

Perfil epidemiológico bucal en un asentamiento de población desplazada y destechada. (Antioquia-Colombia).^(a)

Andrés Alonso Agudelo,¹ Liz Tatiana Isaza,² David Andrés Bustamante,²
Carlos Mauricio Martínez,² Cecilia María Martínez³

Resumen

Introducción y Objetivo: El desplazamiento forzado por violencia y la situación de pobreza que vive el país exige que se realicen propuestas en poblaciones específicas que tengan en cuenta grupos vulnerables en aspectos importantes como la salud bucal. *El propósito fue analizar la situación de salud bucal de la población desplazada y destechada ubicada en el asentamiento "Altos de Oriente", del municipio de Bello, por medio de evaluación clínica teniendo en cuenta los principales datos sociodemográficos.* **Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio carácter descriptivo, exploratorio, acerca del perfil epidemiológico bucal en un asentamiento de pobladores desplazados y destechados del municipio de Bello (Antioquia- Colombia) en el año 2006. La muestra fueron 58 personas captadas voluntariamente en una jornada de salud. Se tuvieron en cuenta variables sociales y demográficas, el nivel de higiene bucal, el estado dental, periodontal y protésico. **Resultados:** Se encontró alta historia y prevalencia de caries dental y de enfermedades orales en comparación con la población general colombiana, con algunas diferencias por sexo; así mismo, los resultados informan de un acceso deficiente a los servicios de salud, en especial de salud bucal. **Conclusiones:** Se analizó la situación de salud bucal en el contexto social y político actual del país así como las repercusiones en la calidad de vida, producto del fenómeno de desplazamiento forzado por la violencia y sus expresiones como la pobreza, la marginalidad y la exclusión social. Estos hallazgos evidencian la necesidad de profundizar en la problemática de poblaciones específicas, para la construcción de propuestas que mejoren las oportunidades de acceso a servicios sociales y a servicios de salud bucal. **Palabras clave:** Movilidad residencial, migración interna, poblaciones vulnerables, violencia, salud bucal, perfil epidemiológico. *Rev. CES Odont. 21(2) 17-24. 2008*

Oral epidemiological profile of a violently displaced and homeless community in Bello, Colombia

Abstract

Introduction and Objectives: Purposes are required in specific groups in important aspects such as oral health concerned with the forced displacement by violence and the poverty situation in Colombia. *The purpose of this study was evaluate the oral health situation of a homeless community violently displaced by force, living in the "Altos de Oriente" Shelter Camp in the city of Bello, Colombia by means of a clinical evaluation which took into account the main socio-demographic variables.* **Materials and Methods:** A descriptive and exploratory study was carried out in order to assess the oral epidemiological profile of said community during 2006. The sample consisted of 58 subjects who volunteered during a health brigade. The study analyzed social and demographic variables, the level of oral health as well as dental, periodontal and restorative conditions. **Results:** An increased history and prevalence of caries and oral diseases was found in comparison with the general Colombian population with some differences between genders. Results also indicated deficient access to health services in general and especially to those related to oral health **Conclusions:** The oral health situation of the displaced community was analyzed under the current social and political context of the country as well as their repercussions in the quality of life, product of the forced displacement phenomena and its expressions such as poverty, marginality and social exclusion. These findings evidence the need to study more deeply the problems of specific populations, in order to design proposals that will improve opportunities to access social and oral health services. **Key words:** Residential mobility, internal migration, vulnerable populations, violence, oral health, health profile. *Rev. CES Odont. 21(2) 17-24. 2008*

Introducción

El desplazamiento forzado y la pobreza, así como la marginalidad y la exclusión social en Colombia, constituyen graves problemas de Salud

Pública, por su magnitud y gravedad;¹⁻⁶ el primer problema da cuenta de más de 3.800.000 personas que emigraron de sus tierras entre los años 1985 y

1. Odontólogo. Especialista en Administración de Servicios de Salud. Candidato a Doctorado en Salud Pública. Docente Facultad de Odontología, Universidad de Antioquia.

2. Odontólogo. Universidad de Antioquia.

3. Odontóloga. Especialista en Epidemiología. Magíster en Dirección Universitaria. Universidad de los Andes. Docente Universidad de Antioquia.

a. Artículo derivado de la investigación "Análisis de la Situación de Salud Bucal de la población desplazada y destechada del asentamiento "Altos de Oriente", Municipio de Bello (Antioquia). 2005-2006", realizada como ejercicio académico en el pregrado de odontología de 3 de los coautores y financiada con recursos propios.

2006;⁶ el segundo caso se refiere a que un 49,2% de la población colombiana es pobre y 27,5% vive en la pobreza extrema, según informe del Departamento Nacional de Planeación en el año 2005.⁷

La población pobre no desplazada se denomina destechada, porque vive de la misma manera que los desplazados, en condiciones de infrahumanidad, constituyendo un grave problema social.⁶ Ambos fenómenos tienen repercusiones en la salud en la medida en que como grupos sociales, aportan a la dinámica demográfica de las grandes ciudades diferentes problemas: carencia de servicios básicos como alimentación, vivienda y empleo para suplir dichas necesidades; igualmente, dificultades para el acceso a servicios de salud y educación. En consecuencia, los riesgos de enfermar y morir son diferenciales, en estos casos mayores, dadas las condiciones socioeconómicas, culturales, geográficas, ambientales en las que viven y se desarrollan estas personas.

A partir de la puesta en vigencia de la Ley 100 de 1993, se profundiza la negación del derecho a la salud aunque gobierno, legisladores y otros actores consideran que este derecho es conexo con la vida; no en vano en el país se recurre a la tutela como mecanismo de protección de los derechos vulnerados. El número de tutelas entre los años 1999- 2002 aumentó de 86.324 interpuestas en todo el país, con un 24.6% (21.313) de salud; a 143.888 tutelas en todo el país de las cuales 42.756 (29.7%) fueron de salud.⁸ De esta situación podemos deducir que en general la población pobre y vulnerable requiere de servicios de salud de calidad, humanizada y continua teniendo en cuenta sus condiciones, sin necesidad de recurrir a la tutela; más aun, las atenciones a la enfermedad de carácter esporádico, no brindan los medios necesarios para disminuir riesgos y daños a la salud.

La salud bucal debe entenderse como componente de la salud general integral, a su vez inmersa en un contexto social, político, económico y cultural de un país; por esta razón se trata de posicionar la idea de que al mejorar las condiciones de vida de las personas, los indicadores epidemiológicos se transforman favorablemente, se disminuyen las desventajas funcionales y sociales, así como el gasto económico que representan. De esta manera, se contribuye al bienestar y la calidad de vida de los habitantes, presupuesto político sobre el cual se deben fundamentar las acciones gubernamentales.

Diversos autores sustentan la relación y el impacto de la salud bucal en la calidad de vida.⁹⁻¹¹ Montero (2006) por ejemplo, interpreta una definición de la OMS (1994)¹²

referida a la calidad de vida bucal como *“la percepción de grado de disfrute que una persona tiene con respecto a su boca en función del servicio que en su vida diaria le reporta, teniendo en cuenta sus circunstancias pasadas y presentes, su implicación en el cuidado, sus expectativas, sus paradigmas, y por supuesto el sistema de valores que su contexto sociocultural le inspira”*.¹³

El país ha promulgado la Resolución 3577 de 2006¹⁴ sobre el Plan Nacional de Salud Bucal; en dicho documento, se definen como principios orientadores, la universalidad, la disponibilidad, la progresividad, la atención integral, la accesibilidad, la aceptabilidad, la calidad y la equidad. Presenta unas líneas estratégicas y unas metas en los aspectos de servicios de salud bucal, fortalecimiento de la gestión, formación del recurso humano y posicionamiento de la salud bucal. Lograr que el Plan se convierta en acción es un deber de la profesión misma y de todos los ciudadanos del país, para resolver mancomunadamente los principales problemas de salud bucal de los colombianos, especialmente de aquellos colectivos humanos que exponen características de vulnerabilidad social, con miras a impactar favorablemente la inequidad social.

El asentamiento “Altos de Oriente” del municipio de Bello en el departamento de Antioquia ha generado algunos procesos participativos en la comunidad con el fin de mejorar sus condiciones de vida y de salud. Por esta razón, se han volcado esfuerzos de un grupo de estudiantes y profesores de la Universidad de Antioquia apostándole a la construcción de alternativas saludables, en medio de muchas carencias. Si se toma en cuenta que la salud bucal es un componente íntimamente ligado al estado de salud general, se comprende la necesidad de caracterizar su situación actual para diseñar estrategias de intervención acorde a las necesidades identificadas. En un estudio anterior,¹⁵ se identificaron aspectos como la morbilidad percibida, como un método útil para la generación de políticas públicas, sin embargo es necesario complementar con información clínica.

El objetivo del presente estudio fue analizar la situación de salud bucal de la población desplazada y destechada ubicada en el asentamiento “Altos de Oriente”, del municipio de Bello, año 2005, por medio de evaluación clínica teniendo en cuenta los principales datos sociodemográficos. El presente informe, describe la situación encontrada, esperando que la información contribuya a la generación de propuestas para atender las necesidades de esta población en el marco del derecho a la Salud.

Materiales y Métodos

El área de estudio fue un asentamiento del municipio de Bello en el departamento de Antioquia (Colombia), conformado por 622 personas (315 hombres y 307 mujeres); dicho asentamiento se caracteriza por ser receptor de población desplazada que convive con población autóctona o destechada (personas que habitan asentamientos no necesariamente por desplazamiento).

Se realizó un estudio descriptivo exploratorio con el fin de identificar algunas características sociodemográficas y se realizó un examen clínico. Para la recolección de la información se utilizó una encuesta estructurada con un componente de evaluación clínica odontológica, tomando como referencia el cuestionario aplicado en el III Estudio Nacional de Salud Bucal¹⁶. El instrumento contempló los siguientes aspectos: identificación, evaluación extraoral, evaluación intraoral (mucosa oral, estado periodontal, estado de la dentición y necesidades de tratamiento).

La muestra final de personas incluidas en el estudio fue de 58, seleccionadas en forma no probabilística, por captación en una jornada recreativa y de salud; como criterios de inclusión se determinó la presencia en el sector como habitante y ser mayor de 14 años al momento de la evaluación. Dichos exámenes estuvieron a cargo de un examinador y un auxiliar, calibrados teórica y prácticamente con el objetivo de obtener registros de calidad.

Se realizó una lectura inicial de los datos para buscar inconsistencias e irregularidades y posteriormente fueron procesados en Excel y SPSS 10.0. Las variables se analizaron de manera univariada (frecuencias relativas) y bivariada por medio de pruebas chi cuadrado.

El estudio cumplió con los requisitos éticos de la investigación en salud, manejando los protocolos de examen odontológico, consentimiento informado para participar en el estudio, protección de la identidad de los entrevistados, la confidencialidad y veracidad de la información y el manejo de los protocolos de bioseguridad. Esta investigación fue aprobada como ejercicio académico en el pregrado de odontología de tres de los autores.

Resultados

La población del presente estudio presenta características particulares relacionadas con sus condiciones sociales y de vida, por lo tanto los resultados se presentan en forma general sin diferenciar población desplazada o destechada, en coherencia con el objetivo.

Caracterización de la población.

La tabla 1 resume las condiciones basales del estudio. Se examinaron 58 personas, en su mayoría mujeres (83%) pertenecientes a los Niveles 1 y 2 del SISBEN (Sistema de beneficiarios de programas sociales). La edad promedio de las personas se ubicó en 32.7 años (SD ± 11.6). Un 77.6% informó que tenían empleos informales o eran amas de casa; un alto porcentaje carece de seguridad social (95%).

Tabla 1. Condiciones basales del estudio

Variable	Categorías	Frecuencia	Porcentaje
Sexo	Hombre	10	17
	Mujer	48	83
Edad promedio*	Hombres		39.8 (± 12.3)
	Mujeres		31.2 (± 11.03)
	Total		32.66 (± 11.6)
Oficio	Amas de casa	37	63.8
	Informales	8	13.8
	Desempleados	4	6.9
	Servicio doméstico	4	6.9
	Madres comunitarias	2	3.4
Nivel del Sisben	Otros	3	5.2
	1	38	65.5
	2	20	34.5
Seguridad Social	Si	3	5.2
	No	55	94.8

* Promedio y desviación estándar

Representaciones y prácticas en salud bucal

El 72.5% de las personas del estudio, presentan algún grado de satisfacción con la apariencia de sus dientes. Al hacer el análisis por género la satisfacción

es mayor en las mujeres (73%). No existen diferencias estadísticamente significativas ($p > 0.05$) por sexo. (Tabla 2).

Tabla 2. Nivel de satisfacción con la apariencia de los dientes según sexo

Sexo	Nivel de satisfacción					
	Satisfecho		Algo Satisfecho		Insatisfecho	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Hombre	2	20	5	50	3	30
Mujer	17	35.4	18	37.5	13	27.1
Total	19	32.8	23	39.7	16	27.6

El 98% de las personas utilizan como elementos de higiene bucal el cepillo, acompañado de un 93% que usa la crema dental; sólo un 27.6% usa la seda dental. Se reportó la utilización del bicarbonato entre los elementos de higiene bucal en un 24% de los entrevistados, y con mayor frecuencia por las mujeres (27.1% con relación al 10% en hombres). La utilización de otros elementos como los enjuagues, los palillos, las hierbas y el carbón, son inferiores al 6%. Teniendo en cuenta los ritmos de trabajo y las jornadas del día, la mayoría de las personas se cepillan después de las comidas y antes de acostarse (por encima del 50%).

El 97% de los y las participantes en el estudio creen que necesitan atención odontológica, con diferencias estadísticamente significativas por sexo; el 80% de los hombres contestó que si la requerían y el 100% de las mujeres que no. ($p \leq 0.001$)

Índice de placa blanda

El promedio de índice de placa blanda en la población estudiada es de 1.15 (SD = ± 0.66); en hombres es de 1.27 (SD = ± 0.75) y en mujeres de 1.13 (SD = ± 0.64); según el nivel clínico de remoción de placa de la OMS, dicho resultado indica que la remoción de placa dental se califica como regular; cuando se evalúa dicho nivel en ambos sexos, se encuentran distribuciones porcentuales de deficiencias en higiene bucal, mayores en los hombres (90%) que en las mujeres (77.1%), en niveles de remoción regulares o malos. Sin embargo la asociación estadística no es significativa por sexo ($p > 0.05$) (Tabla 3)

Tabla 3. Niveles clínicos de remoción de placa dental

Nivel de remoción de placa	Sexo				Total	
	Hombre		Mujer		N	%
	Nº	%	Nº	%		
Bueno	1	10	11	22.9	12	20.7
Regular	6	60	31	64.6	37	63.8
Malo	3	30	6	12.5	9	15.5
Total	10	100%	48	100%	58	100%

Evaluación periodontal

El 89.7% de las personas examinadas presentan al menos un marcador de enfermedad periodontal (90% en hombres y mujeres); el 80% de los hombres y el 79.2% de las mujeres examinadas (79.3% en total) presentaron signos como sangrado de encías. El cálculo dental se encontró en el 63.8% de las personas con mayor frecuencia en hombres (80%) que en mujeres (63.8%). Las bolsas periodontales pandas (de 4-5mm) y profundas (de 6mm o más), son del 5.2% (10% en hombres y 4.2% en mujeres).

Evaluación clínica de la mucosa

Se encontró una prevalencia de úlceras traumáticas en la población estudiada del 10.3%, en el 15.8% de las mujeres examinadas, asociadas al uso de prótesis dental. También, fístulas de tejido blando en un 5.2% (en una proporción de 20% en hombres y de 2.6% en mujeres) (Figura 1). Muchas de estas fístulas son consecuencia de procesos infecciosos crónicos de la pulpa dental.

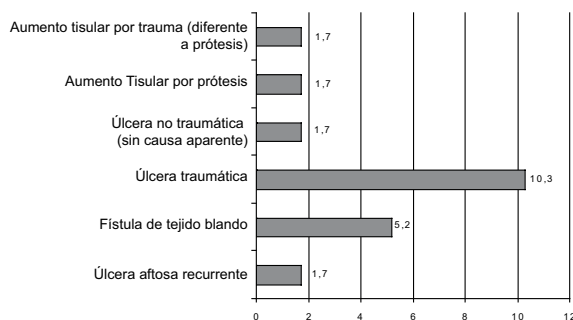


Figura 1. Prevalencia de patologías de tejidos blandos

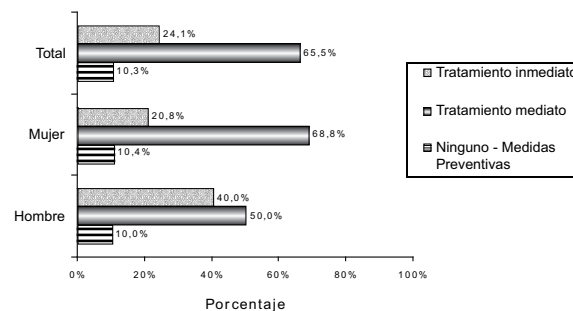


Figura 2. Nivel de necesidades de tratamiento por sexo

Evaluación dental

En cuanto al índice COP- D, el promedio es de 10.4 (12.5 para hombres y 10 para mujeres); el promedio de dientes cariados es mayor en mujeres y el promedio de dientes perdidos es mayor en hombres (Tabla 4). El 89.7% de las personas tienen historia de caries dental, (90% en hombres y 89.6 en mujeres), con una prevalencia en el momento del examen de 77.6%, la cual es mayor en mujeres (79.2%) que en hombres (70%).

Tabla 4. Índice COP y componentes por sexo

Sexo	Promedio			
	Cariados	Obturados	Perdidos	COP
Hombre	2.7	3	6.8	12.5
Mujer	3.3	3.1	3.6	10
Total	3.2	3.1	4.1	10.4

El 10.3% de las personas presentan prótesis parcial removible superior (todas mujeres) mientras que el 12% tienen prótesis total superior, teniendo en cuenta la distribución porcentual de la muestra, el 20% son hombres y el 13.2% son mujeres. En el maxilar inferior el 3.4% presenta prótesis removible (todos hombres) y el 1.7% prótesis total.

Necesidades de tratamiento

Con respecto a los niveles de tratamiento, tanto hombres como mujeres requieren en su mayoría tratamientos de tipo mediato, sin embargo, 2 de cada 5 hombres y 1 de cada 5 mujeres requieren tratamientos de tipo inmediato por dolor o infección de tipo dental o periodontal (Figura 2).

Con respecto a las necesidades individuales de tratamiento (Tabla 5), el 74.1% de los y las pacientes examinados requieren tratamientos de operatoria (resinas y amalgamas) que suman el 80.2% de los dientes examinados; el 12.1% extracción indicada (el 12.6% de los dientes examinados), el 12.1% coronas que corresponde al 5% de los dientes examinados. Tres de cada 4 pacientes al menos requiere un tipo de tratamiento en sus dientes. Existen diferencias estadísticamente significativas en la necesidad o no de tratamientos entre hombres y mujeres, ($p=0.004$), es decir los hombres requieren en mayor proporción algún tipo de tratamiento, si se compara con las mujeres.

Tabla 5. Distribución de las necesidades de tratamiento

Tipo de tratamiento	Frecuencia	Porcentaje
Sellantes	1	1.7
Operatoria	43	74.1
Corona	7	12.1
Endodoncia/Operatoria	2	3.4
Extracción	7	12.1
Prótesis parcial superior	8	13.7
Prótesis parcial inferior	19	32.8
Prótesis total superior	8	13.7
Prótesis total inferior	4	10.5
Total sin necesidad de tratamiento	12	20.7
Total necesitan tratamiento	46	79.3

Discusión

En la dinámica del desplazamiento forzado se entremezclan determinantes de orden social, político y económico que tienen una relación con el deterioro permanente de las condiciones de vida de la población que lo sufre, así mismo, para el caso de la población

no desplazada o denominada destechada o pobres residentes. En este sentido, se suman carencias a las ya existentes, que repercuten notoriamente en el desarrollo de estas personas.

Un estudio realizado en un asentamiento informal en Wallacedene (Sur África), mostró una pobre salud general y bucal, con indicadores de inflamación gingival del 82.8%, de caries del 81.5%, depósitos moderados y abundantes de placa dental por el orden del 95.7% por mencionar algunos.¹⁷ No obstante, los indicadores del estudio de "Altos de Oriente" a pesar de ser complicados en términos del impacto sobre la salud de esta población, son un poco más alentadores.

Aunque los resultados del III Estudio Nacional de Salud Bucal,¹⁶ indicaron que hay una disminución en los indicadores epidemiológicos en algunos grupos étnicos, dicho estudio no tuvo en cuenta población desplazada. Sin embargo se considera que al no existir estudios específicos en dicha población es la mejor referencia posible para establecer puntos de encuentro o de disenso. Tanto en el ENSAB III como en el presente estudio, se evidencian todavía, situaciones específicas de inequidad relacionadas con el acceso a servicios de salud bucal, así como condiciones sociales y culturales propias de colectivos marginales o en vulnerabilidad; esto en correspondencia con estudios a nivel internacional, en el cual el estrato socioeconómico juega un papel importante en las inequidades en salud bucal.¹⁸

El nivel de utilización de los elementos de higiene bucal como el cepillo es alto, muy semejante a los hallazgos del ENSAB III en 1998¹⁶ (98% de la población del estudio comparado con el 98.4% en la población colombiana). Sin embargo el porcentaje de utilización de elementos diferentes al cepillo es mucho más alto que en la población general (24% de las mujeres utilizan bicarbonato de sodio); en estas y muchas otras prácticas de salud, intervienen factores socioculturales.

Los índices de remoción de placa que se clasifican en buenos, regulares o malos, son regulares (por encima del 60%, mucho más altos que la proporción general en el país que es de 39.4%)¹⁶ a pesar de la alta utilización del cepillo dental. En este resultado intervienen factores sugerentes de deficiencias en el acceso a servicios de prevención y a servicios educativos en salud bucal.

La prevalencia de lesiones traumáticas de los habitantes del asentamiento es considerablemente más alta (10.3%) que en la población general (1.9%), en algunos casos por desadaptación de prótesis dentales, o por

traumas de otra índole, como la mordedura de carrillos y el trauma por cepillado. Otra lesión encontrada en mayor proporción, fue la fistula de tejidos blandos, situación que se explica por procesos infecciosos crónicos en la cavidad bucal. En el caso de la cronicidad de las fistulas intervienen factores de acceso a servicios de salud bucal que dificultan el tratamiento oportuno, teniendo en cuenta que muchos de los examinados son población desplazada de áreas rurales en sitios donde la accesibilidad geográfica, económica y cultural y la disponibilidad de recurso humano es limitada.

Es importante mencionar, que entre el 10.5% y el 32.8% de estas personas, requiere algún tipo de prótesis o cambio de las mismas por desadaptación. Las personas edéntulas tienen dificultades para la fonación y la nutrición además de autoaceptación y amor propio; se han examinado las consecuencias sociales y psicológicas de las condiciones dentales, principalmente en el adulto mayor, demostrándose que los problemas de salud bucodental comprometen la calidad de vida de las personas, al limitar sus interacciones sociales.¹⁹

En cuanto a la morbilidad dentaria, los indicadores son mucho más altos que en la población general; la historia de caries encontrada fue de un 89.7%, un punto más que en el país (88.7%); de otra parte la prevalencia fue del 77.6%, 12.3 puntos más alta de acuerdo con el ENSAB III (65.3%). Como determinantes importantes a considerar en esta población, está el sexo, pues los indicadores dan cuenta de una mayor prevalencia en mujeres, lo cual evidencia dificultades en cobertura de servicios de salud y las características propias de la población; en su mayoría son amas de casa, muchas de ellas jefes de hogar, que deben asumir responsabilidades importantes en la manutención de sus hijos; así mismo, más del 90% de la población manifestó no estar afiliada a la seguridad social, por lo que se limita la capacidad para acudir al odontólogo. Al relacionar el componente CO (Cariado, Obturado) en ambos sexos, es mayor el promedio de dientes obturados y cariados en los hombres con respecto a las mujeres.

Más del 74% de la población requiere tratamiento de operatoria, actividades contempladas en el Plan Obligatorio de Salud del Sistema General de Seguridad Social.²⁰ Una proporción importante requiere tratamientos por dolor o infección, los cuales son urgentes y deben ser cubiertos teniendo en cuenta los planes de beneficio para la población desplazada.

La población estudiada manifestó satisfacción con la apariencia de sus dientes (72.5%), situación que

no corresponde con lo observado clínicamente; podría explicarse porque la mayoría de la población establece ciertas prioridades principalmente para suplir las necesidades más sentidas como alimentación y vivienda; es probable entonces que más que aceptación, sea resignación y conformismo ante tantas carencias. Esta misma situación fue encontrada en un estudio local en recicladores informales, los cuales comparten características similares a la población estudiada, aunque la proporción es menor (53%).²¹

Una de las limitaciones del presente estudio es su carácter específico y local, por tanto si se ampliara las condiciones del estudio a la población desplazada en general, se podrían obtener datos más cualificados para comprender la dinámica de salud enfermedad bucal de estas personas, por supuesto, acompañado desde la academia y el sector de los servicios, con el fin de generar cambios en el componente bucal de la salud.

Si bien la patología y la clínica de las enfermedades bucales son similares en los grupos poblacionales, el análisis epidemiológico bucal desde una perspectiva crítico social, permite el abordaje de propuestas significativas para la realidad social de las poblaciones vulnerables. En un país como Colombia, con procesos de transición demográfica y epidemiológica importantes, se requieren propuestas desde diferentes instituciones y organismos, tanto del Estado, como de organizaciones no gubernamentales que trabajan por el bienestar de las personas.

Además de la evidente dificultad de acceso a los servicios de salud, el poco conocimiento de las personas acerca de la importancia de la salud bucal requiere comprensiones diferentes a los aspectos tradicionales que ofrecen los servicios de salud. Para las personas desplazadas, la salud es un aspecto muy sentido porque muchas de sus reivindicaciones se refieren a la atención a la enfermedad, mucho más desde el punto de vista médico; sin embargo, se requiere trabajar por el reconocimiento de la salud bucal como parte integral de la salud general; este argumento se constituye en razón de peso para que se establezcan programas de promoción y fomento de la salud y prevención de las enfermedades de acuerdo al contexto sociocultural de los diferentes actores.

Se ha insistido en la necesidad de que la salud bucal no puede aislarse de la salud general, ni de la calidad de vida, pero debe ser un reconocimiento de la comunidad misma y no de los técnicos, de tal manera que las

propuestas deben ser gestadas en primer lugar desde la acción conjunta comunidad- instituciones, y por otro lado, deben ser integrales, es decir, que además de la participación del componente salud, deben existir otros componentes que se relacionan con la intersectorialidad que recomienda la promoción de la salud: generación de políticas económicas, de empleo, vivienda, alimentación, educación y servicios públicos para estos colectivos.

Agradecimientos

A los habitantes del asentamiento Altos de Oriente, que participaron en el estudio y cuyos aportes, contribuyen a comprender su situación y a generar propuestas en procura de una mejor salud bucal y por ende una mejor calidad de vida.

Referencias

1. Mogollón A, Vásquez ML, García M. Necesidades de atención en salud en la población desplazada por conflicto armado en Bogotá. *Rev Esp Salud Pública* 2003; 77: 257-266.
2. Mogollón A, Vásquez ML. Opinión de las mujeres desplazadas sobre la repercusión en su salud del desplazamiento forzado. *Gac Sanit.* 2006; 20 (4): 260-265.
3. Arias S. Análisis de género de la situación de salud de la población desplazada y no desplazada en cuatro asentamientos marginales de Medellín, 2002. Medellín: Universidad de Antioquia. Facultad Nacional de Salud Pública; 2005.
4. Gaviria M, Echeverri E, Gómez J, Peñaranda F, Olaya A, Yepes C. Análisis de la situación de salud de la población desplazada y de estrato 1 de la ciudad de Medellín, 2002. [En línea] 2002 [Acceso: Abril 10 de 2005] URL disponible en: <http://www.disaster-info.net/desplazados/informes/ops/perfilmedellin2003/perfilmedellin2003%20.pdf>
5. Organización Internacional de las Migraciones. Diagnóstico de población desplazada y comunidades de recepción en seis departamentos de Colombia. OIM. [En línea] 2001 [Acceso: Octubre 15 de 2006] URL disponible en: <http://www.disaster-info.net/desplazados/informes/oim/01resumen.htm>

6. Consultoría para los derechos humanos y el desplazamiento. Bogotá: Boletín informativo; 69 [En línea] 2006 [Acceso: Noviembre 22 de 2006]. URL disponible en <http://www.codhes.org/Web/Info/Boletines/BOLETIN69DEFINITIVO.pdf>
7. Departamento Nacional de Planeación. La pobreza y la desigualdad en Colombia: resultados principales y estrategias. [En línea] 2006 [Acceso: Noviembre 22 de 2006]. URL disponible en: http://www.dnp.gov.co/archivos/documentos/MP_En_Que_Vamos/lanzamiento_estrategia.pdf
8. Vélez AL. La acción de tutela: ¿un mecanismo de protección del derecho a la salud y un proceso alterno para acceder a servicios de salud? *Colomb Med*, 2005; 36 (3): 199- 208.
9. Alianza para la Salud Oral. Declaración de Berlín sobre la Salud Oral y los Servicios de Salud en Comunidades Desfavorecidas. En: *Promoting Oral Health in Deprived Communities*, Berlín: German Foundation for International Development; 1995.
10. Sheiham A. Declaración de Berlín para la Salud y Servicios Odontológicos: Un paso adelante para la cooperación mundial. [En línea] 1995 [Acceso: Noviembre 21 de 2006]. URL disponible en: <http://www.ibiblio.org/taft/cedros/espanol/newsletter/n5/Berlin.html>
11. Díez J, Rivero ML, Cardero A, García B. El impacto de la salud bucal en la calidad de vida. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*. 2004; 3 (8) [En línea] 2004 [Acceso: Noviembre 22 de 2006]. http://www.ucmh.sld.cu/rhab/reflexiones_rev8.htm#propi
12. Montero J. Calidad de vida oral en población general. [Tesis Doctoral] Granada; Universidad de Granada. Facultad de Odontología: 2006
13. WHO. Study protocol for the World Health Organization project to develop a Quality of Life assessment instrument (WHOQOL). *Qual Life Res*. 1993; 2 (2): 153-159.
14. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Resolución 3577 de 2006. Bogotá: Ministerio de Protección Social; 2006.
15. Agudelo AA, Isaza LT, Bustamante DA, Martínez CM, Martínez CM. Morbilidad bucal percibida y características sociales en la población desplazada y destechada de un asentamiento del municipio de Bello (Antioquia), 2005. *Rev Fac Odontol Univ Antioq* 2006; 18 (1): 36-46.
16. Colombia. Ministerio de Salud. III Estudio Nacional de Salud Bucal ENSAB III, 1998. Bogotá: Ministerio de Salud; 1998.
17. Brijlal P, N Gordon. Mapping an appropriate health promotion approach for crèches in an informal settlement. *Int J Dent Hyg*, 2005; 3(1):31-36.
18. Jamieson LM, Thomson WM. Adult oral inequalities described using area-based and household- based socioeconomic status measure. *J Public Health Dent*, 2006; 66 (2): 104- 109.
19. Taboada AO, Mendoza NVM, Hernández PD, Martínez ZIA. Prevalencia de caries dental en un grupo de pacientes de la tercera edad. *Revista ADM* 2000; 57(5):188-192.
20. Colombia. Congreso de la República. Ley 100 de 1993. Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. *Diario Oficial No. 41.148*, de 23 de diciembre de 1993.
21. Agudelo A, Gómez J. Condiciones de salud bucal de los recuperadores informales del sector de Guayaquil y de sus familias. Medellín-Colombia, 2003. *Rev Fac Odont Univ Ant*, 2004; 15 (2): 12-20.

Correspondencia

agudeloandres@odontologia.udea.co

Recibido para publicación: Junio de 2008

Aprobado para publicación: Septiembre de 2008



UNIVERSIDAD CES

Un Compromiso con la Excelencia

Resolución del Ministerio de Educación Nacional No. 1371 del 22 de marzo de 2007