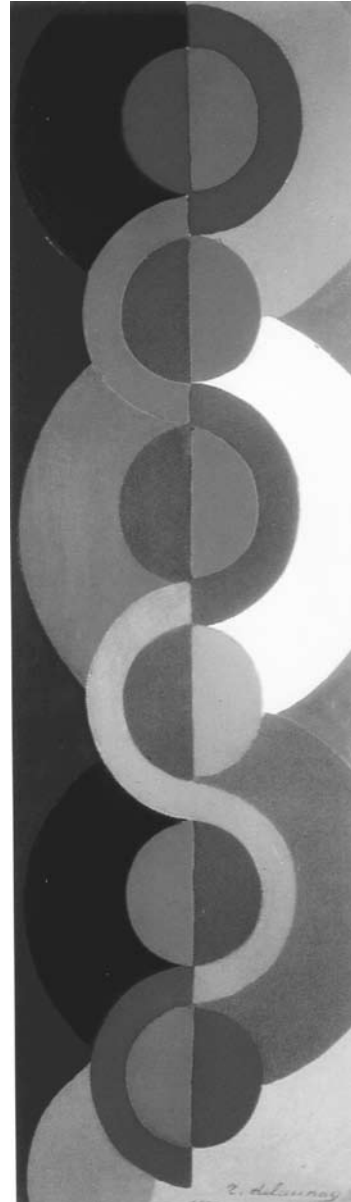


---

**Alcances y limitaciones del fluor  
dentro de la política pública en  
salud bucal en Colombia**

*Eliana Martínez Herrera,  
Andrés Alonso Agudelo Suárez,  
Yomaira Viñas Sarmiento,  
Lina Fernanda Duque Gómez,  
María Mercedes Tobón Cifuentes*



# Alcances y limitaciones del flúor dentro de la política pública en salud bucal en Colombia<sup>1</sup>

Eliana Martínez Herrera\* Andrés Alonso Agudelo Suárez\*\*  
Yomaira Viñas Sarmiento\*\*\* Lina Fernanda Duque Gómez\*\*\*\*  
María Mercedes Tobón Cifuentes\*\*\*\*\*

Fecha de recepción: 02-05-07 Fecha de aceptación: 22-10-07

## Resumen

Uno de los elementos controversiales con relación a la salud bucal de la población colombiana, es la adopción de estrategias que aseguren indicadores epidemiológicos en consonancia con las metas propuestas por La Organización Mundial de la Salud (OMS) y La Federación Dental Internacional (FDI). Con el tiempo algunas de ellas se transformarían en políticas. La utilización del flúor en vehículos masivos de fácil acceso como lo son el agua y la sal siguen siendo influyentes por la magnitud y el impacto que han tenido en Colombia y en otros países. Sin embargo, en algunos contextos se han presentado algunas discrepancias en su utilización. En el presente ensayo, producto de un foro de estudio permanente convocado con el apoyo de diversas instituciones académicas y gremiales, se presentan algunos de los puntos de discusión, retos y desafíos que la profesión odontológica colombiana debería asumir para una mejor salud bucal de sus colectivos.

**Palabras clave:** políticas públicas, salud bucal, fluoruros, prevención y control, odontología comunitaria, actividad política

<sup>1</sup> Artículo de reflexión producto de los foros de estudio permanente, convocados gracias al apoyo del Proyecto Interinstitucional de Políticas Públicas y Salud que lideró la Gobernación de Antioquia, Dirección Seccional de Salud de Antioquia y La Universidad de Antioquia, Facultad Nacional de Salud Pública y Facultad de Odontología, en el marco de la celebración de los 25 años de instaurada la política de salud de uso del flúor en agua y 20 años de legislado su uso en sal en Colombia, como agente masivo y preventivo para la caries dental. El foro fue realizado en la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia, en Medellín, en septiembre de 2005. El artículo derivado del foro fue terminado para su publicación en febrero de 2007, tras una extensa revisión de expertos en el tema y de la literatura existente, con especial énfasis en el análisis de discursos y de textos.

\* Eliana Martínez Herrera. Profesora de la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia. Correo electrónico: zenitram@guajiros.udea.edu.co.

\*\* Andrés Alonso Agudelo Suárez. Profesor de la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia. Correo electrónico: agudeloandres@odontologia.udea.edu.co.

\*\*\* Yomaira Viñas Sarmiento. Profesora de la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia Correo electrónico: yomairav@odontologia.udea.edu.co.

\*\*\*\* Fernanda Duque Gómez. Estudiante de pregrado de la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia. Correo electrónico: linaduque516@hotmail.com

\*\*\*\*\* María Mercedes Tobón Cifuentes. Estudiante de pregrado de La Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia. Correo electrónico: mechitass@hotmail.com



### Abstract

One of the most points of view that conduce us to create controversy with the oral community health in Colombia have to be with the adoption of policies strategies that assure epidemiological measurements in relation with the goals of WHO and FDI. With time, some of them would be change into public policies in health. Fluoride usage in masive vehicles (water and salt) and easy access are being one of the most influences strategies due to magnitude and impact in health in Colombia and in other countries. Nevertheless, in some contexts, there are some controversial points in its use. This essay should have displayed some points of discussion, challenges and dares that colombian dental profesión will have to assume in order to find in its collectives a healthy oral health. This essay procede from a study forus with the supportinf of several academic and guild instituciones.

**Key words:** Public policies, oral health, fluoride, prevention & control, community dentistry, politics.

### Introducción

La profesión odontológica se ha caracterizado, principalmente, por la demanda de modelos de atención tendientes a la satisfacción de las necesidades individuales, y se ha acercado a las comunidades con sus acciones de prevención y control de las enfermedades. Por ello, un avance importante en la comprensión del proceso salud - enfermedad bucal, es su inserción en el contexto de la salud general y, además, reconocer cómo los fenómenos políticos y económicos de los grupos sociales logran impactar en las condiciones reales de salud y en los fenómenos epidemiológicos bucales que guardan relación con la calidad de vida y la situación general de las personas [1-3].

En ese sentido, la profesión se acoge a las acciones convocadas por la promoción de la salud, entendida esta como un proceso en el que individuos y comunidades logran aumentar el control sobre los determinantes de la salud, para mejorarla [4]. De otra parte, la prevención de la enfermedad y su control se mantienen presentes, desde la ética profesional, en el propósito de mantener el

componente de la salud bucal y así disminuir los indicadores de morbilidad epidemiológicos, ofreciendo mejores condiciones para el desarrollo [4, 5]. Por lo tanto, las medidas preventivas están ligadas tanto a los avances tecnológicos, como a los órdenes políticos sociales. Esto tiene relación con la presencia de acciones conjuntas e intersectoriales.

Uno de los campos que ha suscitado mayor interés dentro de la prevención odontológica es la utilización de elementos en forma masiva y en diferentes grupos poblacionales. Entre estos elementos está el flúor. Algunas investigaciones sobre el tema han demostrado la eficacia del fluoruro como elemento terapéutico en la disminución de la caries dental, cuando es entregado en vehículos de fácil acceso, como la sal y el agua, y de manera individual, en las cremas dentales y en las aplicaciones tópicas [6-9].

Es importante reconocer las experiencias que han impactado con éxito en la reducción de la caries dental, como la fluoruración del agua en países desarrollados [10] y el uso de la sal fluorada en otros [11, 12]. Sin embargo, en algunos contextos, como el caso colombiano,



en los últimos tiempos se han registrado problemas de fluorosis dental por acumulación excesiva de fluoruros [13-16].

Por ello, en el presente ensayo se pretende reflexionar sobre el contexto histórico y político del uso del flúor para la prevención de la caries dental en Colombia. Además se busca exponer la situación actual de su uso, no sólo los beneficios sino las alternativas que en materia de políticas públicas podrían construirse a partir de las acciones propuestas por el Plan Nacional de Salud Bucal de 1996 [17] y la Resolución 3577 del 2006, la cual recoge las intenciones del Plan Nacional de Salud Bucal 2005 - 2008 [18]. Se hace uso aquí de la técnica investigativa del enfoque cualitativo del análisis de discurso; asimismo se exponen algunos puntos álgidos para la crítica, los cuales llaman la atención sobre el compromiso multisectorial de las acciones odontológicas.

Para la elaboración del análisis de discurso se definieron criterios de orden metodológico, articulados desde lo que refiere el enfoque de Van Dijk, en donde se reconoce lo expresado por los diferentes ponentes en un contexto dado, en una ubicación espacio temporal determinada. Además, se tiene en cuenta a los “participantes” y sus “roles socio-comunicativos”, las intenciones, metas o propósitos y el contexto global, en la identificación del desarrollo o proceso del discurso en acciones de las organizaciones o instituciones. Esto opera en ámbitos totalmente dinámicos como es el caso de la política y sus implicaciones en las diferentes estructuras que componen la sociedad [19, 20].

En las líneas siguientes se podrá observar la complejidad que supone la relación entre los alcances y las limitaciones del uso del flúor en la sal como política pública en Colombia, 20 años después. Igualmente, podrán verse

los encuentros y desencuentros como única acción de una política relativa a un tema de gran importancia para los indicadores de salud del país, a pesar de los diversos problemas del uso del flúor, desde su aplicabilidad hasta los mecanismos de vigilancia y control y su relación con la presencia o no de caries dental.

## **1. Constructo histórico para la política pública del flúor**

Una reflexión importante se desprende de la relación existente entre las políticas públicas y la historia, en el sentido de que las primeras obedecen a un entorno en donde las relaciones sociales imperan. Por ello, se hace necesario definir conceptos como política, políticas, políticas públicas, y políticas públicas saludables, esto con el fin de dar claridad conceptual y semántica para posteriormente establecer la forma como se relacionan con la evolución del flúor como política pública en salud bucal.

Las políticas son guías de acción encaminadas a tomar partido respecto de ciertas decisiones, cambios, asignación de recursos y fijación de prioridades. Tal como lo refiere Milio [21], se articulan a las políticas públicas cuando se enlazan en los diferentes niveles de gobierno. Las políticas públicas saludables son aquellas que se miden una vez el mejoramiento de los niveles de salud y las condiciones de vida se han establecido gracias a intervenciones estatales e institucionales.

El impacto de las políticas públicas en la salud bucal se mide por la mejoría de la situación de salud en diferentes sectores de la sociedad, públicos y privados, así como en las racionalidades de identificación de la población; en otras palabras, en el panorama del sistema de seguridad social del país.



La salud bucal se ha ido configurando como un componente importante en la dinámica del proceso salud – enfermedad, en el contexto de la salud para todos, en el año 2000 [22] y por medio de declaraciones sucesivas por la salud y la salud bucal [23, 24]. Se establecieron algunas metas a cargo de los miembros de la OMS y la FDI [25], como son: a los 6 años el 50% de los dientes deben estar libres de caries; a los 12 años un índice COP- D menor o igual a 3; a los 18 años, un 85% de las personas con todos sus dientes; a los 35 años, el 75% de las personas con 20 dientes, y a los 65 años el 50% de las personas con al menos 20 dientes. Fue así como los países adoptaron en su plataforma algunas políticas en salud bucal con el fin de disminuir el índice COP-D que para la década de 1980 (utilizado por La OMS para medir la historia y prevalencia de caries dental), era de 8.3 en Honduras, 8.1 en Guatemala, 4.8 en Colombia y 4.2 en Panamá, a manera de ejemplo [26].

El contexto colombiano se ha caracterizado por tener una población en vía de desarrollo, con algunos indicadores epidemiológicos importantes que se relacionan con la calidad de vida y con las dinámicas propias de la comunidad; en salud bucal la situación no es diferente. Colombia ha contado con tres estudios de salud bucal, realizados en los años 1965-1966, 1977-1980 y 1998 [13, 27, 28]. En dentición permanente para la caries dental se encontró una prevalencia de 95.5% en el primer estudio, de 96.7% en el segundo y de 65.3% en el último [26].

La situación en el país ha exigido esfuerzos de diferentes protagonistas sociales, entre ellos la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia, la cual lideró por varios años numerosos procesos tendientes a innovar en las estrategias preventivas y sociales, para aportar a la dinámica colombiana procesos dentales preventivos; así, en 1972

se creó el Departamento de Odontología Preventiva y Social [29, 30]. La Facultad se convirtió en pionera en América Latina. Así, Colombia fue uno de los primeros países en adoptar estrategias investigativas en flúor en sal, realizadas en varias comunidades del departamento de Antioquia [31]. Otros avances en materia de fluoruración se presentaron en Costa Rica, Francia, Hungría, Jamaica y Suiza, con avances en la reducción de caries dental [6, 32-34]. La fluoruración se constituyó en una alternativa viable para países con disponibilidad de agua potable limitada.

Si bien lo anterior planteaba un panorama de movilización por el uso del flúor en las agendas políticas, cabe señalar cómo la globalización y el orden económico mundial han marcado una pauta importante en la organización de los sistemas nacionales de salud [35], y esto no lejano de una realidad, ha tocado a los servicios de salud bucal [36]. Entonces, se plantean enfoques importantes de escuelas como la salud colectiva y la salud bucal colectiva [37-39], en donde se incorpora en el análisis la relación entre las condiciones de vida, los determinantes de orden social y político en la descripción epidemiológica bucal de las diferentes comunidades, los cuales no dejan de reconocer avances importantes pero igualmente se soportan en la probabilidad de ambientar otros espacios que fortalecen la prevención dental. En el campo de la salud bucal internacional, la OMS, la FDI y la Asociación Internacional de Investigación Dental (IADR) están proponiendo las metas para el año 2020, para lo cual incorporan elementos sustanciales como la revisión de políticas en salud y la integración de la salud bucal al proceso salud - enfermedad general, la reducción de inequidades y disparidades en los indicadores, entre otros [36].

En resumen, la evolución de las estrategias en salud bucal, y para este caso las políticas



públicas como el caso de la fluoruración de la sal como ejemplo concreto, ha obedecido a un campo político caracterizado por la situación particular de los países a la luz de indicadores de desarrollo y a la puesta en común de organismos internacionales como la OMS.

## **2. Situación actual de la política pública de salud bucal**

El Tercer Estudio Nacional de Salud Bucal (1998) abordó la prevalencia de fluorosis y la clasificó en los niveles dudoso y leve en un 11.5%, y sólo el 0.8% fue considerada en el rango de moderada y severa [13]. Aunque se hizo referencia a la exposición de fluorosis según la edad, el problema reposaba en la claridad existente al interpretar estos resultados acorde con los contextos histórico-políticos de la salud bucal en Colombia.

Al analizar los planes nacionales de salud bucal elaborados en 1998 y 2005 se vislumbra la importancia de la salud bucal como componente fundamental de la salud general de la población, pero en ellos no se detallan estrategias para enmarcarla dentro del bienestar y calidad de vida; es decir, como trazadores del desarrollo humano de las colectividades. Esto dejó abierta una amplia posibilidad en el foro de generar espacios de intervención con los tomadores de decisión para apoyar sus decisiones en la investigación, no sólo epidemiológica, sino también basada en la participación de la comunidad [40-42].

Reafirma lo anterior la concepción de la salud bucal desde el enfoque asistencialista de la patología ya instaurada, así como la forma según la cual se ha abordado la intervención de la morbilidad bucal, la cual, en marcadas ocasiones se ha visto complementada por la realización de actividades de prevención

dirigidas principalmente a los escolares (mediante fluorizaciones tópicas y educación en higiene oral) y por una única medida de prevención masiva, como lo es la fluoruración de la sal.

Algunos autores reconocen que el uso del flúor se ha expandido, lo cual corroboran cuando se refieren a este como un verdadero hito en la evolución de la odontología, dado que es la mejor medida de salud pública estudiada [43, 44]. Sin embargo, en nuestros países aún no se ha reconocido la problemática de la caries dental, como sí se ha hecho en los países desarrollados; aquí, esta no hace parte de la agenda como un problema de salud pública plenamente establecido y reconocido. Se ha logrado apropiarla en las intervenciones individuales, pero pocas veces de manera comunitaria, pues la discontinuidad en los procesos políticos la han enmarcado en ejes temáticos de gobiernos, y no de concepciones estatales históricas y culturales.

Tras lograr la elaboración participativa con actores de la disciplina en el país, participantes del Plan Nacional de Salud Bucal 2005 – 2008, y luego de plasmar dicho plan en la Resolución 3577 de 2006, se reconocen acciones en vía de resolver la problemática que afecta la salud bucal (el descuido por la salud bucal de los colombianos y la posibilidad de destinar recursos económicos para apoyar desarrollos de intervención, investigación y seguimiento del mejoramiento de la misma). De otro lado, el uso del flúor como agente preventivo se incorpora en las políticas públicas para su aplicabilidad en el colectivo nacional.

El gremio de los odontólogos y los académicos especialistas en la materia ha hecho un seguimiento constante a los problemas de la salud bucal. Por tal razón, ha conside-



rado importante reconocer los referentes y las representaciones que emanan de las diversas formas de interpretar, entender y avalar las políticas en su quehacer, es decir, desde la participación mancomunada de los entes del orden local, regional y nacional y la comunidad en su saber y entender por el bienestar y los satisfactores, el concepto de autocuidado y de salud colectiva. [45].

Incluir en la agenda una medida de prevención masiva, como lo es la fluoruración de la sal, implica retomar el sentido mismo de la medida, su evaluación, seguimiento, monitoreo y control en los desarrollos de las municipalidades y sus prioridades en salud y, asimismo, obliga a trascender el concepto de salud bucal per se [38]. Lo anterior invita a la comprensión desde un modelo social incluyente y participativo, en donde la salud como tal está embebida en la calidad de vida como una premisa fundamental, y se concibe desde la óptica ciudadana, en relación con la capacidad de las personas para asumir la salud como elemento integrante de su dinámica individual y colectiva.

El flúor como política pública contemplaría un intento del hombre por resolver problemas de índole grupal, en entornos locales en los cuales se propongan pactos por la salud bucal, y en escenarios en donde las organizaciones generen procesos de participación capaces de comprender georreferencialmente los problemas [46]. El flúor como estrategia se introduciría no sólo para efectos en el marco de la vigilancia epidemiológica para presentar resultados de la enfermedad sino también en términos de un monitoreo constante que de cuenta de los efectos a largo plazo de la disminución de los índices de caries, por ejemplo.

La rigurosidad en las técnicas participativas de aplicación de flúor, si es este el considerando en la acción de la política, o la derivación, en

caso de retomar acciones anteriores, dependerán del compromiso de lo tomadores de decisión a quienes el llamado ético, político y social les imprimirá en el orden de las inversiones sociales, seguimientos que den cuenta de paralelos entre prevalencia de caries y severidad de la fluorosis, como consecuente y desencadenante de alarmas en las agendas políticas.

La salud bucal ante todo debe asumirse como parte integral de la salud corporal, y no como una dinámica aislada y fuera de contexto. Se debe incorporar a la visión holística para contribuir a la generación de propuestas acordes a la realidad social vivida en el interior de las comunidades. Entonces, el asunto de la política se hace pública cuándo llega, se revierte y establece que entre los individuos y comunidades beneficiadas existe la conciencia del beneficio propiamente dicho.

### 3. Retos y desafíos

- *La inclusión del componente de salud bucal en todos los planes de desarrollo y planes locales de salud de las entidades territoriales. Y, el mejoramiento de los indicadores epidemiológicos de salud bucal, como aporte al mejoramiento de las condiciones de salud de la población.*

En el marco del Plan Nacional de Salud Bucal estimado al 2008 se presenta entre sus objetivos, “mejorar los indicadores de salud bucal, como aporte a la calidad de vida de las personas” y “aumentar el acceso y cobertura de la atención en salud bucal con enfoque por ciclos vitales y con prioridad en acciones de fomento de la salud y prevención de la enfermedad, como parte de la salud general de la población” objetivos bien intencionados en los que se subsumen en el hecho las acciones de vigilancia epidemiológica de la medida masiva de fluoruración de la sal, por ejemplo.



Si se entiende que este es el plan, la reflexión a la que el foro y los expertos llegaron plantea la inserción del uso de flúor en sal como política pública. Esta se incluye así en las acciones de salud con una dimensión dentro de las agendas programáticas de los planes locales de salud, a partir de unos imaginarios colectivos que permitan a los hacedores de las políticas entender su posicionamiento y acción en el mediano y largo plazo, a través del conocimiento de la realidad social; entonces, en segunda línea, se podrá articular a la academia, desde la crítica y la reflexión, en las alternativas para investigar e intervenir las comunidades, por medio del ejercicio del sano liderazgo, en función de la promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

- *La inserción del flúor en la agenda de las políticas en salud para el país*

Como concepto que abrigue los deberes y derechos en salud de la comunidad en el marco de la prevención de la enfermedad bucal, y que participe proactivamente, empoderada y racionalmente acorde a sus intenciones, en el planteamiento de soluciones concretas, teniendo en cuenta aspectos a nivel macro como las políticas económicas y sociales, la capacidad del Estado para generar y favorecer la auto-gestión y cogestión para la salud bucal, siempre desde una mirada integral.

América Latina y el Caribe, como se mencionó anteriormente, por mucho tiempo ha sido líder mundial en la reducción de la caries dental. En tal sentido, las experiencias de países como Colombia se constituyen en modelos para otros. El asunto en cuestión es, ¿por qué no creer en nosotros cuando desde otros ámbitos continentales se nos piden consultorías para desarrollar estrategias sobre los be-

neficios de la sal en flúor? Esta pregunta conclusiva del foro incitó entre algunos de los participantes nuevas formas de generar debate, con acciones corresponsables con los tomadores de decisión en otros escenarios de concertación. Esta pregunta deja al lector la sensación de un nuevo camino a recorrer en la agenda de las políticas públicas.

En un informe de la OPS (a mayo de 2005) se afirma que los estudios de caries dental en las edades de los 12 años para la región había mostrado una reducción de 2.64 puntos en los últimos 18 años, (5.05 en 1987 a 2.41 en el 2004), gracias al uso del flúor en sal como política de salud bucal estable, es decir, de carácter continuo en el tiempo (Jamaica desde 1987) [47]. Este informe se presentó de soslayo en el foro y planteó entre los asistentes la necesidad de impulsar entre la comunidad académica más espacios de diálogo y difusión de realidades acordes a los entornos de intervención con los tomadores de decisión.

Si bien la vigilancia epidemiológica [48, 49] provee elementos metodológicos que permiten incluir en la agenda acciones públicas por parte de los Estados, las directrices en materia de control y seguimiento para las poblaciones no son suficientes en tanto los intereses de la industria de la sal y la inclusión de ella en las actividades macro económicas de las políticas globales de los tratados de libre comercio, sean asumidas con conciencia social, es decir, planteada en términos de costo/beneficio y/o costo/utilidad para las comunidades, aun reconociendo que el tema de debate no es solamente la instauración de medidas sanitarias, sino la participación activa y responsable de los tomadores de decisión en el acompañamiento a los desarrollos planteados por la industria, lo que en otras palabras tiene





que ver con la globalización, el comercio internacional y sus implicaciones en la salud [50, 51].

Tras veinte años de estudio permanente del uso, beneficios y demás variables relacionadas con el flúor como elemento preventivo de la caries dental, y luego de quince años de legislar su introducción a la sal en Colombia, se reconoce que existe una declinación de indicadores de caries en la población joven y aun en la adulta, debido a las medidas preventivas, pero durante los últimos diez años, la carencia de estrategias que mantengan a la salud bucal como un componente relevante de la salud general, presume que los terrenos abonados como esfuerzos mínimos en la infancia se diluyen, lo cual debe ser verificado en la edad adulta. Lo anterior permite pensar que las acciones preventivas y promocionales en salud, no han sido realmente interiorizadas por la población, ni han afectado los patrones culturales, tal vez porque su abordaje es inmediateista para el logro de metas y actividades facturables y no se traduce en estrategias desarrolladas bajo la concepción de integralidad y de calidad de vida.

- *El posicionamiento de las políticas públicas en salud bucal en los programas académicos para la formación del recurso humano odontológico en Colombia*

La formación del recurso humano no debe aislar a los auxiliares de salud oral y los técnicos de esta actividad, dado que en conjunto con el profesional son llamados a comprender, desde la óptica del hacer, las intenciones de los insertos en las agendas públicas de las acciones preventivas con el uso del flúor en sus entornos laborales.

Los componentes de salud pública con aquellos que enmarcan la acción hacia

colectivos desde las bases conceptuales del hacer, del ser y no tangencialmente a las coyunturas de índole político de reformas del sector. Es decir, los cambios subyacentes a las reformas no pueden seguir afectando los intereses de los formadores que a bien tienen en su filosofía enmarcar lo actual, lo tradicional, sin irrumpir en la acción comprometida con el devenir político de la salud bucal en el país.

- *La participación gremial de escenarios de construcción permanente como los propuestos por ejemplo, desde la mesa de salud bucal en el 2003*

Un trabajo conjunto con El Observatorio Nacional de La Salud Bucal, que involucre el diseño, formulación, gestión, ejecución y evaluación de las políticas en salud bucal con perspectiva comunitaria, a través de un contrato social entre los diferentes actores involucrados y que sea un punto de llegada, desde lo global y lo local, de un mundo dinámico y de contextos asertivos para la prevención masiva de la caries dental.

Reconocimiento, desde una perspectiva socio-crítica, de la importancia de la vigilancia epidemiológica de las enfermedades bucales, factores de riesgo y determinantes para el seguimiento de los programas comunitarios en salud bucal, gestados desde el empoderamiento comunitario y con el fortalecimiento del gremio, entre otros [45, 52].

## Conclusión

El análisis de discurso facilitó la sistematización de esta experiencia en el tema de la agenda pública de las políticas de salud bucal para el país y de los rumbos macroeconómicos en los que subyacen desarrollos para la



región de las Américas, que siempre ha sido controversial. El uso del flúor sigue siendo la mejor herramienta preventiva que se tiene para prevenir el problema de la caries dental; por tanto, como estrategia amerita ser estudiada permanentemente. Los foros en torno a estas problemáticas deben convocar a académicos, investigadores, tomadores de decisión y representantes del gremio, para formular conjuntamente soluciones contextualizadas a las realidades locales y nacionales.

## Referencias

1. Petersen PE. Priorities for research for oral health in the 21st Century – the approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Community Dental Health* 2005; (22): 71-74.
2. Sheinham A. Oral health, general health and quality of life. *Bulletin of World Health Organization* 2005; 83 (9): 644-645.
3. Petersen PE, Bourgeois D, Ogawa H, Estupinan-Day S, Ndiaye C. The global burden of oral diseases and risk of oral health. *Bulletin of World Health Organization* 2005; 83 (9): 661-669.
4. Organización Mundial de la Salud. Glosario de Promoción de la Salud [en línea]. Disponible en <http://www.msc.es/salud/epidemiologia/home.htm>; 1998. Consultado el 2 de septiembre de 2005.
5. Escobar G. El reto de la prevención en la práctica odontológica. *Revista Facultad de Odontología Universidad de Antioquia* 2006; 17(2): 58-66.
6. Estupiñán-Day S, Baez R, Horowitz H, Sutherland B, Thamer B. Salt fluoridation and dental caries in Jamaica. *Community Dentistry and Oral Epidemiology* 2001; 29 (4): 247-252.
7. Stephen KW, Macpherson LM, Gorzo I, Gilmour WH. Effect of fluoridated salt intake in infancy: A blind caries and Fluorosis study in 8th grade Hungarian pupils. *Community Dentistry and Oral Epidemiology* 1999; 7(3): 210-215.
8. Biesbrock AR, Gerlach RW, Bollmer BW, Faller RV, Jacobs SA, Bartizak RD. Relative anticaries efficacy of 1100, 1700, 2200 and 2800 ppm fluoride ion in a sodium fluoride dentifrice over 1 year. *Community Dentistry and Oral Epidemiology* 2001; 29 (5): 382-389.
9. Saporito RA, Boneta AR, Feldman CA et al. Comparative anticaries efficacy of sodium fluoride and sodium monofluorophosphate dentifrices. A two-year caries clinical trial on children in New Jersey and Puerto Rico. *American Journal of Dentistry* 2000; 13(4): 221-6.
10. McDonagh MS, Whiting PF, Wilson PM, et al. Systematic review of water fluoridation. *British Medical Journal* 2000; (321):855-9.
11. Hescot P, Roland E, Desfontaine J. Fluoridated Salt in France. *Advances in Dental Research* 1995; 9(2): 144-145.
12. Banoczy J, Fazekas A, Mari A, Pinter A, Szabo J, Szoke J. Recommendation of the introduction of salt fluoridation for caries prevention in Hungary. *Fogorvosi Szemle* 1997; 90(12): 351-358.
13. Colombia. Ministerio de Salud. Estudio Nacional de Salud Bucal. Tomo VII. Series informes Técnicos. Bogotá: Ministerio de Salud; 1998.
14. Ramírez BS, Franco AM, Sierra JL, López RV, Alzate T, Sarrázola AM. Fluorosis dental en escolares y exploración de factores de riesgo. Municipio de Frontino, 2003. *Revista Facultad de Odontología Universidad de Antioquia* 2006; 17 (2): 26-33.
15. Ramírez BS, López RV, Sierra JL, Sarrázola ÁM. Prevalencia de fluorosis dental en escolares de 9 y 10 años del municipio de Andes. Zona urbana y rural, Antioquia. *Revista Facultad de Odontología Universidad de Antioquia* 2003; (14): 7-14.
16. Martignon S, Granados OL. Prevalencia de fluorosis dental y análisis de asociación a factores de riesgo en escolares de Bogotá. *Revista Científica Facultad de Odontología Universidad del Bosque* 2002; 8: 19-27.
17. Colombia. Ministerio de Salud. Plan Nacional de Salud Bucal. Bogotá: Ministerio de Salud; 1996.
18. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Resolución 3577 de 2006 (Plan Nacional de Salud Bucal). Bogotá: Ministerio de Protección Social; 2006.
19. Silva O. El análisis del discurso según Van Dijk y los estudios de la comunicación. *Revista Electrónica Razón y Palabra*, abril-mayo 2002; 26. Disponible en: <http://www.razonypalabra.org.mx/antiores/n26/osilva.html>. Consultado el 10 de agosto de 2006.
20. Van Dijk T. Text and context explorations in the semantics and pragmatics of discourse. London: Longman; 1977.



21. Milio N. Glossary: healthy public policy. *Journal of Epidemiology and Community Health* 2001; (55): 622-623.
22. Organización Mundial de la Salud. I Conferencia Internacional de Atención Primaria en Salud. Declaración de Alma Ata "Salud para todos" Alma ata- URSS: OMS; 1978.
23. Organización Mundial de la Salud. I. Conferencia Internacional de Promoción de la Salud. Carta de Ottawa para la promoción de la Salud. Salud. Ottawa: OMS; 1986.
24. Alianza para la Salud Oral. Declaración de Berlín sobre la salud oral y los servicios de salud en comunidades desfavorecidas. In: *Promoting Oral Health in Deprived Communities*. Berlín: German Foundation for International Development; 1995. p. 85-107.
25. OMS/FDI. Metas de salud bucal para el año 2000. Ginebra: OMS/FDI; 1979.
26. Malambo RN. Comportamiento de la salud oral en Colombia y Bogotá. *Boletín Epidemiológico Distrital* 2001; 6 (6): 1-16.
27. Mejía R et al. Morbilidad Oral. Investigación nacional de morbilidad. Bogotá: Ministerio de Salud- Ascofame; 1971.
28. Colombia. Ministerio de Salud-Instituto Nacional de Salud. Ascofame. Morbilidad Oral. II Estudio Nacional. Bogotá: Ministerio de Salud- Instituto Nacional de Salud; 1980.
29. Facultad de Odontología. Universidad de Antioquia. Reseña histórica. Disponible en <http://www.odontologia.udea.edu.co>. Consultado el 20 de febrero 20 de 2006.
30. Payares C, Arango A. Consideraciones socio históricas de la odontología en Colombia y Antioquia siglo XX. 1ª ed. Medellín: Editora Luz Marina Montoya Hoyos, 1991.
31. Escobar G, Ortiz A, Mejía L. Caries en los menores de 20 años, un problema de salud pública. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública* 2003; 21 (2): 109-118.
32. Tramini P. Salt fluoridation in France since 1986. *Schweiz Monatsschr Zahnmed* 2005; 115(8):656-8.
33. Marthaler TM. Overview of salt fluoridation in Switzerland since 1955, a short history. *Schweiz Monatsschr Zahnmed* 2005;115(8): 651-5.
34. Marthaler TM, Pollak GW. Salt fluoridation in Central and Eastern Europe. *Schweiz Monatsschr Zahnmed* 2005; 115(8):670-4.
35. Franco A. El Área de Libre Comercio-ALCA y el sector salud en América Latina. *Revista Salud Pública (Colombia)* 2003; 5(3): 1-17.
36. Hobdell M, Petersen PE, Clarkson J, Johnson N. Global goals for oral health 2020. *International Dental Journal* 2003; 53(5):285-8.
37. Granda E. ¿A qué llamamos salud colectiva hoy? *Revista Cubana de Salud Pública* 2004; 30 (2). (en línea) Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662004000200009&lng=es&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662004000200009&lng=es&nrm=iso) > (consulta del 20 de febrero 20 de 2006).
38. Cerdón JA. Construção de uma agenda para a saúde bucal coletiva. *Cadernos de Saúde Pública* 1997; 13 (3): 557-563.
39. Narvai PC. Collective oral health: ways from sanitary dentistry to buccality. *Revista de Saúde Pública* 2004 Esp. (40): 141-147.
40. Merzel C, D'Afflitti J. Reconsidering community-based health promotion: promise, performance, and potential. *American Journal of Public Health* 2003; (93):557-574.
41. Patton MQ. *Qualitative Research and Evaluation Methods*. 3rd. ed. Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 2002.
42. Greenwood DJ, Levin M. *Introduction to Action Research: Social Research for Social Change*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 1998.
43. Cameron A, Widmer R. *Handbook of Pediatric Dentistry*. London: Mosby-Wolfe; 1997.
44. Kats S. *Odontología preventiva en acción*. Argentina: Médica Panamericana; 1986.
45. Instituto Nacional de Salud Pública. Québec. La salud en las comunidades. Perspectivas para la contribución de la salud pública al desarrollo social y de las comunidades. Quebec: Institut National de Santé Publique du Québec; 2003.
46. Organización Panamericana de la Salud. Resúmenes metodológicos en epidemiología: análisis de situación de salud (ASIS). Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/sha/bs993HSA.htm> Consultado el 22 de octubre de 2007.
47. Organización Panamericana de la Salud. 138va Sesión del Comité Ejecutivo en Washington DC; 2006.
48. Gordis L. *Epidemiology*. Estados Unidos: Elsevier Science; 2004.
49. Castellanos P. La práctica de la vigilancia epidemiológica en la salud pública contemporánea. En:

- Vigilancia epidemiológica. Madrid: Mc Graw & Hill Interamericana; 2004. p. 17-25.
50. Vieira C. Globalización, comercio internacional y equidad en material de salud. Revista Panamericana de Salud Pública 2002; 11: (5-6).
51. Franco A. Globalizar la salud. Gaceta Sanitaria 2003; 17(2):157-63.
52. Castellanos P. Análisis de situación de salud de las poblaciones. Vigilancia epidemiológica. Madrid: Mc Graw & Hill Interamericana; 2004b. p 193-211.

