

La salud bucal un componente de la salud general -Una reflexión -.

Por: COMITÉ INTERINSTITUCIONAL ODONTOLÓGICO DE ANTIOQUIA *

El Comité Interinstitucional Odontológico de Antioquia retoma su accionar como ente aglutinador de la profesión en Antioquia, impulsando el análisis de la situación actual de la salud en Colombia y, en particular, de la salud bucal, pronunciándose en este primer documento sobre las perspectivas de desarrollo, crecimiento y consolidación de la salud bucal como componente de la salud general.

Al final se detallan propósitos, funcionamiento y organización del Comité.

La Salud como concepto

Desde hace algunos años el Estado Colombiano, acogiendo las directrices de los organismos internacionales, ha orientando sus políticas hacia el desarrollo de la economía, estimulando la privatización en las oportunidades del mercado, buscando, tal vez, corregir una falla estructural de su operación: la eficiencia. Se desmontó el Estado intervencionista, se liberó el comercio y se privatizaron los servicios públicos potencialmente rentables: la atención de la enfermedad, la educación, el transporte, las comunicaciones, el agua potable, la energía, etc. y se dictaron diferentes leyes “coherentes” con este propósito de desarrollo en los diferentes sectores: educativo, laboral, salud, agrario, económico, fiscal e industrial. Sin embargo, para que estos sectores logren su objetivo de desarrollo sostenible sin pervertirse, siempre deben estar acompañados de una visión de contexto, seguimiento y control claro, sistemático y transparente. De no cumplirse estas premisas, encontraremos un país con mayores desigualdades sociales y la posibilidad de generar un quiebre irreparable en la construcción de la ética pública.

El sector de la salud no ha sido ajeno a las consecuencias de esta política, iniciada de manera promisorio con una legislación en salud basada en un planteamiento teórico conceptual de su doctrina: eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad y participación, pero errada en los supuestos de la viabilidad del proyecto, que no reflejaban la realidad del país en ese momento: desde el análisis económico, se requería asegurar un crecimiento mayor del 5% sostenible en el tiempo; dígitos de un número en el porcentaje de desempleo; recursos fiscales suficientes para sostener financieramente la propuesta; cotización de dos salarios mínimos, entre otros. Desde la salud: no contar con la alta carga de enfermedad existente y una infraestructura insuficiente para atender la demanda esperada. Desde lo legislativo: el exceso de regulaciones casuísticas generó un entorno especialmente confuso, donde la interpretación de las normas es fijada por los grupos con mayor poder político y económico, la poca estabilidad en la normatividad ha llevado, poco a poco, a la distorsión de la ley y a prácticas empresariales inadecuadas de los promotores de la salud, de los inversionistas y de las transnacionales de los medicamentos, de algunas instituciones prestadoras de servicios e, incluso, a abusos de algunos pacientes, circunstancias que se dan por la existencia de zonas grises en la reglamentación e interpretación de la ley; la estratificación en los planes de atención en salud que conducen a la falta de equidad con la población más vulnerable; la no inclusión oportuna de los desarrollos tecnológicos de punta en el Plan Obligatorio Salud –POS-, aumentando los costos en la prestación vía tuteladas o Comité Técnico Científico –CTC-; insuficiencia financiera y falta de oportunidad en la entrega de los recursos, todo ello forzando la ruptura de la cadena por los eslabones más vulnerables: los pacientes y los profesionales de la salud.

De otra parte, y no menos importante para la viabilidad del proyecto a futuro, fue la sustitución, en algunos municipios y departamentos, de las políticas públicas exitosas en salud y del medio ambiente, por aparentes programas de promoción de la salud y prevención de las patologías más prevalentes, implementados por el

poder político y económico, y por “grupos” no institucionales, desapareciendo en gran medida la realidad de estos programas y, por su laxitud, el cuidado del medio ambiente.

Se debe tener en cuenta, además, que después de tantos avances en la construcción de las bases teórico conceptuales para la definición de salud, nos encontramos de nuevo, en la práctica, con el axioma que dice: “la salud es la ausencia de enfermedad”, y por lo tanto, se orientan todos los esfuerzos al tratamiento de la enfermedad, olvidando la salud como objetivo, copando así los recursos hacia la atención, con los costos que trae consigo esa tendencia que aprovecha la oportunidad económica de la demanda insatisfecha, genera la demanda inducida por la tecnología y los medicamentos y estimula “el negocio” de la salud.

Es importante hacer claridad que las Empresas Promotoras de Salud –EPS-, responsables del aseguramiento, aunque actores fundamentales, no son los únicos con la responsabilidad social de brindar salud y bienestar a la población. Para que las políticas públicas de salud se consoliden debe de existir una relación de construcción intersectorial, en la cual el Estado asuma su responsabilidad sobre la salud colectiva, el cuidado del medio ambiente y además, coordine las acciones para generar el desarrollo social y el bienestar de la población. El modelo de atención en salud no puede seguir fundamentándose, solamente, en el enfrentamiento de la enfermedad mediante procedimientos biotécnicos, cuando aún no se ha impactado significativamente el desarrollo humano en un contexto de una población vulnerable en: empleo, educación, vivienda, alimentación, alta carga de enfermedad y por el contrario presenta una disminución notoria de las políticas de salud pública del Plan Nacional de Salud Pública –PNSP-, como en: el Plan de Atención Básica –PAB-, la vigilancia epidemiológica, los sistemas confiables de información en salud, coberturas de vacunación, acciones de prevención de la enfermedad, entre otras. En este panorama estructuralmente desequilibrado no es factible, en el largo plazo, enfrentar la enfermedad solamente desde el tratamiento, como negocio. Se hace necesario que las comunidades informadas asuman un papel de liderazgo para generar una masa crítica entre los diferentes sectores de la sociedad, para que generen y promuevan proyectos que recuperen los conceptos de salud colectiva, a nivel de la Ley, como políticas públicas del Estado que solucionen realmente sus necesidades.

Al respecto del concepto de políticas públicas, Gómez, R. D. define que “Las políticas públicas son construcciones sociales muy heterogéneas, resultantes de relaciones de poder y de procesos complejos que ocurren en contextos históricos particulares, y donde los intereses y los conflictos presentes desempeñan un papel determinante”. (1)

Así mismo se debe tener en cuenta el concepto de salud o mejor del proceso salud-enfermedad, esa delgada línea entre “estar bien” o “sentirse bien” y “estar enfermo” o “sentirse enfermo”, en el plano individual, que afecta de manera importante al colectivo social si se tiene en cuenta la visión ecosistémica de la vida. Múltiples relaciones en múltiples entornos determinan que la vida y la salud colectiva deben interpretarse en una realidad dada. Por lo tanto, es indispensable impulsar la investigación socio-epidemiológica que nos permitirá ir más allá de la medición solamente cuantitativa, involucrando otras dimensiones explicativas de tipo cualitativo en su contexto, desde una visión intersectorial.

De esta forma se acoge el concepto según el cual las prácticas de salud son “la respuesta científico-técnica, social y ética a las necesidades de salud de la población” (2). Así, el modelo de análisis de situación de salud debe ir más allá de la evaluación de la demanda y de la oferta, desde lo cuantitativo, para dar respuesta a esas necesidades en un contexto en el cual se van a desarrollar esas acciones.

Salud general y salud bucal

Cada día, en el contexto internacional, se reconoce con mayor fuerza que el componente bucal de la salud es parte integral de la salud general y un factor determinante en la calidad de vida de las personas y de las

colectividades. A pesar de esto, en los últimos reportes mundiales sobre salud bucal la OMS observa que varios problemas ampliamente identificados y estudiados, persisten, particularmente en los grupos menos privilegiados, tanto de países desarrollados como en desarrollo. De allí que la Organización Mundial de la Salud –OMS- en el Reporte Mundial de la Salud Oral, 2003, afirme que por su extensión, las enfermedades bucales siguen siendo un problema prioritario en salud pública, con consecuencias sobre la calidad de vida y el bienestar de las personas. (3)

En el mencionado Reporte se establecen las bases políticas para el programa de salud bucal de la OMS 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 juegan un papel significativo sobre la salud/enfermedad bucal. (3)

De otra parte, la Organización Panamericana de la Salud –OPS-/OMS plantea que se hace necesario reivindicar y fortalecer el trabajo en salud bucal, desde la perspectiva de la salud general, buscando mediante un trabajo de contexto a nivel local, nacional e internacional, generar a partir de actores sociales informados: la comunidad, los gremios, la educación, la economía, los medios de comunicación, el gobierno, la política, entre otros, políticas públicas que den respuesta a las necesidades de salud de la comunidad a nivel individual y colectivo, en particular a las necesidades de salud bucal más prevalentes y a sus alternativas de solución.

A nivel internacional, las metas globales en salud bucal que proponen la OMS, la FD y la IADR para alcanzar en el año 2020 se resumen en: “Minimizar el impacto de las manifestaciones orales y craneofaciales de las enfermedades sistémicas en los individuos y en la sociedad y usar estas manifestaciones para el diagnóstico temprano, la prevención y el manejo efectivo de las enfermedades sistémicas”. (4)

A nivel nacional, en 1996 el Plan Nacional de Salud Bucal, PNSB, abrió un abanico de posibilidades para que se lideraran programas de índole educativo, investigativo y asistencial que dieran respuesta a la problemática de salud bucal en Colombia. Por un bajo cumplimiento de las metas del PNSB de 1996, el Ministerio de la Protección Social lideró en el año 2004 la elaboración de un nuevo Plan Nacional de Salud Bucal 2005-2008. A partir de la Resolución 3577 de 2006 propuso los lineamientos para un nuevo PNSB. (5)

En este nuevo Plan se conservan algunos objetivos del anterior y se invita al trabajo integral de los actores involucrados, para resolver asuntos tales como: dificultades en la relación entre prestadores y entidades administradoras de servicios; dificultades en la definición de competencias entre odontólogos generales y especialistas; disyunción entre la preparación académica de los profesionales y el ámbito de la práctica profesional; producción y oferta de recurso humano en salud, no regulada y concentrada en zonas de alta densidad poblacional; problemas de acceso real de la población a los servicios de salud bucal; baja interrelación entre las áreas de la salud; falta de apropiación de procesos administrativos y del uso de los sistemas de información; dificultades en los esquemas de contratación y pérdida de la relevancia de la salud bucal y de espacios para su desarrollo, como parte integral y componente fundamental de la salud general. (5)

La práctica odontológica es un trabajo social de una larga tradición histórica en todas las latitudes, que responde a las necesidades poblacionales en el componente bucal del proceso salud enfermedad. En nuestro país estas necesidades han permanecido históricamente entre las primeras causas de morbilidad en todos los grupos poblacionales, siendo, la caries, la primera en los grupos de 5 a 14 y 15 a 44 años, de acuerdo a diversos registros estadísticos e históricos.(6-7) En dichos registros solo está referida una de las enfermedades de mayor prevalencia, la caries dental, sin incluir otras enfermedades orales de reciente emergencia y crecimiento como la enfermedad periodontal, el cáncer bucal, las manifestaciones orales del SIDA, las alteraciones craneofaciales y de la oclusión, los dolores orofaciales, la candidiasis, entre otras, que igualmente presentan una elevada

prevalencia en nuestro país y que representan una carga para la sociedad, debido a la pérdida de días y años de trabajo productivo en los adultos y de escolaridad en los niños.

Estudios realizados por el Centro de Proyectos para el Desarrollo, Cendex, de la Universidad Javeriana, sobre carga de enfermedad en Colombia en el año 2008, encontraron que por enfermedades y fallecimientos prematuros el país pierde alrededor de 280 años de vida saludable por cada 1.000 habitantes, 106 años más en promedio que en 1995. De las veinte primeras causas de pérdida de vida saludable, reportadas por los investigadores, la caries dental está en el tercer lugar con 26,277 años de vida saludable perdidos, después de cardiopatía hipertensiva con el 53,521 y depresión unipolar con el 47,302 para un total de 280 años de vida saludable perdidos. (8)

Esta situación de la caries dental constituye, en su conjunto, un problema y reto de la salud pública contemporánea de gran magnitud e importancia, lo que le ha valido a este problema ser denominado como una “epidemia silenciosa” (9), que requiere todos los esfuerzos sociales y gubernamentales para hacerle frente.

Las enfermedades orales representan una alteración de tipo localizado, se han construido evidencias, desde mediados del siglo pasado, de la estrecha relación que existe por lo menos en dos dimensiones (10). Una primera relación de las enfermedades bucales con otras de tipo general, como la diabetes, las enfermedades cardíacas y pulmonares, el derrame cerebral y los nacimientos prematuros; una segunda relación entre la salud bucal y la calidad de vida y el bienestar, soportada ésta, en el papel funcional de tipo biológico que juega en el desarrollo del habla, la respiración, la masticación, algunos procesos inmunológicos y la nutrición; así como en el papel cultural que juega en el desarrollo del lenguaje, de los procesos comunicativos y de socialización en todas las etapas del desarrollo humano.

“Desde esta mirada, resulta claro que la boca, sus componentes y funciones, son más que dientes sanos y representan un espejo de la salud y el bienestar general. Una mirada que disgrega la salud oral de la salud general, niega la posibilidad a los individuos y grupos de estar sanos, ya que una adecuada salud bucal es condición necesaria para una buena alimentación, para el desarrollo de los procesos de aprendizaje en la infancia, para la conformación de la identidad personal, en síntesis, una limitación en las capacidades y oportunidades para el desarrollo humano. Por lo anterior, resulta a todas luces un grave error considerar los problemas orales como asuntos del orden estético o cosmético que no comprometen la vida, argumentos desde los cuales se soporta la exclusión de estos servicios.” (11)

“Entender la relación de la salud bucal con la salud general y el bienestar, ha permitido desarrollar progresos en la terapéutica utilizando los tejidos orales como herramientas de diagnóstico para indicar la presencia de enfermedades sistémicas, la progresión de éstas o la exposición a factores de riesgo; razones por las cuales se prevé, que con la reducción de estas acciones en el plan obligatorio de salud, se reduce la posibilidad de identificación precoz y la prevención de enfermedades sistémicas que tienen manifestaciones orales tempranas, pérdida y contradicción profunda con los principios de la ley”. (11)

Para enfrentar el reto que implican las enfermedades bucales se han construido diversas propuestas que han demostrado que son prevenibles; desde distintos enfoques se han desarrollado estrategias con las cuales se ha evidenciado la posibilidad de lograr descensos espectaculares en la morbilidad, en el lapso de una década (12). Incluso, en nuestro medio se han desarrollado estrategias con las cuales se demuestra no solo la viabilidad, sino las ganancias sociales que implica lograr el descenso de los niveles de morbilidad

Los estudios epidemiológicos del III Estudio Nacional de Salud Bucal han demostrado que existen grandes diferencias en las condiciones orales entre los diversos grupos de población. Si bien afirma que para el grupo de menores de 12 años se ha logrado un cambio positivo en la morbilidad oral, no ocurre lo mismo para los grupos poblacionales de mayor edad, donde 89,5% de las personas entre 15 y 19 años y 95% de los mayores de

20 años presentan historia de caries, sugiriendo que esto podría ser el efecto de una atención diferente a los grupos poblacionales, lo que significa que se pierde con los adolescentes y adultos lo que se gana en las primeras etapas de la vida. Esta consideración pone de relieve que una exclusión de acciones en el grupo entre 15 y 44 años, no solo es una gran contradicción con las recomendaciones emanadas de los estudios epidemiológicos nacionales, sino una decisión inaceptable, que aumenta la inequidad en la población de mayor necesidad. (13)

En el VI Monitoreo de Caries Dental en Escolares de 5 a 13 años de las Instituciones Educativas Oficiales de Medellín, realizado por Franco A. M. y otros, plantean “Aunque el indicador global muestra una tendencia a la declinación de la caries dental en los escolares de Medellín; otro problema se hace evidente cuando se calcula el Índice Significante de Caries (SiC), que corresponde al Índice de Dientes Cariados, Obturados y Perdidos, CPOD, modificado de los escolares que hacen parte del tercil más afectado. El valor de éste indicador en la mayoría de las edades se duplica y en algunos casos hasta se triplica, con relación al valor del CPOD modificado. La OMS estableció como meta que para el año 2015 el SiC a los 12 años sea menor de 3.012 y en este estudio el SiC a ésta edad fue 3.35 (d.s.±1.9)”. (14)

Por otro lado, el hallazgo de valores del SiC que en la mayoría de las edades duplican y hasta triplican los valores de los indicadores globales, tanto en dentición primaria como en dentición permanente, indican un desplazamiento del problema hacia un grupo específico de la población; situación que ya se ha hecho evidente también en otros países y que ha dado origen a un fenómeno que se ha denominado por Narvai P. C. (15) y otros como “polarización de la caries dental”. (14)

El valor del Índice Significante de Caries en todas las edades, pone en evidencia que los promedios generales esconden realidades que no pueden pasar desapercibidas para los planificadores y para quienes diseñan las políticas y programas. En Medellín, a pesar de los buenos indicadores que se reportan en este estudio, tenemos todavía niños, niñas y adolescentes que tienen índices de caries dental por debajo de las metas de la Organización Mundial de la Salud, como se planteó anteriormente. (14)

Estos resultados ratifican que existen grupos de escolares en los que el problema no puede catalogarse como de baja prevalencia. Estos escolares generalmente provienen de grupos de población excluidos, con graves deficiencias en sus condiciones de vida y con inaceptables inequidades en el acceso a los programas de salud pública y a los servicios. La política pública debe facilitar que se haga una búsqueda activa de estos escolares y que ellos tengan acceso a cuidados especiales que disminuyan el riesgo de sufrir el problema.

Esta serie de argumentaciones desde los entes internacionales, nacionales y locales de salud evidencian la importancia de la salud bucal como componente de la salud general y nos comprometen como profesionales de la salud a impulsar las estrategias que promuevan y protejan la salud general a través de los avances en el cuidado de la salud bucal.

El financiamiento de la salud bucal

El financiamiento de los servicios de salud oral dentro de un sistema de aseguramiento se basa en estudios actuariales. Estos deben partir de la estimación de las potenciales necesidades de atención en salud de la población, identificadas a través de las encuestas nacionales de salud oral, de la demanda atendida en los servicios (frecuencia de uso) y de la cobertura (progresividad) que el servicio pretende alcanzar en un tiempo determinado. Es indispensable, además, tener como base los elementos de progresividad, disponibilidad, accesibilidad, suficiencia y calidad.

El sistema de aseguramiento define en la nota técnica calculada por el actuario los recursos a asignar para todas y cada una de las frecuencias de uso o siniestralidad esperada y la tasa de ganancia de la compañía aseguradora o Entidad Promotora de Salud –EPS–.

En el caso del servicio de salud oral, durante los últimos años se han calculado frecuencias de uso diferentes, que con el paso del tiempo han venido generando una disminución de los recursos asignados para su financiamiento. En una de las EPS el porcentaje de la Unidad de Pago por Capitación UPC asignado para odontología fue del 14.5% en 1995, un 4% propuesto para el año 2008 y una proyección a futuro del 0%, según estudios actuariales, bajo el supuesto de la desaparición de la caries, como un planteamiento reduccionista de la salud bucal y un desconocimiento del contexto nacional que condiciona su comportamiento.

Bajo estos planteamientos la situación es insostenible para mantener los servicios en niveles de calidad para los pacientes, que son el eje del modelo de atención en salud, y de dignidad para los profesionales de la salud bucal claramente afectados con las propuestas de financiación planteados. Los pacientes, profesionales y otros actores del sistema son sobre quienes recaen inmediatamente los ajustes que las instituciones prestadoras de los servicios se ven abocadas a establecer para sobrevivir. Es indispensable evaluar nuevamente la financiación del sistema para que sea suficiente, así como sustentar la importancia de la odontología en el sistema de salud que le permita recuperar una participación digna en la distribución porcentual de la UPC y resolver el detrimento de la calidad en los servicios de salud que la población Colombiana requiere.

El Comité Interinstitucional Odontológico de Antioquia continuará con una construcción teórico conceptual de la salud bucal que permita la formación de una profesión visible e informada, para que con un trabajo colectivo recupere su presencia en el panorama de la salud Colombiana.

Referencias bibliográficas

- (1) Gómez RD. Atención primaria de salud y políticas públicas. Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2011; 28(3): 283-293
- (2) OFESO/UDUAL. Foro sobre salud bucal y prácticas de salud. Guatemala. Referente: Alberto Arango Botero B.
3. Petersen PE. The World 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 2003;31:3-24.
4. OPS/OMS. Estrategia para el mejoramiento de la salud general en las Américas a través de avances críticos en la salud oral. El Camino Hacia Delante: 2005-2015. Julio 2005.
- 5 III Estudio Nacional de Salud Bucal. Ministerio de Salud, Colombia 1998.
- 6 Secretaria Distrital de Salud. Dirección de Salud Pública. Series históricas de Salud de Santa fe de Bogotá 1986–1996. Agosto de 1998.
- 7 Secretaria Distrital de Salud. Dirección de Planeación y Sistemas. Boletín de Estadísticas Julio – diciembre de 2003
8. Fernández, Carlos F., Salud: varios indicadores encienden las alarmas. Periódico El Tiempo, 12 de junio 2011, pág., 8
- 9 Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. La Salud Oral en los Estados Unidos: Informe del Cirujano General-- Resumen Ejecutivo. Rockville, MD. Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, Instituto Nacional de Investigación Dental y Craneofacial, Institutos Nacionales de la Salud, 2000
- 10 Unión Internacional de Promoción de la Salud y para la Educación en Salud para la Unión Europea. La Evidencia de la Eficacia de la Promoción de la Salud. Capítulo 13. Bruselas 1999.
- 11 Secretaria Distrital de Salud Proceso de Formulación de la política pública en salud con participación ciudadana. Bogotá D. C.
- 12 Resultados obtenidos en el programa de prevención de tipo integral implementado por Metrosalud en Medellín durante los años 1970-1990
- 13 III Estudio Nacional de Salud Bucal. Ministerio de Salud, Colombia 1998.

14 Franco A.M. Ochoa EM, Ramírez BS, Segura AM, Tamayo A,, Garcia C. Caries dental en escolares de 5 a 13 años de las instituciones educativas oficiales de Medellín. VI Monitoreo. Año 2006. En el ONSB y Revista de Salud Pública de la Secretaria de Salud de Medellín. Vol 2 n°1 Enero –Diciembre 2007 pág. 57.

15.Narvai PC, Frazão P, Roncalli AG, Antunes JLF. Cárie dentária no Brasil: declínio, polarização, iniquidade e exclusão social. Rev Panam Salud Publica 2006; 19(6): 385-393

* COMITÉ INTERISTITUCIONAL ODONTOLÓGICO DE ANTIOQUIA

Decanos Facultades de Odontología

Clara Eugenia Escobar Güendica
Universidad de Antioquia, Coordinadora del Comité

Julián Emilio Vélez Ríos
Universidad CES

Pilar Patricia Mesa Ochoa
Universidad Cooperativa de Colombia, UCC

Alejandro Botero Botero
Fundación Universitaria Autónoma de las Américas

Representantes otras organizaciones

Ruby Hernández de Aránzazu
Gerente Cooperativa Odontológica de Antioquia, COODAN

Ricardo Uribe Duque
Presidente ASEFODUA

Iván Velásquez Romero
Presidente ASOA

Carlos Mario Gómez Tirado
Gerente Unidos Salud Oral Integral

Andrés Alonso Agudelo Suarez
Coordinador Observatorio Nacional de la Salud Bucal y la Práctica Odontológica

Germán Aguilar Méndez
Presidente Federación Odontológica Colombiana Seccional Antioquia

Gilberto Naranjo Pizano
Representante de Egresados Consejo Facultad de Odontología U. de A.

Delegados de las Facultades

Universidad de Antioquia: Alberto Hincapié Ramírez, exdecano y José Pablo Velásquez Escobar, docente.

Universidad CES: Marco Aurelio Restrepo Restrepo y Mónica Reina Alzate

Universidad UCC: Federico Álvarez Echeverri, Aniana Mora Moncada y Clara Liliana Gallego Gomez

Fundación Universitaria Autónoma de las Américas: Carlos Mario Cardona Betancur, Edwin Meneses Gómez y Sandra Rojas Ochoa

Delegados Entidades

Asefodua: Elvia Cadavid Moreno y Luz Elena Suarez Berrio

Comité Interinstitucional Odontológico de Antioquia

Propósito del Comité: El Comité Interinstitucional Odontológico de Antioquia tiene como propósito la aglutinación solidaria de esfuerzos y recursos, individuales y grupales a través de las diferentes entidades de la odontología de Antioquia, con el objeto de desarrollar acciones conducentes a una actividad que de manera globalizada busque el desarrollo integral de la profesión en aspectos académicos, científico-técnicos, sociales, políticos, económicos, administrativos, laborales, gremiales, legales, éticos y culturales, de acuerdo con la realidad en la cual la práctica de salud, en particular la odontológica, se desenvuelve.

Representa a la vez, una profesión unida y organizada, con presencia permanente y compromiso en acciones efectivas, para contribuir a la transformación social del país.

Funcionamiento: El Comité Interinstitucional de Antioquia es un ente dinámico, aglutinador y de carácter permanente, que cuenta con una estructura flexible y solidaria, de acuerdo con las necesidades y los retos de los tiempos. Su carácter es el de un organismo coordinador de acciones con las diferentes instituciones que lo componen y que por decisión de estas entidades, a través de sus representantes, convienen en la ejecución de planes, programas o proyectos conjuntos. Por lo tanto, cada institución es autónoma de acuerdo con sus principios y fines, así, el Comité solo tiene acción directa en aquello, que de común acuerdo se defina como asunto de ejecución interinstitucional.

Organización: El Comité Interinstitucional Odontológico de Antioquia está conformado por diversas instituciones odontológicas: Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia; Facultad de Odontología de la Universidad CES; Facultad de Odontología de la Universidad Cooperativa de Colombia; Facultad de Odontología de la Fundación Universitaria Las Américas; Cooperativa Odontológica de Antioquia, COODAN; Asociación de Egresados de la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia, ASEFODUA; Asociación Odontológica de Antioquia, ASOA; Asociación Odontológica Colombiana Sindical, ASDOAS; Corporación Asoa, CORASOA; Unidos Salud Oral: Seccional Antioquia, Federación Odontológica Colombiana; Observatorio Nacional de Salud Bucal; representantes de odontólogos especialistas y representantes de IPS.

La coordinación, por consenso de las partes, es el (la) Decano (a) de la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia, la entidad pionera de la odontología en Antioquia. Por lo tanto la convocatoria y la orientación general para la ejecución de las acciones propuestas. Lo mismo que la representación del Comité, están bajo su responsabilidad. En ausencia del (la) Decano (a), él designará un coordinador ad hoc.

La Secretaria ejecutiva estará encargada de los procedimientos ejecutivos que permitan el funcionamiento del Comité. Quien será designado en un reunión plenaria del Comité.

Los invitamos a integrarse a este trabajo de construcción, informándose de las reuniones en la Decanatura de la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia. decanato@odontologia.udea.edu.co