

El nuevo sistema de salud, sin embargo, ha abierto a partir de 1994 brechas por donde se puede perder todo lo que se ha conseguido. Corresponde por lo tanto a todos los actores involucrados generar propuestas que impidan que se pierda lo que habíamos ganado y con las que se consigan nuevas metas. La brecha más importante que ha abierto el nuevo sistema es el desmantelamiento de la salud pública, que bajo la lógica de mercado que lo rige, no se visualiza como un campo de acción rentable. En el nuevo contexto, la esencia del trabajo en salud pública, la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, se han reducido a su mínima expresión y hemos asistido en los últimos años a un trabajo basado en propuestas de choque para apagar incendios (v. gr. campañas de vacunación infantil y atención a la epidemia de fiebre amarilla); se han descuidado los grupos prioritarios y se percibe claramente una desarticulación de las responsabilidades, unas acciones de promoción y prevención se hacen a través del PAB y otras a través del POS, con poca o ninguna conexión.

En materia de salud bucal, la exclusión como prioridad del PAB, la incertidumbre sobre la disposición “voluntaria” de recursos de los entes territoriales, el desmonte de los programas escolares y los cuestionamientos a la calidad y continuidad de los que aún quedan, así como la falta de evaluación del impacto de las acciones preventivas emprendidas, hacen temer por el futuro de la salud pública bucal y por la estabilidad de los indicadores que en otras épocas exhibimos con orgullo.

Por el lado de la situación de los servicios curativos, el panorama no es distinto. Preocupa en los actuales momentos, además de la baja cobertura y los prominentes problemas de acceso, el predominio de una odontología para la enfermedad, esencialmente rehabilitadora, inmersa en un activismo disperso, en el asistencialismo y en la priorización de problemas y grupos de edad según criterios de rentabilidad de la atención. Todo ello agravado por la desinformación respecto a la frecuencia y la urgencia de los problemas bucales, dada la falta de un sistema de información funcional.

Desde la intención de estas reflexiones, entendemos las políticas públicas como un “ejercicio para ordenar la acción gubernamental en campos de trabajo específicos”. Más que un ejercicio técnico lo asumimos como “una acción política intencionada de necesaria construcción colectiva”. Hacemos entonces un llamado para trabajar conjuntamente por el modelo de trabajo en salud bucal que necesita el país y que sea posible; un modelo concertado, apoyado por la voluntad política de los gobernantes, en el cual no sólo cuenten las exigencias del equilibrio financiero del sistema, sino también las necesidades y propuestas de la población.

Se propone trabajar para recuperar el liderazgo del sector público y la rectoría que el Ministerio de la Protección Social a nivel nacional y las Direcciones Locales de Salud en los contextos regional y municipal, deben ejercer sobre el direccionamiento de las políticas y la planeación, perdida en administraciones anteriores. Se requiere una política pública para la salud y su componente bucal, no fragmentada por temas y actores, que promueva la articulación de la red pública y privada, que oriente las acciones y recursos prioritariamente para la promoción de la salud, que vigile los factores de riesgo comunes, que reduzca la carga de la enfermedad bucal y desarrolle sistemas de atención equitativos que mejoren la calidad de vida y reduzcan las disparidades en salud.

Como aporte al inicio de la discusión sobre el tema, la Mesa de Salud Bucal expone a continuación algunos enunciados básicos de una política pública con impacto sobre el componente bucal de la salud:

Priorizar la promoción de la salud

En concordancia con una propuesta de políticas públicas, la acción del Estado debe centrarse en aquellas propuestas que transformen los determinantes de la salud. La presente propuesta no desconoce que la salud bucal como componente de la salud general, será promovida principalmente mediante acciones amplias en ámbitos tales como la economía, la educación, el trabajo, el empleo, la justicia y el ambiente. Contrario a lo que ha caracterizado el trabajo odontológico, el fomento de la salud bucal no debe centrarse en la atención a la enfermedad a

través de los servicios, es necesario asumirla como parte integral de un trabajo por la salud y la vida, cuyo escenario natural son las comunidades y sus espacios de acción y deliberación.

Priorizar la acciones intersectoriales y la integración de las líneas de acción de los diferentes programas sociales

Las políticas públicas deben ser, per se, de dimensión intersectorial; en este contexto se inscriben estrategias como las de municipios y escuelas saludables y los programas de seguridad alimentaria; por lo tanto es deseable que las acciones de fomento de la salud bucal se integren a estas y otras estrategias, para que su efecto sea potenciado o ayude a potenciar las acciones sobre otros componentes de la salud. Con respecto a esto vale la pena comentar que la evidencia disponible, demuestra que las intervenciones que apuntan a mejorar la situación nutricional de los niños, como es el caso del Programa MANA, deben hacerse bajo condiciones de salud bucal controladas, pues de lo contrario el programa verá reducido el impacto esperado.

Priorizar a los niños, los adolescentes y los adultos jóvenes en las intervenciones orientadas a la prevención

Bajo la premisa de que mientras las coberturas de aseguramiento no alcancen las metas prometidas por la ley, las actividades preventivas dirigidas a los niños, los adolescentes y los adultos jóvenes deben ser prioritarias, dado el mayor costo/beneficio que ofrecen en el mediano y largo plazo. La política priorizará estos grupos de edad, sin desconocer que las necesidades de la población adulta y adulta mayor requieren respuesta urgente de parte de los organismos rectores del Sistema.

Revisar los modelos de atención

Entendido esto como un proceso complejo que va más allá de decisiones técnico-administrativas. Se deben revisar —entre otras— las condiciones de oferta y disponibilidad, el acceso real y la calidad de los servicios, bajo la condición que los modelos de atención tienen que ver prioritariamente con las necesidades de la población y con la cobertura

comprometida, antes que con los intereses de rentabilidad de los aseguradores.

Utilizar el análisis y la clasificación del riesgo como herramienta fundamental de la orientación de las acciones preventivas y curativas

La clasificación del riesgo individual y colectivo puede convertirse en una buena herramienta, no en el fin último, para la toma de decisiones, la intervención, la continuidad y la oportunidad de las acciones; para la reducción de las disparidades y la optimización del acceso real a la atención. El modelo de atención que se mencionó en el numeral anterior, debe proveerse de un proyecto de trabajo centrado en el análisis de riesgo, que tome en cuenta no sólo los determinantes singulares del proceso salud enfermedad, como siempre se ha hecho, sino también los determinantes particulares de cada grupo social y los procesos generales que caracterizan a la sociedad colombiana.

Garantizar la presencia permanente del componente de salud bucal en otros programas de salud

La participación del personal de salud bucal en espacios como los programas de crecimiento y desarrollo, vacunación, control prenatal, hipertensos, control de TBC, entre otros, debe ser permanente y orientarse a acciones integrales de cuidado de la salud y de control de factores de riesgo comunes; se deben recuperar estos espacios de participación, hoy día perdidos. El personal profesional y auxiliar de odontología está en condiciones de hacer propuestas concretas para que su participación en el equipo de trabajo en salud se diversifique y se puedan poner en marcha acciones de múltiples propósitos en estos programas.

Implementar el monitoreo y la vigilancia epidemiológica permanente a los procesos de salud y de enfermedad así como a los factores de riesgo y protectores

La política pública debe prever la manera de hacer el seguimiento permanente a los resultados de sus acciones y a los cambios del entorno. Es necesaria la información confiable y oportuna, así como las

estrategias de análisis de esta información para la adecuada toma de decisiones. El monitoreo estratégico de los eventos de salud/enfermedad, debe contar así mismo con un fuerte componente de participación social, a través del cual las comunidades participen en el análisis de su propia situación, generen las propuestas desde su visión y expectativas y fortalezcan el poder local y el empoderamiento, como protagonistas de su propio desarrollo. Existen experiencias de participación social en la vigilancia y monitoreo de los eventos de salud y enfermedad bucal que podrían ser funcionales en escenarios específicos del país.

Llevar las acciones de promoción y prevención a los espacios cotidianos de la población

La escuela, la fábrica, la casa, el barrio, deben ser los espacios naturales de trabajo para la promoción de la salud bucal y la prevención de las enfermedades. Sin restar el valor y la importancia a la atención institucional, las actividades educativas y preventivas deben recuperar estos espacios, que aportan información sobre el entorno y los factores que influyen en el nivel de salud de las personas y las comunidades, además optimizan el resultado de algunas acciones y garantizan mayor cobertura. Existen experiencias anteriores que demuestran el fomento de la salud bucal y la prevención de la enfermedad, son temas ideal y fácilmente trabajables por fuera de los consultorios odontológicos, con excelentes resultados en materia de incorporación de hábitos saludables a la vida cotidiana de las personas.

Implementar las acciones preventivas de acuerdo con la evidencia científica más recientemente disponible

El conocimiento sobre las causas de los problemas bucales más frecuentes y su prevención, está cambiando a ritmos realmente vertiginosos, debe ser decisión de la política, revisar y actualizar continua y oportunamente los fundamentos de las acciones preventivas con el fin de optimizar su utilización. Este enunciado incluye trazar un plan de educación continua del personal encargado, muy especialmente de las auxiliares de higiene oral.

CONCLUSIÓN

Los cambios políticos, económicos y demográficos que el país ha experimentado en los últimos años, han dado lugar a un determinado perfil de salud-enfermedad que debe ser atendido mediante la gestión organizada de la sociedad. El componente bucal de la salud también se ha visto afectado y la práctica odontológica convocada a responder a las necesidades nuevas o reiterativas que en este campo tiene la población.

La Mesa de Trabajo por la Salud Bucal del Proyecto de Gestión de Políticas Públicas y Salud, hace un llamado a todas las personas e instituciones relacionadas e interesadas en el tema, para comenzar un trabajo sistemático que conduzca a la formulación de propuestas para la construcción de políticas públicas que de manera concertada y con la participación de los diferentes actores sociales, reoriente los servicios, sus acciones y recursos, en términos del fomento de la salud bucal de los habitantes del país. Propone el trabajo conjunto y la integración de la presente propuesta a los planes de Desarrollo Regionales y Locales, con el propósito de que se fortalezca una política regional que responda a las necesidades de la población del área de influencia, con apoyo en sus potencialidades humanas, sociales y económicas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Universidad de Antioquia. Facultad Nacional de Salud Pública. Proyecto Interinstitucional Gestión de Políticas Públicas y Salud. [mimeografiado] s. f.
2. U.S. Department of Health and Human Services. Oral Health in America: A Report of the Surgeon General-Executive Summary. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, National Institute of Dental and Craniofacial Research, National Institutes of Health, 2000.
3. Johnson NW, Bain C. Tobacco and oral disease. EU-Working Group on Tobacco and Oral Health. *Brit Dent J* 2000;189:200-206.
4. World Health Organization. Oral Health Programme. The World Oral Health Report 2003. WHO Geneva, Switzerland. 2003.
5. Grossi SG, Genco RJ. Periodontal disease and diabetes mellitus: a two-way relationship. *Ann Periodontol* 1998;3:51-61.
6. Firatli E. The relationship between clinical periodontal status and insulin-dependent diabetes mellitus. Results after 5 years. *J Periodontol* 1997;68:136-40.

7. Genco RJ, Offenbacher S, Beck JD. Periodontal disease and cardiovascular disease: Epidemiology and possible mechanisms. J Am Dent Assoc 2002;133 (special suppl):14-22.
8. Federation Dentaire Internationale/World Health Organization. Global goal for oral health in the year 2000. Int Dent J 1982;23:74-77.
9. World Health Organization. Recent advances in oral health. WHO Technical Report Series N.º 826. Geneva: World Health Organization, 1992.
10. Organización Mundial de la Salud. Día Mundial de la Salud: Boca sana vida sana. Mimeografiado. 1994.
11. Organización Panamericana de la Salud. Documento CD 40/20. Washington: Organización Panamericana de la Salud, 1997.
12. República de Colombia. Ministerio de Salud. Plan Nacional de Salud Bucal. Bogotá, 1996.
13. República de Colombia. Ministerio de Salud. Estudio Nacional de Salud Bucal. Serie Documentos Técnicos. Tomo VII. Bogotá, 1999.
14. Restrepo JH, Echeverri E, Vásquez J, Rodríguez S. Condiciones de acceso y sostenibilidad financiera del régimen subsidiado de salud en Antioquia. Revista Epidemiológica de Antioquia.
15. Echeverri ME. Estudios de Accesibilidad a los Servicios de Salud en Colombia, antes y después de la Ley 100/93. [Documento Inédito].
16. Instituto Metropolitano de Salud Metrosalud. Situación de salud oral de Medellín: 20 años de prevención integral. Metrosalud. Medellín, 1989.
17. Franco AM, Saldarriaga A, Álvarez E, Roldán S, Jaramillo J, Kurzer E, Yepes J, Mejía JD, Vasco N, Velásquez L, Gallego P. Perfil de Salud Bucal de los Escolares de 7 a 16 años. Medellín, 1998. Revista Epidemiológica de Antioquia 1999;24:207-215.
18. Asociación Colombiana de Clínicas y Hospitales. Bogotá, 2003.
19. Franco AM, Martínez CM, González MC. Los programas preventivos de salud bucal en el contexto del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Copynet Comunicación Integral. Medellín, 2003. pp. 94.
20. Empresa Social del Estado Metrosalud. Plan de Atención Odontológica. Medellín, Marzo de 2004 [Documento en preparación].



DIPLOMAS

UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA



**DIPLOMA EN ESTÉTICA Y BIOMATERIALES
DE RESTAURACIÓN DIRECTA**
Coordinador Académico - Doctor Julián Ramírez S.

**DIPLOMA EN MEDICINA COMPLEMENTARIA
Y ALTERNATIVA APLICADA
A LA ESTOMATOLOGÍA ODONTOLÓGICA**
Coordinador Académico - Doctor Raúl Jiménez Gómez

DIPLOMA EN ODONTOLOGÍA VETERINARIA
Coordinador Académico - Por definir

Mayores informes

Coordinación de Educación Permanente Facultad de Odontología Universidad de Antioquia, Tels.: 510 67 60 y 510 67 04, Fax: 211 00 67,
Correo electrónico: extension@chami.udea.edu.co, Página web: <http://chami.udea.edu.co>



Facultad de Odontología Universidad de Antioquia



Para la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia es muy importante mantenerse en contacto con sus egresados, por tal motivo lo invitamos a actualizar sus datos.

Nombres y apellidos: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____
Teléfono: _____ Fax: _____
E-mail: _____

Favor entregar esta información en la oficina de Educación Permanente en la Facultad de Odontología, o enviarlo por fax al 211 00 67 o por correo electrónico a extension@chami.udea.edu.co o visite la página web de la Facultad <http://chami.udea.edu.co> y haga clic en el icono "Contáctenos".



COLCIENCIAS

Instituto Colombiano para el Desarrollo de la Ciencia
y la Tecnología "Francisco José de Caldas"

*La Revista Facultad de Odontología
Universidad de Antioquia* en el año 2003
fue reconocida en el Escalafón
del Instituto Colombiano de Ciencia y Tecnología,
COLCIENCIAS en la **CATEGORÍA C**; este Escalafón
hace referencia al cumplimiento de criterios científicos
y académicos por parte de las publicaciones
científicas seriadas, que participan en la convocatoria.

Se terminó de imprimir
en la Imprenta Universidad de Antioquia
en el mes de diciembre de 2004