

Volumen 7 N° 1 Enero - Junio, 2017

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

_ RECTOR

Ignacio Mantilla Prada

_ VICERRECTORÍA GENERAL

Jorge Iván Bula Escobar

_ VICERRECTORÍA ACADÉMICA

Juan Manuel Tejeiro Sarmiento

_ VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN

Carmen María Romero Isaza

_ VICERRECTORÍA SEDE BOGOTÁ

Jaime Franky Rodríguez

_ SECRETARÍA GENERAL

Catalina Ramírez Gómez

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

_ DECANATURA

Dairo Javier Marín Zuluaga

_ SECRETARÍA ACADÉMICA DE FACULTAD

María Doris Ballesteros Castañeda

_ VICEDECANATURA ACADÉMICA

José Manuel González Carreño

_ VICEDECANATURA DE BIENESTAR

Francisco Javier Acero Luzardo

_ DIRECCIÓN DE ÁREA CURRICULAR

Martha Lucía Sarmiento Delgado

_ DEPARTAMENTO DE CIENCIAS BÁSICAS

Carlos Alberto Serrano Méndez

_ DEPARTAMENTO DE SALUD ORAL

Claudia Patricia Peña Vega

_ DEPARTAMENTO DE SALUD COLECTIVA

Rafael Antonio Malagón Oviedo

_ CENTRO DE INVESTIGACIÓN Y EXTENSIÓN

Martha Esther Herrera Ruíz

_ REPRESENTACIÓN PROFESORAL

Gabriel Ignacio Patrón López

_ REPRESENTACIÓN ESTUDIANTIL

Arnol Jonathan Forero Pérez

ACTA

Odontológica Colombiana

ISSN - 2027-7822 | DOI: 10.15446/aoc
www.odontologia.unal.edu.co/actaodontologica.php
<http://dx.doi.org/10.15446/aoc>

ADMITIDA EN:

Índice de Publicaciones Científicas y Tecnológicas, **PUBLINDEX**.
Colciencias, Categoría C.

<http://publindex.colciencias.gov.co:8084/publindex/jsp/content/bbnp.jsp>

Sistema Regional de información en Línea para Revistas Científicas de
América Latina, El Caribe, España y Portugal, **LATINDEX**.

<http://www.latindex.unam.mx/buscador/ficRev.html?opcion=1&folio=17390>

Directory of Open Access Journals. **DOAJ**. doaj.org

_DIRECTOR

Dairo Javier Marín Zuluaga

_EDITOR

John Harold Estrada Montoya

_EDITORA ASISTENTE Y CORRECCIÓN DE ESTILO

Verónica Lozada Gallego

_DISEÑO Y DIAGRAMACIÓN

Tatianna Castillo Reyes

tatiannacastilloreyes@gmail.com

_PORTADA

Mosaico de graduados de la Escuela de Odontología,
Facultad de Medicina, Universidad Nacional de
Colombia, 1932 (Exposición interna de la facultad)

PERIODICIDAD SEMESTRAL

© 2017

Facultad de Odontología
Universidad Nacional de Colombia
Bogotá D.C., Colombia
Enero 1 de 2017

Para mayor información y contribuciones diríjase a:

JOHN HAROLD ESTRADA MONTOYA

*Universidad Nacional de Colombia,
Facultad de Odontología*

Editor Acta Odontológica Colombiana

Correos electrónicos

revista_fobog@unal.edu.co

actaodontologicacol@gmail.com

jhestradam@gmail.com

Teléfonos:

(57-1) 3165000 Ext 16019

_COMITÉ EDITORIAL

Dairo Javier Marín Zuluaga, PhD
Universidad Nacional de Colombia

John Harold Estrada Montoya
Universidad Nacional de Colombia

Martha Juliana Rodríguez Gómez, PhD
Universidad Santo Tomás

Luis Alberto Sánchez-Alfaro, PhD (c)
Corporación Universitaria Iberoamericana

Stefania Martignon Biermann, PhD
Universidad El Bosque

_COMITÉ CIENTÍFICO

João Carlos Gómez
Universidade Estadual de Ponta Grossa, Brazil

Eduardo Villamor
Universidad de Michigan

María Vallet Regí
Universidad Complutense de Madrid

Jaime Eduardo Castellanos Parra, PhD
Universidad El Bosque

Rafael Arcesio Delgado, PhD
Stony Brook University School of Dental Medicine

Contenido

Editorial 09 Editorial

Original research

Investigaciones originales

- Ethical-social and legal approaches in publishing committees in dentistry in Colombia* 11 Aproximaciones ético-sociales y jurídicas en los comités editoriales en odontología en Colombia
Carmen Alicia Cardozo de Martínez
Ana Delia González Monroy
- Basic income: a radical proposal social reform* 21 La renta básica: una propuesta radical de reforma social
Alejandra Amado Amado
María Alejandra Naranjo Olarte
Johanna Sareth Acuña Gómez
Wilson Giovanni Jiménez
- Right to safe and quality dental care: analysis of the Oral Health Policy of Pogotá 2011-2021* 41 Derecho a la atención odontológica segura y de calidad: análisis de la Política de Salud Oral de Bogotá 2011-2021
Gabriela Rueda Martínez
Aline Albuquerque
- The apparent impenetrability of university autonomy* 65 La aparente impenetrabilidad de la autonomía universitaria
César Mauricio Junca Rodríguez
- Factors associated with the academic performance of the students of dentistry in growth and development clinic* 81 Factores asociados al rendimiento académico de los estudiantes de odontología en la clínica de crecimiento y desarrollo
Liliana García Rosales
Virginia Moreno Juvinao

Efficacy of the sterilization process of Mini-Endo-bloc® 91 **Eficacia del proceso de esterilización de los Mini-Endo-bloc®**

Maritza Eraso Rodríguez

Maryury Hernández Rodríguez

Diana Marcela Fajardo

Javier Fernando Gutiérrez Barreto

Diana Parra Galvis

Individual and collective oral health for children and teenagers: a pedagogical experience in Universidad Nacional de Colombia 101 **Salud bucal individual y colectiva del niño y del adolescente: una experiencia pedagógica en la Universidad Nacional de Colombia**

Gloria Esperanza González Castro

Recovered readings

Lecturas recobradas

First update meeting in oral and maxillofacial pathology 121 **Primera Jornada de Actualización en Patología Oral y Maxilofacial**

Claudia Patricia Peña Vega

A physical-chemical view of science of materials and biomimetics in some odontological problems 137 **Una vista físico-química, de ciencia de materiales y biomimética en algunos problemas odontológicos**

Edgar Delgado Mejía

Instructions for writers 139 **Instrucciones para autores**

Index of published articles 171 **Índice de artículos publicados**

Sesquicentenario Universidad Nacional de Colombia 85 años Facultad De Odontología

Con este evento damos inicio a la celebración de dos momentos históricos importantes para nuestra comunidad y para el país. El primero de ellos, es el inicio del año del sesquicentenario de la Universidad Nacional de Colombia, la cual fue creada mediante la Ley 66 del 22 de septiembre de 1867, aprobada por el Congreso de los Estados Unidos de Colombia y propuesta por José María Samper. Esta joven institución que cumple 150 años de vida, ha jugado un papel central en el desarrollo científico, económico y cultural de nuestro país, lo que la ha convertido en el Alma Mater de la nación colombiana. Para celebrar su cumpleaños, la Dirección de la Universidad ha organizado un programa que se desarrollará en tres ejes: 1) legados: se pretende resaltar el aporte realizado por la UN al país y fundamentalmente el que continuará haciendo. Este eje comprende la realización de una publicación, un documental y una serie para televisión. 2) Mirada prospectiva: busca escribir la "Novísima historia de Colombia", para la enseñanza de la historia en primaria y secundaria. 3) Convocatoria Aporte a la Nación: busca entregar a las comunidades soluciones innovadoras a problemas concretos.

El segundo evento que empezamos a celebrar es el cumpleaños No. 85 de nuestra facultad. La primera vez que en el país se ofreció la carrera de odontología vinculada a una institución universitaria fue en 1932, cuando la Escuela Dental Nacional, mediante el decreto 111 del 20 de enero de 1932, durante la presidencia de Enrique Olaya Herrera, se incorpora a la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia, bajo el nombre de Escuela Nacional de Odontología. En 1941, esta Escuela pasaría a ser la actual Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Colombia (FOUN)¹. Sin embargo, nuestras raíces llegan hasta el siglo XIX: en el archivo de la Facultad reposa un mosaico del año 1897, donde se encuentra una promoción de graduados de la Escuela Dental de Bogotá, fundada por el Dr. Guillermo Vargas Paredes, padre de la Odontología colombiana; en esta Escuela se formaron los odontólogos que fundarían luego la Escuela Dental Nacional, a la cual me referí al principio de este párrafo. También ha sido pionera nuestra facultad en la promoción de la equidad de género en el acceso a la educación universitaria. Las primeras mujeres graduadas de esta Facultad fueron las Doctoras Magdalena Cancino de Fressen y Blanca Garavito Rojas, en la promoción de 1940.

Pero nuestra Facultad no sólo fue la primera, ha sido además referente para el desarrollo de la profesión en el país. Son muchas las personas que al frente de la administración han trabajado denodadamente por construir y mantener la excelencia académica, el primer Director de la Escuela Nacional de Odontología fue el Doctor Miguel Atuesta Azuero, con el que, junto con los demás directores y decanos, se ha logrado construir un legado. Hacemos un homenaje de reconocimiento a estas personas, pues lo que hoy somos como facultad lo debemos en gran medida a su gestión y la de sus equipos de trabajo, pero particularmente a la labor rigurosa de profesores, estudiantes y personal administrativo, que en cada momento de nuestra historia, han

1 Benjamín Herazo Acuña. La Odontología en Colombia. Reseña Biográfica. ECOE ediciones. Bogotá, 1994.

respondido para consolidar lo que somos. A todos ellos queremos hoy dar un grande y sincero: gracias. Pueden estar seguros que hemos recibido de ustedes el testimonio, al mejor estilo de una carrera de relevos, y que estamos, igual que ustedes lo hicieron, trabajando duro por consolidar lo aprendido y ampliar nuestro horizonte y el de la odontología colombiana.

Son varios los retos que la Facultad debe encarar en el futuro inmediato, los siguientes son algunos de ellos:

- Entender y aportar al mejoramiento de la salud bucal de los colombianos, a la luz de los resultados del IV Estudio Nacional de Salud Bucal (Ministerio de Salud y Protección Social), en un escenario de post-acuerdo que aún no tenemos claro cómo afectará los procesos de formación, investigación, extensión y ejercicio profesional.
- Consolidar el liderazgo de la Facultad de Odontología de la UN, mejorando su visibilidad e influencia en el ámbito local y regional, a la vez que se proyecta internacionalmente.
- Aportar en la construcción e implementación de las políticas de salud bucal en el país y de aseguramiento de la calidad académica de la profesión, en particular en la construcción de los criterios para la acreditación de los programas de posgrado.

La facultad hoy se encuentra reflexionando sobre una Reforma Académica que responda a los retos actuales y la proyecte como espacio de pensamiento crítico con responsabilidad social. Gracias a todos los profesores y estudiantes por sus valiosos aportes en este proceso que es vivo y vital para nuestra institución, la profesión y el país.

Para la celebración de sus 85 años, la facultad ha organizado un gran evento académico, durante los días 25 y 26 de agosto, en el Centro Empresarial El Cubo de Colsubsidio, invitamos a todos los odontólogos del país a participar en este evento, el cual esperamos sea el más importante encuentro académico de la profesión en el presente año. En el marco de este evento, realizaremos el encuentro de nuestros egresados, para lo cual invito a todos nuestros egresados y egresadas a agendar estos días, para que cumplamos la cita con nuestra facultad.

Finalmente, les quiero contar que la actual administración de la facultad se adelanta la gestión para buscar un nuevo edificio para el desarrollo de sus actividades de docencia, investigación y extensión. Entre otras acciones, se ha creado un fondo de infraestructura, el cual esperamos alimentar con recursos propios y con donaciones de toda la comunidad (egresados, pensionados, profesores, estudiantes, personal administrativo, empresa privada). Con este fondo, esperamos conseguir los recursos para la intervención y adecuación de nuestro nuevo edificio. Hoy les quiero pedir que nos apropiemos de esta campaña y nos ayuden a impulsarla entre todos sus amigos y compañeros, de manera que le demos de regalo de 85 años a la Facultad de Odontología de la UN, la posibilidad de tener un nuevo edificio.

Dairo Javier Marín Zuluaga, Phd
*Decano Facultad de Odontología
Universidad Nacional de Colombia*

Carmen Alicia Cardozo de Martínez ¹

Ana Delia González Monroy ²

RESUMEN

Las buenas prácticas en investigación incluyen la excelencia, el rigor y la transparencia en sus publicaciones producto, las cuales son avaladas por los comités editoriales para su divulgación entre la comunidad tanto científica como de no expertos. Este recorrido implica el cumplimiento de una responsabilidad con la comunidad de pares que comparten y utilizan esta información como parte de un mundo global en ciencia y, además, un compromiso moral con la sociedad que reclama sus avances para su conocimiento, progreso o bienestar. Los comités editoriales deben asumir el reto de garantizar la idoneidad en ciencia por ser el eslabón final de una cadena de producción científica, apropiándose del conocimiento y estrategias para evitar las malas prácticas y las faltas a la integridad científica. El objetivo de este artículo es aportar elementos para la reflexión ética de los miembros de comités editoriales, quienes deben garantizar la divulgación de una investigación íntegra desde todas las perspectivas.

PALABRAS CLAVE:

Investigación, Revisión de integridad científica, Políticas editoriales

ABSTRACT

Research Best Practices include excellence, the rigor and transparency in the publications of the same product, which are endorsed by the editorial boards for community outreach both scientific and non-experts. This route involves the fulfillment of a responsibility to the community of peers who share and use this information as part of a global world in science and the other a moral commitment to society that demands their progress for knowledge, progress and welfare. The editorial boards should take on the challenge of ensuring the suitability science as the final link in a chain of scientific production, appropriating all knowledge, strategies to prevent malpractices and lack to the scientific integrity.

KEY WORDS:

Research, Scientific integrity review, Editorial policies

* Artículo original de reflexión teórica, derivado de la experiencia en investigación sobre la ética en investigación biomédica y su relación con el derecho administrativo de las dos autoras.

¹ OD, MSc Fogarty International Scholar en Ética en Investigación Biomédica y Sicosocial, OPS/OMS Universidad de Chile. Profesora del Programa de Formación en Investigación Clínica Facultad de Ciencias Químicas y Farmacéuticas, Universidad de Chile.

E-mail: carmen_aliciademartinez@yahoo.co.uk

² Abogada, Especialista en Derecho Administrativo y Magistra en Estudios Políticos. Investigadora y consultora independiente.

E-mail: anitagonzalez-monroy@gmail.com

Citación sugerida

Cardozo CA, González AD. Aproximaciones ético-sociales y jurídicas en los comités editoriales en odontología en Colombia. Acta Odont Col [en línea] 2017,7(1): 11-20 [fecha de consulta: dd/mm/aaaa]; Disponible desde: <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/actaodontocol>

Recibido 25 de noviembre de 2016

Aprobado 5 de febrero 2017

Publicado 1 enero de 2017

Introducción

Las crecientes denuncias a investigadores e instituciones (1) por el incumplimiento de requisitos tanto de Buenas Prácticas de Investigación como de una serie de acuerdos, pautas, principios y regulaciones, así como la recurrencia del plagio, fraude, autorías fantasma, suplantación, referencias indebidas: evidencian la importancia del actuar de los comités editoriales y los editores de revistas científicas. En particular en odontología, la red social Retractionwatch (2) ya cuenta entre sus registros de invalidación o retiro de publicaciones, lo que significa que aquellas que son producto de investigaciones o acciones clínico terapéuticas o de salud pública pueden tener errores de diseño, ejecución o interpretación o que pueden ser inválidas o, no incluir protección de las personas, los animales o los datos incluidos en la publicación. Son cada vez más evidentes las faltas a la integridad científica, particularmente en Colombia, donde éstas afectan hasta a los estudiantes de profesiones en salud.

En Colombia, los comités editoriales de las revistas científicas y divulgativas en el campo de la odontología se enfrentan, como la mayoría de los comités editoriales a nivel educativo, a los retos impuestos por los sistemas de investigación que exigen validez, credibilidad, reproducibilidad, recto proceder, transparencia y calidad, condiciones que permiten que los productos de la comunidad científica puedan ser conocidos, debatidos y evaluados por la sociedad. Actualmente, la Política para Mejorar la Calidad de las Publicaciones Científicas Nacional de Colciencias, pretende dentro de uno de sus objetivos, "aumentar la participación de los investigadores nacionales en la producción científica internacional en revistas científicas indexadas en índices de citacionales de alto impacto" (3), lo que llevaría a reducir su crecimiento y fortalecimiento, especialmente de aquellas que están iniciando sus procesos en los últimos diez años, pues no cumplirían con los atributos definidos para su sostenimiento en el sistema. Cabe resaltar, igualmente, que una política pública no debe obedecer exclusivamente a las necesidades de integrar el país a la comunidad mundial, sino más bien lograr el fortalecimiento de las características y condiciones propias de nuestra investigación, para lograr, sin perder la identidad, articularse con los desarrollos globales. Esto implicaría la generación de una ciencia libre de presiones económicas en el modelo neoliberal imperante. No puede existir la ciencia por la ciencia, debe existir como un medio de conocimiento, enriquecimiento y crecimiento global del entorno vivo.

Por ello, los comités editoriales tienen la responsabilidad y la posibilidad de trazar el camino expedito hacia el reconocimiento y legitimidad de la producción académica y, en general, docencia asistencial de las instituciones logrando de esta manera, responder a las expectativas de la sociedad. Sumado a esto, se debe tener en cuenta que los actuales esquemas de certificación y acreditación institucional que evalúan como indicador positivo de logro, deben contar con publicaciones no sólo indexadas sino altamente referenciadas para categorizar el "impacto" de las instituciones en el medio. Lo anterior ha permitido que los comités editoriales, entendidos como equipos humanos que —dentro del campo de conocimiento que sea pertinente— son quienes revisan, asesoran, identifican y viabilizan las publicaciones, sean cada vez más rigurosos al momento de cumplir su tarea. Los comités editoriales transitan desde el estudio de la propuesta académica hacia la veeduría de la calidad editorial, entendida desde su concepción metodológica, la garantía de los derechos humanos y constitucionales de los participantes, la calidad e idoneidad de los reactivos y de los autores, y el cumplimiento de acuerdos nacionales e internacionales en torno a la investigación o actividad asistencial o de producción.

La internacionalización de las acciones investigativas como académicas obligan al uso de lenguajes universales, a cumplir con estándares altos de calidad que cobijan aquellos que son estipulados en su interior por las instituciones o entidades y los que en el campo internacional, sirven como referentes éticos para la divulgación y publicación de nueva información científica y académica. Para Colombia es un reto en tanto que forzosamente van encaminados a crear mecanismos de autorregulación no sólo de los investigadores, sino de quienes son llamados a avalar lo que se pretende publicar, ya que, en todo caso, se procurará garantizar la ausencia de plagio, la veracidad de los datos, la protección de los sujetos de investigación ya sea humanos o animales y demás información relevante, así como la debida utilización y la transparencia en el proceso de investigación y publicación. Los miembros de los comités editoriales deben contar no sólo con un bagaje de conocimiento específico en su campo de competencia y experticia sino además debe conocer las pautas, normas, guías y regulaciones referentes a los productos publicables.

Como consecuencia, dada la importancia que reviste hoy la investigación científica y la publicación de los resultados, es necesario analizar los conflictos que hasta ahora se presentan y aportar elementos para la reflexión ética de miembros de comités editoriales, quienes son llamados a la divulgación de una investigación íntegra desde todas las perspectivas.

Estos aportes se harán a través de la identificación de las funciones y los alcances de los comités editoriales y de la identificación de los conflictos legales y éticos más conocidos hasta el momento en las publicaciones científicas, tales como el plagio, la falsedad y el manejo de las bases de datos cuando se trata del estudio, análisis, evaluación y aprobación de un artículo científico o académico que serán objeto de publicación posterior, para plantear luego los retos a lo que se enfrentan, en un mundo globalizado, los comités editoriales.

Funciones y alcances de los comités editoriales

Los comités editoriales en Colombia no tienen reglamentación legal específica, aunque están mencionados en la Ley de Democratización y Fomento del Libro. Dicho documento no determina la conformación del comité ni establece las normas que los protege o la manera cómo desde la perspectiva legal o ética se evalúa su conducta frente a las responsabilidades de su actuar; no obstante, sí define la política pública para las publicaciones de carácter cultural y científico (4). Delega, además, por decreto reglamentario de la misma norma, al Director General de Bibliotecas para que evalúe el cumplimiento o no del carácter científico de las publicaciones. Por ello, en aplicación de esta política, su conformación, operatividad, funciones, alcances, competencias y demás características las delimitan las instituciones a las cuales están vinculados. Sin embargo, pese a que no se cuenta con una reglamentación formal, en el campo internacional existen pautas que orientan su funcionamiento del todo el circuito, e incluyen las del Comité de Ética para Publicaciones – COPE. Este comité se fundó como una entidad sin ánimo de lucro en Reino Unido en 1997, con el propósito de registrar las conductas que se consideran faltas a la ética en las investigaciones y las publicaciones, divulgando en el año 2004 su primer código de ética para editores. Adicionalmente, se cuenta con el Consejo de Editores Científicos (Council of Scientific Editors, CSE), el Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas (International Committee of Medical Journal Editors, ICMJE), la Asociación Mundial de Editores Médicos (World Association of Medical Editors, WAME) entre otros.

En la práctica, la conformación de los comités editoriales se basa en la experticia en la materia objeto de estudio de quienes son convocados como miembros, en la hoja de vida que respalda al convocado y en el reconocimiento que tenga en la comunidad científica o académica. Se pretende, en general, que sus miembros sean representativos del campo del conocimiento propio de la revista y que su vinculación se haga formalmente de acuerdo con las normas de cada institución. Por transparencia en los procesos de evaluación y selección de las publicaciones, se vinculan personas externas a la institución buscando así garantizar la ausencia de conflictos de interés. Sin embargo, la actual dinámica investigativa exige la consideración interdisciplinaria e intersectorial promoviendo la mayor cantidad de actores involucrados en la evaluación de los documentos publicables sin que exista la posibilidad de sufragar los costos de su participación por lo que debe hacerse *ad honorem* contando con la buena voluntad de su respuesta.

Ante la exigencia de calidad, rigor, veracidad y transparencia de las publicaciones científicas, el Consejo de Editores Científicos ha establecido políticas que contribuyen a garantizar la aplicación de normas, valores y principios en las publicaciones haciendo eco de la responsabilidad social de la ciencia (5). Los recientes casos de retiro de publicaciones en revistas de reconocimiento mundial evidencian una postura rigurosa y de defensa por la integridad científica, por encima, incluso, del interés particular de quien investiga y publica.

En el caso de la investigación con animales, donde existe tanta polémica a nivel mundial, subyace una clara política y acuerdos que cumplir, se han diseñado guías que ayudan a los comités editoriales a exigir a los investigadores el cumplimiento de normas y regulaciones en el marco de la investigación:

Las directrices ARRIVE (Animal Research: Reporting of In Vivo Experiments) se desarrollaron como parte de una iniciativa de NC3Rs para mejorar el diseño, análisis y publicación de investigación con animales – maximizando la información publicada y minimizando estudios innecesarios. Las directrices se publicaron en la revista PLOS Biology en Junio del 2010 y están actualmente respaldadas por revistas científicas, sociedades académicas y los principales organismos de financiación (6).

Algunos comités editoriales definen sus actividades a través de sus actos de creación, reglamentando, inclusive, el procedimiento para decidir sobre el plagio, los conflictos de interés y la protección de la propiedad intelectual. Otros comités son solamente asesores, mientras que las determinaciones finales son asumidas por otra instancia académica o administrativa. Sin embargo, estos grupos se ven obligados a someterse a los lineamientos establecidos como política del Estado a través de Colciencias, desde quienes determinan los criterios de inclusión y exclusión de las revistas y su posicionamiento obedeciendo preferencialmente estándares externos que posicionen a Colombia en el entorno mundial, desconociendo las condiciones y desarrollos locales.

Conflictos legales y éticos de las publicaciones científicas

Las faltas a la integridad en las publicaciones podríamos agruparlas en incorrecciones claramente definidas en la normatividad legal, en los manuales de buenas prácticas y aquellas que constituyen malas prácticas o mala conducta desde su calificación moral o ética sin que, por ello, se asuma su

exclusión por parte de los comités. En la actualidad, se busca definir cada vez con mayor precisión los diferentes tipos de "inconductas" o faltas relacionadas con todo el proceso de las publicaciones.

Para hablar sobre los conflictos legales y éticos de los Comités Editoriales en las publicaciones científicas, partiremos del concepto que en Colombia se tiene sobre la propiedad intelectual, ya que es ésta la fuente primigenia de lo publicado, para luego detenernos en la identificación de los "delitos" más comunes que la afectan, el propósito de señalar la responsabilidad legal y ética de los Comités Editoriales en la aprobación para publicación de dichos artículos.

Para ello, es preciso señalar que:

(...) La propiedad intelectual comporta aquella disciplina normativa a través de la cual se busca proteger y asegurar las creaciones intelectuales surgidas del esfuerzo, el trabajo o la destreza del hombre, que en todos los casos son dignas de obtener el correspondiente reconocimiento y salvaguarda jurídica. El concepto de propiedad intelectual, abarca en un primer aspecto la propiedad industrial que se refiere esencialmente a la protección de las invenciones, las marcas comerciales y de fábrica, los diseños industriales, el nombre comercial, los modelos de utilidad, la enseña y el control y represión de la competencia desleal; y en un segundo aspecto, el derecho de autor, que comprende las obras literarias, científicas y artísticas, otorgando también la debida protección a los artistas, intérpretes y ejecutantes, a quienes son productores de fonogramas y a los propios organismos de radiodifusión respecto de su emisión (...) (7).

En realidad, en Colombia se reconoce la protección constitucional (8) y legal (9) para la propiedad intelectual y los derechos de autor bajo la premisa de que con dicha protección se están resguardando dos elementos consustanciales a la esencia misma de la creación artística, científica o literaria como lo es "El derecho moral o personal, que nace de la obra misma como resultado del acto creativo y en ningún caso del aval otorgado por la autoridad administrativa" (9). Lo cual se manifiesta, según la Corte Constitucional, en el derecho que le asiste al titular de dar a conocer su obra, de exigir el reconocimiento de su "paternidad intelectual" o de exigir respeto a la integridad de su obra; pues como manifestación expresa de su autonomía, será en virtud de dicha protección legal que el autor de la obra buscará el reconocimiento de otros y respeto por su creación, todo esto respalda es el derecho patrimonial sobre los cuales, el autor tiene plena disposición, siempre con sujeción a la ley.

En Colombia, el Artículo 61 de la Constitución Política exhorta: "El Estado protegerá la propiedad intelectual por el tiempo y mediante las formalidades que establezca la ley" (10), refiriéndose con este concepto a una sumatoria de derechos que van desde la creación intelectual que son reconocidos para "estimularla y recompensarla" y otros que medie o no creación intelectual, que se otorgan con la finalidad de regular la competencia entre productores. Sobre este punto, valga citar la posición de la Corte Constitucional al respecto, a través de la Sentencia C-276 de 1996, para aclarar, posteriormente, el valor moral y personal que tienen los derechos de autor cuando se trata de publicaciones científicas:

El concepto de propiedad intelectual ha evolucionado; es así como en el marco de un Estado Social de Derecho, en el que la propiedad asume un carácter instrumental, que como tal contribuye a la realización del individuo en condiciones

de libertad e igualdad, dicho concepto, el derecho de propiedad intelectual, se reconoce en cabeza de quien es creador de una obra (literaria, artística, científica, musical, teatral o audiovisual), si bien se refiere de manera especial a las expectativas de explotación económica que de él surgen, no se reduce a ellas, que apenas constituyen una de las dimensiones del "derecho de autor"; la otra, es la referida a los derechos morales o personales, que se caracterizan por ser inalienables, imprescriptibles e irrenunciables; no obstante, el Estado tiene una injerencia más activa en lo que hace a la dimensión patrimonial, pues respecto de ella está obligado a intervenir no sólo para efectos de garantizarla sino también de regular el derecho de disposición que el titular tiene sobre la misma, lo que justifica el concepto genérico, que utilizó el Constituyente en nuestro ordenamiento superior, siguiendo la tendencia de la doctrina internacional (11).

En el marco de discusión se plantea entonces que, si bien es cierto el derecho de autor protege toda clase de obras intelectuales, en tanto creaciones originarias o primigenias, como lo afirma la Corte Constitucional, protegidas por la ley, es forzoso para los miembros de los comités editoriales, entender el contenido y alcance de lo que compone todo el proceso de investigación y de divulgación en términos del papel garante de transparencia e idoneidad dentro de la evaluación de quien investiga y publica, evitando en consecuencia la transgresión de la norma.

Entonces, el objeto del concepto de derecho de autor está en la obra creada, ya que es ella el resultado del poder creador y de la inteligencia del autor, pues como lo refiere el Juez Constitucional "(...) la expresión personal de la inteligencia que desarrolla un pensamiento que se manifiesta bajo una forma perceptible, tiene originalidad o individualidad suficiente, y es apta para ser difundida y reproducida" (12), agregando con ello, que lo que es protegido con los derechos de autor no son las ideas sino las creaciones formales. Baste lo anterior para subrayar que los derechos de autor permiten estudiar la responsabilidad de los comités editoriales cuando a su estudio, se someten creaciones científicas que en su mayoría, son objeto de publicación por revistas especializadas.

Cuando un comité editorial recibe un artículo para su revisión y aprobación, lo hace bajo el entendido de que el autor ha cumplido con unas normas de conducta y unas pautas éticas en la elaboración del mismo. El proceso se inicia sobre la obligación moral que tiene el autor con la profesión que representa, con el gremio al que pertenece, y, finalmente, con la sociedad, ya que será ésta quien finalmente se beneficie con lo publicado. Aunque los comités editoriales actúen siempre bajo la presunción de la buena fe de quien los escribió tienen la obligación de ratificar y verificar el cumplimiento de todas y cada una de estas normas y consideraciones. Deben conocer el diseño metodológico, análisis estadístico, análisis de resultados y su validez, etc. Es decir, deben comportarse globalmente como pares de la investigación a publicar. Igualmente, como en ningún otro espacio de la investigación, los miembros deben reconocer sus limitaciones y recurrir, cuando sea necesario, a las personas que tienen el conocimiento y manejan los acuerdos o requisitos.

Sin embargo, bajo este pacto toda publicación científica y académica, debe atender unos mínimos éticos que, sin ser excluyentes, su inobservancia puede terminar en procesos de responsabilidad civil (reparación de daños morales y económicos); procesos penales, cuando las conductas que atentan contra dicha autoría están contempladas en la legislación nacional como delitos; en responsabilidad disciplinaria, cuando se está frente a una conducta no ética que amerita una sanción moral que, no por ello, deja de ser legal por parte del gremio profesional al que pertenece el posible infractor; responsabilidades que no excluyen la sanción social o moral del grupo al que se pertenezca.

"Cada creación humana se apoya en lo que otros han hecho previamente. Si utilizamos obras ajenas con plena conciencia de ello, una norma ética ineludible es reconocerlas explícitamente. El derecho de autoría queda respaldado en las publicaciones científicas" (13). Bajo esta premisa, se identifican dentro de las publicaciones científicas formas incorrectas de obtener la información objeto de publicación dentro de las cuales se tiene el plagio.

Para la Real Academia Española (14), plagiar (del latín *plagiäre*) es copiar en lo sustancial obras ajenas, dándolas como propias. Constituye, por lo tanto, un acto fraudulento, en el cual existe presunción de intencionalidad, en el sentido de hacer aparecer un determinado conocimiento, labor o trabajo, como producto propio y de desconocer la participación de otros en su generación, aplicación o en su perfeccionamiento (15).

Aquí retoma importancia el valor moral o personal de la obra creada por el autor primigenio, pues fue su iniciativa, inteligencia y capacidad la que permitió que otros conocieran el producto de su propio trabajo e inventiva, autoría que se considera como un derecho de rango fundamental:

[...] En cuanto la facultad creadora del hombre, la posibilidad de expresar las ideas o sentimientos de forma particular, su capacidad de invención, su ingenio y en general todas las formas de manifestación del espíritu, son prerrogativas inherentes a la condición racional propia de la naturaleza humana, y a la dimensión libre que de ella se deriva. Desconocer al hombre el derecho de autoría sobre el fruto de su propia creatividad, la manifestación exclusiva de su espíritu o de su ingenio, es desconocer al hombre su condición de individuo que piensa y que crea, y que expresa esta racionalidad y creatividad como manifestación de su propia naturaleza. Por tal razón, los derechos morales de autor, deben ser protegidos como derechos que emanan de la misma condición de hombre. Sentencia C-155 de 1998 (M.P. Vladimiro Naranjo Mesa) (16).

Bajo esta modalidad en Colombia el plagio está tipificado en el Art. 271 de la Ley 1032 de 2006 que señala textualmente:

Art. 271: Violación a los derechos patrimoniales de autor y derechos conexos. Incurrirá en prisión de cuatro (4) a ocho (8) años y multa de veintiséis punto sesenta y seis (26.66) a mil (1.000) salarios mínimos legales mensuales vigentes quien, salvo las excepciones previstas en la ley, sin autorización previa y expresa del titular de los derechos correspondientes: 1. Por cualquier medio o procedimiento, reproduzca una obra de carácter literario, científico, artístico o cinematográfico, fonograma, videograma, soporte lógico o programa de ordenador, o, quien transporte, almacene, conserve, distribuya, importe, venda, ofrezca, adquiera para la venta o distribución, o suministre a cualquier título dichas reproducciones [...] (Subrayo fuera del texto) (16).

No obstante, más allá de la vulneración de los derechos del autor como sujeto racional, moral y creador, se atenta contra el interés público pues al ser una obra plagiada –no original– engaña al consumidor (17), quien, en muchos casos, es el que da cuenta de los engaños de que es objeto,

cuando ha creído en el ámbito de la buena fe, que una investigación o una publicación es del autor que se presenta como tal cuando no lo ha sido¹.

Constituyen también faltas en las publicaciones la autorreferenciación o autoplagio, las autorías fantasma (aquellos casos de autores que figuran en una publicación pero que no realizaron el trabajo), la sustitución, falsificación, invención de datos, la apropiación de ideas de otro, la exclusión de autores (18). En las instituciones académicas la publicación de los resultados de las tesis de los estudiantes como artículos originales de los profesores, la presentación en simultánea a dos revistas de un mismo artículo en dos idiomas como si fueran diferentes con el fin de conseguir puntaje por producción. La autoría fantasma que ocurre en casos en que se puede "mandar a escribir" un artículo por parte de un supuesto experto en escribir y publicar. Otro aspecto muy importante es la incapacidad o la falta de declaración de conflictos de interés que se presenta especialmente en los evaluadores o denominados pares quienes se dejan llevar por sus sentimientos adversos con la persona que produjo el escrito y no lo expresan, por ejemplo.

Otro problema muy frecuente especialmente en la publicación de la investigación con seres humanos haber omitido el consentimiento informado y dado que el comité editorial no lo exige contribuye, así igualmente a la violación de los derechos humanos de las personas.

Los miembros de los comités editoriales también deben contar con espacios colectivos de reflexión y análisis sobre autorías fantasma, suplantación y demás nuevas formas de transgredir la integridad científica en investigación. Deben conocer las fuentes de financiación y no permitir que la declaración de ausencia de conflicto de intereses se convierta en otro chequeo administrativo vacío como lo fue durante mucho tiempo el consentimiento informado.

Retos de los comités editoriales

La investigación como proceso social tiene una metodología, modos, sistemas y procedimientos universales para su desarrollo, situación que debe ser ampliamente conocida por los miembros de los comités editoriales quienes constituyen el último eslabón de la cadena del proceso investigativo.

La existencia de acuerdos consensuados como en el caso de las guías ARRIVE evidencian la urgencia de contar con miembros idóneos de los comités editoriales, quienes deben estar capacitados en el campo jurídico y permanentemente involucrados en las deliberaciones éticas sobre los valores que fundamentan el desarrollo científico, así como el conocimiento sobre metodologías y diseños de proyectos de investigación, al igual que análisis de los resultados y discusión.

El reto mayor tal vez lo tengan los comités editoriales de las instituciones universitarias, particularmente de las facultades de odontología o de programas afines desde donde se promueve la publicación de las tesis de grado tanto de pregrado como de posgrado, pues en general no existe dentro de los programas de formación, contenidos, entrenamientos o cursos de capacitación en ninguno de estos grados de escolaridad, relacionados con la responsabilidad legal y ética que lleva

¹ En Colombia, la entidad del orden nacional delegada para la administración de los derechos de autor y los demás derechos conexos es la Dirección Nacional de Derechos de Autor creada como una Unidad Administrativa Especial adscrita al Ministerio del Interior encargada de diseñar, dirigir, administrar y ejecutar las políticas nacionales en esta materia.

implícita la publicación. Al generarse espacios nuevos de análisis y debate alrededor del deber ser en la investigación, publicación y edición, se tendrá mayor conciencia sobre la necesidad de la verdad. Por ello, cada vez más se vinculan expertos en los temas objetos de estudio a los comités editoriales, dejando de lado la importancia que tiene la propiedad intelectual, los derechos de autor, las normas éticas internacionales para la publicación de resultados de investigación realizada en seres vivos, sus partes y sus extensiones (células, ADN) (18), sin las cuales, es claro que no se puede tener seguridad sobre la veracidad que debe ofrecer la ciencia y de paso, el investigador.

Bibliografía

1. **Steen RG, Casadevall A, Fang FC.** Correction: Why Has the Number of Scientific Retractions Increased? PLoS ONE, 2013, 8(7). Disponible en: <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/annotation/Od28db18-e117-4804-b1bc-e2da285103ac>
2. **Portal Reactionwatch [Página principal]** Disponible en: <http://retractionwatch.com/?s=dentistry>
3. **Marín D.** A propósito del nuevo modelo de indexación de revistas científicas de Colciencias. [Internet] 2016, Dic. [citado el 18 de febrero de 2017]; 6(2): pp, 9-10. Disponible en: <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/actaodontocol/issue/view/4628>
4. **Ley 98 de 1993 Diario Oficial No. 41.151** de diciembre 23 de 1993. Por medio de la cual se dictan normas sobre democratización y fomento del libro colombiano. Disponible en: <http://www.mineducacion.gov.co/1621/article-104559.html>
5. **Consejo de Editores Científicos.** Políticas editoriales aprobadas por la Junta Directiva del Consejo de Editores Científicos [Editorial policy statements approved by the CSE Board of Directors]. Rev Panam Salud Publica. 2004; 16(1):52-61.
6. **Kilkenny C, Browne W; Emerson M, Altman D.** The ARRIVE Guidelines: Animal Research: Reporting of In Vivo Experiments. [Internet]. 2010, Junio; 8(6): Disponible en: <http://journals.plos.org/plosbiology/article?id=10.1371/journal.pbio.1000412>
7. **Corte Constitucional.** Sentencia C - 975 de noviembre 13 de 2002. Colombia. MP. Escobar Gil, Rodrigo.
8. **Constitución Política de Colombia, 1991, art. 61.**
9. **Ley 23, 1982.** Ley 44, 1993. Decreto Nacional 1474, 2002. Ley 599, 2000 artículos 270 (Modificado por el artículo 14 de la Ley 890 de 2004), 271 y 272 (Modificados en su orden por los artículos 2 y 3 de la Ley 1032 de 2006)
10. **Corte Constitucional.** Sentencia C - 296 de junio 20 de 1996. Colombia. MP. Ortiz Gutiérrez, Julio César.
11. **Lipszyc D.** Derechos de autor y Derechos conexos. Ediciones Unesco Cerlalc, 1993

12. [Reyes H.](#) El plagio en publicaciones científicas. Rev. méd. Chile [revista en la Internet]. 2009 Ene [citado 2009 Jun 24]; 137(1): 7-9. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872009000100001&lng=es.
13. [Diccionario de la Real Academia Vigésima segunda edición.](#) Disponible en: http://buscon.rae.es/draeI/SrvltConsulta?TIPO_BUS=3&LEMA=cultura
14. [Rosselot JE, Bravo M, Kottow M, Valenzuela Y, et al.](#) En referencia al plagio intelectual. Documento de la Comisión de Ética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. Rev. méd. Chile [revista en la Internet]. 2008 Mayo [citado 2009 Jun 24]; 136(5): 653-658. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872008000500016&lng=es.
15. [Sentencia C-053 de 2001 M.P.](#) Cristina Pardo Schlesinger
16. [Girón S.](#) Anotaciones sobre el plagio. Universidad Sergio Arboleda, 2008.
17. [Litewka S.](#) La integridad en investigación científica. En Zamudio T (editora). Bioética: Herramienta de Políticas Públicas y Derechos Fundamentales en el Siglo XXI. Universidad Museo Social Argentino. 2012
18. [Cardozo de Martínez CA, Sorokin P, Sotomayor MA.](#) Bioética y derecho a decidir sobre el propio cuerpo, sus extensiones, productos y derivados: el discutible caso de las células hela. Medicina & Laboratorio 21(11-12), 2015.

La renta básica: una propuesta radical de reforma social*

Basic income: a radical proposal social reform*

Alejandra Amado Amado 1

María Alejandra Naranjo Olarte 2

Johanna Sareth Acuña Gómez 3

Wilson Giovanni Jiménez 4

RESUMEN

Introducción: cada vez toma más fuerza desligar el ingreso de las personas del trabajo, debido a factores como la automatización de la producción. En este contexto emerge la Renta Básica como propuesta de transformación social, política y económica. **Objetivo:** reflexionar acerca de cómo ha evolucionado el concepto de Renta Básica, las potencialidades y riesgos de implementarse. **Materiales y métodos:** revisión sistemática de literatura en las bases de datos como SciELO, RedALyC, y otras fuentes como libros y páginas web. **Resultados:** la Renta Básica es una estrategia que pueden acoger los gobiernos para reducir la desigualdad en la distribución de la riqueza. Su implementación tiene impactos positivos sobre la salud al reducir el estrés y el impacto de determinantes sociales económicos sobre individuos y sociedades. **Conclusión:** esta propuesta garantiza derechos fundamentales como: libertad y autonomía y fomenta la redistribución equitativa de los recursos a toda la población. No obstante, es necesario que la población comporte un cambio cultural encaminado hacia el progreso, en la que no se genere la disminución de la productividad y el conformismo.

PALABRAS CLAVE:

Equidad, Renta, Equidad de cobertura, Condiciones Sociales, Asignaciones familiares.

ABSTRACT

Introduction: Increasingly takes more strength in countries with advanced economies decouple people's income from work, due to different factors such as production automation. In this context emerges the Basic Income as a proposal for social, political and economic transformation. **Objective:** To reflect on how it has evolved the concept of Basic Income, and the opportunities and risks when implemented. **Materials and Methods:** It has been made a systematic review of relevant literature from the databases like SciELO, RedALyC, and other sources such as books and web pages. **Results:** Basic Income is a strategy that can be used by governments to reduce inequality in the distribution of wealth. Its implementation has positive impacts on health by reducing the stress and impact of social economic determinants on individuals and societies. **Conclusion:** Basic Income is a strategy that guarantees fundamental rights such as freedom and autonomy; and encourages the equitable redistribution of resources to the entire population. Although this requires that people have a cultural change aimed towards progress in order to avoid in population decreased productivity and conformism.

KEY WORDS:

Equity, Income, Coverage equity, Social Conditions, Familiar Allocations.

* Artículo original de reflexión teórica. Hace parte de la investigación en desarrollo denominada: "Percepciones Sociales Acerca de la Posibilidad de Implementar una Renta Básica Universal en Colombia", de la que hace parte la tesis doctoral de la estudiante Johanna Sareth Acuña y los trabajos de grado como Especialistas en Gerencia y Auditoría en Calidad en Salud de las estudiantes Alejandra Amado y María Alejandra Naranjo. El proyecto es financiado por la Universidad Jorge Tadeo Lozano, a través de recursos destinados para dicho fin mediante la convocatoria interna de investigación número 13 de 2016.

1 Estudiante de Especialización en Gerencia y Auditoría de la Calidad en Salud, Universidad de Bogotá Jorge Tadeo Lozano. Odontóloga, Universidad del Bosque. E-mail: alejandra.amadoa@utadeo.edu.co

2 Estudiante de Especialización en Gerencia y Auditoría de la Calidad en Salud, Universidad de Bogotá Jorge Tadeo Lozano. Instrumentadora Quirúrgica, Fundación Universitaria del Área Andina. Instrumentadora Quirúrgica, Clínica Vital Center. E-mail: mariaa.naranjo@utadeo.edu.co

3 Estudiante de Doctorado en Modelado en Política y Gestión Pública, Universidad de Bogotá Jorge Tadeo Lozano y Università Degli Studi Di Palermo (Italia) Magister en Administración, Universidad de La Salle; Odontóloga, Universidad Nacional de Colombia. Profesora de Cátedra, Programa de Optometría, Universidad de La Salle. E-mail: jsacuna@unisalle.edu.co

4 Doctor en Ciencias Sociales, Niñez y Juventud, Universidad de Manizales – CINDE. Magister en Administración, Universidad de La Salle. Odontólogo, Universidad Nacional de Colombia. Profesor Titular de la Universidad de Bogotá Jorge Tadeo Lozano. E-mail: wilsong.jimenezb@utadeo.edu.co

Citación sugerida

Amado A, Naranjo MA, Acuña JS, et al. La renta básica: una propuesta radical de reforma social. Acta Odontol Col [en línea] 2017,7(1): 21-39 [fecha de consulta: dd/mm/aaaa]; Disponible desde: <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/actaodontocol>

Recibido	3 de agosto de 2016
Aprobado	1 de febrero de 2017
Publicado	1 de enero de 2017

Introducción

La desigualdad, la inequidad, la injusticia social y el bienestar han sido una constante preocupación de las sociedades, en especial, a partir del siglo XVIII con la emergencia del humanismo, del proceso industrializador y del predominio del capitalismo como modelo económico dominante (1). Y es que en esa centuria, se produjeron eventos históricos que fueron contradictorios. Por una parte, la independencia de los Estados Unidos y la Revolución Francesa establecieron la preponderancia de la libertad y la igualdad de todos los ciudadanos como fundamentos y razones de ser de la existencia de la figura del Estado – Nación (2-3). Pero, por otra, la Revolución Industrial y el capitalismo, como modelo económico imperante, surgidos en Inglaterra, transformaron la sociedad agraria y rural, en sociedades urbanas y fabriles en las que se incrementó la desigualdad, la pobreza y, en general, la precariedad de la existencia de la gran masa de obreros que se atiboraban en las ciudades, lugar preferente de ubicación de las fábricas (4).

De esta contradicción entre posiciones filosóficas y políticas que prometen libertad e igualdad para todos, realidades económicas y productivas que incrementan la desigualdad y esclavizan al obrero, surgen postulados filosóficos y políticos que pretenden encontrar soluciones que las eliminen. Dentro de ellos, quizás, el más antagónico: el socialismo. Este modelo político busca restituir la igualdad, la equidad y la justicia social mediante la propiedad pública por parte del Estado de los medios de producción, con excepción del trabajo, el cual es inherente al ser humano (5).

Sin embargo, también fueron postuladas teorías que dentro del modelo económico y productivo capitalista, si bien no eliminaban la desigualdad, la reducían. Una de ellas, la creación de las políticas de seguridad social, en la Prusia imperial, liderada por el Canciller Otto Von Bismarck. Tales políticas derivarían, una vez finalizada la Segunda Guerra Mundial, en el Estado del Bienestar, el cual puede ser resumido en la máxima: el Estado es responsable de sus ciudadanos desde la cuna hasta la tumba (6).

El Estado del Bienestar se enmarca en sociedades industriales y de servicios que generan empleo y que, gracias a ello, sus ciudadanos tributan impuestos que lo financian, tal como John Maynard Keynes lo planteó (7-9). Sin embargo, el advenimiento de la globalización y de la automatización de la producción —en principio de la industrial, pero cada vez más de la de servicios—, rompe este fundamento, ya que se puede aumentar productividad sin que paralelamente se creen más empleos. Fenómeno que se evidencia en el caso de los países dominantes del proceso económico, pero que, paulatinamente, se viene produciendo también en los países periféricos (5).

Entonces, si este fenómeno se generaliza se estará frente a una sociedad que produce grandes cantidades de bienes y servicios para ser vendidos dentro de los mercados capitalistas, pero que tendrán escasa demanda, pues los potenciales compradores se irán reduciendo al aumentarse el desempleo y el subempleo, dando como resultado: la desigualdad y la pobreza (10).

Es en este contexto en el que toma sentido la propuesta de dar una Renta Básica incondicional a todos los habitantes de una determinada sociedad. Mediante esta propuesta se podría restablecer el ingreso a los desempleados y subempleados, mejorando su bienestar; además, exhorta a los empleadores a mejorar las condiciones laborales, puesto que el desempleo no podría ser una amenaza que obligaría a los trabajadores a mantenerse en un empleo que no les garantiza su bienestar (11,12).

En suma, la Renta Básica aumentaría la libertad y la igualdad, al eliminar el estrés derivado de la incertidumbre del porvenir y, con ello, las potencialidades de los seres humanos podrían ser canalizadas hacia manifestaciones estético expresivas (11,13). De igual forma, la Renta Básica tiene impactos positivos sobre la salud de las personas y los colectivos al reducir el estrés, al permitir tiempo libre que puede ser usado para el bienestar del individuo o al cuidado de sus congéneres, así como al presionar mejoras en las condiciones laborales, lo que puede impactar en menos accidentalidad laboral.

Por lo hasta aquí expuesto, es que el presente artículo presenta una reflexión sobre cómo ha evolucionado el concepto de Renta Básica, así como sus potencialidades, pero también los riesgos que pueden derivarse de su implementación y una reflexión acerca de las implicaciones que tiene para la salud de las sociedades y los seres humanos que serían beneficiarios de este estipendio. En este artículo, primero se aborda los materiales y métodos que se aplicaron para revisión documental. Segundo, se dará cuenta de los resultados presentando inicialmente la definición de Renta Básica, así como sus orígenes y evolución histórica, para continuar con una diferenciación entre Renta Básica y las políticas de subsidios; subsecuentemente se presentan las potenciales ventajas y desventajas que tendría para la sociedad y las personas la implementación de la Renta Básica por parte de un Estado; luego se continúa con la descripción de algunas experiencias que se han llevado a cabo en el mundo; posteriormente se hace un ejercicio estimativo de cómo se puede calcular el costo de implementar la Renta Básica en un Estado; ulteriormente se hace una reflexión en torno a los impactos que tendría la implementación de esta política sobre la salud. Finalmente, en el tercer apartado, se brindarán unas conclusiones, que, si bien no cierran el tema, ayudan a vislumbrar unas posibles rutas en torno la propuesta y su impacto sobre las dinámicas sociales, en especial en lo relacionado con los derechos fundamentales.

Materiales y métodos

La investigación es de tipo documental y tuvo como objetivo reflexionar sobre la evolución o desarrollo del concepto Renta Básica, así como acerca de las potencialidades y riesgos que pueden derivarse de su implementación y sus implicaciones para la salud.

Para el desarrollo de la investigación, en primer lugar se llevó a cabo una búsqueda en Google books literatura específica sobre Renta Básica, tomando en principio palabras claves de bases de datos tales como basic income, los cuales son las guías principales de la revisión. Posteriormente, se realizó una búsqueda de revisiones sistemáticas de la literatura científica en la base de datos SciELO con el término Renta Básica, sin límite de fecha, e incluyendo artículos tanto en inglés como en español, procedimiento que se realizó de igual forma en la base de datos RedALyC. Por último, se realizó una búsqueda de artículos publicados en los cuales se tratará de la experiencia sobre la implementación de la Renta Básica, principalmente en Alaska, dado que a la fecha, es el único ejercicio de implementación de una Renta Básica de forma incondicional a toda la población de un territorio.

Para proceder a la selección se revisaron los abstracts con el fin de decidir si la información que contenían estaba o no relacionada con el objetivo, y se aplicó como criterio de inclusión que la literatura aportara datos concluyentes para cumplir con el objetivo del estudio, y el principal criterio de exclusión fueron aquellos artículos que no incluyeran información decisiva para la investigación.

Finalmente, los artículos seleccionados fueron leídos en su totalidad y como derivación de este proceso se construyeron categorías de análisis que se corresponden a los acápite presentados en los resultados del artículo, la estructuración de cada categoría se hizo mediante un ejercicio hermenéutico que primero llevó a la exégesis de lo expresado por cada autor, para luego crear un horizonte de sentido nuevo correspondiente con el contexto actual.

Resultados

A continuación se presentan los principales hallazgos de la siguiente manera: en primer término, un acercamiento al concepto de Renta Básica; en segundo término, sus orígenes y evolución histórica; en tercer término, una diferenciación con las políticas de subsidios; en cuarto término, ventajas y desventajas de implementar la Renta Básica; en quinto término, se ilustran algunas experiencias; en sexto término, se presenta un modelo para determinar el costo de implementar la Renta Básica y; finalmente, se realiza una reflexión acerca de las posibles repercusiones de implementar una Renta Básica sobre la salud de las sociedades y seres humanos receptores de ella.

Definición

El concepto de Renta Básica o también denominado por algunos sectores sociales y económicos como: Renta de Ciudadanía, Subsidio Universal Garantizado, Salario Universal, Ingreso Garantizado, entre otros (14), se ha definido como:

[...] un ingreso pagado por el estado a cada miembro de pleno derecho de la sociedad, incluso si no quiere trabajar en forma remunerada, independientemente de cuáles puedan ser las otras posibles fuentes de renta y sin importar con quien conviva (15).

Otra forma de definirla es que:

[...] la Renta Básica sea un ingreso monetario en el cual toda persona tiene derecho independientemente de su condición económica, física, mental racial o sexual, para no depender económicamente de nadie (11).

Según estos dos conceptos se puede afirmar que la Renta Básica, en su acepción más radical, es un mecanismo político y económico que propende por fomentar la libertad y el bienestar de la sociedad, gracias a que, al proporcionar una cantidad de dinero periódica e incondicional, independiente de variables como: edad, sexo, actividad económica, condición laboral, lugar de residencia; los seres humanos puedan mejorar su calidad de vida al poder ser y hacer lo que deseen de acuerdo con sus intereses y preferencias.

Por ello, se puede afirmar que la Renta Básica es una estrategia social, cuyo principal objetivo es garantizar el derecho de los ciudadanos a ser libres, gracias a que se mejora su capacidad económica, así ellos puedan decidir la forma en que invierten, ahorran o consumen sus recursos, contribuyendo a dignificar su bienestar y condiciones de vida (11).

Sin embargo, enfoques menos progresistas proponen como alternativa el denominado "demo-grant", el cual consiste en que el individuo recibe una cantidad de dinero establecida por el Estado, en algún momento de su vida o en un acontecimiento determinado, por ejemplo, al nacer o al cumplir la mayoría de edad (16). Este enfoque, podría verse como un bono social que el Estado les entrega a sus ciudadanos con el propósito de que se posibilite el cumplimiento de algún deseo o proyecto en su vida, más no les garantiza un ingreso constante que les aumente sus grados de libertad y bienestar.

Por otra parte, si el monto a pagar, en el momento de ser entregado, depende de la situación económica por la que pase el Estado, se pueden generar desigualdades importantes, pues se verán más favorecidas las personas que nacieron en un período de abundancia y desarrollo económico, en detrimento de aquellas que nacieron en períodos de pobreza y desaceleración económica, quienes se verían desfavorecidas en el momento de la asignación de la renta. Por tanto, su "implementación tiene que suponer una transformación política y social de gran alcance" (17).

En definitiva, "la Renta Básica es un instrumento de justicia social, de libertad y autonomía" (11), caracterizada por abogar por el derecho de todo ciudadano, por tanto universal; cumplir con principios de justicia contributiva y redistributiva; partir de un principio de igualdad al recibir todos un mismo monto económico e incondicional, independientemente de cualquier condición restrictiva de carácter social o laboral (18,19).

Al eliminarse los requisitos y al recibir la Renta Básica, se eliminan algunas de las medidas de protección social convencionales que expresaban como subsidios focalizados para poblaciones vulnerables, las cuales condicionan y ponen en indignidad al ser humano. Sin embargo, también es claro que la implementación de la Renta Básica hace necesario que el individuo tome conciencia de los alcances de esta reforma social y, por ende, el Estado debe efectuar acciones de pedagogía ciudadana para que todos conozcan sus deberes y derechos, y propendan por el buen aprovechamiento de este beneficio (18).

Orígenes y evolución histórica

Los pródromos que dieron nacimiento al concepto de Renta Básica pueden encontrarse en la propuesta de dos intelectuales socialistas Karl Marx y Charles Fourier. Charles Fourier, reconocido economista y socialista francés, de quien Karl Marx sería discípulo, criticaba duramente a la sociedad burguesa y su papel en la sociedad, trabajó a lo largo de su vida en teorías que giraban en torno al cooperativismo y la autosuficiencia, aseguraba que la Renta Básica universal sería un derecho incondicional para todos, lo cual procuraría un ambiente equitativo e igualitario, disminuyendo las numerosas problemáticas económicas y sociales (20).

Por su parte, en 1848, Marx escribió en el *Manifiesto comunista* que "La historia de todas las sociedades que han existido hasta nuestros días es la historia de las luchas de clases" (21). Si bien, en este manifiesto así como posteriormente lo haría en el *Capital*, no expresa el concepto de Renta Básica, sí es evidente que la principal problemática de las sociedades industrializadas de su época era la desigual distribución de la riqueza, generada por la transformación de los medios de producción en plusvalía por medio del trabajo. Así, la riqueza del industrial, según Marx, era derivada de la apropiación del valor agregado, forjado por el trabajo del hombre y, por tanto, esta injusticia

debería ser corregida mediante la propiedad del Estado de los medios de producción, diferentes al trabajo del hombre y la redistribución de la plusvalía entre todos los integrantes de la sociedad.

Igualmente, en 1848, Joseph Charlier, discípulo de Fourier, socialista utópico, publicó un libro con el título de "Solución del problema social", en el que expresaba que era necesario el pago de una "pequeña renta dada por el municipio a los ciudadanos como expresión del derecho de todos a la tierra, a los recursos naturales" (22,23).

Posteriormente, el inglés John Stuart Mill en su libro *Principio de economía política*, plantea una forma de distribución que garantice un monto mínimo para la subsistencia de cada miembro de la comunidad, como un dividendo universal dado a todos (24-26). De esta manera, en estos conceptos puede verse una intención de crear un mecanismo, mediante el que se distribuya la riqueza de un territorio entre todos sus habitantes, siendo, en buena medida, cercanos al moderno concepto de Renta Básica y, por tanto, pueden considerarse como sus precedentes teóricos.

Ya en el siglo XX, finalizando la primera guerra mundial, Bertrand Russell plantea que debe darse un ingreso mínimo y suficiente para cubrir las necesidades básicas a toda la población y un pago mayor a las personas que tengan un trabajo generando así un incentivo para que la población no abandonara sus empleos (27).

Más adelante, George D. H. Cole acuña el nombre de "dividendo social", pero quién da más peso a este término, es el premio nobel James Meade, quien lo propuso como parte fundamental de una economía justa y eficiente, dando así solución a los problemas de desempleo y pobreza (28,29). Es allí que se da la pauta para el nuevo "demogrant", planteado por el Nobel norteamericano James Tobin, en 1970, en el que se establece dar una cantidad de dinero a cada familia que varía de acuerdo a su composición (16,30, 31).

La discusión contemporánea de Renta Básica se debe al filósofo y sociólogo belga, Philippe Van Parijs, principal exponente de la Renta Básica, siendo uno de los fundadores de la Red Europea de la Renta Básica (BIEN), quien en 2002 publica su libro *Hacia una concepción de la justicia social global*, en el que define y explica el concepto actual de Renta Básica (32).

Renta Básica o Subsidio

Algunos sectores políticos y económicos suelen ver y confundir la Renta Básica como un subsidio; sin embargo, se trata de dos sistemas que difieren en sus objetivos y finalidades. La Renta Básica es un derecho individual, universal e incondicional, características que la distinguen de los subsidios, pues éstos se tratan básicamente de prestaciones monetarias condicionadas y no acumulativas, son una renta percibida con un límite determinado por el programa. Dicha condicionalidad genera segmentación, debido a que la ayuda económica va dirigida a un grupo poblacional determinado, demostrando así la falta de homogeneidad en la distribución (33).

En los programas de subsidio, la cobertura, en muchos casos, es insuficiente no alcanza la totalidad de la población que potencialmente podría acceder a estos beneficios, debido a fallas en la focalización o a factores como la estigmatización, pues en algunos casos se considera a las personas beneficiarias como fracasadas socialmente (15). Los programas de subsidios son un ejemplo de control invasivo sobre la persona que es inherente al mismo diseño del sistema, ya que condicionan la

permanencia al estado de dependencia e incluso de precariedad, para recibir el subsidio por una temporada significativa.

Estos factores negativos no suceden con la Renta Básica, pues al abarcar la totalidad de la población y al no exigir condicionamientos para su entrega, no demanda a la población en la necesidad de demostrar carencias para poder beneficiarse. Por otra parte, los costos administrativos y la gestión de los subsidios, normalmente, son altos en comparación a la Renta Básica, dado que esta última, no requiere de gastos de personal en seguimiento, control, evaluación y comprobación de cumplimiento de requisitos, además, de no generar estigmatización (34).

Adicionalmente, una Renta Básica indefinida, ante la pérdida del trabajo, supondría, una situación menos preocupante para quien padece el desempleo, lo que no sucedería con el usuario de un programa de subsidio. En complemento, la Renta Básica puede funcionar como un incentivo para emprender tareas de auto-ocupación, ya que sería un soporte, que le permitiría al emprendedor continuar con su iniciativa de negocio; por el contrario, en un programa de subsidio se corre el riesgo que se le suspenda la ayuda al crear la empresa y auto-emplearse (15).

Ventajas y Desventajas de la Renta Básica

A Continuación se presentan las ventajas y desventajas de la implementación de la Renta Básica:

a) Ventajas

Las ventajas de la renta básica universal abarcan desde la teoría y la economía social. Desde la teoría y de acuerdo a lo dicho por Medina en 2013, podemos referir que las principales ventajas de la implementación de la renta básica universal, son:

Primero la "Expansión redistributiva a sectores, que no gozan de cobertura", de tal manera que al ser universal e incondicionada, llegaría a millones de personas, que hoy no cuentan con ningún apoyo o estímulo social y aquellas que no hacen parte de ningún proceso productivo económico. Segundo, "Despolitizar la lucha contra la pobreza", dado que aquellos candidatos que aprovechan las poblaciones vulnerables para obtener un cargo, no podrán tomar ninguna consigna con respecto a la pobreza para tomar ventaja de sus rivales en contienda. Tercero, "permite a sectores pobres acceder a la acumulación de capital físico y humano", debido que la Renta no está condicionada, es efectivo circulante, dinero al contado, tienen la capacidad de gastarlo como bien considere. Cuarto, "Tiene efectos sobre la distribución del ingreso", ya que proporciona a cada ciudadano de un capital que le permite entrar a los medios productivos y económicos del país, así que tampoco estaría forzado bien sea en un régimen socialista o en uno capitalista a vender su fuerza de trabajo a un bajo precio. Quinto, "La Renta Básica como un coadyuvante del Estado del Bienestar", porque este ingreso, ofrecería a los ciudadanos protección y estabilidad ante situaciones que generan incertidumbres como lo son las condiciones físicas especiales (invalidez, incapacidad). Finalmente, "La Renta Básica acrecienta el bienestar y las posibilidades de autorrealización de los individuos", porque cada persona puede invertir su dinero según sus preferencias: turismo, estudio, ahorro, emprendimiento, tener otro ingreso estable o crecer profesional, económica y socialmente (13).

Si bien es importante resaltar que actualmente y en múltiples regiones del mundo, el desempleo, el subempleo y el trabajo informal, afecta de manera importante el desarrollo social y económico, es fundamental que se incentiven políticas como esta, que reduce el impacto negativo de dichas problemáticas (35-37). Máxime cuando la inequidad en la distribución de la riqueza ha llevado a puntos solamente observados en momentos anteriores a las guerras mundiales. Fenómeno que hace urgente que la acumulación de capital por parte de unos pocos pueda ser ralentizado por medio de tributos a, por ejemplo, movimientos financieros, tal como lo expresa Thomas Piketty y que dichos recursos recaudados permitan un mejor equilibrio en el acceso a la riqueza, lo que como resultado conlleve impactos positivos sobre el bienestar, la calidad de vida, la salud y el buen vivir de los seres humanos.

De esta forma, la Renta Básica se convertiría en una forma de construir sociedades más justas, proclives a fortalecer tejido social y con ello mejorar ejercicio político por parte de los ciudadanos, al no ver constreñida su decisión democrática por intereses clientelistas. De igual forma, la Renta Básica para sociedades tan inequitativas como la colombiana puede apoyar a la construcción de solidaridad social y por ese camino a consolidar relaciones pacíficas entre los conciudadanos que le permitan dejar atrás su historia de guerra.

Por tanto, la Renta Básica más que una utopía se puede convertir en el nacimiento de una nueva lógica social en la que la relación trabajo ingreso no se dé de forma directa sino mediante la redistribución de la plusvalía, generada por la automatización de la producción en el entorno de la denominada Cuarta Revolución Industrial, por parte del Estado gracias a la captura por medio de tributos de las altas rentas que unos pocos acumulan a costa de la privación de la gran mayoría de seres humanos que habitan el planeta.

Y es que desde la economía social se comprende que la Renta Básica genera una redistribución equitativa de los recursos mientras que los programas de subsidios, favorecen a un grupo selecto de la población, impidiendo que las de bajos recursos o considerados población en estado de pobreza tengan una transformación tanto social como económica.

La Renta Básica tiene efectos sobre la distribución del ingreso que van más allá de su papel como programa de lucha contra la pobreza. En efecto, como la renta básica equivale de hecho a dotar de capital a todos los individuos, esto en últimas erradica el proletariado en el sentido de que ya no habría en la economía individuos que carecen de capital y que por lo tanto están forzados a vender su fuerza de trabajo. Dicho en categorías de la economía contemporánea, la renta básica aumentaría el salario de reserva de los agentes económicos sin ningún tipo de capital (físico o humano) y por lo tanto, reduciría la oferta de mano de obra no calificada (13).

Si bien la Renta Básica puede llegar a estimular el ocio generando el riesgo de disminuir el trabajo total y con él la producción de la economía, también existen las fuerzas que contrarrestan dicho efecto. De esta manera, no se puede determinar si la Renta Básica va a reducir la producción laboral del individuo o, por el contrario, genera un incentivo para aumentar su capital, siendo más productivos al tener mayor bienestar, autorrealización personal y con ello, contribuir al crecimiento económico (13).

Por otro lado, la implementación de la Renta Básica genera un importante incentivo para aquellas personas cuyos ingresos provienen de empleos informales, pues mejoran de cierta manera su calidad de vida con ingresos adicionales (38,39).

b) Desventajas

La aplicación de la Renta Básica Universal incondicionada podría tener un posible efecto desincentivador en torno a la búsqueda y generación de empleo con remuneración salarial "(efecto renta)" (40), estimulando el ocio y afectando, de esta manera, la productividad y la eficiencia. Impulsaría a las personas a optar por salir del mercado laboral, teniendo como resultado un incentivo perverso en el anhelo de eliminar la pobreza. También se afirma que, además de los cambios de comportamiento laboral como ocio, parasitismo, se puede presentar una violación a los derechos de reciprocidad básicos provenientes de la remuneración por trabajar, porque los individuos sin la necesidad de formar parte del circuito productivo, se verían beneficiados, reduciendo su anhelo de conseguir empleo (41).

En Bélgica, un estudio realizado por Marx y Peeters con un grupo de ciudadanos, los cuales recibieron una Renta Básica con una importante suma de dinero, se observó que un porcentaje mínimo cambió su comportamiento en relación al trabajo, es decir, disminuyeron su actividad y productividad laboral (42). Dicho comportamiento forma parte de la cultura y de la idiosincrasia de cada grupo poblacional (42). Pero ¿sucedería lo mismo en una sociedad más orientada al ocio y donde históricamente y culturalmente el trabajo ha sido visto como un castigo?

Es así que, aquellos que defienden el derecho al trabajo parten de fundamentos filosóficos, éticos y plantean que la Renta Básica incondicional estimula al individuo el "derecho a no trabajar", fomenta el parasitismo, el ocio y viola los derechos de reciprocidad básicos en un orden moral de una sociedad organizada (15,44).

A lo cual, Van Parijs y otros defensores de la Renta Básica argumentan que el tiempo libre no es un bien primario, dado que la renta Básica no lo da como un bien de escasez, es más una opción del individuo a tomarlo –visto como un hecho que hace parte del comportamiento humano como un ser social– o no, prefiriendo trabajar, acumular riqueza, obtener trabajos de calidad, aumentar su autoestima o consumirla con una vida bohemia. Siguiendo al liberalismo auténtico, tal como lo entiende la filosofía política, exige respeto para todas las concepciones individuales o estilos de vida (31,45).

Sumado lo anterior, se afirma que la renta básica viola los principios de reciprocidad, dado que se está recibiendo un beneficio, sin haber aportado a su producción, sin haber algún esfuerzo, visto esto como una injusticia en relación al trabajo de los demás, donde lo ideal es brindar un poco de los recursos que posee cada individuo, para recibir ese beneficio adicional y subsistir dignamente (31, 44–47).

El primer temor de la aplicación de la renta básica como incondicional es que las personas no quieran buscar trabajo y se dediquen al ocio, así como lo plantea Claus Offe, la principal barrera de la Renta Básica es la "huella cultural, como la influencia en las ideas, intenciones y expectativas" (48,49). Adicionalmente, la entrega de una Renta Básica en un Estado, mientras que en otro no, puede inducir a que se creen flujos migratorios hacia el Estado que la garantiza. Este fue uno de

los principales argumentos presentados por el gobierno de Suiza para impulsar el voto negativo en el referendo que pensaba instituir la Renta Básica en esa nación

De igual manera, alrededor del debate hay quienes piensan que el funcionamiento de un sistema de Renta Básica no soluciona problemáticas importantes en torno a la sociedad, como las deficiencias en seguridad social, la delincuencia vista desde el sistema judicial o la corrupción (1, 50, 51).

Experiencias en el mundo con la implementación Renta Básica

Una materialización clara y casi que primigenia de la implementación de Renta Básica Universal es la experiencia desarrollada en Alaska con la creación del *"Alaska Dividend Found"*, en 1976 por Jay Hammond, en la que se distribuyen los ingresos provenientes de la explotación del petróleo en dicho territorio.

Es así que, a partir de 1976, se plantea que todos los residentes reciban un pago correspondiente a una Renta Básica, cuyo monto depende de la cantidad de años que lleven residiendo en Alaska, situación que no tardó en ser presentada ante el Tribunal Supremo de Estados Unidos por discriminación a poblaciones inmigrantes e incumplir la "cláusula de igual protección". Como resultado, dentro de la reglamentación se incluyeron también a los migrantes que tengan la condición de residentes como beneficiarios de esta Renta Básica. Solo quedaron excluidas las personas que estén recluidas en las cárceles y los que hayan recibido condenas.

Bajo estas condiciones, la Renta Básica Universal se establece en Alaska desde 1982 (30). Para ello, cada año las compañías petroleras depositan al fondo, por lo menos el 25% de sus ingresos (52), una parte de los cuales son invertidos por el Estado en mercados financieros y otra parte, permanece constante en el fondo. Inicialmente, los ingresos distribuidos entre la población eran pocos, pero en 2008, ya era de US 1.500 anuales (11).

Como resultado, se ha expresado que Alaska es el claro ejemplo de la posibilidad de reducir la desigualdad y abolir la pobreza absoluta, como lo manifiesta Motherboard Scott Goldsmith, "Alaska no solo es uno de los países más ricos..., también es el segundo en tener la menor desigualdad", su coeficiente de GINI, que mide la desigualdad de manera estadística, es de 0.422, mientras que el de EE.UU. es de 0.469, y en Colombia, para el 2013, el coeficiente era de 0,53 (53).

Costo de una Renta Básica

A continuación se describe una propuesta de cálculo de una Renta Básica que incluye ajustes por edad, pensiones, subsidios de desempleo y otras prestaciones dadas por el Estado para personas adultas. Sin embargo, cabe anotar que el cálculo de la Renta Básica puede variar de acuerdo a las decisiones y perspectivas políticas y sociales de cada Estado o región que decidan implementarla.

En un primer momento, para determinar el costo de la Renta Básica universal en un país, es necesario reconocer cuál es el mayor factor recaudador de su economía y tomar provecho del mismo, como la hacen en Alaska con la explotación petrolera. Este recaudo debe ser constante para que permita contar con ingresos óptimos y, así, cumplir con el cubrimiento universal propio de la renta básica.

En segundo término, se debe tener pleno conocimiento de la población total y su distribución por grupos etarios, clasificación que influye directamente en la cantidad de dinero que van a recibir. Es necesario plantear un valor de Renta Básica que sea la base para realizar los ajustes necesarios, de acuerdo a su clasificación, específicamente si es adulto o niño, para quienes se asigna un porcentaje del valor que reciben los adultos (54).

A modo de ejemplo, Gimeno Ullastres plantea un modelo de costo de Renta Básica en Valladolid (España) y de manera didáctica se presentan las fórmulas elementales de este modelo (55, 56).

La fórmula que se muestra a continuación es la fórmula principal para determinar el costo de la Renta Básica.

Tabla 1. Fórmula costo de la renta básica

$CBR = rb.PA + rm.PM - rb.PPC - rb.PSD - APA$
CRB: Costo anual de la Renta Básica
rb: Cuantía anual de renta básica para adultos
PA: Población residente mayor de edad
rm: Cuantía anual de renta básica para menores de edad que resulta de multiplicar (m*rb) m, que es igual a 0.30%, porcentaje fijado para establecer la cuantía por cada menor de edad y rb, Cuantía anual de renta básica para adultos.
PM: Población residente menor de edad
PPC: Población que recibe pensiones contributivas
PSD: Población que recibe subsidios contributivos por desempleo
APA: Ajustes en las prestaciones a algunas de las personas adultas.
Fuente: Elaboración propia (datos tomados de Coste/Beneficio de una renta básica, Gimeno Ullastres).

Para determinar el Ajuste en las prestaciones a algunas personas adultas – APA, en casos específicos como lo son, No emancipados, extranjeros, reclusos, reducción en rentas altas, deben ser determinados teniendo en cuenta la siguiente fórmula:

Tabla 2. Fórmula para determinar el valor APA.

$APA = NE + RE + RR + RAR$
1. $NE = PANE \cdot (rb - rm)$ - PANE: Mayores de edad no emancipados
2. $RE = PE \cdot rb$ - PE: Población extranjera sin residencia permanente.
3. $RR = PR \cdot rb$ - PR: Población reclusa
4. $RAR = 0'27 \cdot CRBP$ - CRBP: Coste anual de la Renta Básica previo al recargo.
Fuente: Elaboración propia (datos tomados de Coste/Beneficio de una renta básica, Gimeno Ullastres).

Podemos concluir que esta fórmula es la manera de interpretar y sintetizar toda la información no solo de la población, sino también de la economía de un país, con el fin de obtener un valor estimado del costo de la Renta Básica anual por persona y, de esta manera, dar un paso para convertirse en una política social para reducir la brecha de desigualdad social, con su consecuente impacto positivo sobre la garantía de derechos fundamentales como salud, educación, alimentación, cuidado de la primera infancia y del adulto mayor, trabajo y paz.

Renta Básica y salud

Poco se ha avanzado en estudios experimentales que demuestren una relación directa entre la implementación de un esquema de Renta Básica y sus impactos en la salud de las comunidades e individuos que la reciben, debido a que solamente en Alaska se ha podido implementar este tipo de política durante un período extendido de tiempo. Sin embargo, esto no es óbice para adelantar una reflexión teórica acerca de cómo la salud de una sociedad puede verse favorecida al recibir cada uno de sus integrantes la transferencia de una Renta Básica.

Así, si se parte de la definición de salud acogida por la Organización Mundial de la Salud (OMS), la cual expresa que: "La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social" (57), se puede inferir que la Renta Básica puede tener impacto en cada una de estas dimensiones, no sólo de forma independiente sino relacionando a las tres. De esta forma, recibir un estipendio mensual puede permitir a los individuos la posibilidad de adquirir bienes como alimentos, vestuario, alojamiento, recreación, entre otros, de forma libre, de acuerdo a lo que a juicio de cada individuo considere pertinente en un momento dado. Esto produciría bienestar físico, al impedir que padezca hambre o esté desguarnecido ante los avatares del clima; a su vez, esta tranquilidad puede repercutir en su condición de salud mental, al reducir los niveles de estrés y mejorar su autoestima al sentirse reconocido por el grupo social. Por su parte, el contexto social se verá beneficiado y a su vez beneficiará la condición de salud de sus miembros al gestar seguridad económica al no temer al desempleo, lo que los conducirá a exigir mejores condiciones en el espacio de trabajo, posibilitando la reducción de jornadas y accidentes laborales (58). También, impactaría positivamente sobre el desarrollo de labores sociales como el cuidado de enfermos, niños y población adulta mayor, labores que hoy, al no ser remuneradas, afectan la economía y el bienestar tanto de quienes requieren la asistencia como de sus familias.

Además, desde la dinámica de la transferencia económica de recursos de gasto social, la Renta Básica ha sido evaluada como más eficiente que las transferencias condicionadas, al no deteriorar el tejido social, gracias a su cobertura universal, lo que evita discriminaciones sobre las clases medias, altas y algunos grupos específicos que quedan al margen de los subsidios estatales (59). Esto conllevaría a una mejora del bienestar social, gracias a que una eficiente distribución del gasto social y de la riqueza puede conducir a: renovaciones en la convivencia, disminución de la segregación económica y reducciones en los índices de violencia y, por ende, su implementación tendría impactos positivos sobre la salud de los individuos y los costes de atención de los sistemas de salud.

Por otra parte, la Renta Básica puede considerarse como uno de los mejores instrumentos de bienestar social en el futuro cercano, dadas las profundas transformaciones que el sistema de producción está sufriendo y se profundizarán en los próximos años, como lo son: la robotización de la producción y la precarización del trabajo, fenómenos que no de ser atenuados sus efectos sobre los seres humanos incrementarán la, ya amplia, inequidad en la distribución del ingreso, el

cual se ha concentrado en pocas manos (60). Por tanto, estos cambios ponen en riesgo el modelo de consumo de bienes y servicios sobre el que se ha estructurado el capitalismo. Entonces, el riesgo de colapso económico se suma al riesgo de crisis sociales que, al privársele a grandes grupos de población el acceso a servicios básicos como salud y agua potable, pueden traer como consecuencias la reaparición de enfermedades infecto contagiosas, el aumento en la inequidad en el acceso a tecnologías y medicamentos para el control tanto de estas enfermedades como de las crónicas degenerativas, entre otras, lo que provocaría un aumento de la enfermedad y, por tanto, una pérdida del bienestar de las comunidades. Esta problemática se podría reducir si se distribuyen los excedentes de riqueza derivados de los avances tecnológicos y de las economías de escala desarrolladas en la producción, mediante la implementación del esquema de Renta Básica. Se restablecería, en consecuencia, la capacidad de consumo, se mitigaría la inequidad en la distribución de la riqueza y se permitiría el florecimiento del bienestar de la humanidad al poder cada quien hacer lo que sus capacidades y libertades le permitan. En conclusión, la salud de las poblaciones se vería ampliamente beneficiada al recibir, cada uno de sus miembros, una Renta Básica en forma de derecho a participar en la riqueza del Estado.

Conclusión

En una sociedad globalizada de rápidos cambios donde las organizaciones sociales y económicas deben permanentemente aprender y desaprender, en una era del conocimiento en la cual la información que va y viene juega un papel importante en cada uno de los ámbitos del poder económico, en una era con una redistribución de la riqueza poco equitativa, en una era con beneficios por prestaciones sociales principalmente ligados al salario, en una era en la que no ha sido posible frenar la pobreza y la pobreza extrema se hace necesario el diseño e implementación de propuestas radicales que logran aumentar la calidad de vida y el bienestar de todos los miembros de la sociedad.

Por tal razón, emerge como respuesta la implementación de la Renta Básica universal e incondicionada como una estrategia orientada a proteger a las personas y atacar la pobreza, gracias a la inclusión tanto de las personas que están inmersas en el ciclo productivo de la economía de un país, como a quienes no hacen parte de él.

La Renta Básica, es vista como un instrumento para el desarrollo económico y protección social. Quienes aprueban este sistema universal, sostienen que se trata de una reforma positiva, que tiene como fin garantizar los derechos fundamentales de la población –como la libertad y la autonomía–, fomentar los principios de solidaridad y reciprocidad mejorar la calidad del empleo y reducir de manera importante los índices de desempleo y desigualdad, teniendo en cuenta que “El empleo se ha convertido así en el principal mecanismo de inclusión en las sociedades de mercado” (44, 60, 61).

En muchos aspectos la Renta Básica “se trata de una transformación capitalista e instrumento idóneo para dar inicio a tal proceso”, como lo indica James Tobin (62). Esta propuesta conduce a un fuerte modelo que cada vez cobra más importancia e interés por parte de importantes sectores políticos, cuyo objetivo es fortalecer la economía de sus países, sin embargo, el sistema tiene importantes contradictores, que ven en él un atraso y una disminución en la productividad de un país, generando conformismo entre la población (63).

La discusión en cuanto al tema de la renta básica tiene múltiples causales y puntos de vista, los diferentes autores coinciden en que es importante un cambio en la idiosincrasia, en los estilos de vida y en la cultura en general de la población. Para que un sistema como la Renta Básica Universal sea exitoso y de beneficio para el crecimiento económico de una nación, es de vital importancia que se adopte una cultura de cambio y de progreso, sensibilizar a los ciudadanos de los beneficios que trae consigo la implementación de instrumentos de la economía como éste e incentivar el aporte al desarrollo económico (64).

De igual manera, es importante ver la Renta Básica Universal como una clara oportunidad de cambio y de avance económico para la población en general, al ser un aporte incondicional, universal e individual, genera en los ciudadanos una necesidad de progreso económico, personal y profesional, el cual a su vez fomenta el desarrollo financiero y productivo del país.

Bibliografía

1. **Casassas D, Raventós D, Arcarons Bullich J.** La renta básica en la era de las grandes desigualdades. España: Red Renta Básica; 2011.
2. **Malagón M.** La Revolución Francesa y el derecho administrativo Francés, La invención de la teoría del acto político o gobierno y su ausencia de control judicial. *Diálogos de saberes: investigaciones y ciencias sociales [en línea]* 2005. [fecha de consulta 11 de junio de 2016]; 23; 167-190. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1706971>
3. **White K.** The Declaration of Independence and Immigration in the United States of America. Norteamérica *Revista Académica del CISAN-UNAM [en línea]* 2011 (fecha de consulta 12 Junio 2016); 6:211-228. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=193722593007>
4. **Iglesias Fernández J.** La cultura de las rentas básicas [en línea]. 2004 [fecha de consult 17 Febrero 2016]. Disponible en: <http://www.rentabasica.net/Autores00.pdf>
5. **Van Parijs P.** La renta básica:¿ por qué, cómo y cuándo en el Norte y en el Sud?. In (Jorge Giraldo Ramírez ed.). *La renta básica, más allá de la sociedad salarial*. Medellín (CO): Ediciones Escuela Nacional Sindical, 2003, 13-39.
6. **Collazos C.** El Estado de bienestar. *Enfoques [en línea]* 2007 [Fecha de consulta 12 Junio 2016]; XIX (1-2): 45-54. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=25913121005>.
7. **Posner R.** Reseña de "La teoría general del empleo, el interés, y el dinero" de John Maynard Keynes. *Revista de Economía Institucional [en línea]*. 2010 [fecha de consulta 12 Junio 2016]; 12(22): 293-305. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=41915003015>.

8. **Ros J.** La Teoría General de Keynes y la macroeconomía moderna. *Investigación económica* [en línea]. 2012 [fecha de consulta 12 Junio 2016]; 71 (279): 19-37. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-16672012000100002&lng=es&nrm=iso
9. **Keynes, J. M.** Teoría general de la ocupación, el interés y el dinero. México: Fondo de Cultura Económica; 2014.
10. **Jiménez F.** Elementos de teoría y política macroeconómica para una economía abierta. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú. Departamento de Economía; 2010.
11. **Rendón Acevedo J.** Renta Básica para Colombia: Una opción ante la desigualdad. [en línea] [fecha de consulta 24 September 2015]. Disponible en: <http://viva.org.co/cajavirus/svc0167/Dossier%20texto%206.pdf>. 2008; 1-24
12. **Raventós D.** Propiedad, libertad republicana y Renta Básica de Ciudadanía. *POLIS, Revista Latinoamericana* [en línea] 2005 [fecha de consulta 12 Junio 2016]; 4 (10):0-. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=30541013>.
13. **Medina L.** *La Renta Básica: Elementos para un Debate* [en línea] [fecha de consulta 28 September 2015]. Disponible en: <http://www.carlosvicentederoux.org/apc-aa-files/0909b7f07120°0ee5164b54fc4d20252/La%20renta%20b%20E1sica,%20elementos%20para%20un%20debate.pdf>. 2013; : 1-13.
14. **Arcarons J, Boso À, Noguera J, Raventós D.** La Renda Básica de Ciutadania Una proposta viable per a Catalunya. Barcelona: Editorial Mediterrànea; 2005.
15. **Raventós D, Gisbert R.** Trabajar o no... pero vivir. *Viento Sur* 1994;14:107-116.
16. **Medina S.** Rescates ciudadanos: ¿renta básica o garantía de empleo? [Internet]. infoLibre.es. 01 Noviembre 2015 [fecha de consulta 27 October 2015]. http://www.infolibre.es/noticias/luces_rojas/2015/11/01/rescates_ciudadanos_renta_basica_garantia_empleo_40103_1121.html
17. **Iglesias Fernández J.** La Renta Básica: perfeccionando el proceso de implantación [en línea]. Rentabasica.net. 2002 [fecha de consulta 24 Noviembre 2015]. Disponible en: http://www.rentabasica.net/obras_rb/RB_proceso/RB_proceso.html
18. **Iglesias Fernández J.** Cuba: un país con renta básica. [Internet]. Rbis.coordinacionbaladre.org. 01 de Noviembre 1999 [fecha de consulta 23 September 2015]. <http://rbis.coordinacionbaladre.org/?s=obras&pag=6&tid=43>
19. **Zubiría Mutis B.** Renta Básica y Estado Plurinacional: opciones para la justicia global. Una reflexión desde las esferas de la justicia de Michael Walzer. *Eidos* [en línea] 2014 [fecha de consulta 9 Mayo 2016];(21):64-84. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1692-88572014000200004&lng=en&nrm=iso

20. **Fourier C.** *El Falansterio*. Segunda edición cibernética. [en línea] 2006 [fecha de consulta 18 de julio de 2016]. Disponible en: <http://www.enxarxa.com/biblioteca/FOURIER%20El%20Falansterio.pdf>
21. **Marx K, Engels F.** Manifiesto comunista. Madrid, España: Akal Ed; 2004.
22. **Marx C, Fourier C.** Fontes ideológicas do marxismo. Bruselas: Ideología Alemana; 1848. Citado por Van Parijs, P. La renta básica:¿ por qué, cómo y cuándo en el Norte y en el Sud?. In (Jorge Giraldo Ramírez ed.). *La renta básica, más allá* de la sociedad salarial. Medellín (CO): Ediciones Escuela Nacional Sindical, 2003, 13-39.
23. **Cunliffe J.** The Enigmatic Legacy of Charles Fourier: Joseph Charlier and Basic Income. *History of Political Economy*. 2001;33(3):459-484.
24. **Teira Serrano D.** ¿Ética o economía? Philippe van Parijs y la renta básica. *Isegoría* 2003;0(29):159-171.
25. **Mill J.** Principles of political economy. London: Longmans & Green; 1902. Mill J. Principles of Political Economy with some of their Applications to Social Philosophy [Internet]. 1st ed. London: Longmans, Green and Co.; 1909 [acceso 4 May 2016]. Disponible en: <http://www.econlib.org/library/Mill/mlP.html>
26. **Pelet Redón C.** John Stuart Mill: la etapa de madurez de la escuela clásica. *Acciones e Investigaciones Sociales*. 2001;:87-104.
27. **Russell B.** Los caminos de la libertad. El socialismo, el anarquismo y el sindicalismo. Barcelona: epublibre; 1982.
28. **Meade J.** Full Employment, New Technologies and the Distribution of Income. *J Soc Pol*. 1984;13(02):129. citado History of basic income [acceso 4 de mayo de 2016] <http://www.basicincome.org/basic-income/history/>.
29. **Raz J, Carbonell M, Orozco W, Vázquez R.** Estado de derecho. México: Siglo Veintiuno Editores; 2002.
30. **Tobin J, Jackson P. M.** Policies for Prosperity: Essays in a Keynesian Mode. Cambridge Massachusetts: MIT press.1989, 485.
31. **Historia de la renta básica, History of basic income | BIEN [en línea].** BIEN. 2016 [Fecha de consulta 29 September 2015].Disponible en: <http://www.basicincome.org/basic-income/history>
32. **Giraldo J, Parijs P.** La renta básica. Medellín, Colombia: Ediciones Escuela Nacional Sindical; 2003.
33. **Cuevas Villalobos S.** Subsidios: ¿freno o estímulo? *Revista Mexicana de Derecho* [en línea]. 2001 [Fecha de consulta 11 August 2015];2:295-312. Disponible en: <http://www.juridicas.unam.mx/publica/librev/rev/mexder/cont/2/cnt/cnt12.pdf>

34. **Raventós D.** El salario de toda la ciudadanía. Claves de Razón Práctica [Internet]. 2000 [3 Fecha de consulta September 2015]; 106. Disponible en: <http://www.nodo50.org/redrentabasica/descargas/ClavesRentabasica.pdf>
35. **Filgueira F, Molina C, Papadópolos J, Tobar F.** Universalismo Básico: Una Alternativa Posible y Necesaria para Mejorar las Condiciones de Vida en América Latina. Instituto Interamericano para el Desarrollo Social. Washington DC. 2006. 19-55.
36. **Raventós D, Yanes P, Lo Vuolo R.** El Ingreso Ciudadano-Renta Básica ante la crisis económica y los ataques a los derechos sociales y laborales [Internet]. *Sin Permiso* 2010 [Fecha de consulta 15 November 2015]. <http://www.sinpermiso.info/textos/el-ingreso-ciudadano-renta-bsica-ante-la-crisis-econmica-y-los-ataques-a-los-derechos-sociales-y>
37. **Huerta Quintanilla R.** Pobreza, distribución del ingreso y renta básica. *Economía UNAM* [en línea] 2012 [fecha de consulta 9 Mayo 2016]; 9 (26): 68-81. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-952X2012000200003&lng=es&nrm=iso
38. **Iglesias Fernández J.** El derecho ciudadano a la renta básica [Internet]. 1998 [fecha de consulta 27 October 2015]. http://www.rentabasica.net/libros/El_derecho_ciudadano_a_la_Renta_Basica.pdf
39. **Marquesán C.** La renta básica universal [Internet]. *El Periódico de Aragón* 2016 [fecha de consulta 3 May 2016]. http://www.elperiodicodearagon.com/noticias/opinion/renta-basica-%20universal_1108674.html
40. **Fernández A.** Una renta para todos [Internet]. *Tiempo* 2014 [fecha de consulta 29 February 2016]. <http://www.tiempodehoy.com/economia/una-renta-para-todos>
41. **Casassas D.** En torno a las condiciones materiales de la libertad: la renta básica como fundamento de la sociedad civil. *Rev. latinoam. filos.* Disponible en: [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1852-735320080001000062008;34\(1\):137-154](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1852-735320080001000062008;34(1):137-154).
42. **Marx A, Peeters H.** An unconditional basic income and labor supply: Results from a pilot study of lottery winners. *The Journal of Socio-Economics.* 2008;37(4):1636-1659.
43. **Torres S.** La renta universal La centralidad de la relación salarial y el mercado de trabajo como problemas. Centro interdisciplinario para el estudio de políticas públicas. 2009;(69).
44. **Gough I.** Global capital, human needs, and social policies. New York: St. Martin's Press; 2000.citado por RAMOS. F; Empleo y renta básica: chantaje de la supervivencia o autorrealización.Universitat Oberta de Catalunya. Asociación Red Renta Básica.España
45. **Noguera J.** ¿Renta Básica o "Trabajo Básico"? Algunos argumentos desde la teoría social. I Simposio sobre la Renta Básica. 2001; España;Departamento de Sociología.

46. **Van Parijs P.** Renta básica y justicia social: ¿Por qué los filósofos no están de acuerdo?. *Andamios* [en línea]. 2014 [fecha de consulta 9 Mayo 2016];11(25):173-204. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-00632014000200008&lng=es&nr=iso
47. **Iglesias Fernández J.** ¿Hay alternativas al capitalismo? La renta básica de los iguales [Internet]. *Renta Básica* 2006 [fecha de consulta 10 Enero 2016]. <http://rentabasica.es/RBantisistema.pdf>
48. **Offe C.** Renta Básica y crisis del estado de bienestar. España: Universidad Autónoma de Barcelona. Departamento de Sociología; 1995. Citado por NOGUERA J. *Renta básica y crisis del estado del bienestar* [en línea]. [fecha de consulta 11 Octubre 2015]. Disponible en: <http://www.nodo50.org/redrentabasica/descargas/RBcrisisEB.pdf>
49. **Rodríguez Fernández J.** Las políticas de lucha contra la exclusión social y su relación con la Pedagogía Social: Los programas de Rentas Mínimas de Inserción y la propuesta de las Rentas Básicas. *Education Policy Analysis Archives/Archivos Analíticos de Políticas Educativas* [en línea] 2013 [fecha de consulta 9 Mayo 2016];21:1-23. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=275029728040>.
50. **Casassas D.** Sociologías de la elección y nociones de libertad: la Renta Básica como proyecto republicano para sociedades de mercado. *Isegoría* 2005;0(33):235-248.
51. **Boubeta M.** La propuesta de la renta básica de ciudadanía: una nota crítica. *RIPS Revista de Investigaciones Políticas y Sociológicas* [en línea] 2005 [fecha de consulta 9 Mayo 2016]; 4(2): 103-113. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=38040207>
52. **Puente F.** Alaska: el experimento de la renta básica que sí que funciona [Internet]. *El economista* 07 Septiembre 2015 [fecha de consulta 15 Abril 2016]. <http://www.economista.es/economia/noticias/6985960/09/15/Alaska-el-experimento-de-la-renta-basica-que-si-que-funciona.html>
53. **Banco Mundial.** Índice de Gini. Índice de Gini | Datos | Tabla [Internet]. Datos. [datos.bancomundial.org](http://datos.bancomundial.org/indicador/SI.POV.GINI?order=wbapi_data_value_2013+wbapi_data_value+wbapi_data_value-last&sort=as). 2013 [fecha de consulta 15 Enero 2016]. http://datos.bancomundial.org/indicador/SI.POV.GINI?order=wbapi_data_value_2013+wbapi_data_value+wbapi_data_value-last&sort=as
54. **Raventós D.** Catorce respuestas sobre la Renta Básica. *El Ciervo* 2002; (610): 1-9
55. **Gimeno Ullastres J.** Coste/beneficio de una renta básica [Internet]. 2014 [fecha de consulta 4 Agosto 2015]. Disponible en: http://www.ief.es/documentos/recursos/publicaciones/revistas/.../76_06.pdf
56. **Pinilla R, Gisbert F.** Renta per capita y potencial de calidad de vida (QLP) en España (1981-1999). *Investigaciones Regionales* [en línea] 2004 [fecha de consulta 25 Agosto 2015];(4):53-74. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28900403>

57. **Organización Mundial de la Salud.** Constitución de la Organización Mundial de la Salud. 2006 [Fecha de consulta: 29 de noviembre de 2016] Disponible en: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf?ua=1
58. **Oscar Alfonso M.** Transferencias Monetarias Universales e Ingreso. Simulación en una Zona Mexicana / Universal Cash Transfers and Income. Simulation in a Mexican Zone. Revista De Economía Institucional [serial on the Internet]. (2013), [cited November 29, 2016]; (28): 333. Available from: SciELO.
59. **Birnbaum S, De Wispelaere J.** Basic Income in the Capitalist Economy: The Mirage of "exit" from Employment. Basic Income Studies [serial on the Internet]. (2016, June 1), [cited November 29, 2016]; 11(1): 61-74. Available from: Scopus®.
60. **Rogelio H.** Pobreza, distribución del ingreso y renta básica / Poverty, Income Distribution and Basic Rent. Economía UNAM [serial on the Internet]. (2012), [cited November 29, 2016]; (26): 68. Available from: SciELO.
61. **Ramos F.** Empleo y renta básica: chantaje de la supervivencia o autorrealización. Universitat Oberta de Catalunya. Asociación Red Renta Básica.España
62. **Zubero I.** Repensar el empleo, repensar la vida [Internet]. 2000 [fecha de consulta 11 Diciembre 2015]. http://www.nodo50.org/redrentabasica/descargas/notiob_sug.pdf
63. **Tobin J.** Raising the Incomes of the Poor. Selected Essays:114. citado por Iglesias Fernández J. *La renta básica contra la renta básica* [en línea]. [fecha de consulta 6 Diciembre 2015]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/234375.pdf>
64. **Arcarons J, Barbeito A, et.al;** III Monográfico Renta Básica - Parlament de Catalunya [Internet]. Parlament.cat. 2015 [fecha de consulta 5 Noviembre 2015]. <http://www.parlament.cat/document/intrade/58206>

Derecho a la atención odontológica segura y de calidad: análisis de la Política de Salud Oral de Bogotá 2011-2021*

Right to safe and quality dental care: analysis of the Oral Health Policy of Bogotá 2011-2021*

Gabriela Rueda Martínez ¹

Aline Albuquerque ²

RESUMEN

El objetivo es analizar la Política de Salud Oral de Bogotá, a fin de comprender su contenido, específicamente en relación a la calidad de los cuidados odontológicos y a la seguridad del paciente. Este examen busca verificar si la anterior política contempla estos elementos como componentes fundamentales del derecho a la salud. La calidad y la seguridad del paciente se constituyen en preocupación para la bioética y para los derechos humanos, porque que la garantía de prácticas clínicas seguras, materializa el máximo respeto a la dignidad del paciente. La Política analizada establece la prioridad de avanzar en la garantía del derecho a la salud oral; sin embargo, su propio marco normativo y estrategias no colocan al paciente como núcleo esencial de dichas actividades, ya que las acciones propuestas no se refieren al derecho de los pacientes a la atención segura. El enfrentamiento de los desafíos en calidad y seguridad, no se articula con las normatividades ya implementadas en el país. Fueron identificadas disonancias con relación a las bases teóricas de la calidad, exponiendo una definición limitada a la prestación del servicio. Las políticas públicas, incluyendo las de salud oral, tienen un carácter dinámico, dirigido a la garantía de los derechos humanos, en este sentido, es recomendable que, todas ellas, se fundamenten en la Bioética y que se adopte como marco de referencia el derecho a la salud, con el propósito de garantizar la totalidad de sus elementos y, por lo tanto, el respeto de la salud como bien ético.

PALABRAS CLAVE:

Derecho a la Salud, Bioética, Seguridad del Paciente, Políticas Públicas, Salud .oral

ABSTRACT

The objective of this article is to analyze from human rights perspective, the Oral Health Policy of Bogotá for the decade 2011-2021, in order to understand its content, specifically in relation to the quality of dental care and the safety of the patient. This examination seeks to verify whether said Policy contemplates these dimensions as fundamental elements of the right to health. The quality and safety of the patient constitute a concern for bioethics and for human rights, because the guarantee of safe clinical practices materializes the respect for the dignity of the patient. The Policy analyzed establishes the priority to advance the guarantee of the right to oral health, however, its own normative framework and strategies do not place the patient as an essential nucleus of these activities. The confrontation of the challenges in quality and safety, is not articulated with the regulations already implemented in the country. The dissonances were identified in relation to the theoretical bases of quality, exposing a limited definition to the provision of the service, without considering the adequacy of the social determinants of health. Public policies have a dynamic character, aimed at guaranteeing human rights, in this sense, it is recommended that they be based on bioethics and that the right to health should be adopted as a reference framework, with a view to guaranteeing all of its elements and, consequently, respect for a decent living.

KEY WORDS:

Right to health, bioethics, patient safety, public policies, oral health.

* Artículo original de *reflexión*, resultado de investigación para la tesis doctoral titulada "Seguridad de los pacientes en odontología: reflexiones bioéticas a partir de la perspectiva del derecho a la salud", realizado en el Programa de Posgrado en Bioética de la Universidad de Brasilia.

¹ Odontóloga de la Universidad Santo Tomás Bucaramanga. Especialización en Periodoncia y Medicina Oral de la Universidad del Bosque. Magister en Bioética, de la Universidad de Brasilia.
E-mail: gruedamartinez@gmail.com

² Pos-doctora en Derechos Humanos. Facultad de Ciencias de la Salud. Posgrado en Bioética de la Universidad de Brasilia.
E-mail: alineoliveira@hotmail.com

Citación sugerida

Rueda G, Albuquerque A. Derecho a la atención odontológica segura y de calidad: análisis de la Política de Salud Oral de Bogotá 2011-2021. *Acta Odontol Col* [en línea] 2017,7(1): 41-63 [fecha de consulta: dd/mm/aaaa]; Disponible desde: <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/actaodontocol>

Recibido 28 de noviembre de 2016

Aprobado 30 de marzo de 2017

Publicado 1 de enero de 2017

Introducción

La presente revisión teórica busca examinar, desde la perspectiva de la Bioética y los derechos humanos, la Política de Salud Oral de Bogotá con participación social para el decenio 2011-2021 (1), adoptada por la Alcaldía Mayor de Bogotá y la Secretaría de Salud Distrital, con el objetivo de establecer si la calidad de los cuidados odontológicos y la seguridad del paciente son elementos del derecho a la salud. Es importante resaltar que la alusión a estos elementos se encuentra en el segundo eje estructural propuesto en la Política, denominado, "modelo de gestión y atención de los servicios de salud oral".

Los referentes teóricos de esta investigación es la Observación General n. 14 de 2000 (2), adoptada por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas (CDESC). Este instrumento normativo es reconocido como el principal documento internacional de referencia del derecho a la salud (3). Adicionalmente, será considerado el documento "Quality of care: a process for making strategic choices in health systems" (4), adoptado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), agencia que ha liderado la promoción de la calidad y de la seguridad del paciente a nivel global. Cabe destacar que, en este análisis no serán considerados los avances de la implementación de dicha Política, ya que se pretende examinar únicamente su contenido formulado.

El derecho a la salud consiste en el disfrute de una gama de servicios, bienes e instalaciones disponibles, accesibles, aceptables y de buena calidad que se establecen como fundamentales. Cabe aclarar que la definición de este derecho no se limita a los cuidados en salud, sino que, involucra también el disfrute de condicionantes sociales, tales como el acceso al agua potable, condiciones sanitarias y de vivienda apropiadas, adecuadas ambientes de trabajo, acceso a la educación e informaciones relacionadas con salud (2).

La selección de la calidad de los cuidados odontológicos y de la seguridad del paciente en salud buco-dental, como elementos a ser estudiados en este artículo, se justifica en la escasez de literatura académica referida en documentos internacionales sobre el tema (5, 6), además, se suma la necesidad de contribuir con una revisión teórica de carácter crítico sobre el abordaje de estos elementos del derecho a la salud en el marco de una Política de Salud Oral. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud -OMS, la calidad continúa configurándose como una preocupación seria, que involucra una amplia variedad de estándares entre cada sistema de salud (4). A su vez, la seguridad del paciente ha sido catalogada como problema de salud pública a nivel global, hecho que implica el aumento de los costos en salud, tanto para el individuo como para la sociedad (7). La investigación académica realizada en Colombia, demostró que la baja calidad es una de las causas de la falta de utilización de los servicios de salud general, entre las personas que cuentan con afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (8).

Con base en estas razones, la calidad de los cuidados odontológicos y la seguridad del paciente, se constituyen en preocupación para la bioética y para los derechos humanos, pues la garantía de prácticas clínicas seguras, materializa el máximo respeto a la dignidad del paciente; valor que ha sido considerado parámetro central de estos campos del conocimiento (9).

La concepción de calidad que orienta el análisis de este artículo se basa en la adoptada en la Observación General n.14 de 2000, que la define como "la adecuación de las instalaciones, bienes y servicios, bajo el punto de vista científico y medico" (2). Para esto es requerida la capacitación de

los profesionales de salud, medicamentos científicamente aprobados, equipo hospitalario adecuado y condiciones sanitarias apropiadas y seguras, incluyendo el agua potable.

Los Relatores Especiales sobre el derecho a la salud de las Naciones Unidas, han expuesto la asociación entre la adecuada calidad de los cuidados en salud y la seguridad del paciente (10); de hecho, sistemas de salud que ofrecen servicios de alta calidad, deben cumplir con su atributo, la seguridad, es decir, que la prestación de los cuidados minimice los riesgos y daños al paciente a un mínimo aceptable (4).

Para el alcance del objetivo, este artículo se encuentra dividido de la siguiente forma: primero, será abordado el marco normativo colombiano en salud bucal; en seguida, serán expuestas acepciones sobre la seguridad del paciente y su incorporación en la agenda de salud de este país y por último, será ejecutado el análisis de la Política de Salud Oral de Bogotá, bajo la perspectiva del referencial del derecho humano a la salud. Cierra el artículo la exposición de las conclusiones.

Importa señalar que esta revisión teórica fue realizada siguiendo el método de análisis de prácticas discursivas con producción de sentidos, propuesto por Spink y Gimenes (11), método usado en el campo de la psicología social, cuyo enfoque es el lenguaje utilizado. El análisis de prácticas discursivas permite la comprensión de los sentidos, los cuales, se construyen cotidianamente. Así, la Política de Salud Oral de Bogotá, consiste en prácticas discursivas, generadas por una autoridad regional, dirigida a actores sociales de la salud oral en esta ciudad.

La razón en la que se fundamentó la selección de este método, es que va más allá del simple procesamiento de las informaciones. Implicando un posicionamiento de las autoras de este artículo, frente a los conceptos y teorías expuestos en la referida Política.

Los pasos ejecutados en la aplicación de este método fueron tres. Primero, fue realizada una lectura a profundidad de la Política y una breve presentación de su contenido. Segundo, fueron elaborados mapas de asociación de ideas, que consisten en instrumentos de visualización del proceso de análisis de las prácticas discursivas; estos mapas facilitan la identificación de los repertorios lingüísticos, entendidos como "términos, conceptos y figuras del lenguaje que enmarcan la construcción de los sentidos" (11). Igualmente, los mapas de asociación de ideas permiten la aproximación a las categorías, relacionadas con el objetivo de este artículo y con el marco referencial del derecho a la salud. De este modo, la categorización general que orientó esta revisión fue: a) Contenido del derecho a la salud (determinantes sociales), b). Elementos del derecho en mención y c) Obligaciones estatales. Destáquese que, en cada una de estas categorías generales se enfatizaron las cuestiones asociadas directamente con la calidad de los cuidados odontológicos y la seguridad del paciente. Tercero, fueron realizados interpretaciones y comentarios sobre cada repertorio lingüístico.

Marco normativo de la salud bucal en Colombia

Considerando el propósito de demarcar el panorama de la reglamentación en salud bucal, será revisado brevemente el contenido del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 (12), documento adoptado por el Ministerio de Salud y Protección Social, definido como un pacto social que establece la actuación articulada entre sectores públicos, privados y comunitarios para crear condiciones que garanticen el bienestar de la población y el goce efectivo del derecho a la salud.

Nótese que en el marco conceptual de este documento son presentados abordajes correspondientes a la satisfacción de este derecho; por ejemplo, son considerados los determinantes sociales de la salud, el enfoque diferencial y el enfoque poblacional. Adicionalmente, es aludida la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos (DUBDH), de la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, Ciencia y Cultura, UNESCO; esta, es reconocida como "un instrumento clave que orienta la toma de decisiones complejas en salud pública" (12).

El Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 busca "lograr la equidad en salud y el desarrollo humano" de todos los colombianos y colombianas mediante ocho dimensiones prioritarias y dos transversales, que representan aquellos aspectos fundamentales que, por su magnitud o importancia, se deben intervenir, preservar o mejorar para, así, garantizar la salud y el bienestar de todos los colombianos, sin distinción de género, etnia, ciclo de vida, nivel socioeconómico o cualquier otra situación diferencial. Este Plan expone seis dimensiones prioritarias y la salud bucal está incluida en la dimensión denominada "vida saludable libre de condiciones evitables no transmisibles", que objetiva la promoción e implementación de políticas para el control de las enfermedades bucales, así como, fortalecer la capacidad del país de monitorear las políticas y las intervenciones en salud pública, de acuerdo con el marco normativo global sobre las patologías no transmisibles (12). Es importante aclarar que el Plan Decenal de Salud Pública usa el término salud bucal, y no, salud oral. La diferencia entre estos dos términos, radica en que la salud oral, busca trascender lo orgánico y fisiopatológico, y visibilizar no sólo la boca como parte del cuerpo sino como parte del desarrollo humano.

Así, se establecieron metas puntuales en salud bucal, primero, alcanzar 20% de la población sin caries, enfatizando niños y adolescentes. Segundo, alcanzar 20% de la población mayor de 18 años sin pérdida dentaria, asociada a enfermedad periodontal. De hecho, el IV Estudio Nacional de Salud Bucal (ENSAB) (13), publicado en 2014, reveló reducción en la prevalencia de caries, de 57% a 37% en la población de 12 años. El patrón de disminución de esta patología, también se registró en adultos jóvenes y adultos mayores (13).

Adicionalmente, el Plan Decenal de Salud Pública propone metas colectivas, que influyen en la adecuada salud oral de la población. Estas metas son dirigidas concretamente a la reducción del tabaquismo y alcoholismo, incrementar el consumo de alimentos saludables, disminución de la obesidad en niños, jóvenes y gestantes, fomento de la actividad física en colegios de la red pública y, finalmente, promoción de las prácticas de autocuidado en salud oral desde la primera infancia (12).

Considerando estas metas, cabe resaltar algunos datos sobre el marco situacional en salud oral, específicamente, con respecto a la enfermedad periodontal. El Estudio Nacional en Salud Bucal -ENSAB IV, demostró un aumento de esta patología en todas las edades, en contraste con los datos del ENSAB III, es decir, hubo incremento de 50% a 73% de la población. El estudio encontró razones que justifican esta situación; por ejemplo, las acciones en promoción y prevención en salud bucal, priorizan a los niños y no tienen continuidad en la población de jóvenes y adultos. Por otro lado, las personas no siempre disponen de informaciones y de recursos económicos para mejorar su salud bucal (13).

Considerando este escenario, la literatura académica defiende que las enfermedades bucales no son comprendidas como problemas de salud pública (14), siendo abordadas a partir de intervenciones individuales. Este hecho se suma a la falta de reglamentación del derecho a la salud bucal

en Colombia; el Proyecto de Ley 176 de 2014 (15, 16), que pretendía establecer este derecho, fue archivado en razón de presentar conceptos divergentes con la Ley 1751 de 2015, que reglamenta el derecho a la salud, y con el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. Estas divergencias consistieron en que las definiciones expuestas en el referido Proyecto de Ley, "no son acordes al enfoque y líneas operativas definidas en el Plan Decenal de Salud Pública" (16). Adicionalmente, se explica que este Proyecto de Ley "no mantiene uniformidad en el uso de conceptos como el de salud bucal, establecido por el Ministerio de Salud y Protección Social" (16).

Llama la atención la falta de unanimidad en relación al concepto y utilización de términos en el campo de la odontología, evidente en la presentación de este Proyecto de Ley. Es posible interpretar que esta discrepancia tiene un impacto en el abordaje de las patologías buco-dentales en Colombia, afectando la comprensión de estas condiciones desde una perspectiva colectiva.

En este punto es importante delinear el panorama de las políticas públicas en salud bucal en Colombia. El país contó con Planes Nacionales de Salud Bucal, elaborados en 1996, 1998 y 2005 (17). Este último, enfatizó la salud bucal como componente de la salud general, sin embargo, no formuló estrategias que respaldaran esta afirmación, perpetuando la concepción asistencialista de las patologías buco-dentales (17, 18). A partir de la Resolución 3577 de 2006, adoptada por el Ministerio de la Protección Social, fueron establecidas directrices para un nuevo Plan Nacional de Salud Bucal, que consisten en acción participativa, calidad y acceso (17).

A pesar de la existencia de estas normativas, es conocido que en Colombia, el Sistema de Salud, no considera la prestación de servicios especializados de odontología en el Plan de Beneficios, tal como establecido en el Artículo 35, parágrafo 3 de la Resolución 5592 de 2015 (19), normativa que excluye los tratamientos de periodoncia, ortodoncia, implantes dentales y dispositivos protésicos en boca; todavía, prescribe la exclusión del suministro de cepillos, crema, enjuague y seda dental.

Colombia no cuenta con una Política Nacional de Salud Bucal, por tanto, el enfrentamiento de patologías que son problemáticas para todo el país, es limitado a políticas públicas de ámbito de actuación meramente local. Esta afirmación se basa en datos divulgados en el IV ENSAB, que demuestran la distribución de las enfermedades buco-dentales, por ejemplo, la prevalencia de caries en dentición permanente es mayor en las regiones Atlántica y Oriental (67% y 61% respectivamente); en relación a la prevalencia de edentulismo parcial, sobresalen la ciudad de Bogotá y la región Pacífica (73% y 76% respectivamente) y con respecto a la prevalencia de edentulismo total, aparecen nuevamente Bogotá y la región Pacífica, con porcentaje de 7% (13). Obsérvese que las patologías buco-dentales son distribuidas en todo el país, por tanto, urge la formulación de una política nacional en salud bucal.

Es necesario resaltar avances regionales en relación a estas políticas. Es el caso de la Política de Salud Bucal de Medellín 2013-2022 (20), que contó con un proceso participativo de formulación, conformado por más de cuarenta instituciones y organizaciones sociales. Igualmente, instancias académicas, como la Facultad Nacional de Salud Pública, formó parte activa de dicha propuesta.

En la misma línea, la Facultad de Salud de la Universidad del Valle, también reconoció la necesidad de formular e implementar políticas costo-efectivas orientadas a la disminución de las inequidades en salud bucal. Este reconocimiento se reflejó en la elaboración de recomendaciones al Ministerio de Salud y Protección Social, resaltando la urgencia de incorporar los tratamientos de periodoncia dentro de los planes ofrecidos por el Estado, especialmente, para las mujeres embarazadas y los

pacientes diabéticos, condiciones interrelacionadas con la severidad de la enfermedad periodontal (21). Teniendo en cuenta estos antecedentes y datos en salud bucal, a continuación serán abordadas las propuestas en seguridad del paciente en Colombia.

Seguridad del paciente en la agenda de salud colombiana

Colombia es signataria de los desafíos mundiales propuestos en el marco de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. Esta iniciativa global adoptada en el año 2004, promueve el reconocimiento y el compromiso político entre los Estados miembros, con vistas a la formulación de políticas y prácticas que optimicen la seguridad del paciente. En Colombia, se registran estrategias gubernamentales en este campo, dirigidas por el Ministerio de Salud y Protección Social, las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) (22). A continuación serán explicadas.

Antes de comenzar con la exposición de las estrategias colombianas en seguridad del paciente, cabe referir un antecedente, la Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud, adoptada en 2005 por el Ministerio de Protección Social, cuyo propósito es garantizar el acceso y mejorar la calidad de los servicios de salud, así como, optimizar la utilización de los recursos. En este sentido, la calidad es considerada uno de los ejes a partir de los cuales se desarrollan las propuestas de esta directriz (23).

En el año 2008, el Ministerio de Salud y Protección Social promulgó el marco conceptual de la Política de Seguridad del Paciente (24). La instancia que lidera la implementación de esta Política es el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud (SOGCS), definido como "el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios (...)" (25).

Además de la creación de políticas institucionales, este marco conceptual establece la disminución de los riesgos en los cuidados de salud y la prevención de la ocurrencia de eventos adversos. Otro de sus objetivos es educar a los pacientes y sus familias en el reconocimiento de factores que promuevan su seguridad. Este objetivo confluye con el primer principio orientador referido en el documento; el enfoque de la atención centrada en el paciente (24).

Por otra parte, otra normativa relacionada a la seguridad del paciente, es la Resolución 2003 de 2014, del Ministerio de Salud y Protección Social, que define condiciones de inscripción y habilitación de los servicios de salud. La referida Resolución exige que las instituciones dispongan de un sistema de información de eventos adversos, a fin de conseguir acreditación y habilitación. Con efecto, en el país existe obligación de que las instituciones de salud establezcan estructura, programas y políticas para ejecutar procesos clínicos seguros (26).

Adicionalmente, esta Resolución presenta un "manual de inscripción de prestadores y habilitación de servicios de salud", que consiste en un instrumento que señala los requisitos mínimos para ofrecer cuidados seguros. De este modo son demarcados estándares de habilitación de obligatorio cumplimiento, que se aplican a las siguientes áreas: talento humano, infraestructura, dotación, medicamentos, dispositivos médicos e insumos, procesos prioritarios, historia clínica y registros (26).

La Resolución 2003 de 2014 presenta prescripciones específicas para los servicios odontológicos y establece como proceso prioritario disponer de un programa de seguridad del paciente como condición para la prestación de estos cuidados. Igualmente, establece disposiciones normativas a considerarse durante la atención odontológica, por ejemplo, para la realización de procedimientos quirúrgicos bajo sedación con óxido nitroso, el profesional deberá contar con certificado de formación en este campo y además, deberá estar acompañado de personal de apoyo, encargado de la administración de este medicamento y monitorear los signos vitales del paciente (26).

Adicional a esta Resolución, el Ministerio de Salud y Protección Social creó el Observatorio de Calidad en la Atención de Salud (27), que funciona basado en dos ejes: gestión de la información y gestión del conocimiento sobre calidad. La gestión de la información se fundamenta en los indicadores de calidad, generados a partir de criterios propuestos por las IPS, Empresas Administradoras de Planes de Beneficios y Direcciones Territoriales de Salud. En lo relativo a la gestión del conocimiento, se procura la integración de contenidos sobre herramientas de aprendizaje organizacional, que faciliten la implementación de acciones para mejorar la calidad.

En el ámbito de esta instancia, fueron publicados tres documentos orientadores, dirigidos a las IPS. A continuación, serán presentados en forma breve.

Primero, la "Guía Técnica de Buenas Prácticas Clínicas para la seguridad del paciente en la Atención en Salud" (28) que establece orientaciones dirigidas a los servicios hospitalarios, bien como, a las instancias administrativas del Sistema de Salud. Esta Guía fomenta la apropiación de conceptos necesarios para implementar programas sobre seguridad del paciente; así, estos programas, deben incorporarse a la política de calidad de cada institución. Además define los componentes del programa de seguridad del paciente, enfatizando la gestión y la planeación estratégica institucional, que procura la adopción de comportamientos seguros en los profesionales.

El segundo documento se tituló, "Evaluación de la frecuencia de eventos adversos y monitoreo de aspectos claves relacionados con la seguridad del paciente, que consiste en una herramienta educativa dirigida a los profesionales de la salud, para medir la seguridad del paciente en cada institución (29).

Finalmente, el "Modelo pedagógico", busca fomentar espacios de diálogo con los profesionales de salud en el cotidiano de su desempeño laboral, con el fin de que cumplan con las disposiciones de la Guía de Buenas Prácticas Clínicas, ya aludida (30).

Además de estos tres documentos, fueron publicados dieciséis materiales instructivos dirigidos a los profesionales de salud, sobre procesos asistenciales seguros, abarcando, la detección y prevención de infecciones, identificación correcta de los pacientes y de las muestras de laboratorio, seguridad en la utilización de medicamentos, entre otros. Todos estos materiales instructivos han sido desarrollados considerando el contexto hospitalario (27).

Adicional a las iniciativas a nivel nacional, también se registran otras a nivel local. En 2011 fue presentado el Programa Distrital de Seguridad del Paciente por parte de la Secretaría Distrital de Salud, que contó con el apoyo técnico de la Organización Panamericana de la Salud (OPAS) y de la OMS (31). Este Programa propuso la ejecución de las siguientes actividades: creación de un sistema con el objetivo de registrar y analizar seguimiento a los eventos adversos en las instituciones de salud. En este sentido, fueron realizados cursos de capacitación dirigidos a los profesionales de

salud y funcionarios de hospitales, clínicas e instancias administrativas del Sistema de Salud. Se constata además, la formulación del sistema de notificación de eventos adversos, para que de este modo, sea construida la base de datos sobre seguridad del paciente de la ciudad (31).

Otra actividad consistió en la realización de eventos académicos con el propósito de promover la seguridad del paciente, incorporando la participación del Ministerio de Salud y Protección Social, sociedades científicas y representantes de las instituciones prestadoras de salud. Finalmente, se impulsó la publicación de libros en torno a este tema, especialmente, en relación a cuidados en enfermería seguros (31).

Ante este escenario, es posible verificar la promoción de estrategias gerenciales, institucionales y técnicas para la implementación de la seguridad del paciente en Colombia, delimitadas en la Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud, la Política de Seguridad del Paciente y la Resolución 2003 de 2014 y en las gestiones realizadas por el Observatorio de Calidad en la Atención de Salud.

Considerando este conjunto de políticas y acciones, en la siguiente sección será presentada la Política de Salud Oral de Bogotá.

Política de Salud Oral con participación social para el decenio 2011-2021

Esta sección será subdivida en dos partes, la primera, presentará el contenido de esta Política y su constitución; la segunda, será expuesta la revisión teórica.

Conformación y contenido

La dinámica de las políticas de salud oral en Bogotá inició en 2001, año en que fue formulado el primer documento, sin embargo, su materialización fue efectuada en 2004. Algunas líneas de trabajo registradas desde 2004 hasta 2011 son, promoción de la salud oral en colegios, guarderías e instituciones de protección para niños y adolescentes; formulación de Guías de Práctica Clínica en enfermedades buco-dentales y la implementación del *Subsistema de Vigilancia Epidemiológica en Salud Oral* (SISVESO).

Se debe tener en cuenta que Bogotá desde hace más de 15 años, de manera simultánea a la definición e implementación de la política de Salud Oral, ha venido construyendo el concepto de Salud Oral en el que han participado los diferentes actores y sectores que están comprometidos con el tema. Se hace referencia a la Salud Oral y no bucal como ha sido tradición ya que busca trascender lo orgánico y fisiopatológico, y visibilizar no solo la boca como parte del cuerpo sino como parte del desarrollo humano que permite construir o destruir lo que se quiere o lo que se tiene, atributo propio del ser humano; por esto, define que Salud Oral es más que dientes sanos y encías rosadas, es un indicador del bienestar y la calidad de vida de las personas, que pasan por lo político, económico, social y cultural. Incide de forma importante en los procesos fisiológicos y en las relaciones sociales, desde la comunicación, el desarrollo del lenguaje, la expresión de los sentimientos y afectos. La Salud Oral reconoce al ser humano individual y colectivo desde su integralidad y centra la atención en las personas con sus características relacionadas durante el curso de vida, de los procesos de identidad – diversidad, de las condiciones y situaciones".

En el año 2011 fue adoptada la Política de Salud Oral a ser analizada en este artículo. Esta norma abarca un periodo de diez años, con el objeto de que sus líneas estratégicas de acción tengan continuidad, sin importar el cambio del gobierno en la ciudad. La Secretaria Distrital de Salud es la institución que formula, ejecuta y evalúa las políticas del sector salud en Bogotá (32).

La justificación que sustenta la selección de esta Política es que, Bogotá además de presentar una alta prevalencia de edentulismo total y parcial, fue la primera ciudad que inició la formulación, asesoría y asistencia técnica para la implementación de políticas con el objeto de solucionar las problemáticas de las enfermedades buco-dentales en la población y la superación de las inequidades en grupos sociales específicos (33). Estos grupos son los desplazados por la violencia; según la Consultoría para los Derechos Humanos y los Refugiados (CODHES), Bogotá se constituye en receptora de víctimas de la violencia de todo el país (34). Adicionalmente, examinar si la Política de Salud Oral de Bogotá, establece la calidad de los cuidados odontológicos y la seguridad del paciente, como elementos del derecho a la salud, es una propuesta innovadora que facilita una aproximación al entendimiento de este derecho por parte de la autoridad en salud de la ciudad.

Para comprender la concepción del derecho a la salud oral, adoptado en esta Política, es conveniente evaluar críticamente su contenido. El examen de los repertorios lingüísticos de esta Política, revelará si es coherente con las necesidades de la población, especialmente, en lo relacionado a la calidad de los cuidados odontológicos y la seguridad del paciente. Importa destacar que el análisis de las cuestiones bioéticas relacionadas a la vida y la salud debe trascender y expandirse a los contextos político, económico, social y cultural de las personas. Para tanto, es necesario abordar el contenido de las políticas públicas de salud.

Las políticas públicas son definidas como "acciones intencionales con objetivos a ser alcanzados (...) e involucra procesos de formulación, implementación, ejecución y evaluación" (35). Su formulación e implementación son resultado de la interacción de una red dinámica de actores que disponen de informaciones y percepciones diversas sobre determinada problemática social y que no siempre comparten un interés en común (36).

La Política de Salud Oral de Bogotá se divide en dos grandes partes: la primera se denomina "marco de referencia", conformada por los ámbitos normativo, político, situacional y conceptual asociados a la realidad de salud bucal en la ciudad. La segunda parte presenta su estructura, constituida por cuatro ejes: gestión de la política de salud bucal, modelos de gestión y atención de los servicios en salud bucal, fortalecimiento de la gestión del talento humano odontológico y finalmente, producción y circulación del conocimiento (1). En este artículo, la norma será presentada siguiendo esta misma subdivisión.

Marco de referencia

Esta sección establece el contexto político, normativo, situacional y conceptual de la Política.

El marco normativo presentada varias definiciones de salud, por ejemplo, "la salud es un bien al cual se puede tener acceso o no" (1). También se define salud como un indicador del desarrollo social y humano. Adicionalmente, alude el concepto de salud adoptado por la OMS, enfatizando que esta concepción, está interconectada a aspectos subjetivos como la cultura, creencias e identidad.

En relación al derecho a la salud, se establece que consiste en un compromiso de las naciones, asociado con "la distribución del ingreso, la seguridad social y la protección social, bien como, con la disposición de los servicios (...), programas y acciones en salud pública (1). De este modo, la Política registra que este derecho requiere de Leyes, instituciones y políticas para su disfrute. Cabe destacar que los elementos del derecho a la salud son referidos como "criterios para evaluar el respeto al derecho a la salud" (1).

El marco político presenta algunas aserciones sobre las inequidades en salud y resalta que los determinantes sociales de la salud indican diferencias substanciales entre los grupos poblacionales, destacándolos como factores determinantes de las desigualdades entre países y dentro de ellos. En este sentido, menciona que la mejoría de la salud de los pueblos vulnerables, depende de las estrategias de acción que consideren los determinantes sociales. Los determinantes sociales de la salud oral referidos en la norma son la pobreza, bajo nivel educativo, falta de creencias, tradiciones y cultura en este campo (1).

Establece que los servicios de salud oral son considerados referencia para evaluar el desempeño del sistema de salud, especialmente, en relación a la equidad. Esta concepción se fundamenta en que las patologías buco-dentales son de carácter crónico, hecho que exige la adherencia prolongada del paciente a los servicios; además, estas enfermedades afectan principalmente grupos sociales desfavorecidos económica y socialmente (1). Esta afirmación se interconecta con la asociación irrefutable entre las enfermedades de la boca y las patologías de carácter sistémico y crónico, por ejemplo, diabetes, condiciones cardiovasculares y enfermedades pulmonares obstructivas; ha sido sustentado que los factores de riesgo compartidos como la dieta y el tabaquismo, influyen en el desarrollo de las referidas enfermedades, lo cual, refuerza la idea de que la salud oral es un componente esencial para alcanzar una adecuada calidad de vida.

El marco político de la Política en análisis presenta nociones sobre la participación social en salud y proclama la necesidad de ampliarla en el ámbito odontológico, con vistas a garantizar la vinculación activa de la población, incluyéndola en tareas de diseño, planeación, implementación y seguimiento de la Política. En este sentido, se afirma que "la acción colectiva orientadora de la Política debe ser capaz de garantizar el derecho a la salud bucal" (1).

Nociones sobre diversidad y enfoque diferencial en campo de la salud oral también fueron incorporadas al marco político, definiéndolas como "acciones afirmativas adecuadas a las particularidades de los grupos poblacionales (1). Por tanto, los servicios de salud deberán responder a las necesidades diferenciales, considerando particularmente a las personas en situación de discapacidad, pueblos indígenas y desplazados.

Con respecto al marco situacional, la Política presenta el crecimiento poblacional de Bogotá desde el año 2005 y las proyecciones hasta 2020; igualmente, trata sobre la transición demográfica entre los años 2000 y 2010, demostrando la tendencia al aumento progresivo de su población adulta mayor, hecho que demanda el fortalecimiento de los programas y servicios dirigidos a este grupo. En este punto se alude al fenómeno de la migración forzada que hace a Bogotá, la principal receptora de desplazados del país (1).

El marco situacional se presenta un análisis de la salud oral en Bogotá, formulada a partir de fuentes tales como los Estudios Nacionales de Salud Bucal (ENSAB) y los datos del Subsistema de Vigilancia Epidemiológica de Salud Oral (SISVESO). En las patologías se incluye la descripción

de los datos sobre caries, enfermedad periodontal, fluorosis y labio y paladar fisurado. Adicionalmente, se exponen las características de los servicios de salud de la ciudad, explicando los tipos de contratación y la oferta de servicios odontológicos. Un dato que llama la atención, publicado en un estudio piloto del SISVESO en el año 2007, consiste en que "cerca de la mitad de los niños y niñas con edades hasta los nueve años, nunca habían visitado el odontólogo" (1). Este dato revela inequidades en el acceso a los servicios odontológicos en la población infantil. En este sentido, de acuerdo con el ENSAB III y sus indagaciones sobre representaciones sociales en salud oral, se determinó que 29% de los padres y cuidadores de niños considera que la dentición temporal no necesita de cuidados, en razón de que son dientes que van a desaparecer.

En relación al marco conceptual de la Política de Salud Oral de Bogotá, se aluden conceptos sobre el enfoque de derechos; se afirma que dicha norma asume este enfoque a fin de "enfrentar (...) y resolver los problemas de exclusión, inequidad y pobreza extrema" (1). En esta línea, se presentan conceptos sobre salud oral, promoción de la salud y calidad de vida. Finalmente, se exponen los principios orientadores de la norma; equidad, integralidad y participación social.

Estructura de la Política de Salud Bucal de Bogotá

En la segunda parte del documento se presentan cuatro ejes que integran consideraciones temáticas, problematización y líneas estratégicas de acción.

El primer eje denominado "gestión de la política de salud bucal", problematiza la existencia de disonancias entre las propuestas de las líneas de acción y la ejecución de la Política; estas disonancias consisten en, respuesta social fragmentada a los problemas de salud oral en la ciudad, débil incorporación de la participación social y comunitaria en la Política y los limitados avances en el trabajo intersectorial e interinstitucional. Para tanto se establecen estrategias en gestión, a nivel distrital y local, movilización social por la salud oral, fortalecimiento institucional para la acción intersectorial e interinstitucional por la salud oral y finalmente, gestión de los enfoques de equidad y diferencial en la Política; el objetivo de esta última estrategia es "desarrollar una línea de acción transversal en la Política que asegure la permanencia del enfoque de equidad y diferencial" (1).

El segundo eje, titulado "modelos de gestión y atención de los servicios en salud bucal", problematiza la persistencia de indicadores de enfermedades buco-dentales, por encima del promedio nacional, que se distancia de las metas propuestas en la ciudad. En este sentido, se explica que hay un retroceso en salud oral, ocasionado por la magnitud y extensión de los daños en algunas poblaciones. Estas fragilidades consisten en la persistencia de barreras de acceso y oportunidad de los servicios, falta de adherencia a las Guías de Práctica Clínica, falta de integralidad en la atención, insuficiente desarrollo de los programas de educación en salud, entre otros (1). Es decir, se evidencian pocos avances en la promoción y prevención y adicionalmente, baja capacidad resolutoria de los servicios de salud, que son ocasionados por problemas estructurales del Sistema de Salud y por la forma como son desarrollados los programas de salud oral en la ciudad. En respuesta a dicha problematización, se proponen líneas de acción que involucran la gestión de los servicios de salud oral, un nuevo modelo de atención en salud oral basado en premisas ético-valorativas y políticas, mejoramiento de la calidad de los servicios de salud oral, y finalmente, diseño e implementación de sistemas de información y vigilancia epidemiológica.

En lo relativo al tercer eje denominado "fortalecimiento de la gestión del talento humano", se exponen problemáticas que tocan a los profesionales de la odontología, por ejemplo, condiciones

laborales precarias, tipos de contratación y relación desproporcional entre el número de profesionales, lugares de trabajo y necesidades de la población. Así, son propuestas líneas estrategias que se fundamentan en la dignificación de las condiciones laborales, prevención de las enfermedades y accidentes profesionales, educación continuada y fortalecimiento de la relación docencia-servicio (1).

El cuarto eje titulado "producción y circulación del conocimiento", expone la problemática de los escasos de grupos de investigación en las facultades de odontología del país, capaces de garantizar la producción del conocimiento estable, en concordancia con las demandas del campo de la salud oral. En este sentido, describe el campo científico odontológico como "discontinuo, atomizado y fragmentado (...) (1). Se cuestiona sobre la falta de recursos estatales para el financiamiento de las investigaciones y la inexistencia de alianzas para la generación del conocimiento e innovación tecnológica. En las estrategias de acción se delimita la creación y captación del conocimiento en salud bucal y su socialización y democratización.

Habiendo presentado el contenido de la Política de Salud Oral de Bogotá, a continuación, será expuesto el análisis de sus prácticas discursivas.

Mención a la calidad como elemento del derecho a la salud

En el marco político del documento se expone el siguiente enunciado:

Accesibilidad, disponibilidad, aceptabilidad y calidad son criterios con los cuales se puede evaluar el respeto al derecho a la salud (...). Contar con sistemas de salud que atiendan los ciudadanos sin distinción de clase social, raza, religión, género u otras condiciones sociales, es requisito para una vida colectiva digna (1)

Una afirmación vinculada con este enunciado se presenta como sigue

Circunstancias como (...) la inseguridad alimentaria, (...) la mala calidad de la vivienda (...), constituyen factores determinantes de la mayoría de las desigualdades entre los países con respecto al estado de salud, enfermedades y mortalidad de sus habitantes. Para mejorar la salud de las poblaciones más vulnerables del mundo y fomenta la equidad sanitaria, son necesarias nuevas estrategias de acción que consideren estos factores sociales que influyen en la salud (1).

Obsérvese que se expresa el derecho a la salud, sus elementos constitutivos y los determinantes sociales, con énfasis en la necesidad de intervención, con vistas a la superación de las inequidades. Destáquese en este repertorio, la referencia a la calidad de los determinantes sociales, asociada directamente a la seguridad del paciente, es decir, se manifiesta una visión ampliada del derecho a la salud, tal como establecido en la Observación General n. 14, que no se restringe a la calidad de los cuidados en salud. Esta última es presentada en el siguiente fragmento del marco político:

Las barreras que impiden la atención de salud buco-dental equitativa esté al alcance de la población en las Américas son, entre otras [...] la calidad deficiente de la atención de salud buco-dental (1).

Así, se reconoce que la precaria calidad de los cuidados odontológicos es una característica de la atención deficiente y desigual, que a su vez, indica dificultades en la promoción de salud bucal, a pesar de ser reconocida como componente de la salud general. Es posible constatar que la perspectiva de calidad en la práctica odontológica, expresada en estos párrafos, confluye con la adoptada en la Observación General n.14.

En el mismo sentido, la alusión a la calidad como elemento del derecho a la salud, se expresa en el objetivo de la Política, que propone:

Lograr una condición de salud oral a través de la promoción y generación de prácticas sociales protectoras [...] por medio del abordaje de los determinantes sociales y del fortalecimiento del ejercicio de la ciudadanía [...] que garantice el acceso y la calidad en los servicios de salud del Distrito Capital (1).

En este objetivo es posible identificar la confluencia de los tres ejes del derecho a la salud propuestos en la Observación General n.14: los deberes del Estado, concretamente, la obligación de realizar el derecho a la salud; los determinantes sociales y sus elementos. Sin embargo, en estos últimos, no se incorporó la aceptabilidad y la disponibilidad, contrariando las alusiones al enfoque diferencial en salud bucal, expuestas en el marco político de la norma. En este punto se pierde la continuidad del referencial del derecho a la salud en la Política y por tanto del alcance de la dignidad humana.

Reglamentación sobre calidad y seguridad del paciente incorporada en la política pública

Es conveniente enfocar el marco normativo de la Política en examen. Una norma asociada al tema de la calidad, que fue contemplada es el Decreto 3518 de 2006 (37), que:

Crea y reglamenta el Sistema de Vigilancia en Salud Pública. Este Decreto determina conceptos y aspectos operativos básicos del Sistema Nacional y sirve de referente para el Subsistema de Vigilancia Epidemiológica en Salud Oral SISVESO (1).

El Subsistema de Vigilancia Epidemiológica en Salud Oral, tiene el propósito de contribuir con la mejoría de la calidad de la atención odontológica de la población en Bogotá, por medio del análisis epidemiológico de la situación de salud oral, con vistas a orientar a los profesionales de la odontología en la toma de decisiones para la preservación de la misma. Este Subsistema es una estrategia de vigilancia epidemiológica que registra pacientes, identificando en ellos sus enfermedades, de acuerdo con su edad y régimen de afiliación al Sistema de Salud. Así es posible conocer si el paciente necesita de atención y tratamientos.

Es un proceso de monitoreo continuo y sistemático de los eventos de interés en salud oral y la identificación y análisis de los determinantes sociales y de calidad de vida; lo que permitirá obtener información actualizada del comportamiento de los eventos objeto de vigilancia y otras patologías que afectan la cavidad oral, además permitirá la medición permanente de los índices epidemiológicos, utilizados para la identificación del estado de salud oral y la orientación de las intervenciones necesarias a la población, a nivel individual y colectivo.

Igualmente, fue considerado el Decreto 1011 de 2006, que establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud (25), instancia orientada a generar, mantener y mejorar la

calidad de los servicios de salud en el país y que lidera la implantación de la Política de Seguridad del Paciente (24); no obstante, esta Política no fue incluida en el marco normativo de la Política en análisis.

Definición y características de calidad

El segundo eje estructural de la Política de Salud Oral, presenta la definición de calidad, en los siguientes términos

Calidad se define como la prestación de servicios de salud accesibles, equitativos, con un nivel profesional óptimo que toma en cuenta los recursos disponibles y consigue la adhesión y satisfacción del usuario (1).

Esta concepción fue extraída del Decreto 1011 de 2006 del Ministerio de la Protección Social, aludido anteriormente. En seguida, son expuestas las características de la calidad: accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad.

Se constata que esta definición se limita a la prestación del servicio de salud, sin considerar la calidad de los determinantes sociales de la salud oral; es decir, este concepto no refiere que la calidad implica la adecuación científica de las instalaciones, bienes y servicios de salud oral. A su vez, no se enfatiza que la calidad también impone el disfrute de condiciones sanitarias apropiadas y seguras. En consecuencia, la definición presentada, no converge con el concepto establecido por la Observación General n.14 (2), ni con el proclamado por la OMS (4), en la medida que, la acepción de calidad referida en la Política, involucra a otros elementos del derecho a la salud, tales como accesibilidad y disponibilidad y no destaca a la calidad como la adecuación científica de los profesionales, medicamentos, equipos e instalaciones de salud.

Además, en este concepto de calidad, se verifica la utilización del término "usuario", que evoca la relación con el servicio, pero no con el paciente, manifestando que esta Política de Salud Oral está dirigida al funcionamiento del servicio odontológico, y no a la protección de los derechos de los pacientes que utilizan este servicio (38). Usuario, se distancia del término paciente, que es aquel que presenta un problema de salud, que lo hace buscar ayuda. Este término paciente tiene dos connotaciones en el proceso terapéutico: su vulnerabilidad y su centralidad, es decir, es el paciente, quien comparte junto al profesional de salud, las deliberaciones sobre el curso de su patología, evolución y tratamientos (38).

La Política en análisis presenta las características de la calidad. Es notoria la inclusión de la calidad, en consonancia con lo adoptado por el CDESC y por la OMS; no obstante, se verifica que estas características mencionadas en la Política, no coinciden completamente con lo establecido por estas instancias internacionales. Es decir, las alusiones a la efectividad, eficiencia, equidad y servicios centrados en el paciente, no fueron referidas. En lugar de ello, fueron presentadas otras características como oportunidad, pertinencia y continuidad. A continuación, serán expuestos sus significados, con el propósito de delimitar si tienen o no relación con la calidad:

Oportunidad: es la posibilidad del usuario de obtener los servicios que requiere, sin atrasos que coloquen en riesgo su salud bucal

Pertinencia: grado en el cual los usuarios obtienen actividades, intervenciones y procedimientos odontológicos que requiere, de acuerdo a la evidencia científica.

Continuidad: es el grado en el cual las personas reciben las actividades, procedimientos e intervenciones en salud bucal requeridas, por medio de una secuencia lógica y racional de las actividades, con base en el conocimiento científico (1).

Considerando los conceptos sobre calidad expuestos por la OMS y por el CDESC, es posible constatar, que la noción de oportunidad presentada en la Política, incorpora a la accesibilidad, al destacar la obtención de los servicios en un tiempo razonable. La pertinencia implica la concepción de efectividad, en la medida que, afirma la prestación de los servicios basados en la necesidad de las personas, siguiendo la evidencia científica. A su vez, la continuidad, implica la disponibilidad de instalaciones, bienes y servicios, a fin de que ellos puedan ser prestados llevando una secuencia lógica. Por lo tanto, se observa que la oportunidad y continuidad, están directamente asociados a otros elementos del derecho a la salud, -accesibilidad y disponibilidad-. La pertinencia está más relacionado a la calidad, resaltando los cuidados en salud consonantes con las necesidades.

Protocolos y guías para la seguridad del paciente en odontología

En la exposición de la problemática correspondiente al segundo eje de la Política, fueron identificados obstáculos asociados a la calidad de los cuidados odontológicos y a la seguridad del paciente, conforme enunciado en el siguiente párrafo:

Presencia de eventos adversos producto del incumplimiento de las Guías de Bioseguridad, tales como el lavado de las manos, uso de máscara y procesos de esterilización de los insumos odontológicos. Los problemas de seguridad son relacionados a fallas en el sistema de información, en especial, al mal diligenciamiento de las historias clínicas (1).

Los errores de diligenciamiento de las historias clínicas, entendidos como la falta de registro de las informaciones sobre la salud general del paciente y legibilidad de estas informaciones, están siendo superados a través de esfuerzos del Ministerio de Salud y Protección Social y del Ministerio de Tecnologías de la Información y de las Comunicaciones. Estas instancias impulsan la iniciativa "sistema de salud unificado de Cundinamarca", que implementa el servicio de historia clínica electrónica en 23 hospitales del Departamento, favoreciendo la digitalización de las informaciones sobre los pacientes en un software especializado. Otros departamentos de Colombia ya están incorporando esta tecnología (39).

En relación a las Guías de Bioseguridad, cabe explicar que facilitan la estandarización de los procesos asistenciales odontológicos y ofrecen parámetros que unifican criterios sobre tratamientos y son consideradas "herramientas de calidad, desarrolladas en la perspectiva de la odontología basada en la evidencia (40).

En este contexto, son disponibles guías de práctica clínica en salud bucal para la mujer gestante (41) y la guía de bioseguridad (40). En esta última se unifican los protocolos y normas básicas para el control de la transmisión de infecciones en el consultorio odontológico. Es sabido que hay tres

vías de contaminación en la práctica odontológica: de paciente a profesional, de profesional a paciente y de paciente a paciente (40). Así, esta guía está dirigida a estos actores.

A pesar del incumplimiento de las Guías de Bioseguridad registrado en la Política, se propone la elaboración de guías de atención centrada en las personas, integrando cuestiones biológicas y sociales, incluyendo la población de desplazados, minorías étnicas y persona con discapacidad física y/o intelectual. La búsqueda de estas guías en el *website* de la Secretaría de Salud Distrital y del Ministerio de Salud y Protección Social, no arrojó resultados. Por otra parte, fueron utilizados los siguientes descriptores en las plataformas digitales para la búsqueda de estos documentos "guía salud oral minorías étnicas + Bogotá", "guía salud oral desplazados + Bogotá", "guía salud oral personas con discapacidad + Bogotá". Sin embargo, no fueron encontradas dichas guías.

La Política enfatiza que las redes de prestación de servicios de salud oral deben:

Promover el análisis de alternativas y desarrollo de acciones en red que busquen [...] mejorar la adherencia de los profesionales de la salud a las Guías de Práctica Clínica, a la historia clínica unificada y a las normas de bioseguridad. Entre las alternativas se deberá incluir que la Secretaría Distrital de Salud, realice procesos de capacitación de las Guías de Práctica Clínica, en los cuales se explique sus funciones en la gestión clínica, su flexibilidad, efectividad e impacto [...]. Deberán ser garantizadas las condiciones financieras y materiales para que las Guías de Práctica Clínica sean implementadas (1).

A pesar de esta iniciativa, la Política no enfatiza la responsabilidad de los odontólogos de evitar causarles daño a sus pacientes, a través de la aplicación de las Guías. Además, no resalta valores éticos básicos, para que el profesional y su equipo de trabajo apliquen los protocolos establecidos, favoreciendo la concientización de los riesgos durante la prestación del servicio. De este modo, la Política debe propender para que los profesionales de la odontología, sean conscientes de que la aplicación de estas Guías es una obligación ética. La simple explicación y socialización de su contenido manifiesta que la seguridad de los pacientes en odontología, es limitada a la aplicación de un *check-list* y no es comprendida como el derecho a la atención odontológica segura, necesaria para alcanzar el derecho a la salud bucal. Considerando el carácter dinámico de las políticas públicas de salud y que a través de ellas, el Estado materializa sus prioridades en estrategias, con el objetivo de responder a las necesidades de la población, es plausible inferir que mecanismos para la socialización de las guías de práctica clínica en Bogotá, por sí solos, no son medidas suficientes para prevenir daños y eventos adversos en odontología y alcanzar la protección del derecho a la salud oral.

Calidad de los bienes e instalaciones odontológicas

Adicional a la ambigüedad conceptual de calidad expuesta en la Política, se alude a la presencia de inadecuaciones de las áreas físicas de atención y del instrumental odontológico, imprescindible para la atención calificada. Esta problemática se expresa en la siguiente afirmación:

Dentro del proceso de habilitación que realizaron los hospitales, fueron evidentes problemas de infraestructura, de instrumental odontológico y servicio de mantenimiento. Una nueva propuesta de modelo de atención en salud oral,

debe considerar la adecuación de las áreas físicas actuales y la dotación de instrumental odontológico necesario para garantizar la prestación de servicios de salud oral I, con altos niveles de calidad (1).

Por consiguiente, fue propuesta estrategia que pretende mejorar las condiciones de infraestructura y tecnología de la atención odontológica de los hospitales de la red pública, expresadas en la siguiente forma:

Realizar diagnóstico de necesidades de infraestructura y equipos, análisis técnico, administrativo y financiero de los dispositivos médicos a ser adquiridos [...], realizar el proceso de adquisición, realizar la instalación de los equipos, inicial el protocolo de mantenimiento y control (1).

Partiendo del entendimiento que la mala infraestructura de las instalaciones y el deterioro del instrumental son potenciadores generadores de riesgos y eventos adversos para los pacientes, es cuestionable que esta propuesta se presente desarticulada de las acciones sobre seguridad del paciente, establecidas a nivel local. Es decir, es imprescindible que la solución de esta problemática se integre al Programa distrital de Seguridad del Paciente de la Secretaría Distrital de Salud (31), que objetiva la reducción del riesgo y el alcance de instituciones prestadoras de servicios de salud más seguras.

Condiciones laborales de los profesionales de la odontología

El tercer eje que configura la Política analizada se denomina "fortalecimiento de la gestión del talento humano" y presenta la siguiente consideración:

La Política de Salud Bucal de Bogotá, en su propósito por mejorar la situación de salud bucal de la población [...] con miras a garantizar el derecho a la salud, [...] requiere [...] que el talento humano odontológico (profesionales, auxiliares, promotores, agentes comunitarios), debe estar formado e instruido, y contar con condiciones laborales óptimas que le permitan responder con altos niveles de calidad [...] a las problemáticas de salud bucal en el Distrito Capital (1).

Las precarias condiciones de trabajo de los odontólogos, su baja continuidad laboral y la falta de equipos de adecuada calidad, referidas en la Política, son obstáculos que impiden ofrecer un servicio calificado, que permita proteger al paciente de daños y eventos adversos. Importa resaltar la reciprocidad entre la seguridad del paciente y los derechos de los profesionales de salud. Con efecto, la fatiga y el stress son factores que impactan en la mayor ocurrencia de errores durante la atención (7). Para enfrentar esta situación son propuestas las siguientes líneas estratégicas: dignificación de las condiciones laborales, prevención de enfermedades y accidentes profesionales, educación continua y permanente del talento humano y fortalecimiento de la relación docencia/servicio (1). Resáltese que, la educación continua, presenta las siguientes propuestas de acción:

Calificación permanente del talento humano odontológicos del Distrito Capital, en temáticas relacionadas a las áreas administrativas, investigativas, de salud pública [...], bioseguridad y éticas [...]. El proceso de calificación se puede realizar a través de cursos y espacios de socialización de experiencias (1).

Obsérvese que la capacitación de los profesionales y la mejoría de sus condiciones de trabajo, propuestas en esta Política, convergen con la prescripción de la Observación General n.14, que establece la adecuada formación profesional para asegurar que los bienes, servicios e instalaciones de salud sean de buena calidad. No obstante, la Política enfoca la seguridad del profesional y la optimización de la calidad de los servicios, sin mencionar soluciones inter sectoriales para la seguridad del paciente; es decir, la influencia de la adecuada capacitación de los profesionales de la odontología en la prevención de errores y eventos adversos en la prestación de servicios, no fue señalada en este eje estructural. Esta afirmación orienta a la reflexión sobre la responsabilidad ética y legal de los profesionales de salud en la consideración de los intereses del paciente, dentro de los cuales aparece la calidad de los cuidados. Adicionalmente, el Estado tiene el deber de proveer bienes, instalaciones y servicios odontológicos calificados y seguros.

Se constata además, en este repertorio lingüístico la alusión al término "bioseguridad", que abarca el control de riesgos derivados de la utilización de biotecnologías modernas; estos riesgos se asocian a la vida y la salud de las personas, animales, plantas y medio ambiente (42). En este sentido, la bioseguridad involucra sectores diversos y repercute en otras áreas del conocimiento. Este término se distingue de la seguridad del paciente, que enfoca la reducción de riesgo de daños innecesarios, relacionados con la atención en salud (4).

Conclusiones y recomendaciones

Fue constatado que, no obstante la Política de Salud Oral de Bogotá establece la prioridad de avanzar en la garantía del derecho a la salud oral y de asumir el enfoque de derechos con el propósito de reducir la exclusión social y las inequidades en este campo, su propio marco normativo y estrategias formuladas no colocan al paciente como núcleo esencial de dichas actividades., por tanto, se afirma que los elementos calidad y seguridad del paciente, no son considerados desde la perspectiva del derecho a la salud.

La Política en análisis expone una seria problemática que compromete la seguridad del paciente en el ámbito odontológico, particularmente por la evidencia de la falta de seguimiento de los protocolos de prevención de infección por parte de los profesionales, deterioro del instrumental y equipos odontológicos y fallas en la infraestructura. Considerando que las políticas públicas son acciones organizadas de los gobiernos para responder a los problemas que perjudican el disfrute de la salud oral de la población, en esta investigación fue demostrado que la superación de las dificultades en este campo, no se articula con las normatividades sobre seguridad del paciente, ya implementadas en el país, por ejemplo, la Política de Seguridad del Paciente, adoptada en 2008. Destáquese, que la seguridad del paciente odontológico no ha sido integrada a las acciones en gestión del conocimiento, impulsadas por el Ministerio de Salud y Protección Social. Cabe mencionar que el mejoramiento de estándares de calidad y seguridad del paciente se coadunan al deber estatal de proteger el derecho a la salud, que implica el control riguroso del Estado sobre las instalaciones, bienes y servicios de salud, incluyendo la salud buco-dental.

Adicionalmente, las concepciones y estrategias adoptadas no se refieren al derecho de los pacientes a la atención segura, necesaria para garantizar la satisfacción del derecho a la salud oral. Destáquese el hecho de que en el marco normativo se enfatiza el deber de los servicios de salud de responder a las necesidades diferenciales. En la Política examinada, no fueron aludidas acciones concretas dirigidas a optimizar la calidad y la seguridad en la prestación del servicio odontológico

de las personas con deficiencia física y/o intelectual, pueblos indígenas y desplazados, considerando las particularidades que cada grupo presenta. En este mismo sentido, estrategias sobre calidad y seguridad del paciente, dirigidas a las mujeres, niños menores de cinco años y adultos mayores, tampoco son presentadas, limitándose a la adopción de guías o protocolos de atención por sujetos. Otros grupos que deben ser incluidos en el enfoque diferencial son los pacientes con enfermedades sistémicas y personas privadas de la libertad poblaciones que también demandan inclusión en las acciones de las políticas públicas de salud oral más allá de la formulación de protocolos de atención.

Por otro lado, fueron identificadas disonancias en relación a las bases teóricas de la calidad, exponiendo una definición limitada a la prestación del servicio, sin considerar la adecuación de los determinantes sociales de la salud. Además, fue verificada la inclusión de características de la calidad que no se asocian directamente con este elemento, sino que, se relacionan a otros elementos del derecho a la salud, tales como la accesibilidad y la disponibilidad. El concepto y características de la calidad, son divergentes de las premisas adoptadas por el CDESC y por la OMS, lo que significa incoherencia teórica con estas autoridades. Estas diferencias conceptuales son relevantes en razón de que pueden influenciar negativamente la construcción de estrategias para optimizar la calidad. Con base en estos hallazgos, se afirma que la Política de Salud Oral de Bogotá, no considera la calidad y la seguridad del paciente como elementos del derecho a la salud.

Las políticas públicas tienen un carácter dinámico, dirigido a la garantía de los derechos humanos, en este sentido, es recomendable que su formulación e implementación esté fundamentada en la Bioética, porque acciones en promoción, prevención y rehabilitación en salud oral, ofrecidas bajo los preceptos de la calidad y de la seguridad del paciente, son consideradas necesidades esenciales de la población, que hacen parte del derecho a la salud y que le permiten realizar otros derechos. Además, el Estado tiene la obligación ética de cumplir, respetar y proteger este derecho. Cabe anotar que la salud es considerada un bien ético, es decir, es un aspecto concreto del bienestar de los seres humanos, vinculado a la vida y a las condiciones que la hacen digna, cuyo alcance está determinado por la cooperación entre las personas. Así, la bioética tiene como objetivo la protección de los bienes éticos, entre ellos, la salud, propósito esencial de la acción humana, indispensable para alcanzar una vida digna (43).

Bibliografía

1. **Alcaldía Mayor de Bogotá, D.C Gobierno de la ciudad, Secretaria Distrital de Salud.** Política de salud oral con participación social para el decenio 2011-2021. [en línea] 2011 [fecha de consulta 15 de octubre de 2015] Disponible en <http://www.saludcapital.gov.co/SUBS/Documents/Pol%C3%ADtica%20de%20Salud%20oral.pdf>
2. **United Nations Economic and Social Council.** The right to the highest attainable standard of health. General Comment # 14, 2000, Geneva [en línea] 2000 [fecha de consulta 15 de marzo de 2016] Disponible en http://apps.who.int/disasters/repo/13849_files/o/UN_human_rights.htm
3. **Albuquerque A.** Direito à saúde: conteúdo, essencialidade e monitoramento. Revista CEJ 2010; 48: 92-100

4. **World Health Organization.** Quality of care A process for making strategic choices in health systems [en línea] [fecha de consulta 20 de julio de 2016] Disponible en http://www.who.int/management/quality/assurance/QualityCare_B.Def.pdf
5. **Perea-Pérez B, Santiago-Sáez A, García-Marín F et al.** Seguridad del paciente en odontología: plan de gestión de riesgos sanitarios en odontología. [en línea] [fecha de consulta 20 de julio de 2016] Disponible en <http://pendientedemigracion.ucm.es/centros/cont/descargas/documento23390.pdf>
6. **Bailey E, Tickle M, Campbell S, et al.** Systematic review of patient safety interventions in dentistry. *BMC Oral Health* 2015; **15**:152
7. **Albuquerque A.** La seguridad del paciente según la perspectiva de los derechos humanos: un estudio de la actuación de autoridades sanitarias de Brasil. [en línea] [fecha de consulta 12 de abril de 2016] Disponible en <http://proqualis.net/dissertacao/seguran%C3%A7a-do-paciente-%C3%A0-luz-dos-direitos-humanos-um-estudo-sobre-pol%C3%ADtica-nacional-de>
8. **Vargas-Lorenzo I, Vázquez-Navarrete M.L, Mogollón-Pérez A.** Acceso a la atención en salud en Colombia. *Revista Salud Pública* 2010; **12** (5): 701-712
9. **Andorno R.** Bioética y dignidad de la persona. Madrid: Ternos; 1998
10. **United Nations General Assembly.** Human Rights Council. Promotion and protection of all human rights, civil, political, economic, social and cultural rights, including the right to development. Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of health, Paul Hunt. Annex mission to glaxosmithkline [en línea] [fecha de consulta 20 de julio de 2016] Disponible en http://www.who.int/medicines/areas/human_rights/A_HRC_11_12_Add_2.pdf
11. **Spink M J, Gimenes M G.** Práticas discursivas e produção do sentido: apontamentos metodológicos para análises de discursos sobre a saúde e a doença. *Saúde e Sociedade* 1994; **3**(2): 149-171
12. **Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social.** Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. [en línea] [fecha de consulta 10 de marzo de 2016] Disponible en <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Plan%20Decenal%20-%20Documento%20en%20consulta%20para%20a%20probaci%C3%B3n.pdf>
13. **Colombia Ministerio de Salud y Protección Social.** IV Estudio Nacional de Salud Bucal metodología y determinación social de la salud. [en línea] [fecha de consulta marzo 18 de 2016] Disponible en <http://www.udea.edu.co/wps/wcm/connect/udea/03274f99-bceb-4ff3-9b60-512f01be47f6/ENSABIVMetod.pdf?MOD=AJPERES>
14. **Agudelo-Suarez A, Martínez-Herrera E.** La salud bucal colectiva y el contexto colombiano: un análisis crítico. *Rev Gerenc Polit. Salud* 2009; **8**(16): 91-105

15. **Congreso de Colombia.** Proyecto de Ley 176 de 2014 Cámara. Por medio del cual se establece el Derecho Fundamental a la Salud Oral en Colombia y se dictan otras disposiciones. [en línea] [fecha de consulta 2 de agosto de 2016] Disponible http://www.imprenta.gov.co/gacetap/gaceta.mostrar_documento?p_tipo=05&p_numero=176&p_consec=40704
16. **Informe de ponencia negativa para primer debate al Proyecto de Ley 176 de 2014 Cámara.** [en línea] [fecha de consulta 2 de agosto de 2016] Disponible http://www.imprenta.gov.co/gacetap/gaceta.mostrar_documento?p_tipo=2098&p_numero=176&p_consec=41886
17. **Martínez E, Agudelo A A, Viñas Y, et al.** Alcances y limitaciones del flúor en la política pública de salud bucal en Colombia. *Revista Gerencia y Salud* 2007; 6(13): 34-44.
18. **Ministerio de Protección Social.** Dirección General de Gestión de la Demanda en Salud. Plan Nacional Salud Bucal 2005-2008. http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2009/OH_COL_PlanNacSalBuc2005.pdf
19. **Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social.** Resolución 5592 de 24 de diciembre de 2015. Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación del Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. [en línea] [fecha de consulta 21 de marzo de 2016] Disponible https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%205592%20de%202015.pdf
20. **Alcaldía de Medellín, Universidad de Antioquia.** Lineamientos de Política Pública de Salud Bucal Medellín, 2013-2022 [en línea] [fecha de consulta 21 de marzo de 2016] Disponible en <http://www.udea.edu.co/wps/wcm/connect/udea/6f16d8c0-aa89-49f5-8d35-948c1d041c8c/Lineamientos.pdf?MOD=AJPERES>
21. **Ramírez J H, Contreras A.** ¿Se debe considerar a la enfermedad periodontal un problema de salud pública en Colombia? *Editorial Colombia Médica* 2007; 38 (3): 181-182
22. **Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud-Oficina Regional para las Américas, Colombia.** Enfermería y seguridad de los pacientes. [en línea] [fecha de consulta 12 de marzo de 2016] Disponible http://www.paho.org/col/index.php?option=com_content&view=article&id=1465:enfermeria-y-seguridad-de-los-pacientes&catid=796:paltex-contents
23. **Colombia, Ministerio de la Protección Social.** Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud. 2005 [en línea] [fecha de consulta 12 de marzo de 2016]. Disponible en <https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Documents/Politica%20Nacional%20de%20Prestaci%C3%B3n%20de%20Servicios%20de%20Salud.pdf>
24. **Colombia.** Ministerio de la Protección Social. Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente. Diseño e impresión, 2008. 52 p.

25. **Colombia, Presidencia de la República.** Decreto 1011 de 3 de abril de 2006. Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. [en línea] [fecha de consulta 3 de marzo de 2016]. Disponible <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=19975>
26. **Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social.** Resolución 2003 de 28 de mayo de 2014. Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de servicios de salud. [en línea] [fecha de consulta 12 de enero de 2016] Disponible en https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%202003%20de%202014.pdf
27. **Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social.** Observatorio de calidad de la atención en salud. [en línea] [fecha de consulta 11 de abril de 2016] Disponible en <http://calidadensalud.minsalud.gov.co/EntidadesTerritoriales/SeguridaddelPaciente/PaquetesdeBuenasPr%C3%A1cticas.aspx>
28. **Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social.** Seguridad del paciente y la atención segura. Paquetes instruccionales guía técnica "buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud". [en línea] [fecha de consulta 12 de enero de 2016] Disponible <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Guia-buenas-practicas-seguridad-paciente.pdf>
29. **Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social.** Evaluación de la frecuencia de eventos adversos y monitoreo de aspectos claves relacionados con la seguridad del paciente. Paquetes instruccionales Guía técnica "Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud. Versión 2.0. [en línea] [fecha de consulta 1 de abril de 2016] Disponible <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Evaluar-frecuencia-eventos-adversos.pdf>
30. **Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social.** Modelo pedagógico. Paquetes instruccionales Guía técnica "Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud. Versión 2.0. [en línea] [fecha de consulta 1 de abril de 2016] Disponible en <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Modelo-pedagogico.pdf>
31. **Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud-Oficina Regional para las Américas, Colombia.** Presentación del Programa Distrital de Seguridad del Paciente. [en línea] [fecha de actualización: 16 de noviembre de 2011; fecha de consulta 11 de enero de 2016] Disponible en http://www.paho.org/col/index.php?option=com_content&view=article&id=1345:presentacion-del-programa-distrital-de-seguridad-del-paciente&Itemid=554
32. **Alcaldía Mayor de Bogotá.** Decreto 507 de 6 de noviembre de 2013. [en línea] [fecha de consulta 15 de febrero de 2017] Disponible en http://www.saludcapital.gov.co/Documents/Decreto_507%20Estructura%20SDS.pdf

33. **Malambo-Martínez R N.** Análisis de la política de salud oral de Bogotá: fase de formulación 2011 [Trabajo de grado para optar título de magister en salud pública] Bogotá: facultad de medicina, maestría en salud pública, Universidad Nacional de Colombia, 2015.
34. **Consultoría para los derechos humanos y el desplazamiento CODHES.** Desplazamiento forzado intraurbano y soluciones verdaderas Bogotá, Quibdó y Cúcuta [en línea] [fecha de consulta 2 de septiembre de 2016] Disponible en <https://pt.scribd.com/document/234384634/Desplazamiento-Intraurbano-y-Soluciones-Duraderas-II>
35. **Costa S, Nickel D, Borges C M, et al.** Política Nacional de Saúde Bucal e bioética da proteção na assistência integral. Revista Bioética 2012; 20(2):342-348
36. **Arroyave-Alzate S.** Las políticas públicas en Colombia. Insuficiencias y desafíos. Revista FORUM; 2011, 1 (1): 95-110
37. **Decreto 3518 de 2006.** Por el cual se crea y reglamenta el sistema de vigilancia en salud pública y se dictan otras disposiciones. [en línea] [fecha de consulta 12 de abril de 2016] Disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=21859>
38. **Albuquerque A.** Direitos humanos dos pacientes. Curitiba: Juruá Editora, 2016. 288 p.
39. **Colombia, Ministerio de Tecnologías da Información y de las Comunicaciones.** Con el apoyo del gobierno nacional, Cundinamarca implementa el proyecto de historia clínica electrónica. [fecha de actualización 30 abril de 2015; fecha de consulta 3 de septiembre de 2016] Disponible en <http://www.mintic.gov.co/portal/604/w3-article-9187.html>
40. **Alcaldía Mayor de Bogotá.** Guía práctica clínica bioseguridad. [en línea] [fecha de consulta 12 de abril de 2016] Disponible <http://www.saludcapital.gov.co/DSP/Documentos%20Salud%20Oral/Gu%C3%ADa%20de%20Pr%C3%A1ctica%20Cl%C3%ADnica%20en%20Salud%20Oral%20-%20Bioseguridad.pdf>
41. **Alcaldía Mayor de Bogotá.** Guía práctica clínica salud oral paciente gestante. [en línea] [fecha de consulta 12 de abril de 2016] Disponible <http://www.saludcapital.gov.co/DSP/Documentos%20Salud%20Oral/Gu%C3%ADa%20de%20Pr%C3%A1ctica%20Cl%C3%ADnica%20en%20Salud%20Oral%20-%20Paciente%20Gestante.pdf>
42. **Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura.** Bioseguridad [en línea] [fecha de consulta 19 de octubre de 2015] Disponible en <http://www.fao.org/biodiversity/asuntos-intersectoriales/bioseguridad/es/>
43. **Albuquerque A.** Interface entre bioética e direitos humanos: perspectiva teórica, institucional e normativa. [Tesis de Doctorado] Brasília: Programa de pós-Graduação em Bioética, Universidade de Brasília. 2010.

La aparente impenetrabilidad de la autonomía universitaria*

The apparent impenetrability of university autonomy*

César Mauricio Junca Rodríguez 1

RESUMEN

El objetivo de este documento es explorar la perspectiva de la autonomía universitaria a la luz de los fines y particularidad de la universidad. La autonomía universitaria es un asunto que, desde variadas perspectivas, es determinante en la manera en que se comprende, realiza y proyecta el quehacer educativo. Está determinada por el contexto socio-cultural y político en que se pretende llevar a cabo; actualmente, las condiciones impuestas por el modelo económico capitalista hacen que su relación con la libertad sea paradójica: centrada en la limitación y negación, la libertad de unos está vinculada con la no-libertad de otros. La autonomía está en íntima relación con el entorno social, político y económico, expresa una manera de estar en el mundo, responde a una ética basada en principios y a una perspectiva de organización política; se concreta en maneras de participación social y educativa directa y decisoria. La crisis de la autonomía también se comunica con el ámbito de la salud, donde la definición del conocimiento, de las prácticas, de los principios éticos y de las relaciones interpersonales se han ido centrando en el logro de los fines e intereses particulares; las ciencias de la salud están participando de la dinámica de organización de la vida desde los valores morales y principios éticos del liberalismo, el individualismo y la ganancia. Explorar alternativas para la construcción de la autonomía universitaria implica adentrarse en el reconocimiento y puesta en práctica de una formación desde el humanismo y poner en cuestión la excelencia académica que está de espaldas a la realidad de las comunidades y realidades latinoamericanas.

PALABRAS CLAVE:

Ética basada en principios, Participación Social, Política Organizacional, Universidades, Educación y Humanismo

ABSTRACT

The purpose of this document is to explore the perspective of university autonomy in light of the aims and particularity of the university. University autonomy is a subject that, from various perspectives, is determinant in the way in which the educational work is understood, carried out and projected. It is determined by the socio-cultural and political context in which it is intended to be carried out; at present, the conditions imposed by the capitalist economic model make its relation to freedom paradoxical: centered in the limitation and negation, the freedom of some is linked to the non-freedom of others. Autonomy is intimately related to the social, political and economic environment, expresses a way of being in the world, responds to an ethics based on principles and a perspective of political organization; Is concretized in ways of direct and decisive social and educational participation. The crisis of autonomy also communicates with the field of health, where the definition of knowledge, practices, ethical principles and interpersonal relationships have been focused on the achievement of particular ends and interests; The health sciences are participating in the dynamics of organization of life from the moral values and ethical principles of liberalism, individualism and profit. The exercise of university autonomy is determined by its relations with power, environment, Interests and the ways in which it operates. In Colombia, the autonomy of universities has been a strange feature and even alien to the way in which the relations of universities with the State have been established in comparison with the way in which it has been conceived in the rest of Latin America. Exploring alternatives for the construction of university autonomy implies entering into the recognition and implementation of a training from humanism and put in question the academic excellence that is back to the reality of Latin American communities and realities.

KEYWORDS:

Principle-Based Ethics, Social Participation, Organizational Policy, Universities, Education and Humanism.

* Artículo original de [reflexión](#), derivado de la sistematización de las indagaciones que han surgido de la experiencia como docente en la Universidad Distrital Francisco José de Caldas y de dirección de diferentes proyectos académicos y de investigación sobre la autonomía universitaria en Colombia.

1 Psicólogo, estudios de maestría en Derechos del Niño. Director Corporación Americania; Docente hora cátedra/Aprendiz Licenciatura en Pedagogía Infantil, Facultad de Ciencias y Educación, Universidad Distrital Francisco José de Caldas. E-mail: cesarjunca@autistici.org

Citación sugerida

Junca CM. La aparente impenetrabilidad de la autonomía universitaria. *Acta Odont Col* [en línea] 2017,7(1): 65-79 [fecha de consulta: dd/mm/aaaa]; Disponible desde: <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/actaodontocol>

Recibido	15 de febrero de 2017
Aprobado	21 de marzo de 2017
Publicado	1 de enero de 2017

Quién dará la norma... una cuestión de poder

"- No sé lo que entiende usted por "gloria" -dijo Alicia.

Humpty Dumpty sonrió despectivamente.

- Claro que no... hasta que te lo explique. Lo que entiendo es "¡menuda prueba más irrefutable para ti!".

- Pero "gloria" no significa "menuda prueba más irrefutable para ti" -objetó Alicia.

- Cuando yo empleo una palabra -dijo Humpty Dumpty con el mismo tono despectivo-, esa palabra significa exactamente lo que yo quiero que signifique, ni más ni menos.

- La cuestión es saber -dijo Alicia- si se puede hacer que las palabras signifiquen cosas diferentes.

- La cuestión es saber -dijo Humpty Dumpty- quién dará la norma... y punto.

Alicia, de tan desconcertada, se quedó sin habla. Al cabo de un minuto, Humpty Dumpty agregó:

- Genio y figura tienen las palabras... algunas de ellas... sobre todos los verbos, que son muy orgullosos... Con los adjetivos puede uno hacer lo que dé la gana, pero no con los verbos... Sin embargo, ¡yo los voy a meter en cintura! ¡Impenetrabilidad! ¡Es lo que yo digo!

- ¿Querría decirme, por favor -dijo Alicia-, qué significa eso?

- Ahora sí que hablas como una niña sensata -dijo muy satisfecho Humpty Dumpty-. Por "impenetrabilidad" entiendo que ya hemos hablado bastante de este tema y que más valdría que me dijeras de una vez qué vas a hacer ahora, porque calculo que no pretenderás quedarte aquí por el resto de tus días" (1).

Es imposible tratar cualquier asunto social, económico, histórico, académico, cultural o científico sin hacer una revisión del entorno en que estas prácticas se desenvuelven, al que responden y del que provienen, según *la norma* que los determina. El entorno en que la vida cotidiana se desenvuelve para millones de seres humanos está signado, en la actualidad, por el modo de organización de las relaciones centrado en el neo-liberalismo. Podríamos decir que gran parte de las acciones tienen un fuerte tufo neo-liberal que permite identificarlo, olerlo a la distancia. Y como sucede con los olores, luego de un tiempo el sistema sensorial suele acostumbrarse a tal punto que no logra identificarlo y lo da por sentado, ya no lo percibe aunque ahí esté, aunque exista materialmente. Hay, por lo tanto, un conjunto de sucesos que tienen ese olor y que pueden ser identificados, a pesar de su naturalización, normalización y acostumbramiento, con un poco de atención; por lo que hay amor neo-liberal, odio neo-liberal, caridad neo-liberal, vida neo-liberal, sueño neo-liberal, anhelo neo-liberal, salud neo-liberal, trabajo neo-liberal, botánica neo-liberal,

muerte neo-liberal, apatía neo-liberal, educación neo-liberal... y largo infinito etcétera de neo-liberalismos que cunden en cada rincón.

¡Cómo no! También hay autonomía neo-liberal; aún más, para algunos, solo puede haber autonomía siempre y cuando sea neo-liberal. ¿Qué entendemos por este particular tipo de autonomía? Pongámonos en contexto neo-liberal: la libertad es el principio central de ese *liberalismo* que se ha remozado como neo-liberalismo. "...el liberalismo es la tradición de pensamiento que centra su preocupación en la libertad del individuo" (2). Una libertad centrada en la no intervención del monarca absoluto en las iniciativas de los individuos que son sujetos de derecho y que supone que el resto de las personas no lo son.

El liberalismo parte del principio básico de que unos son libres y otros no. Una libertad que da estatus de libre y que, a la vez, lo niega; así, la libertad es un atributo de los hombres libres y la no-libertad es de los no-libres, tautología potente que da por sentada una libertad que las condiciones materiales e históricas no hacen más que poner en duda. Por extensión, los hombres libres pueden ser propietarios de aquellos no-libres sin que ello suscite mayor cuestión o contradicción en el liberalismo; simplemente porque es derecho del *hombre libre* limitar la libertad ajena como parte de su ser e, incluso, de su bondad infinita; como posibilidad de hacer que aquellos otros no-libres vayan haciéndose libres. El liberalismo surge como una manera de disponer la libertad a unos frente al sometimiento de otros.

A ojos de Mill "todo medio" es lícito para quien asume la tarea de educar a las "tribus salvajes"; la "esclavitud" es en ocasiones un paso obligatorio para conducirlos al trabajo y hacerla útiles a la civilización y al progreso (infra, cap. VII, S3). Pero ésta es la opinión también de Calhoun, según el cual la esclavitud es un medio ineludible, si se quiere conseguir el objetivo de la civilización de los negros. En realidad, a diferencia de la esclavitud eterna a la que -según el teórico y político estadounidense- deben ser sometidos los negros, la dictadura pedagógica de que habla Mill está destinada a desaparecer en un futuro, aunque sea remoto y problemático; la otra cara de la medalla es, sin embargo, que a esta condición de ilibertad está ahora sometido de manera explícita no ya un grupo étnico particular (el pequeño pedazo de África colocado en el corazón de los Estados Unidos), sino el conjunto de los pueblos de los que, gradualmente, Occidente se ha adueñado mediante la expansión colonial y que están obligados a sufrir el "despotismo" político y formas de trabajo serviles o semiserviles (2).

Libertad que, por un lado, se dispone frente a los monarcas absolutistas pero que, a su vez, se lanza contra otros para, limitándola, hacerla emerger. Esa libertad marca la manera en que se entiende la autonomía neo-liberal: capacidad de hacer las propias reglas en libertad frente a las injerencias del absolutismo y que, a su vez, determina la manera en que esas reglas, como parte del ejercicio de libertad y autonomía, serán impuestas a otros que no poseen la primera y no pueden ejercer la segunda. Una autonomía muy particular donde se desenvuelve la libertad de unos a expensas de otros; al servicio de la libertad (esclavista), la autonomía neo-liberal es el ejercicio del libre albedrío de los *hombres libres* frente a los límites que cualquier organización social o política pueda imponer a la iniciativa individual, particular, privada.

No es un interés sobre lo público sino la expansión máxima del beneficio privado como configuración de lo público. En últimas, el ejercicio de sinnúmero de individualidades, de iniciativas

privadas en un contexto común, sociedad, mercado o comercio es el desarrollo por antonomasia de lo público neo-liberal. La autonomía neo-liberal es el ejercicio que le permite al conjunto de iniciativas privadas desarrollar sus intereses particulares en un escenario común. Cada cual, con su libre albedrío, garantizará que el bien común sea bienestar general, lo general y lo común son la convergencia de las iniciativas privadas. Lo público neo-liberal es la conjunción de las libertades privadas.

El ejercicio de la autonomía desde la perspectiva de las libertades individuales incluye escenarios vitales para los seres humanos; uno de ellos es de la salud. En la salud la definición del conocimiento, de las prácticas, de los principios éticos y de las relaciones interpersonales han ido, con cada vez mayor fuerza, centrándose en el logro de los fines e intereses particulares; las ciencias de la salud están participando de la dinámica de organización de la vida desde los valores morales y principios éticos del liberalismo, el individualismo y la ganancia. La vida física, social y espiritual ha ido migrando hacia la mercantilización, el comercio y la rentabilidad; de cierta forma, la reflexión sobre la autonomía en las instituciones educativas se comunica con el sometimiento de la práctica médica a los intereses del capital, la acumulación, la eficiencia y la eficacia financiera y empresarial: la salud ha ido configurándose como un asunto de heteronomía en cuanto la práctica médica se rige por la libertad individual y mercantil que oscurece los lazos vitales, los determinantes sociales y los conflictos político-económicos que la atraviesan.

Definir las propias, normas, reglas y formas de gobierno es el significado más general que se puede dar de autonomía (3), implica aspectos sociales, éticos y políticos. No está ajena al debate o la discusión. Está sujeta a los intereses y particularidades. La autonomía como capacidad de hacerse y nombrarse a sí mismo, como entidad o sujeto, no deja dudas sobre su poder y valor. Negar la autonomía suele ser un recurso en relación con el poder (que se impone o que se ejerce), el déspota monarca la niega para hacer su voluntad por encima del otro (4). En relación con la autonomía se cruzan aspectos que ponen en juego la voluntad, la realización y la identidad; de cierta forma, con la autonomía se juega la esencia del ser.

Desde nuestras tierras

Amañada según las condiciones de poder imperante, la autonomía no es un asunto sin apellido, sin rasgo y sin particularidad. No habría una autonomía a secas, flotando en el mundo de los conceptos o de las ideas, esperando reposar sobre los acontecimientos y las materias, sobre las cosas que nos suceden o que hacemos suceder, sobre nuestra praxis. La autonomía está encabalgada sobre las relaciones de poder que le permiten cobrar sentido y particularidad. Por ejemplo, el Comandante Ernesto Che Guevara presenta una autonomía en el ámbito universitario que no puede surgir por fuera de las necesidades del pueblo, en condiciones donde las relaciones académicas, educativas, investigativas y docentes estaban enclaustradas en modos de pensamiento, intereses y valores ajenos al pueblo cubano y respondiendo a las necesidades y los intereses imperialistas y pro-yanquis.

Esa autonomía universitaria cubana está vinculada con la intención revolucionaria, con la necesidad de lograr la independencia, la soberanía y la autodeterminación popular. Una autonomía que en nada es neo-liberal y que se enfrentó a unas prácticas universitarias que, pretendiendo universalidad, neutralidad y científicidad, estaban de espaldas a las necesidades, pobrezas, sometimientos y explotaciones que los cubanos padecieron bajo la tutela estadounidense y, a su vez, a favor de

un academicismo, enclaustramiento, ensimismamiento y extrañamiento con la realidad de la mayoría; en función a los propios universitarios, la educación superior no respondía, en la Cuba de Batista, a las necesidades del pueblo sino a sus intereses "supuestamente" académicos al posar de neutrales, imparciales y universales. Por lo que, el Comandante Guevara propone una manera de integrar la autonomía universitaria con la realidad del pueblo.

Yo recuerdo que tuve una pequeña conversación con algunos de ustedes hace varios meses, y les recomendaba entrar en contacto con el pueblo, no llegar al pueblo como llega una dama aristocrática a dar una moneda, la moneda del saber o la moneda de una ayuda cualquiera, sino como miembro revolucionario de la gran legión que hoy gobierna a Cuba, a poner el hombro en las cosas prácticas del país, en las cosas que permitan incluso a cada profesional aumentar su caudal de conocimiento y unir, a todas las cosas interesantes que aprendieron en las aulas, las quizás mucho más interesantes que aprenden construyendo en los verdaderos campos de batalla de la gran lucha por la construcción del país (5).

La autonomía universitaria, entonces, no es un don o bien otorgado por el soberano, sino un rasgo del individuo; esa es quizá una de las acepciones que ella puede tomar sobre todo en el ámbito neo-liberal. En este escrito ella no lo es, la autonomía universitaria es un rasgo inherente a la universidad como entidad de educación popular, por lo menos eso es lo que los latinoamericanos hemos querido concebir y desarrollar, a pesar de lo que en Colombia nos ha costado acercarnos a este pensamiento latinoamericanista (6). Suele pensarse que la autonomía es un ejercicio de libertad particular, ajena a las necesidades y particularidades del pueblo, escéptica a lo popular; en el escenario académico ha hecho carrera que el compromiso social, político, cultural y económico, desde la perspectiva popular, es un ejercicio ajeno a la verdad, conocimiento, investigación, docencia y ciencia por lo que la autonomía es un asunto etéreo, inmaterial, puro, casto y cándido (ergo científico academicista); cualquier relación con la miseria, la lucha social, el compromiso político o la acción militante resulta ser una infección que atenta al ser purísimo de la universidad. Una autonomía que se mueve siempre y cuando alimente una total des-conexión con la vida de las mayorías oprimidas, como parte de los privilegios que aquellos *hombres libres* se dispensaron como modo de opresión esclavista y explotadora de los otros, ejercicio de aislamiento, exclusividad y encumbramiento jerárquico.

Atávico, formalista y servil, el entorno dominante en Colombia ha hecho que la caverna cobije el cielo con su apariencia de verdades absolutas, tecnicismo grosero y *santaderismo* vulgar; ese rasgo, caro a nuestro ser latinoamericano, nos ha llevado a pensar que la autonomía humanista, la libertad colectiva, la autodeterminación popular y la participación decisoria se configuran como motines y complot que atentan contra el correcto devenir de una nación ensangrentada por los intereses del grupo dominante. Cuidamos, con esmero y credibilidad, el látigo, la daga, la cachiporra y el yugo que nos somete con el miedo que hemos cultivado a la libertad y a la autonomía colectiva. Mirando nuestro ombligo temeroso de la vida, en Colombia la autonomía tiene sentido, siempre y cuando, no atente contra las imposiciones aberrantes; la autonomía es valiosa en tanto ejercicio de heteronomía, en tanto neo-liberal.

No es que esté en vías de extinción sino que nunca ha existido una real autonomía universitaria en Colombia. Colombia fue de los países que tuvieron un mayor retraso en la adopción de esa autonomía universitaria que viene de la Reforma de Córdoba (Argentina) de 1918. Llegó tarde, no fue un movimiento dinámico dentro del país, fue un movimiento que tenía muy pocos representantes, uno de

ellos era Germán Arciniegas, y realmente nunca fue consagrada institucionalmente hasta la Constitución de 1991. Sin embargo con la aprobación de la Ley 30 de 1992 no se desarrolló jamás la autonomía plenamente. Cuando digo plenamente, o por lo menos en sus cuestiones básicas, expreso que las universidades obedezcan a la autodeterminación de las comunidades académicas, eso no se dio. Que exista una real autonomía presupuestal, que los Consejos Superiores no sean dominados por autores externos, en fin, todos esos elementos jamás tuvieron una realización en Colombia. Entonces hemos tenido una autonomía bastante recortada, una autonomía a medias y en eso somos unos de los países de América del Sur más atrasados. En ese sentido, la autonomía universitaria es un elemento importante para el desarrollo de las democracias de esta región del mundo (7).

Lejos de suponer que la autonomía indica una ausencia de relación con el exterior, lo que ella exige es una definición de ese tipo de relación desde, por lo menos dos aspectos, la intención educativa de la universidad y los intereses públicos que, en el caso de la universidad pública, la signan y particularizan. La autonomía no es aislamiento, sino todo lo contrario contacto directo, integración constante y real con la vida comunitaria, social, política, cultural, económica, académica y ecológica en que se desenvuelve y a la que se debe; en fin, la autonomía está, en un quehacer educativo, investigativo e interactivo, íntimamente vinculada a los intereses públicos de las mayorías, a la vida popular (8).

El ejercicio de autonomía universitaria no puede estar ajeno a varios elementos centrales: sus relaciones con el poder, el entorno, los intereses y los modos en que se desenvuelve. En la dinámica pública la cuestión es mucho más rica y variada, no se limita a los intereses que el Estado neo-liberal no puede ni debe imponer, ni a las condiciones supuestas que impiden que se le brinden los recursos que requiere para su ejercicio; sino que se orienta hacia la construcción de una reflexión y praxis sobre la educación, la investigación y la interacción según los intereses del pueblo y bajo el reconocimiento del derecho a la educación por parte de la comunidad universitaria según sus conexiones con los pueblos indígenas, las comunidades populares, los grupos étnicos, de género y sociales. Por lo que su ejercicio no podría más que ser de rebeldía y de exigencia ante las condiciones que, desde el Estado neo-liberal, pretenden limitar, someter y anular la autonomía. La relación de la universidad con su autonomía está marcada por la dignidad, el respeto y la libertad colectivas; dignidad, respeto y libertad colectivas frente a las limitaciones que el Estado neo-liberal pretenden imponer; libertad, dignidad y respeto colectivas que la hermanan con las comunidades populares y pueblos indígenas para luchar por la garantía al derecho a la educación.

La autonomía universitaria es un principio consagrado en el artículo 69 de la C.P., que consiste en la posibilidad de que las universidades se auto-dirijan y se auto-regulen, en el marco general del respeto por la ley, y sin la interferencia del Estado. La jurisprudencia de la Corte ha llenado de contenido y ha fijado los límites al principio de autonomía universitaria. En este orden de ideas, se ha definido esta garantía a partir del reconocimiento de la libertad de las universidades para auto-gobernarse y auto-determinarse respetando los límites fijados por la C.P. y la ley. En estos términos se pronunció la sentencia C-220 de 1997, reiterada posteriormente por la jurisprudencia constitucional: “[...] dicho principio se traduce en el reconocimiento que el Constituyente hizo de la libertad jurídica que tienen las instituciones de educación superior reconocidas como universidades, para auto-gobernarse y auto-determinarse, en el marco de las limitaciones que

el mismo ordenamiento superior y la ley les señalen... La universidad a la que aspira la sociedad contemporánea es aquella que esté presente siempre y en todo lugar, que supere el revaluado modelo que la identificaba con aquellos campus que materializaban "...guetos cerrados...campos de concentración del saber..." Los límites a esa libertad de acción le corresponde establecerlos al legislador a través de la ley, obviamente cuidando de que ellos no se extiendan hasta desvirtuar el principio de autonomía o impedir su ejercicio por parte de las instituciones reconocidas como tales". En otras palabras, la autonomía universitaria, se hace efectiva cuando se garantizan espacios en los que no haya cabida para las interferencias del poder público en temas académicos y de orientación ideológica, así como en el manejo administrativo o financiero de los entes educativos, los cuales despliegan su libertad de acción con las mínimas restricciones previstas en la ley. Así, en virtud del principio de autonomía universitaria, a través del cual también se garantiza la libertad de cátedra y de investigación, resulta necesario que los centros de educación superior tomen sus decisiones académicas, financieras y administrativas, sin intervenciones externas (9).

Inherente a su ser, la universidad tiene que debatir sobre el fin y los medios abierta y públicamente, de cara al pueblo (al que se debe) por encima de los decursos y veleidades de los gobiernos de turno; ceder a ello, es desvirtuar su misión, sentido y ser y someterse a las imposiciones del poder neo-liberal. No sobra decir que la educación, en los tiempos del neo-liberalismo globalizante, se dispone como parte de las mercancías (derechos y servicios hechos mercancías) que los estados, devenidos operadores del libre mercado, deben organizar y disponer para la inversión rentable del sector privado; en este entorno, la ilegitimidad del funcionamiento del Estado neo-liberal no debería causar dudas sobre la invalidez de las normas que intentan someter el interés público a la voluntad del beneficio privado (10).

En síntesis, el concepto de autonomía universitaria se puede precisar en los siguientes términos, a saber:

- 1. La autonomía implica el derecho a elegir y destituir a sus autoridades en la forma que determinan sus estatutos;*
- 2. Formular el reglamento de ingreso, promoción y retiro del personal académico y administrativo y, al mismo tiempo, establecer los tabuladores correspondientes;*
- 3. Elaborar con absoluta libertad los planes y programas de estudio de las carreras profesionales que ofrezca y programar, sin injerencia alguna, las investigaciones científicas que en ella se realicen;*
- 4. En tanto que el manejo de los recursos financieros puestos a su disposición no es una mera cuestión técnica, financiera o contable, sino que revela las grandes directrices de la universidad y sus decisiones estratégicas sobre docencia, investigación y extensión, debe hacerse de manera plena de acuerdo a la aprobación de la distribución que hagan sus propias autoridades;*
- 5. Expedir, de acuerdo a su propia legislación, los títulos y certificados correspondientes.*

Para lograr el auto-gobierno de sus universidades y darse las leyes que las rijan; además de manejar los recursos puestos a su disposición, los universitarios de toda América Latina han ofrecido múltiples luchas y, hoy mismo, ofrecen otras para preservar y ejercer las responsabilidades que les otorga la autonomía (10).

La universidad puede y está en la obligación de enfrentar el modelo neo-liberal porque es su esencia estar en función del interés popular, del derecho a la educación y de su garantía plena, universal, gratuita y laica. Mal hace la universidad al acatar procesos administrativos que lesionan el sentido amplio y pleno de la educación bajo la excusa del cumplimiento de la norma (norma, en sí, ilegítima y lesiva, norma dolosa; norma no obligatoria, su obligatoriedad es una lesión a la autonomía universitaria) y en función de desconocer su autonomía; de ponerse en condición de heteronomía. Tamaña pequeñez solo puede llevarse a cabo en medio del desconocimiento abierto de la función popular de la universidad o bajo la aceptación plena del daño que se pretende infligir a la nación por parte de la perspectiva neo-liberal. Sea cual fuere la circunstancia, nada elimina o limita la autonomía de la universidad para definir sus propios procesos, normas y dinámicas de educación, de investigación y de interacción en los ámbitos académicos, políticos y administrativos.

Libertades colectivas y beneficio individual

La autonomía universitaria está profundamente vinculada a las maneras en que se educa, a sus orientaciones, contenidos, dinámicas, énfasis y procesos; la intervención a la educación, desde los intereses neo-liberales ajenos a la comunidad universitaria, es una lesión central al ser de la universidad, a uno de los rasgos que configuran su *ethos*. La discusión sobre la manera en que se educa a educadores, por ejemplo, es un asunto vital para la sociedad que no puede ser establecido bajo las directrices de una funcionaria del gobierno como si se tratara de un asunto administrativo referente al uso de recursos de papelería en los despachos de cualquier ministerio. Las maneras en que se educa conjugan formas y fines de la educación que no son ajenos a los objetivos de la universidad. De igual forma, las injerencias sobre las condiciones del grupo de profesores, sus calidades y condiciones no están en manos del Estado neo-liberal, ni menos de su Gobierno, como si ello fuese parte de las lógicas de archivo en los departamentos de recursos físicos de las entidades del gobierno. La autonomía implica la libertad colectiva para la definición de los programas académicos y de la determinación de los grupos de profesores que comparten el proceso de aprendizaje y exige la defensa y respeto por parte de las universidades. No hay razón, jurídica, administrativa, política o social que justifique que la universidad se pliegue a los intereses neo-liberales del gobierno y sus funcionarios. El principio de autonomía le garantiza a la universidad gobernarse ampliamente.

Se podrá, y deberá, discutir si el fin mercantil y neo-liberal es parte de las *virtudes* inevitables que la modernización y estandarización educativa impone a la universidad; si la *calidad*, encerrada en procedimientos de gestión, calificación y operación financiera, es un aspecto propio del camino hacia la mejor educación. Se argumentará que la perspectiva humanista, de derechos, e incluso libertaria, no es ni debe ser el principio de la educación pública y superior; que los nuevos tiempos exigen que la eficiencia, la eficacia y la calidad remocen escenarios anquilosados por pensamientos y perspectivas vetustas y superadas gracias al *fin de la historia* que se suscitó como un nuevo advenimiento re-vitalizador de las sociedades en el Siglo XXI. Se podrá decir que las sociedades *avanzadas y desarrolladas* han marcado este derrotero de *aciertos*, que en el mundo estas prácticas son acogidas *sin menor reticencia*, que los centros de pensamiento más reconocidos las profesan

y las difunden con avidez y *desinterés*, que los estudios *imparciales* muestran sus bondades, que todo ello es el *ethos* de nuestra era histórica, la *episteme* general y las reglas de funcionamiento de las relaciones de poder.

Incluso, se puede expresar que las universidades deben ser liberadas de aquellas perspectivas que no le ofrecen nada innovador a la sociedad y que, en últimas, las posturas neo-conservadoras y de ultra-derecha también tienen derecho a vivir en la universidad pública, que sus promotores tienen tanto derecho a orientar los destinos universitarios como los grupúsculos de pensamiento de izquierda. Todo ello puede, y debe, ser dicho en el ámbito de la discusión abierta y democrática del escenario universitario, pero en ningún momento ello da pie para que la autonomía universitaria se pliegue a los intereses *bienaventurados, gozosos y bondadosos* del capital multinacional como si el neo-liberalismo fuese una nueva fe incuestionable.

Quizá la discusión sobre la autonomía universitaria se pueda diluir, como dicen los nuevos intelectuales de la era ciberespacio, en asuntos de semántica y de posición: que cada cual ande por sus propios pasillos, salones y auditorios con sus posiciones que, mientras ellas cohabiten en la mixtura creada por la vitrina de mercancías en que se va configurando la sociedad, no hay problema. Ése es el paroxismo de la diversidad moderna: muchos productos en las estanterías. Pues, resulta que si hay problema, la universidad no es un centro comercial de la enseñanza, la investigación y la interacción (incluso cuando el modelo dominante de arquitectura y funcionamiento universitario haga del centro comercial su modelo de catedral del conocimiento), es el escenario que los pueblos se apropian para su proceso de autorrealización material y espiritual, incluye una perspectiva que caracterice e impulse su dignidad, respeto y autodeterminación.

Enfrentado a este principio vital de la universidad humanista latinoamericana hay un control hegemónico cultural que busca que los procesos de comprensión de los pueblos sobre sus realidades se pliegue a los intereses dominantes.

En el caso de la hegemonía cultural imperialista, la misma se propone deformar, desnaturalizar y/o limitar la adecuada concepción e implementación de la formación humanística del profesional universitario. A tono con ello consideramos que entre las deformaciones y limitaciones que están presentes en la formación humanística que es utilizada como instrumento hegemónico cultural de la clase burguesa dominante se encuentran las siguientes:

- *Visión historiográfica de la dinámica social, presentando a ésta como simple sucesión cronológica de etapas y sucesos. Con ello se asume una posición externa, no comprometida con lo ocurrido ni con lo actual, evadiéndose el establecimiento de ellas conducen a la situación del presente.*
- *Presentación descriptiva de los hechos sociales, preocupada por mostrar en todos sus detalles cada acontecimiento, pero sin indagar en sus causas diversas y contradictorias. Con ello se alcanza, cuando más, el ofrecimiento de un bagaje informativo y una instrucción ilustrativa que no trasciende de la mera contemplación de la situación y no promueve efectivamente su transformación.*
- *Exposición basada en la selección de diversos puntos de vistas, usualmente de reconocidas autoridades en los campos abordados. Bajo la aparente y*

pretendida amplitud de ópticas y actualidad de criterios se conforma, en realidad, una concepción no sistémica de una lógica objetiva estructuradora, que brinda un enfoque científicamente incoherente e incapaz de orientar eficaz y racionalmente la actividad intelectual y práctica en esta esfera.

Tales rasgos, sin ser por supuesto los únicos, pueden aparecer de manera relativamente autónoma o en forma de diversas combinaciones en las diferentes variantes de realización de la formación humanística. Lo anterior ha conducido, entre otras cuestiones, a que dicha formación presente en numerosas ocasiones un atraso teórico relativo con respecto a las situaciones y problemas de la práctica histórica del momento; una incapacidad para explicar y preveer el curso de los acontecimientos y procesos; una inviabilidad funcional para incidir eficazmente en el cambio del entorno; y por tanto, un descrédito de su valor o una pérdida de su significación (11).

La situación de la autonomía universitaria atraviesa la manera en que se piensan diferentes profesiones; en el caso de las ciencias de la salud, la manera en que se percibe la vida, la organización social, los modos en que se previenen las enfermedades y se promueve la vida están siendo organizadas desde la precariedad de una mirada que, en su mayoría, desconoce la multidimensionalidad, variabilidad y transformabilidad del conocimiento y se instala como maneras de suplir las necesidades y requerimientos de las empresas productoras de medicamentos, aparatología médica y prestadoras de servicios médicos. En función del beneficio financiero y mercantil, en que se ha ido convirtiendo el escenario de la vida y la salud, se aborda la salud desde una sucesión de acontecimientos desconectados de la vitalidad de la vida cultural, social, política e histórica y se conciben las situaciones de salud/enfermedad como sucesos ajenos a la dinámica social, política y económica. Se construye una ciencia de la salud que solo puede recoger las dinámicas sociales, políticas, económicas e históricas en cuanto puedan fortalecer la perfección del modelo de atención y en función del beneficio mercantil y financiero. Una salud ajustada a la necesidad de achicar la vida y deteriorar la salud, un contrasentido que se hace posible en cuanto los principios éticos de la práctica médica se somete a la libertad ofrecida por el mercado y la ganancia financiera y que nadan como pez en el agua en universidades atrapadas por la autonomía neo-liberal.

Un crisol de vida y armonía

Pensar la autonomía de la universidad pública pasa por reconocer que nuestra sociedad no es –y no va en camino a convertirse en– un escenario para la acumulación del capital y el beneficio particular como medida de todos los acontecimientos humanos; pasa por reconocer y valorar los saberes indígenas ancestrales que han marcado nuestra vida como pueblos; pasa por volver la mirada a nuestras aproximaciones al saber que tienen el contexto latinoamericano como escenario de construcción colectiva; pasa por recuperar las estéticas nómadas y diversas que hacen que las artes se fundan con nuestras artesanías llenas de vida, materialidad y espiritualidad profunda; pasa por la participación activa y decisoria en todos los ámbitos universitarios de los diversos grupos sociales, comunitarios, étnicos, sexuales, de género, raízales y políticos que hacen del crisol latinoamericano una promesa vital para la humanidad; pasa por las variadas conexiones que diariamente hacemos con otros modos de vida, de habitar, de sentir, percibir, hacer y soñar que se difunden y promueven en el mundo entero; pasa por reconocer nuestros dolores,

miedos, frustraciones, retos y necesidades, por saber que el deseo del buen vivir indígena es una oportunidad para estos pueblos sometidos a la desesperanza, la explotación y el olvido; pasa, finalmente, por recuperar nuestra memoria, nuestra palabra, nuestra ser, filiarnos con la madre tierra, con la fuerzas de la vida y con las necesidades de un continente preñado de imaginación, creatividad, saber, vida y armonía.

*En América Latina, la historia de la autonomía forma parte de la lucha contra la dependencia del creer y el saber proveniente de los países metropolitanos; para romper la dependencia del creer y el saber de las clases dominantes y sus intelectuales e ideólogos. En nuestro tiempo, la lucha por la autonomía de la universidad pública está cada vez más vinculada a la lucha contra la privatización, la des-nacionalización y la usurpación de las instituciones públicas y nacionales para convertirlas en empresas mercantiles."*¹⁰

La discusión sobre la universidad y su autonomía debe explorar el camino de la educación humanista para recuperar, como mínimo, algunas de sus funciones básicas o fundamentales:

- Función de formación económica: permite una comprensión de las leyes del devenir económico de la sociedad, tanto en lo referido a la micro y la macro-economía, así como en el plano nacional e internacional.
- Función de formación política: ofrece una explicación de la existencia e incidencia de las clases sociales y de sus intereses en la dinámica social, así como de los mecanismos, organizaciones e instituciones en los que ello plasma y sustenta.
- Función de formación intelectual: caracteriza las regularidades generales del proceso cognoscitivo y propicio el establecimiento de habilidades lógicas para el razonamiento, la demostración, la auto-reflexión y la realización del carácter más plenamente consciente de la capacidad de pensar.
- Función de formación ética: contribuye a la elaboración y asimilación de las normas y patrones de conducta que regulan las relaciones de los hombres en la sociedad, inculcando un sistema de valores humano-universales al accionar del sujeto.
- Función de formación estética: esclarece una concepción científicamente argumentada acerca de lo bello y de sus parámetros, participando en la conformación de capacidades para la creación y la percepción estética de la realidad.
- Función de formación patriótico-nacional: favorece la elaboración del sentimiento y la autoconciencia de pertenencia e identidad nacional, sobre la base de las tradiciones y valores históricos, sociales y culturales del país.
- Función de concepción del mundo: permite la estructuración consciente en un nivel teórico de las coordenadas y principios directrices más generales de la actividad social del individuo, mediante una visión integral de conjunto acerca del hombre, la realidad y la activa relación entre ambos.

- De lo anterior se desprende que la formación humanística no puede ser aditamento externo, posteriormente añadido, ni puede ser aceptada por simple predilección, pasatiempo o inútil deseo de ilustración, sino que ella constituye un momento consustancial de la formación integral del profesional y del propio sujeto, como medio catalizador para propiciar y reafirmar su grado de socialización (11).

La revisión sobre los programas educativos promovida por el Ministerio de Educación Nacional (MEN) no responde al resultado de una discusión abierta, amplia y democrática sobre su valor, pertinencia, orientación y sentido. En los programas educativos universitarios las tensiones que se presentan en los modelos de educación, los énfasis, las perspectivas y las orientaciones política, sociales, educativas y éticas demuestran que los procesos socio - educativos están y permanecen vivos; no resolverán los gustos e intereses de turno de los interesados en su modificación sin discusión amplia y democrática, pero lo cierto es que NO están en condiciones de ajustarse según las exigencias burocráticas y perversas que adelanta la administración nacional.

Ello no significa que los proyectos educativos en la universidad estén acabados y sean perfectos; lo que simplemente expresa es que su revisión no se puede dar como cumplimiento de tareas ajenas a la dinámica comunitaria que debería darle inicio, alimento y conclusión. Si ello fuese así, los tiempos, las dinámicas y, hasta, los resultados posibles serían otros; por ejemplo, los tiempos quizá tomarían varios semestres o años; las dinámicas implicarían jornadas abiertas y democráticas donde estudiantes, docentes, empleados y egresados debaten y construyen una discusión amplia sobre las problemáticas educativas en la ciudad y el país, el sentido de los programas y planes educativos, el valor de las organizaciones pedagógicas, el énfasis en fundamentación y profundización, la dinámica democrática de la administración educativa, las luchas por garantizar las condiciones físicas y humanas para atender la mayor cantidad de jóvenes deseosos de estudiar, etc.; y los resultados quizá no fuesen los que el Ministerio desea para sus "acreditaciones de alta calidad y excelencia", pero si los que la comunidad universitaria, atada a su propia dinámica autónoma, crea como horizonte educativo.

No creo que sea posible debatir, por ejemplo, los sentidos de toda aspiración a la "excelencia académica", un tema tan presente en los círculos universitarios contemporáneos, sin focalizar nuestra mirada en la producción social de estas condiciones de exclusión y discriminación. Un proyecto de universidad que construye su modelo de "excelencia" sobre la base de la omisión o la indiferencia a las condiciones de vida de millones de seres humanos y a la capacidad que esta institución posee para luchar contra esa persistente opresión, es una institución donde la "excelencia" acaba siendo la coartada, el pretexto quizás más efectivo para justificar su cinismo y su petulancia intelectual. La frase del Manifiesto es de una radicalidad extraordinaria y vale la pena repetirla: "[nuestras universidades se han transformado así en] el lugar en donde todas las formas de tiranizar y de insensibilizar hallaron la cátedra que las dictara".

La "excelencia académica", entre tanto, tampoco puede fundarse en un proyecto de universidad que prescinde de la especificidad que poseen las instituciones de educación superior y del radical poder desestabilizador que se deriva, potencialmente, de dicha especificidad. Las universidades deben ser espacios de producción y difusión de los conocimientos socialmente necesarios para comprender y transformar el mundo en que vivimos, entenderlo de formas diversas y abiertas,

siendo el campo donde el debate acerca de esta comprensión se torna inevitable y necesario. Las universidades nos ayudan a leer el mundo, a entenderlo y a imaginarlo. Para esto, la producción científica y tecnológica constituye un aporte fundamental, entendiendo que el monismo metodológico y el sectarismo teórico no son otra cosa que obstáculos que impiden una comprensión crítica de nuestra realidad histórica. Descolonizar las universidades para contribuir a la lucha para la descolonización del poder, parece ser un lema de gran actualidad que resuena intenso en la memoria viva del movimiento reformista, aun cuando éste estaba inevitablemente contaminado de un prometeico iluminismo.

La "excelencia académica" tiene que ver, por lo tanto, con la democratización efectiva de las universidades, con la democratización de las formas de producción y difusión de saberes socialmente significativos y con la propia democratización de las posibilidades de acceso y permanencia de los más pobres en las instituciones de educación superior. Todo "proyecto académico" es inevitablemente un "proyecto de vida", o, si se prefiere, "un proyecto de pensar y construir la vida con y entre nosotros y los otros". Fuera de este marco, las universidades parecen condenadas a buscar su redención en la obsecuencia con los tiranos, sea cual fuere su origen, sean cuales fueren las razones que ellos buscan para justificar su propia existencia.

La "excelencia académica" se referencia así en las oportunidades que las universidades nos crean para "revolucionar las conciencias", como dirán los reformistas; en las condiciones efectivas que ellas ofrecen para desestabilizar los dogmas que imponen los poderosos; en la lucha contra el autismo intelectual que nos proponen los dueños del poder y replican sus mediocres acólitos, ocultos tras la toga de la prepotencia. Dirán los reformistas: "el chasquido del látigo sólo puede rubricar el silencio de los inconscientes o de los cobardes". Hacer de esta expresión una guía de acción es, quizás, un indicador de excelencia más efectivo que el que cualquier prueba internacional de aprendizaje haya podido mostrar (12).

No son comités de unos cuantos profesores que con buenas intenciones y cargando sobre sus hombros el quehacer comunitario, según agendas apretadas y externas, y corriendo a responder a extrañas exigencias que, plagadas de chantajes pseudo-legales determinan el proceso de reforma educativa.

Es posible, con certeza meridiana, que el proyecto educativo en las universidades públicas requiera una discusión amplia y diversa como parte de su propio ejercicio pedagógico; sobre todo en momentos en que el país se aboca a construir relaciones sociales que permitan una paz estable y duradera; cuando las circunstancias de vida de los estudiantes (sus condiciones económicas, familiares, sociales y políticas) están aún por ser tenidas debidamente en cuenta; sobre todo cuando las condiciones mínimas para el desarrollo educativo están cada vez más limitadas por la menguada planta de profesores y por los impedimentos físicos, didácticos y materiales que hacen imposible cumplir con la responsabilidad frente a los docentes, los estudiantes y las comunidades. La lista sería interminable según las posturas y perspectivas políticas y éticas; ello solo muestra que revisar el proyecto educativo de la universidad pública es un proceso que nace de la vida comunitaria, colectiva y propia de la universidad y no como cumplimiento de una orden, tarea o misión extraña a su ser.

Revisémonos, discutámonos, re-creémonos y propongámonos como parte de nuestra autonomía para alcanzar mejores sueños, pero no para profundizar las pesadillas neo-liberales de cada día. Hagámoslo para crear la democracia que nos hace falta, la solidaridad que se estima y el respeto por las diferencias que nos debe signar.

Bibliografía

1. **Carrol L.** Alicia en al país de las maravillas. Barcelona: Plaza y Janés Editores; 1994.
2. **Losurdo D.** Contrahistoria del liberalismo. Barcelona: El viejo topo; 2007.
3. **Real Academia Española y Asociación de Academias de la Lengua Española.** Diccionario Diccionarios de la Real Academia Española. Madrid: Espasa Calpe; 2006.
4. **Maquiavelo N.** El Príncipe. Madrid: Alianza Editorial; 2010.
5. **Guevara E.** Palabras sobre el socialismo. Caracas: Ministerio del Poder Popular para la Comunicación y la Información; 2009.
6. **Tünnermann C.** La Reforma de Córdoba. Vientre fecundo de la transformación. En: Sader E, Aboites H y Gentili P, editores. La Reforma Universitaria. Desafíos y perspectivas noventa años después. Buenos Aires: Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales – CLACSO; 2008. p. 16-19.
7. **Polodemocratico.net [Internet].** Bogotá: Polodemocratico; 2014 [actualizado 2016; citado 14 dic 2016]. Arrellano F. El enfoque de la educación superior pública en Colombia está en función de las necesidades del capital y no de las del país. [aprox. 8 pantallas]. Disponible en: <http://www.polodemocratico.net/noticias/en-profundidad/7456-el-enfoque-de-la-educacion-superior-publica-en-colombia-esta-en-funcion-de-las-necesidades-del-capital-y-no-de-las-del-pais>
8. **Universidad.edu.co [Internet].** Bogotá: Universidad; 2007 [actualizado 2016; citado 14 dic 2016]. Atria F. Autonomía universitaria y universidad pública. [aprox. 8 pantallas]. Disponible en: <http://www.universidad.edu.co/index.php/ensayos-acadcos-mainmenu-81/14170-autonomia-universitaria-y-universidad-publica>
9. **Corte Constitucional de la República de Colombia.** Sentencia C-1019/12.
10. **Ornelas J.** Reflexiones en torno a la autonomía universitaria. En: Sader E, Aboites H y Gentili P, editores. La Reforma Universitaria. Desafíos y perspectivas noventa años después. Buenos Aires: Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales – CLACSO; 2008. p. 30-35.

11. [Ramos G, González E, Acosta H y Fuentes de Armas R.](#) Hegemonía cultural y educación superior: el caso de la formación humanista en cuba. En: Austin R, editor. Imperialismo cultural en América Latina: Historiografía y praxis. Santiago: Ediciones Centro de Estudios y Capacitación Técnico Pedagógica – CECATP; 2006. p. 103-114.
12. [Gentili P.](#) Pedagogía de la igualdad: ensayos contra la educación excluyente. Buenos Aires: Siglo XXI Editores; 2011.

Factores asociados al rendimiento académico de los estudiantes de odontología en la clínica de crecimiento y desarrollo*

Factors associated with the academic performance of the students of dentistry in growth and development clinic*

Liliana García Rosales ¹Virginia Moreno Juvinao ²

RESUMEN

Introducción: Identificar los factores que influyen sobre el rendimiento académico de los estudiantes del programa de Odontología de la clínica de crecimiento y desarrollo.

Metodología: Estudio cuantitativo descriptivo, mediante encuesta validada en contenido, aplicada a 211 estudiantes de Odontología que cursaban el área clínica de crecimiento y desarrollo de la Universidad Metropolitana, de Barranquilla que cumplieran con los criterios de inclusión. **Resultados:** Se evidenció a partir de las encuestas realizadas, principalmente, la dificultad en los recursos económicos por parte de los estudiantes como mayor inconveniente para su rendimiento académico

Conclusiones: De acuerdo a los resultados arrojados por la investigación se demuestra que la falta de un adecuado rendimiento académico es producto de múltiples factores, ocasionando en el estudiante retraso en su calendario académico, dificultando el cumplimiento de su proyecto profesional, entre otros, lo cual impacta de manera negativa a la institución educativa de la que hacen parte fundamental.

PALABRAS CLAVE:

Estudiantes de Odontología, Rendimiento Escolar bajo; Educación en Odontología, Conocimiento, Abandono Escolar

ABSTRACT

Introduction: Identify the factors that influence the academic performance of students in the Dentistry program of the growth and development clinic. **Methodology:** Quantitative descriptive study, through a validated survey in content, applied to 211 students of Dentistry who studied the clinical area of growth and development of the Metropolitan University of Barranquilla that met the inclusion criteria. **Results:** It was evidenced from the surveys carried out, mainly, the difficulty in the economic resources by the students as the most inconvenient for their academic performance.

Conclusions: According to the results of the research, it is shown that the lack of an adequate Academic performance is a product of multiple factors, causing the student to delay his academic calendar, making it difficult to fulfill his professional project, among others, which negatively impacts the educational institution of which they are a fundamental part.

KEYWORDS:

Students dental, Academic performance, Education, dental, Knowledge, Student Dropouts.

* Artículo original de [investigación](#) realizado en la Universidad Metropolitana, Barranquilla, Colombia. Derivado de labor como odontopediatras y docentes en el área de clínica.

¹ Odontóloga, Especialista en Odontopediatría, Universidad Nacional Autónoma de México. Docente investigador, área crecimiento y desarrollo Universidad Metropolitana, docente investigador del área clínica y cátedra Universidad Metropolitana de Barranquilla-Colombia. E-mail: garosli@yahoo.com

² Odontóloga, Especialista en Odontopediatría, Universidad el Bosque. Docente investigador, área crecimiento y desarrollo Universidad Metropolitana, docente investigador del área clínica y cátedra Universidad Metropolitana. Barranquilla-Colombia. E-mail: virmore@yahoo.com

Citación sugerida

García L, Moreno V. Factores asociados al rendimiento académico de los estudiantes de odontología en la clínica de crecimiento y desarrollo. Acta Odontol [en línea] 2017,7(1): 81-89 [fecha de consulta: dd/mm/aaaa]; Disponible desde: <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/actaodontocol>

Recibido	25 de noviembre de 2016
Aprobado	5 de febrero de 2017
Publicado	1 de enero de 2017

Introducción

La calidad de la educación universitaria constituye una búsqueda al interior de la institución, que incluyen el rendimiento académico del estudiante y su resultado, debido a que se conocen elementos que facilitan u obstaculizan el desempeño estudiantil, favoreciendo el control sobre los recursos, además del impacto social. El análisis de la calidad educativa debe involucrar resultados de investigación sobre rendimiento académico por parte de los estudiantes, de gran utilidad en la toma de decisiones para obtener un sistema de educación más justo y pertinente (1).

El programa de Odontología de la Universidad Metropolitana de Barranquilla - Colombia fue creado el 22 de junio de 1977, mediante el acuerdo 235 del Instituto Colombiano para el Fomento de la Educación Superior, teniendo en cuenta, para esa época, el crecimiento de la población y a que hasta el año 1976 la Costa Atlántica solo contaba con un programa de Odontología (2,3), con ella toda su cátedra para la formación de un odontólogo integral. Actualmente la Universidad Metropolitana de Barranquilla posee un plan de estudios por semestre involucrado en el programa de Odontología, el cual contempla diez semestres presenciales, para un total de 5 años de estudio. El área de formación de crecimiento y desarrollo maneja unos componentes de aprendizaje los cuales inician en quinto semestre con una teoría denominada "Preclínica de Ortodoncia", que cumple una intensidad horaria de dos horas semanales, y una "Preclínica de Odontopediatría cumpliendo también una intensidad horaria de dos horas semanales, seguida" en sexto semestre con una formación teórico/práctica denominada "Preclínica de Ortodoncia y Odontopediatría", a la vez ostenta una intensidad horaria de ocho horas semanales, de las cuales cuatro son teóricas y cuatro prácticas. Finalmente se da continuidad con la formación académica práctica/clínica, en los Semestres Séptimo, Octavo y Noveno, cumpliendo con una intensidad horaria en cada semestre, de cuatro horas semanales (2).

En el programa de odontología de esta institución, se viene presentando la incidencia en el déficit académico por parte de los estudiantes, los cuales no alcanzan los logros y competencias académicas necesarias a cumplir, dejando un alto número de estudiantes a repetir las asignaturas y otros a retirarla antes de culminar el semestre, posponiendo la aprobación de la clínica de crecimiento y desarrollo; y consecuentemente sus demás cronogramas semestrales académicos (2,3). Sin embargo en no todos ocurre lo mismo, llevándolos a culminar a feliz término sus metas profesionales y académicas, sin la necesidad de repetir cursos y asignaturas (4). Investigadores como Abarca et al (4), definen el éxito estudiantil en la educación superior como el logro de las metas y objetivos en el programa o asignatura cursada por cada estudiante, teniendo en cuenta la motivación y el interés que lleva al estudiante a esforzarse para alcanzar sus objetivos, encontrándose en relación directa con la motivación e interés, además de los esfuerzos para alcanzar una objetivo (5).

Otros investigadores como Contreras K et al, Hernández J, y también Pozo C, en sus estudios y revisiones, afirman que las variables que influyen en el rendimiento académico son de múltiples causas, y coinciden con Abarca et al con respecto a factores motivacionales, definiéndolos como impulsos o fuerzas que proveen la energía necesaria para actuar. La motivación normalmente es producida por la impotencia en cumplir las metas que se pretenden alcanzar, además de la influencia de factores inherentes a los estudiantes involucrando los docentes, al entorno y las políticas institucionales (6,7). Otros autores como Higuera et al (8), consideran a la familia, las variables socio-económicas y la intervención de los docentes como elementos primordiales para comprender los motivos del éxito o el fracaso de desempeño estudiantil. Igualmente Millan M (9) considera que existen diversas causas que intervienen en el rendimiento académico de los estudiantes universitarios, entre los que se pueden mencionar motivos personales, familiares y sociales, principalmente la personalidad del individuo, quien, dependiendo de ésta, puede lograr o no, hacer

frente a la exigencia académica y por ende la obtención de éxitos o fracasos que podrían determinar su autoestima (9).

Otros autores como Hernández J, Pozo C (7), manifiestan otras razones de fallas en el rendimiento académico, como la ansiedad que les produce a los estudiantes la exigencia académica y que las relaciones interpersonales provocan estados de estrés que inciden directamente en su desempeño académico o en su vida emocional. Así mismo, una educación equitativa y de calidad, podría influir en la mejoría de los resultados académicos a pesar de las diferencias socio-económicas del entorno familiar de los educandos (10).

Con base a los anteriores planteamientos, es muy importante conocer los factores intrínsecos y extrínsecos inherentes a la motivación, relacionados con el aprendizaje, pues permitiría establecer acciones fundamentadas en los resultados; de tal manera que se desarrollen estrategias que incidan positivamente en el proceso enseñanza-aprendizaje, permitiendo al alumno establecer metas con mayor éxito a corto y mediano plazo en el rendimiento académico, y a largo plazo en su ejercicio profesional (10).

Esta investigación surge de la necesidad institucional de Identificar los factores asociados al rendimiento académico de los estudiantes del programa de Odontología de las clínicas de crecimiento y desarrollo, cursados en los Semestres Séptimo, Octavo y Noveno.

Materiales y métodos

El tipo de investigación fue cuantitativo de carácter descriptivo, con una muestra de doscientos once estudiantes de Séptimo a Décimo semestre que cursarán en la clínica de crecimiento y desarrollo, la cual fue calculada en Statcall del paquete estadístico de Epiinfo 2000. A estos estudiantes se les aplicó la encuesta de forma facial y de contenido, validada por expertos externos a la Universidad Metropolitana de Barranquilla, que constaba de diez preguntas basadas en indagar los niveles de conocimientos, aspectos motivacionales, características socio-económicas y la accesibilidad a los pacientes. Se solicitó al estudiante el consentimiento informado para participar en el estudio, garantizando la confidencialidad y respecto a la dignidad.

Declaración de aspectos éticos

Se tomaron en cuenta los principios éticos de la declaración de Helsinki. La investigación fue avalada por el comité de Bioética institucional y a la vez se basó en el artículo 11 de la resolución 008430 de 1993 del ministerio de salud Colombiano, la investigación es considerada como, investigación sin riesgo por el carácter no interventivo (11).

Resultados

En la investigación se aplicó un total de 211 encuestas a los estudiantes de Séptimo a Décimo Semestre del programa de Odontología área de crecimiento y desarrollo de la Fundación Hospital Universitario Metropolitano (FHUM). El 74.4 % (157) de los estudiantes encuestados se encontraban en edades de 18 a 23 años, el 20.9% (44) en edades de 24 a 28 años, el 1.9% 4de 29 a 33 años. Con el 0.9% en igual proporción para cada uno de ellos; las edades de 34 a 38 años, de 39 a 43 años y de 44 a 53 años. El promedio de edad fue de 23(DE+-4)

Tabla 1. Frecuencia y porcentaje acerca de los recursos económicos de los estudiantes que influyen en el rendimiento académico

¿Los recursos económicos dificultan la atención del paciente?				
Semestre	Si	No	Algunas Veces	Total
VIII	29	5	2	36
%Fila	80.6	13.9	5.6	100
%Columna	16.1	41.7	10.5	17.1
VII	80	3	9	92
%Fila	87	3.3	9.8	100
%Columna	44.4	25	47.4	43.6
IX	59	0	7	66
%Fila	89.4	0	10.6	100
%Columna	32.8	0	36.8	31.3
X	12	4	1	17
%Fila	70.6	23.5	5.9	100
%Columna	6.7	33.3	5.3	8.1
TOTAL	180	12	19	211
%Fila	85.3	5.7	9	100
%Columna	100	100	100	100

Fuente: Elaboración propia. Microsoft Excel 2015. Grupo investigador

Se determinó que los recursos económicos de los estudiantes influían en su rendimiento académico en un 85.3%(180). Con base a las respuestas de las encuestas realizada en contraste a otros que muestran que NO, en un 5.7%

Tabla 2. Frecuencia y porcentaje acerca de la inasistencia de los pacientes a la clínica de crecimiento y desarrollo que influyen en el rendimiento académico

¿Los horarios de la clínica de crecimiento y desarrollo afectan la asistencia de los pacientes?				
Semestre	Si	No	Algunas Veces	Total
VIII	22	8	6	36
%Fila	61.1	22.2	16.7	100
%Columna	16.7	18.2	17.1	17.1
VII	58	19	15	92
%Fila	63	20.7	16.3	100
%Columna	43.9	43.2	42.9	43.6
IX	43	12	11	66
%Fila	65.2	18.2	16.7	100
%Columna	32.6	27.3	31.4	31.3
X	9	5	3	17
%Fila	52.9	29.4	17.6	100
%Columna	6.8	11.4	8.6	8.1
TOTAL	132	44	35	211
%Fila	62.6	20.9	16.6	100
%Columna	100	100	100	100

Fuente: Elaboración propia- Microsoft Excel 2015. Grupo Investigador.

Se determinó que con relación a la inasistencia de los pacientes a sus clínicas, un 62.6%(132) respondió afirmativamente a esta pregunta.

Tabla 3. Frecuencia y porcentaje acerca de los conocimientos teóricos que influyeron en los estudiantes para su rendimiento académico

¿Los conocimientos teóricos y diligenciamiento de la historia clínica influyen en mi desempeño de la clínica de crecimiento y desarrollo?

Semestre	Si	No	Algunas Veces	Total
VIII	20	7	9	36
%Fila	55.6	19.4	25	100
%Columna	15.5	28	15.8	17.1
VII	62	6	24	92
%Fila	67.4	6.5	26.1	100
%Columna	48.1	24	42.1	43.6
IX	42	9	15	66
%Fila	63.6	13.6	22.7	100
%Columna	32.6	36	26.3	31.3
X	5	3	9	17
%Fila	29.4	17.6	52.9	100
%Columna	3.9	12	15.8	8.1
TOTAL	129	25	57	211
%Fila	61.1	11.8	27	100
%Columna	100	100	100	100

Fuente: Microsoft Excel 2015. Grupo investigador.

Se determinó en un 61.1% (129) que la falta de conocimiento teórico afectaron su rendimiento académico en cuanto a la pregunta a la cual respondieron afirmativamente. Otros resultados obtenidos involucraban preguntas encaminadas a identificar factores que pudieran incidir en el rendimiento académico de los estudiantes de odontología en la clínica de crecimiento y desarrollo, como son los horarios de las mismas en donde el 81% (170) manifestó que si les afectaban así como se evidencio que la falta de compromiso y planificación de los tratamientos de los pacientes fue considerado como factor que incrementaba el bajo rendimiento académico de los estudiantes en donde el 63% (133) respondió que si le afecta; y el último factor es la búsqueda de los pacientes en donde el 85% (180) manifestaron que esto les afectaba, en la aprobación de la clínica de crecimiento y desarrollo.

Discusión

Se evidenció que el factor incidente de mayor frecuencia sobre la pérdida académica es la inasistencia de los pacientes a sus citas programadas en semejanza a los resultados del estudio realizado por Vinaccia S (12), en el año 2000; donde los estudiantes calificaron como estrés severo el hecho que no asistan los pacientes a la práctica clínica. Esta discusión es válida para ambos estudios, pues para la formación profesional del estudiante de Odontología, es imprescindible la asistencia del paciente, para que el estudiante pueda desarrollar habilidades, conocimientos y logre un rendimiento académico satisfactorio para su formación profesional. En ese mismo estudio de Vinaccia

S, coincide con otros autores (12,13), el factor económico fue considerado un factor estresante como generador de pérdida académica.

Garbanzo (1), también hace referencia a múltiples causas y complejidad del rendimiento académico, menciona que se produce por la interacción de muchos factores sociales, personales, institucionales-académicos que difieren de un grupo humano a otro, además comenta el autor, que existen diferencias importantes entre la satisfacción universitaria, el índice de hábitos de estudio, los niveles de apoyo en los universitarios, la satisfacción con los docentes y el nivel socio económico¹, otros autores consideran que la familia, las variables socio-económicas y, sobre todo, la atención que reciben los estudiantes por parte de los docentes de las instituciones son elementos fundamentales para entender el éxito o fracaso de los estudiantes". Lo que afirma esta investigación, en donde el 61% de los estudiantes les afecta la variable de la economía en el rendimiento académico. De igual manera, Fernández M, Mijares B y Álvarez (14), sugieren que la motivación es intrínseca o extrínseca, la primera se refiere a la concepción que tiene el estudiante del proceso más que a logros y resultados de éste, por su parte Raffini¹⁶, como se citó en Polanco, expresa que este tipo de motivación es inherente a la satisfacción de hacer un trabajo sin que esté mediado por la obligación o por una recompensa.

Por otro lado, Millan M (9), determino que existe una orientación similar para los factores tanto intrínsecos como extrínsecos. Acorde con los resultados obtenidos, en donde los estudiantes consideraron la falta de compromiso y planificación como causal de pérdida académica (15).

Seguido con lo anterior, es necesario construir una forma de motivación a los estudiantes de Odontología, se logra coincidir con esta referencia en el impulso de un proceso de mejoramiento de la formación académica a nivel del pre-grado de Odontología en donde se tendrán en cuenta aquellas debilidades detectadas y manifestadas durante la encuesta realizada, lo cual impactará de manera positiva en el proceso académico como lo es la clínica de crecimiento y desarrollo (16).

Según el estudio de Nicho J (17), la variable autoestima influye de manera trascendental en el rendimiento académico de los estudiantes ya que del 100% de ellos, el 60% presentan baja autoestima, aunque no se sientan inferiores a sus compañeros, si consideran que ellos se encuentran en una posición más superior a la suya, lo que para el estudio no es de gran importancia esta variable ya que influyen más otros factores mencionados anteriormente.

Otros autores manifiestan diversas fuentes que incitan a los estudiantes a desertar, el medio ambiente que incluye la sociedad, la unidad familiar, las características socio- económicas, pero a la vez afirman que las causales de deserción son prevenibles y manejables con un buen acompañamiento psicológico que incluyan cuidadores e integrantes del ambiente familiar del individuo (18-22).

Conclusión

Mediante los hallazgos obtenidos en la investigación, se puede aportar que las causas o elementos principales del bajo rendimiento académico de los estudiantes en la clínica de crecimiento y desarrollo de la Fundación Hospital Universitario Metropolitana de Barranquilla, son básicamente los recursos económicos que afectan notablemente el desarrollo de sus actividades académicas, e igualmente se observa reflejada la NO asistencia de pacientes a las citas programadas impidiendo

la ejecución de los logros establecidos por el programa de Odontología de la institución. Y por último, aunque no menos importante, la falta de compromiso referente a los conocimientos afectan su rendimiento y desempeño académico.

Agradecimientos

A los Odontopediatras externos a la institución que validaron el instrumento y a los docentes y estudiantes que participaron en el diligenciamiento del mismo. A la Universidad Metropolitana y a la Fundación Hospital Universitario Metropolitano de Barranquilla por su apoyo durante todo el proceso investigativo, de formación académica y personal y a la Dra. Martha Rebolledo Cobos, por su liderazgo en los procesos de investigación. Además a las estudiantes Piery Lemus Quijano y Guisell Escorcía Vidal por su participación como auxiliares de investigación.

Declaración sobre conflicto de intereses

Los autores no reportan conflictos a declarar relacionados con la investigación.

Bibliografía

1. **Garbanzo G.** Factores asociados al rendimiento académico en estudiantes universitarios desde el nivel socioeconómico: Un estudio en la Universidad de Costa Rica. *Educare*, 2013; 17(3):57-87.
2. **Universidad Metropolitana de Barranquilla: Departamento de sistemas de la Universidad Metropolitana de Barranquilla.** Deserción académica en estudiantes de odontología: Historia clínica; 2015.
3. **Universidad Metropolitana de Barranquilla:** Programa de odontología; condiciones de calidad del programa, documento maestro; 2013.
4. **Abarca A, Sánchez MA.** La deserción estudiantil en la educación superior: El caso de la Universidad de Costa Rica. *Actualidades investigativas en Educación*. 2005; 5: 1-22.
5. **Castejón CJ, Pérez SA.** Un modelo causal explicativo sobre la influencia de las variables psicosociales en el rendimiento académico. *Bordón*, 1998; 50 (2): 171-85.
6. **Contreras K, Caballero C, Palacio J, Pérez A.** Factores asociados al fracaso académico en estudiantes universitarios de Barranquilla (Colombia). *Psicología desde el caribe*. 2008; (22): 110-35.
7. **Hernández J, Pozo C.** El fracaso académico en la universidad: Diseño de un sistema de evaluación y detección temprana. *Psicología Educativa*, 1999; 5(1): 27-40.

8. **Higueta EV, Pérez LY, Vélez M.** Caracterización de la salud mental en los estudiantes de la Corporación Universitaria Lasallista. Trabajo de grado para optar el título de psicólogo. Corporación Universitaria Lasallista, 2011.
9. **Millan M.** Factores de motivación relacionados con el aprendizaje en el estudiante de medicina de la Escuela Ciencias de la Salud, de la Universidad de Oriente, Núcleo Anzoátegui. Tesis para optar el título de Médico Cirujano. Barcelona: Universidad de Oriente, Núcleo Anzoátegui, 2008.
10. **Lolas F.** Pautas Éticas Internacionales para la Investigación y Experimentación Biomédica en Seres Humanos. Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS). Ginebra 2002.
11. **República de Colombia.** Ministerio de la Protección Social, resolución N° 008430 de 1993. Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; (4 de octubre de 1993).
12. **Vinaccia S.** Análisis de las condiciones generadoras de estrés diario de profesionales, estudiantes y personal auxiliar de odontología: Revisión de investigaciones. Revista CES Odontología. Colombia. 2001; 14(2): 24-34.
13. **Flórez L.** Análisis del estrés diario en el personal de odontólogos, auxiliares y operadoras de una clínica odontopediátrica. Psicología Conductual, 2000; 8 (2): 375-88.
14. **Fernández M, Mijares B, Álvarez J.** motivación hacia el estudio en estudiantes universitarios de nuevo ingreso. Negotium, 2013; 8 (24): 181-95.
15. **Lemos R.** La Investigación Científica En Educación Desde La Educación Terciaria: Hacia Una Reflexión Sobre El Tema En El Caribe Colombiano. Revistas científicas. 2002; 22: 110-35.
16. **Raffinni J.** 100 Maneras de incrementar la motivación en la clase. Editorial Pax México, 2008.
17. **Nicho J.** Relación entre la autoestima y el rendimiento académico de los estudiantes de la e.b.c. Tecnológica de la Facultad de Educación de la Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión. Universidad Nacional, Perú. 2013; 2(5): 606-15.
18. **Mondol M.** Análisis de la prevalencia del Síndrome de Burnout en los odontólogos y sus repercusiones en la salud del profesional y en la atención bucodental del Servicio de Odontología en la Clínica Carlos Durán durante el periodo Agosto-Noviembre del 2007.
19. **Steinmann A, Bosch B, Aiassa D.** motivación y expectativas de los estudiantes por aprender ciencias en la universidad. RMIE. 2013; 18; (57): 585-98.

20. **Mruk C.** Auto-estima. Investigación, teoría y práctica. Bilbao: desde de brouwer. España. 1998; 2: 200-10.
21. **Navarro R.** el rendimiento académico: concepto, investigación y desarrollo. Revista Iberoamericana sobre Calidad, Eficacia y Cambio en Educación. 2003; 1 (2): 0.
22. **Barrera M, Baquinzay M, Bustos A, Lamas N, Lobos A.** Patrones estadísticos relacionados con el perfil del alumno de la facultad de tecnología y ciencias aplicadas. XIV Workshop de investigadores en ciencias de la computación. 2012: 256-258.

Eficacia del proceso de esterilización de los Mini-Endo-bloc*

Efficacy of the sterilization process of Mini-Endo-bloc®*

RESUMEN

El Mini-Endo-Bloc® es un elemento usado para mediar las limas durante la endodoncia, presenta muchas concavidades y orificios que dificultan el proceso de esterilización y pueden promover la infección cruzada o comprometer el pronóstico del tratamiento endodóntico. **Objetivo:** Observar la eficacia de la esterilización de los Mini-Endo-Bloc® utilizados en la clínica de la Federación Odontológica Colombiana (FOC). **Métodos:** Se recolectaron 60 Mini-Endo-Bloc® utilizados en pacientes que presentaban diagnósticos de necrosis pulpar y periodontitis apical, lo cuales se dividieron en dos grupos: Grupo control: 12 Mini-Endo-Bloc® desinfectados y no esterilizados. Grupo experimental: 48 Mini-Endo-Bloc® desinfectados y esterilizados, se realizó, según lo recomendado por la Farmacopea USPXXXV, prueba de esterilidad en Caldo Thioglycollate a 37°C, medio de caldo Casoy a 37°C y medio de caldo Casoy a 25°C para determinar presencia de bacterias, levaduras y hongos. **Resultados:** Al someter los Mini-Endo-Bloc® al protocolo de esterilización establecido por la FOC y teniendo en cuenta los parámetros de las pruebas de esterilidad, en el grupo experimental el 50% (n=24), fueron reprobadas (crecimiento microorganismos) y 50% (n = 24) fueron aprobadas (no crecimiento de microorganismos). **Discusión:** la mitad de las muestras fueron reprobadas, estos resultados pueden ser por fallas en el proceso de desinfección mecánica manual directa, el cual se dificulta en los Mini-Endo-Bloc®, debido a su estructura y diseño, permitiendo que residuos biológicos permanezcan en la superficie del instrumento, evitando que el vapor saturado entre en contacto con el material o los microorganismos durante la esterilización.

PALABRAS CLAVE:

Control de Infección, Dental, desinfección, endodoncia, infección cruzada, microorganismos

ABSTRACT

The Mini-Endo-Bloc® is used to mediate the files during the root canal, they have many depressions and holes that hinder the sterilization process and can promote cross-infection or compromise the prognosis of endodontic treatment. **Objective:** To observe the efficacy of sterilization Mini-Endo-bloc® used in the clinic of the Colombian Dental Federation (FOC). **Methods:** 60 Mini-Endo-Bloc® were collected after being used in patients with diagnoses of pulp necrosis and apical periodontitis, were divided into two groups: Control group: 12 Mini-Endo-Bloc not disinfected and sterilized. Experimental group: 48 Mini-Endo-Bloc® disinfected and sterilized, was performed as recommended by the Pharmacopoeia USPXXXV sterility test using broth Thioglycollate at 37 ° C, broth medium Casoy at 37 ° C and broth medium Casoy at 25 ° C to determine the presence of bacteria , yeasts and fungi. **Results:** By submitting the Mini-Endo-Bloc® the sterilization protocol established by the FOC and taking into account the parameters of sterility testing in the experimental group 50% (n = 24), were disapproved (microorganisms growth) and 50% (n = 24) were approved (no growth of microorganisms). **Discussion:** the half of the samples were disapproved, these results may be due to failures in the process of mechanical disinfecting direct manual, which is difficult in the Mini-Endo-Bloc®, due to its structure and design, allowing biological residues remain on the surface of the instrument, preventing saturated steam from contacting the material or microorganisms during sterilization.

KEY WORDS:

Infection Control, Dental, Disinfection, endodontic, cross infection, microorganisms

Maritza Eraso Rodríguez 1

Maryury Hernández Rodríguez 2

Diana Marcela Fajardo 3

Javier Fernando Gutiérrez Barreto 4

Diana Parra Galvis 5

* Artículo original de *investigación* realizado como trabajo de grado por las doctoras Maritza Eraso Rodríguez, Maryury Hernández Rodríguez y Diana Marcela Fajardo, dirigido por Javier Fernando Gutiérrez Barreto y Diana Parra Galvis, se realizó como requisito para obtener el título de especialista en Endodoncia en la Universidad Santo Tomás, Facultad de odontología, posgrado de endodoncia extensión Bogotá.

1 Odontóloga, Universidad Cooperativa de Colombia. Licenciada en Biología, Universidad de Nariño. Residente especialización en Endodoncia, Universidad Santo Tomás, Bogotá. E-mail: maritza_eraso12@hotmail.com

2 Odontóloga, Colegio Odontológico Colombiano, Cali. Residente especialización en Endodoncia, Universidad Santo Tomás, Bogotá. E-mail: maryuryhdez1117@hotmail.com

3 Odontóloga Fundación Universitaria San Martín, Bogotá. Residente especialización en Endodoncia, Universidad Santo Tomás, Bogotá. E-mail: marcef55@hotmail.es

4 Odontólogo, Universidad Nacional de Colombia. Especialista en Endodoncia, Universidad Santo Tomás, Bogotá, docente del posgrado en Endodoncia, Universidad Santo Tomás, Bogotá. E-mail: jafeguba@gmail.com

5 Odontóloga, especialista en Epidemiología. Universidad el Bosque docente del posgrado en Endodoncia, Universidad Santo Tomás, Bogotá. E-mail: investigacionustabogota@gmail.com

Citación sugerida

Eraso M, Hernández M, Fajardo DM, et al. Eficacia del proceso de esterilización de los Mini-Endo-bloc®. Acta Odontol Col [en línea] 2017;7(1): 91-99 [fecha de consulta: dd/mm/aaaa]; Disponible desde: <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/actaodontocol>

Recibido 16 de noviembre de 2016

Aprobado 5 de febrero de 2017

Publicado 1 de enero de 2017

Introducción

El propósito de la instrumentación endodóntica es la remoción del tejido necrótico, microorganismos y sus subproductos del sistema de conductos radiculares. Durante la limpieza y conformación del conducto radicular, microorganismos, materiales residuales orgánicos e inorgánicos se acumulan sobre las zonas de trabajo de los instrumentos y aditamentos endodónticos, existiendo la posibilidad de convertir éstos en dispositivos para la transmisión de agentes infecciosos o irritantes entre pacientes, originando o perpetuando una patología periapical (1-3). Para prevenir esta situación, el control de la contaminación de los instrumentos y aditamentos, utilizados durante el tratamiento endodóntico se realiza por medio del proceso de esterilización (4-6).

El proceso de esterilización se basa en una serie de pasos para eliminar totalmente la carga biológica que puedan tener los instrumentos y aditamentos usados durante el tratamiento, en primer lugar se realiza el proceso de descontaminación, limpieza y empaquetado, para posteriormente realizar la esterilización (5-6). En odontología la esterilización a vapor es el método más efectivo para la eliminación total de la carga biológica este proceso (autoclave) utiliza humedad, temperatura y presión que se mantienen durante un tiempo específico para la eliminación de microorganismos incluyendo sus esporas (7-10).

Es importante realizar una adecuada remoción del debris sobre los instrumentos previo a la esterilización (7-8, 11-12), para ello los procedimientos de limpieza y descontaminación son claves, estos incluyen la remoción mecánica (con diferentes clases de cepillos o esponjas), limpieza química, mediante la sumersión en soluciones como hipoclorito de sodio, detergentes o jabones enzimáticos, utilización de ultrasonido y un enjuague final antes que los instrumentos sean empaquetados y esterilizados (13-17). Los instrumentos endodónticos poseen superficies internas que son inaccesibles y el diseño y construcción de ellos hace la limpieza mecánica y química más difícil (18- 21); por ello el uso del lavado ultrasónico durante la descontaminación es recomendable porque tiene capacidad de desinfección superior en comparación con otras técnicas de limpieza de instrumentos, además reduce la manipulación directa de los instrumentos contaminados, disminuye el riesgo de lesiones punzantes, esto complementado por un pre lavado en un jabón enzimático han demostrado ser eficaces (6-14, 22).

Los instrumentos endodónticos contaminados, son difíciles de limpiar, por sus superficies intrincadas y entorchadas son capaces de atrapar proteínas que se unen a la superficie aún después de realizarles ciclos en la autoclave (7-12). Tanomaru y col. (11) han mostrado que hasta el 76% de los instrumentos de la práctica odontológica presentan un alto grado de contaminación visible después de ser descontaminados. Los Mini-Endo-Bloc®, son instrumentos utilizados en el tratamiento endodóntico para medir limas, generalmente contaminadas, puntas de papel y conos de guta-percha estériles entre otros, estos presentan dificultad para el proceso de esterilización, debido a su pequeño tamaño y superficie compleja, que permite que el debris se acumule dentro de los orificios de medición pudiendo convertirlos en reservorio de microorganismos que comprometan el éxito del tratamiento (20- 23). Por ello es importante basados en los reportes previos, conocer si el proceso de esterilización es suficiente para eliminar todos los microorganismos presentes en él (4-5, 24). Por lo tanto el objetivo de este estudio es observar la eficacia del proceso de esterilización de los Mini-Endo-Bloc® utilizados en la clínica de la Federación Odontológica Colombiana.

Métodos

Se realizó un estudio observacional descriptivo, utilizando 60 Mini-Endo-Bloc®, seleccionados aleatoriamente, lo criterio de inclusión fueron, Mini-Endo-Bloc® de la marca Dentsply®, Mini-Endo-Bloc® usados en diente con diagnóstico de Necrosis Pulpar y periodontitis apical, criterios de exclusión: Mini-Endo-Bloc® que presente porosidad visible, Mini-Endo-Bloc® que no se le haya realizado el debido proceso de esterilización, Mini-Endo-Bloc® sin control químico de la esterilización previa a su uso. La variable independiente evaluada fue la efectividad en la esterilización medida por la presencia de hongos y levaduras; y la presencia de bacterias aerobias y anaerobias en el Mini-Endo-Bloc®, después de someterlo al proceso de esterilización; sus indicadores fueron aprobado y reprobado. Los 60 Mini-Endo-Bloc® fueron divididos en 2 grupos así; grupo control: 12 Mini-Endo-Bloc® a los cuales se les realizó el proceso de desinfección sin esterilización y grupo experimental 48 Mini-Endo-Bloc®, que fueron desinfectados y esterilizados. El grupo control fue dividido en grupos de 3 unidades, lo que corresponde a 4 elementos para cada prueba en diferentes caldos de cultivo de acuerdo a farmacopea USPXXXV: 1) Caldo Thioglycollate a 37°C donde para determinar presencia de bacterias Mesófilas aerobias y anaerobias, 2) Medio de Caldo Casoy 37°C para observar la presencia de bacterias y levaduras aerobias, 3) Medio de Caldo Casoy a 25°C para determinar Hongos y Levaduras. Para el Grupo experimental, se dividieron los 48 Mini-Endo-Bloc® en grupo de 3 que corresponde a 16 para cada prueba,

Grupo control: proceso desinfección sin esterilización

Los Mini-Endo-Bloc® nuevos fueron retirados de sus cajas y colocados en bolsas de polipropileno para ser sometidos al proceso de esterilización inicial, siguiendo el Protocolo de esterilización del Instituto de Educación Continuada de la Federación Odontológica Colombiana (FOC), posteriormente se entregaron a 12 estudiantes residentes del posgrado de endodoncia de la Universidad Santo Tomas, que realizaban prácticas en las clínicas de la Federación Odontológica Colombiana, escogidos al azar para que fueran utilizados durante el procedimiento clínico, en pacientes que presentaban diagnósticos de necrosis pulpar o periodontitis apical. Posterior a la utilización por parte de los residentes, los Mini-Endo-Bloc® se recolectaron en recipientes plásticos con jabón enzimático (Bonzyme), para ser llevados al centro de esterilización y fueron sometidos al protocolo de esterilización del Instituto de Educación Continuada de la Federación Odontológica Colombiana (se realizaron los procesos de limpieza y desinfección, sin ser esterilizados, como se describe a continuación). Los Mini-Endo-Bloc® fueron colocados en detergente enzimático (Bonzyme) por 20 minutos, luego pasados a máquina de lavado ultrasónico (jet Sonic), con el mismo detergente enzimático (Bonzyme) por 180 segundos, posteriormente se realizó lavado y limpieza mecánica con cepillo de cerdas plásticas por 30 segundos, se lavaron con abundante agua potable, dejando escurrir muy bien sobre toalla de papel, posteriormente se lavó el Mini-Endo-Bloc® con agua y jabón líquido (girasol®), y se secó con toallas de papel, fueron empacados en bolsas de polipropileno (bolsa individual Olsotek) y se llevaron al laboratorio CEDIMI para realizarles pruebas de esterilidad así:

Las bolsas se abrieron cerca de un flameador y los Mini-Endo-bloc® se tomaron con una pinza estéril y fueron sumergidos en depósitos de 30 ml del medio de cultivo así: (1) Caldo Thioglycollate a 37°C, (2) Medio de Caldo Casoy 37°C, (3) Medio de Caldo Casoy a 25°C; estos fueron incubados de forma cerrada por un tiempo de 14 días (recomendado por la farmacopea USP XXXV) (25), observándolos diariamente para determinar la presencia de turbidez en el medio, definiéndose esta

como: el oscurecimiento o pérdida de claridad del medio de cultivo; si pasados los 14 días no se presentaba ningún cambio el Mini-Endo-Bloc® se consideraba estéril y por lo tanto como Aprobado. En caso de encontrar turbidez en cualquiera de los 14 días se consideraba Reprobado, (según lo recomendado por la Farmacopea USPXXXV) (25).

Grupo experimental: mini-endo-bloc® proceso de desinfección y esterilización

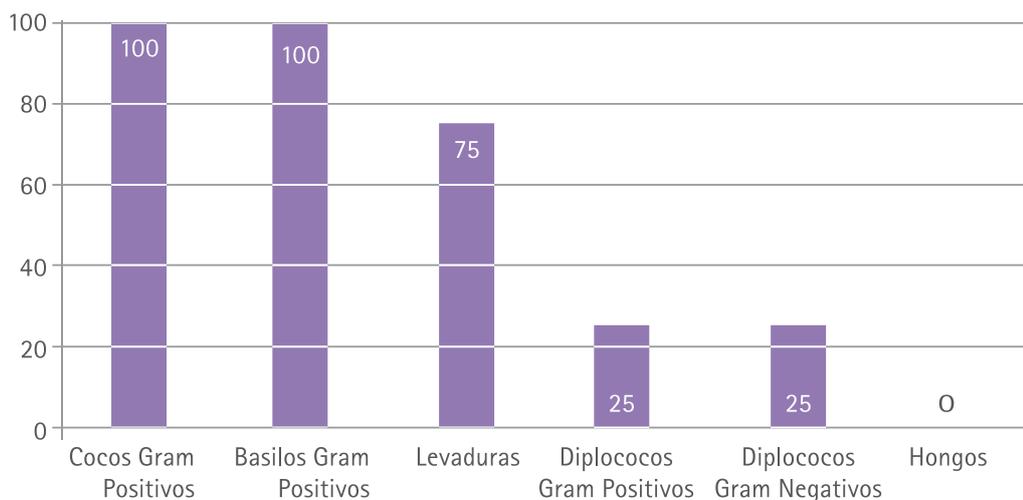
Se realizó el mismo proceso inicial efectuado en el grupo 1, posterior a la recolección de la muestra de 48 Mini-Endo-Bloc® contaminados se ejecuto el proceso de desinfección, se empaço cada uno en bolsas de polipropileno marcadas con fecha lote y número de paquete, se introdujo un indicador químico marca Integron en cada bolsa y se llevaron a un ciclo de autoclave (Olsotek) a temperatura de 134°C y 15 a 20 Libras de presión por 35 minutos y 30 minutos de secado, el autoclave de las clínicas de la FOC es sometido a control biológico semanal, los cuales fueron negativos durante el tiempo de la investigación, posteriormente los Mini-Endo-Bloc® empacados, fueron transportados en las bolsas para esterilización al laboratorio microbiológico donde se le realizaron los cultivos al igual que el grupo 1 (control) para determinar su esterilidad.

Los microorganismos encontrados en los Mini-Endo-Bloc® del grupo 1 y los reprobados del grupo 2 se tiñeron en coloración Gram, para determinar qué tipo de microorganismos tuvo crecimiento.

Resultados

Al someter los Mini-Endo-Bloc® al protocolo de esterilización establecido por las clínicas de la Federación Odontológica Colombiana y teniendo en cuenta los parámetros de la prueba de esterilidad, de la totalidad de pruebas el 60% (n=36) fueron reprobada (crecimiento microorganismos) y el 40% (n=24) de las pruebas fue aprobado (no hubo crecimiento de microorganismos).

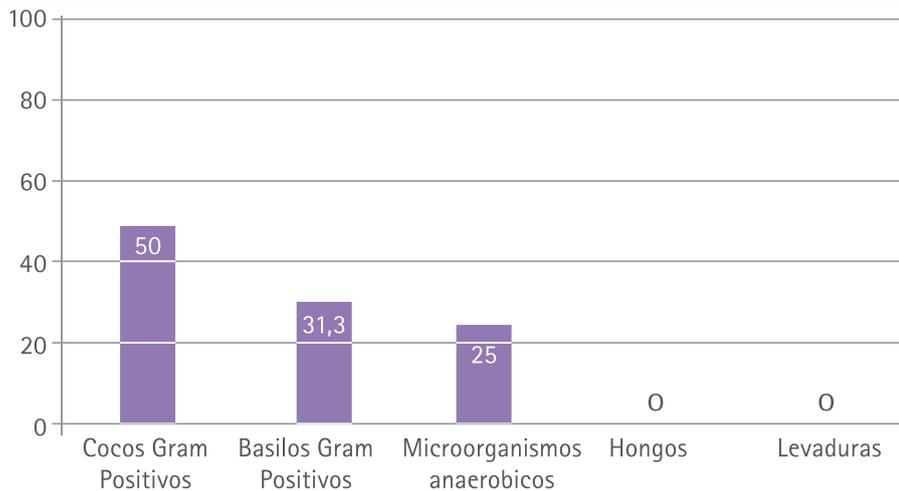
Figura 1. Proporción de microorganismos presentes en el grupo control.



Fuente: Elaboración propia.

Los Miniendoblock del Grupo control (n=12), registraron como resultado 100% reprobado, observando crecimiento de microorganismos de diferentes microorganismos (Figura 1), en el Grupo experimental el 50% de los Mini-Endo-Bloc® fueron aprobados (no hubo presencia de microorganismos) y el 50% de los Mini-Endo-Bloc® fueron reprobados (hubo presencia de microorganismos), encontrando crecimiento de diferentes microorganismos (Figura 2).

Figura 2. Proporción de microorganismos presentes en el grupo experimental.



Fuente: Elaboración propia

Discusión

El presente estudio evaluó la eficacia de la esterilización en los Mini-Endo-Bloc®, los resultados demuestran que después de realizar el debido proceso de desinfección y esterilización, el 50% de las muestras fueron reprobadas (hubo crecimiento de microorganismos), contrario a lo encontrado en el estudio de Castañeda y col. (24) que bajo los mismos parámetros en el proceso de esterilización y desinfección, reportaron que el 100% de las muestras fueron aprobadas (No hubo crecimiento de microorganismos) o el de Chavez y col. (2). Esta diferencia de resultados se puede deber al proceso de desinfección mecánica manual directa, el cual en los Mini-Endo-Bloc®, se dificulta debido a los orificios de medición en su parte superior de un milímetro de diámetro y seis milímetros de profundidad, y a que en su parte inferior tiene tres secciones huecas con bordes elevados, que dificultan un adecuado cepillado, permitiendo que residuos biológicos permanezcan en la superficie del instrumento, evitando que el vapor saturado entre en contacto con el material o los microorganismos durante la esterilización (17- 26).

Los instrumentos endodónticos pueden estar fuertemente contaminados con fluidos corporales y se les debe realizar una limpieza muy profunda, antes de llevarlos al proceso de esterilización (6, 8, 16). Varios estudios (2, 10-15, 18-24) han demostrado la importancia del proceso de desinfección en los instrumentos utilizados en la práctica odontológica, siendo este un punto crítico en los procesos de esterilización, afirman que se debe cumplir con una serie de requisitos para mantener el adecuado control de infecciones, concluyen además que para alcanzar la máxima esterilización es necesaria la disminución de la carga bacteriana de los instrumentos, siendo lavados previamente de forma manual y mecánica (ultrasonido) para así lograr una correcta eliminación de los residuos

orgánicos (2, 10-15, 18-24). Otros estudios (26-27) en limpieza de instrumentos quirúrgicos reportan que hay presencia de contaminación bacteriana con especies vegetativas posterior al proceso de lavado, existiendo una biocarga de bajo nivel que es un desafío para los sistemas de esterilización, concluyen que la limpieza mecánica reduce el número de microorganismos aumentando la eficacia de esterilización (28). Morrison y Conrod (7) evidenciaron que el éxito no solamente está dado por el método de esterilización que se usa, sino que depende de la eliminación de tejido orgánico después de utilizar los instrumentos. Dinakaran (8) mostró que la remoción mecánica (cepillo), el uso de ultrasonido y detergentes aumenta la eficacia del proceso de esterilización.

La limpieza ultrasónica, busca mejorar la limpieza mecánica manual, esta se realiza sometiendo un líquido a ondas ultrasónicas y radicales, que tienen gran velocidad en una determinada cantidad de tiempo (frecuencia ultrasónica generando pequeñas burbujas de aire, las cuales aflojan los residuos de los instrumentos y desactivan los patógenos (4), cuando el líquido es jabón enzimático el proceso es complementado por agentes oxidantes dentro de las burbujas de cavitación acústica que degradan contaminantes orgánicos y convierten los inorgánicos tóxicos en sustancias menos perjudiciales. Tanomaru y col. (11) muestran que los detergentes (utilizados en los ultrasonidos) son solubles en agua, dando emulsificación y dispersión de partículas sólidas, permitiendo así la limpieza ultrasónica de instrumentos con mayor eficiencia Yusof y col. (22) analizaron la limpieza ultrasónica de limas, mostrando que una vibración de 55 kHz por 15 min, con un desinfectante, es un método eficiente para remover residuos de los instrumentos. Dentro del protocolo de esterilización utilizado se incluyó la limpieza ultrasónica con jabón enzimático, sin embargo esta no fue suficiente para disminuir adecuadamente la carga biológica de los Mini-Endo-Bloc®, mostrándola como un complemento de la limpieza mecánica manual y no como un reemplazo de ésta.

Dinakaran y Kayarkar (8) reportan que el debris sobre la superficie de los instrumentos de uso clínico, aumenta el riesgo de infección cruzada entre pacientes, en su estudio se obtuvo la presencia de materiales extraños (fibras de algodón) y debris sobre la superficie de los instrumentos oftalmológicos estudiados bajo microscopía, luego de ser sometidos al proceso de esterilización. En el presente estudio se observó la presencia de microorganismos en la superficie de los instrumentos lo cual fue comprobado con técnicas de laboratorio con caldos de cultivos mostrando la dificultad de realizar adecuada desinfección y esterilización de instrumentos de compleja morfología (8).

Los resultados mostraron que el 50% de los Mini-Endo-Bloc® fue aprobado, indicándonos que la esterilización realizada en el autoclave fue exitosa, y presentando este como el método más efectivo de eliminación de microorganismos, como lo indicó Vickery y col. (20) Chi-Chung y col. (19), reportan la necesidad de mantener el autoclave calibrado y realizar la validación respectiva y seguimiento dentro de la clínica odontológica ya que sin estas recomendaciones se puede afectar la esterilización. Esta verificación se puede realizar con esporas bacterianas como indicadores biológicos los cuales brindan calidad del control de los ciclos de esterilización y también se debe tener en cuenta el tiempo y la temperatura del proceso (21- 29-30).

Conclusiones

Los microorganismos encontrados en las pruebas de esterilización reprobadas fueron bacilos Gram positivos, cocos Gram positivos, microorganismos anaerobios y levaduras, al igual que el *staphylococcus aureus*, los cuales pueden hacer parte de la microbiota de enfermedades periapicales como

lo mostro Dua K y col. (23) al evaluar las patologías periapicales como un proceso inflamatorio en los tejidos perirradiculares causados por microorganismos de conducto radicular necróticos.

En el presente estudio no es posible determinar la patogenicidad de los microorganismos encontrados y no fue posible establecer en qué área del instrumento se localizaban, por lo tanto no se puede descartar su uso como instrumento de medición durante el tratamiento de endodoncia (23). Además, se sugiere evaluar el uso de cepillos especiales que permitan la limpieza mecánica directa en la superficie del instrumento donde no se posible usar el cepillo convencional, como lo indica Dinakaran y col. (8) para aumentar la efectividad en el proceso de desinfección y esterilización. También sería indicado el uso de dos Mini-Endo-Bloc® durante el tratamiento endodóntico, uno para la medición de limas contaminadas y el otro para la medición de conos y puntas de papel estériles. El proceso de esterilización de los Mini-Endo-Bloc® utilizados en la clínica de la Federación Odontológica colombiana fue ineficiente en el 50% de los instrumentos evaluados.

Bibliografía

1. Estrela C, Estrela CR, Decurcio D de A, Silva JA, Bammann LL. Antimicrobial Potential of Ozone in an Ultrasonic Cleaning System against Staphylococcus aureus. Braz Dent J. 2006; 17(2):134-8
2. Chávez E, Domínguez NI, Est, Acosta SC, Jiménez LO, De la Cruz RO, Grau PA, Guerrero DU. Evaluación de la eficacia de la esterilización del instrumental odontológico en la clínica de odontología de Unibe. Rev. Nal Odontología. 2013;9(17):35-39
3. Bezerra da Silva RA, Leonardo MA; Faccioli LU, Medeiros AL, Nelson PA. Effect of different methods of sterilization on the inactivation of bacterial endotoxin (LPS) in endodontic files. Braz Dent J. Microbiol. 2007;(38):270-272
4. Aasim SA, Mellor AC, Qualtrough J. The effect of pre-soaking and time in the ultrasonic cleaner on the cleanliness of sterilized endodontic files. J Endod. 2006; 39(2):143-9
5. Popovic J, Gasic J, Zivkovic S, Petrovic A, Radicevic G. Evaluation of biological debris on endodontic instruments after cleaning and sterilization procedures. J Endod 2010 43(4):336-41
6. Bagg J, MacFarlane T. W, Poxton I, Smith A. Essentials of microbiology for dental students, 2ª Edición, UK: Oxford University press, 2006:120-124
7. Morrison A, Conrod S. Dental Burs and Endodontic Files: Are Routine Sterilization Procedures Effective? J. Can Dent Assoc. 2009; 75(1):39
8. Dinakaran S, Kayarkar VV. Debris on Processed Ophthalmic Instruments: A cause for concern. Eye. 2002; 16(3):281-4

9. **Tavares Sdo S, De Sousa JT, Tipple AF, Souza AC, Pimenta FC, Anders PS.** Efficacy of the Pasteur Oven As a Sterilization Equipment in Dental Offices. *Rev Esc Enferm USP.* 2008;42(1):160-7
10. **Chan H, Tan K, Dashper G, Reynolds E.** Parashos P. Sterilization of rotary NiTi instruments within endodontic sponges. *Int Endod J.* 2016;49(9):850-7
11. **Tanomaru M, Leonardo M, Bonifácio K, Dametto M.** The use of ultrasound for cleaning the surface of stainless steel and nickel-titanium endodontic instruments. *Int Endod J,* 2001;34::581-585
12. **Whitworth CL, Martin MV, Gallagher M, Worthington HV.** A comparison of decontamination methods used for dental burs. *Br Dent J.* 2004;197(10):635-40
13. **Rutala W, Weber J.** Infection control: the role of disinfection and sterilization. *J Hosp Infect.* 1999;(43):s43- s55
14. **Perakaki K, Mellor AC, Qualtrough AJ.** Comparison of an ultrasonic cleaner and a washer disinfectant in the cleaning of endodontic files. *J Hosp Infect.* 2007;67(4):355-9.
15. **Gordon W.G, June Mc, Gordon Ra, Andrew J.** In vitro evaluation of cleaning efficacy of detergents recommended for use on dental instruments. *Am J Infect Control.* 2012;40(9): e255-e259
16. **Louropoulou A, Slot D, Weijden F.** The effects of mechanical instruments on contaminated titanium dental implant surfaces: a systematic review. *J Clinical Oral Implants Research.* 2014;25(10):1149-1160
17. **Miller C, Palenik C, Flanagan D, Setcos J.** Antimicrobial Activities of dental Impression Materials. *Dent Mater.* 1998;14(6):399-404
18. **Shiddharth P, Arvind A, Yashendra.** Sterilization & Disinfection in Prosthodontic. *Indian Journal of Dental Sciences.* 2014;6(4):112-116
19. **Chi-chung V, Cheuk-Ying, Sridhar S, Fuk-Woo J, Lai- Ming M, Kar- Pu S.** Management of an Incident of failed Sterilization of surgical instruments in a Dental Clinic in Hong Kong. *J Formos Med Assoc.* 2013;112(11):666-75
20. **Vickery K, Pajkos A, Cossart Y.** Evaluation Of The Effectiveness Of Decontamination Of Dental Syringes. *Br Dent J.* 2000; 189(11):620-624
21. **Gurevich I, Dubin R, Cunha B.** Dental Instrument and Device Sterilization and Disinfection Practices. *J Hosp Infect.* 1996;32:295-304
22. **Yusof NS, Babgi B, Alghamdi Y, Aksu M, Madhavan J, Ashokkumar M.** Physical and chemical effects of acoustic cavitation in selected ultrasonic cleaning applications. *Ultrason Sonochem.* 2016;29:568-76

23. [Dua K., Singh G., Goel M. y Sachdeva G.](#) Endodontic Biofilm And Its Relevance In Endodontic Infection. Indian Journal of Dental Sciences. 2012;4(5):110-114
24. [Gutiérrez JF, Castañeda CM, León V, Ortiz M.](#) Eficiencia del proceso de esterilización de las limas primarias WaveOne®. Univ Odontol. 2015;34(73). <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.uo34-73.epel>
25. [The United States Pharmacopeial Convention \(Autor Corporativo\), USP 35 - NF 30:](#) Farmacopea de los Estados Unidos de América - Formulario Nacional v.1, Rockville, Maryland : The United States Pharmacopeial Convention, ©2012;105-11
26. [Souza S, Gonçalves dos Santos S, Resende M , Oliveira A.](#) Analysis of Microbial Load on Surgical Instruments After Clinical Use and Following Manual and Automated Cleaning. Am J Infect Control. 2015;43(5):522-7
27. [Smith A, Letters S, Lange A, Perrett D, McHugh S.](#) Bagga. Residual protein levels on reprocessed dental instruments. J Hosp Infect. 2005;61(3):237-41
28. [Nancy S, Harriet Ch, Nona Gh, Patricia An.](#) Levels of naturally occurring microorganisms on surgical instruments after clinical use and after washing. Am J Infect Control. 1999;27(4): 315-319
29. [Acosta-Gío E, Mata V, Herrero A, Sánchez L.](#) Biologic Monitoring of Dental Office Sterilizers in Mexico. Am J Infect Control. 2002;30(3):153-157
30. [Raju G, Satish G, Agrawal R, Sridhara R, Razdan A, Kishore S.](#) Sterilizing Endodontic Files by four different sterilization methods to prevent cross-infection. An In-vitro Study. J Int Oral Health. 2013;5(6):108-12

Salud bucal individual y colectiva del niño y del adolescente: una experiencia pedagógica en la Universidad Nacional de Colombia*

Individual and collective oral health for children and teenagers: a pedagogical experience in Universidad Nacional de Colombia*

Gloria Esperanza González Castro 1

RESUMEN

Antecedentes: Para la formación de los futuros odontólogos hay que tener en cuenta los cambios demográficos mundiales. En Colombia la población total se ha multiplicado diez veces al pasar de 4.144.000 en el año 1905 a 41.468.384 habitantes en el año 2005. Según proyecciones del DANE, en 2010 la población ascendía a 45.508.205 habitantes y para el 2020 la población proyectada será de 50.911.747. Es imperativo cambiar el modelo de enseñanza para la atención en salud oral individual esencialmente clínica y restauradora a un enfoque más dirigido a la conservación de salud a nivel colectivo.

Métodos: Se realizó un trabajo descriptivo de la práctica formativa con estudiantes de primer nivel de clínica de odontopediatría de la Universidad Nacional de Colombia en la implementación del primer año del programa integral para cuidar la salud bucal de los niños y jóvenes del Instituto Pedagógico Arturo Ramírez Montufar – IPARM, que incluyó inicialmente una fase documental. **Resultados:** Participaron 38 estudiantes y 2 docentes. Se valoraron en el consultorio escolar 149 niños y se encontraron 124 dentalmente sanos o controlados, y 25 con necesidades de tratamiento operatorio. Se realizaron 8 talleres didácticos en los que se reforzó la educación individual y los estudiantes diseñaron cepilleros para cada curso. **Conclusión:** En la práctica formativa en un ámbito escolar se hizo énfasis en la formación del futuro odontólogo en el diagnóstico y educación individual, y en el diálogo con la comunidad. Esto le permite desarrollar sus habilidades para educar a la población en salud bucal y en su autocuidado.

PALABRAS CLAVE:

Prácticas formativas, programas, escuela saludable, salud oral niños, currículo odontología, práctica docente, competencias, educación superior.

ABSTRACT

Precedent: In order to educate future odontologists, it is necessary to take into account demographic changes around the world. Colombia's population has multiplied ten times. It went from 4.144.000 on 1905, to 41.468.384 on 2005. According to DANE, on 2010 Colombia's population was 45.508.205, and for 2020 it is estimated that it grows to 50.911.747. This implies that there is a need to change the training model for individual oral health attention, specially clinic and restorer, to an approach that is directed to preserve health in a collective level. **Methods:** A descriptive work was done to understand the training of first level odontopediatry clinic students at Universidad Nacional de Colombia, especially in the implementation of the first year integral program for children's oral health at Instituto Pedagógico Arturo Ramírez Montufar – IPARM. This initially included a documentary stage. **Results:** 38 students and 2 teachers participated. 149 children were assessed in the school's dental office. 124 were healthy and 25 had treatment necessities. 8 teaching workshops were held, in which individual education was reinforced, and the students designed brush holders for each classroom. **Conclusion:** During the educational practice for future odontologists that takes place inside a school, the emphasis was placed on individual education and diagnosis, and in having a dialogue with the community. This allows the future professional to develop his / her abilities to educate on oral health, adopting on an early stage abilities that contribute to improve the community's health.

KEY WORDS:

Education, undergraduate programs, healthy school programs, children's oral health, odontology curriculum, teaching practice, competences, higher education.

* Artículo original de *investigación*, desarrollado dentro del grupo de investigación Salud Colectiva, con el proyecto de Salud Oral Integral para Niños, Niñas y Jóvenes del Jardín Infantil y El Instituto Pedagógico Arturo Ramírez Montufar – IPARM- de la Universidad Nacional de Colombia – Sede Bogotá.

1 Odontóloga Estomatóloga Pediatra de la Universidad Nacional de Colombia. Especialista en Edumática de la Universidad Autónoma de Colombia. Magister en Educación de la Universidad Pedagógica Nacional. Profesora asociada Universidad Nacional de Colombia. E-mail: gegonzalezc@unal.edu.co

Citación sugerida

González GE, Salud bucal individual y colectiva del niño y del adolescente: una experiencia pedagógica en la Universidad Nacional de Colombia. *Acta Odontol Col* [en línea] 2017,7(1): 101-119 [fecha de consulta: dd/mm/aaaa]; Disponible desde: <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/actaodontocol>

Recibido	5 de febrero de 2017
Aprobado	21 de marzo de 2017
Publicado	1 de enero de 2017

Introducción

El objetivo de este artículo es describir una práctica pedagógica con estudiantes de pregrado de la asignatura "Clínica Odontológica del Niño 1" a la hora de implementar el programa integral de salud oral para los niños y los adolescentes del Instituto Pedagógico Arturo Ramírez Montufar – IPARM, de la Universidad Nacional de Colombia, que está enmarcado dentro del Acuerdo Interinstitucional entre la Dirección de Bienestar Universitario – Área de Salud y la Facultad de Odontología – Sección de Odontopediatría. En este escenario de práctica se resalta el papel de educación y promoción de salud oral en el ámbito escolar como una opción para el ejercicio profesional del futuro odontólogo.

Los egresados de la carrera de odontología deben tener habilidades y competencias para enfrentar y dar cobertura al cuidado de la salud bucal de su población. El currículo de pregrado debe proveer a los estudiantes conocimientos, aptitudes y actitudes básicas en educación para la salud que les permita abordar con suficiencia el cuidado de salud bucal de su comunidad, y en especial de los grupos más vulnerables (1). Es necesario tener en cuenta los cambios demográficos en la población mundial. Por ejemplo, Colombia ha experimentado una serie de modificaciones en los últimos 100 años. Su población total se ha multiplicado diez veces al pasar de 4.144.000 habitantes en el año 1905 a 41.468.384 habitantes en el año 2005. Según proyecciones del DANE, en 2010 la población ascendía a 45.508.205 habitantes: 49,4% hombres y 50,6% mujeres. Para el 2020 la población proyectada será de 50.911.747 (2), lo que implica la necesidad de cambiar el modelo de atención en salud oral individual, esencialmente clínica y restauradora, a un enfoque más dirigido a la conservación de salud de la comunidades.

Se destaca la labor del odontólogo del futuro con interés fundamental en el diálogo con la sociedad como un todo, y su capacidad técnica para educar a la población en aspectos de la salud estomatológica. De esta manera podrá conseguir salud para todos mediante la capacitación a la comunidad para modificar estilos de vida que conducen a la prevención de enfermedades, favoreciendo el desarrollo personal y social de habilidades para que la comunidad ejerza un mayor control de su salud (3).

Por otro lado, hay que entender que la salud oral es un componente esencial de la salud y que no hay salud si no hay salud bucal. Existen barreras significativas que impiden que algunos grupos poblacionales reciban cuidados mínimos para su salud oral. Las comunidades en condiciones de pobreza y sin posibilidades de acceder a educación no reciben conocimientos mínimos para desarrollar habilidades para su autocuidado. Es necesario preparar a los odontólogos generales y especialistas para liderar acciones de promoción y prevención en salud oral centrandolo su ejercicio profesional en el diagnóstico, detección de riesgo para enfermedades bucales y educación para cuidar salud oral que trascienda a los otros profesionales de salud (4-7).

Práctica pedagógica

La práctica pedagógica está vinculada siempre y necesariamente a una teoría pedagógica, comprende todas aquellas situaciones en las que se implican personas que desean aprender. Estas situaciones no son accidentales o causales, están planificadas y representan lo que se denominan ambientes de aprendizaje (8). La praxis como toma de decisiones, no es lo mismo que poiesis (del griego hacer, fabricar, producir, experimentar), que implica la relación del hombre con la

naturaleza a través de la técnica y la tecnología. La poiesis comprende todo el mundo del trabajo (fuerza productiva, división del trabajo, procesos entre otros), en cambio la praxis se refiere a la deliberación de lo que conviene elegir en relación con la comunidad. Hacer no es lo mismo que practicar. El hacer corresponde al técnico o al tecnólogo, mientras que, la práctica, les corresponde a los profesionales, a los líderes y científicos sociales (9). El desempeño basado en el conocimiento sólo puede optimizarse en discusiones críticas y conversaciones colectivas con espíritu de colaboración (10).

De acuerdo con Freire (11), la tarea coherente del educador que piensa acertadamente es mientras ejerce como ser humano la práctica irrecusable de entender y desafiar al educando, con quien se comunica y a quién comunica a producir su comprensión de lo que viene siendo comunicado. No hay entendimiento que no sea comunicación e intercomunicación y que no se funde en la capacidad de diálogo. El saber que indiscutiblemente produce la práctica espontánea o casi espontánea es un saber ingenuo, un saber hecho de experiencia al que falta el rigor metodológico que caracteriza la epistemología del sujeto. La formación de profesionales en salud tiene fundamento pedagógico y epistemológico para dar servicio al paciente y la comunidad (12).

La asignatura "Clínica Odontológica del Niño 1" pertenece a la agrupación de formación clínica en odontología del plan de estudios de la carrera de Odontología de la Universidad Nacional de Colombia, y es el primer contacto que tiene el estudiante en el abordaje individual de niños y adolescentes. Esta práctica pedagógica contiene una rotación de 8 semanas por el Programa integral de salud oral de niños y jóvenes del Jardín Infantil y del Instituto Pedagógico Arturo Ramírez Montufar (IPARM). La práctica está planeada para que el estudiante de odontología aproveche el escenario educativo y ejerza su autonomía en la construcción y aplicación de su conocimiento. El docente es mediador y guía para favorecer el desarrollo de competencias clínicas (diagnóstico, abordaje del paciente pediátrico con tratamiento preventivo) y competencias genéricas (comunicativas) en la realización de didácticas colectivas de los contenidos educativos en salud oral para la comunidad escolar.

Este estilo de práctica no sólo propicia la adquisición de conocimiento y el desarrollo de habilidades sino que, además, constituye una experiencia educativa que le permite al estudiante un espacio para su entrenamiento y les aporta herramientas en la toma de decisiones y en la proposición de soluciones a las diferentes problemáticas que presentan los pacientes (13).

Transformación curricular de los programas de odontología

Las últimas tendencias mundiales en los currículos de las carreras de odontología se centran en la formación de un odontólogo con perspectiva clínico epidemiológico que enfatice la prevención, y que sea capaz de actuar en equipos interdisciplinarios e interprofesionales asegurando cobertura de salud universal integral y accesible. En la actualidad la odontología tiene el compromiso, cada vez mayor, de realizar una práctica centrada en el diagnóstico de salud y en la atención con énfasis preventivo y mantenimiento de la misma, evaluando la evolución de los individuos en salud (3-7). Es fundamental en la etapa diagnóstica el análisis de la presencia o ausencia de: conductas dirigidas a la salud, patrones de alimentación y la actitud hacia la higiene personal, ya que se considera a la caries y a las enfermedades gingivo-periodontales directamente relacionadas con el estilo de vida de las personas y su motivación a la salud (14,15). Es por esto que los programas de

odontología deben cambiar su esencia de tratamiento operatorio y dar más énfasis a las prácticas de promoción en salud y prevención de las enfermedades bucales más frecuentes.

Algunos investigadores (16-18) coinciden en que actualmente la Universidad está promoviendo habilidades o competencias generales con la aplicación de pedagogías que estimulen y favorezcan en estudiantes y profesores procesos y estrategias que conduzcan a:

- Desarrollar capacidades actitudes de aprender, investigar, construir e innovar, en correspondencia con los continuos cambios y la llamada globalización.
- Aprender a trabajar en equipo, desarrollando la autonomía intelectual y la responsabilidad individual y colectiva
- Adquirir importantes niveles de autoestima y espontaneidad para la libre discusión, las formas racionales de argumentación.
- Estimular competencias comunicativas, socio afectivas y profesionales, la articulación teoría-práctica, la búsqueda y uso de información relevante, la familiaridad con los idiomas en los que circula la bibliografía e información requerida.
- Cambiar paradigmas relacionados con la ciencia, el texto y el profesor como fuentes únicas de saber y permitir autonomía del estudiante en la gestión de su conocimiento.

Teniendo en cuenta estos criterios, la docencia en la universidad debe ser ejercida por profesores estudiosos, competentes, comprometidos, conocedores profundos de sus saberes y disciplinas, como también de su desempeño docente (competencias profesionales y conocimientos pedagógicos), sensibles a las transformaciones sociales e institucionales, sobre todo a las innovaciones pedagógicas y curriculares. Los estudiantes, por su parte, como miembros fundamentales de la comunidad académica, deben desarrollar una gran voluntad de saber, de adquirir las competencias y los conocimientos necesarios para su propia realización y contribuir al progreso del entorno en el que se mueven (16).

Se pretende intervenir para que los programas de pregrado en odontología cambien la formación centrada en asistencia individual y restricta a la clínica privada, para un proceso de formación más contextualizado, que tenga en cuenta las dimensiones sociales, económicas y culturales de la población. Coherentes con las directrices curriculares, y con el objeto de capacitar profesionales para enfrentar los problemas del proceso salud/enfermedad de la población. Lo que implica estimular acciones interdisciplinarias y multiprofesionales que estén enmarcadas en el sistema de salud, que actué con responsabilidad integral sobre la población (17,18).

En investigaciones de la Maestría de Salud Colectiva del Departamento de Odontopediatría y Ortodoncia de la Universidad de Sao Paulo (19), los estudiantes recomiendan que "se les eduque como sinónimo de conducir para la vida". Opinan que se debe repensar el proceso de aprendizaje, en cuanto a los contenidos de los programas (lo que se enseña) y analizar los procesos de aprendizaje (cómo se enseña). Afirman que el modelo tradicional basado en la memorización de información ha demostrado posibilidades limitadas de construcción de conocimiento de manera crítica. Ellos sugieren cambio del modelo tradicional memorístico a un modelo de "formación del cirujano dentista para actuar como agente promotor de salud, con énfasis en prevención, mantención de

salud bucal, promoviendo asistencia odontológica comunitaria". Además, sugieren la obtención de estas competencias desde un proyecto pedagógico que resalte el papel del odontólogo como educador junto al paciente, a su comunidad y al equipo de salud.

Los aspectos críticos que configuran la necesidad de esta transformación se refiere al desarrollo de una práctica pedagógica que ha sido predominantemente repetitiva en contenidos de información y reducida a experiencias intramurales, carente de un compromiso crítico-científico frente a los problemas de salud del contexto social en el que se inserta. La producción del conocimiento, su transmisión y aplicación se han mantenido aisladas, con falta de interdisciplinaridad que incide en la formación de un profesional fuera de la realidad, carente de capacidad crítica y creadora que le permita explicarla, adquirir responsabilidad, tomar decisiones y actuar ante esa realidad. Este proceso, que se vincula con la transformación de la estructura y función de las universidades en este momento histórico, tiene como ejes los siguientes aspectos:

- La enseñanza orientada al mantenimiento de la salud de la comunidad y no solo al estudio de la enfermedad del individuo.
- El área natural de formación de los recursos humanos en salud articulada con los servicios de salud de la comunidad considerados como un todo. Los alumnos durante su formación deben ser incorporados como un recurso más al servicio de la salud comunitaria.
- Integración de la conceptualización teórica con la práctica mediante la solución de problemas en áreas clínicas y en la comunidad como base para el aprendizaje (18-22).

El objetivo principal de las ciencias de la salud no es como tradicionalmente se cree, el de curar enfermedades, sino el de preservar el estado de salud general. De esta manera la odontología se proyecta no solo hacia el tratamiento de las enfermedades, sino sobre todo a la preservación de la salud bucal individual y colectiva. (2, 4, 23).

Se requiere una transformación curricular de la carrera de odontología con un enfoque más social y de cuidado de salud bucal teniendo en cuenta el proceso de salud-enfermedad en los ciclos de vida del ser humano.

Escuela saludable

Los entornos educativos saludables son definidos como espacios geográficos donde habita la comunidad educativa. Es ahí donde se construye y reproduce la cultura, se desarrolla el pensamiento, la afectividad. Los entornos educativos saludables (jardín, escuela, universidad) contribuyen al desarrollo humano de la comunidad educativa propiciando acciones integrales de promoción de la salud y prevención de la enfermedad en torno al centro educativo. Promueven el desarrollo humano sostenible de los niños y los jóvenes a través del desarrollo de habilidades y destrezas para cuidar su salud, la de su familia, su comunidad y su ambiente (2).

Se ha evidenciado que programas de salud desarrollados en las escuelas pueden beneficiar a poblaciones, empezando por los niños, en edad escolar y sus familias. Igualmente, se ha podido demostrar el impacto positivo que para el rendimiento escolar tiene la mejoría en las condiciones de salud y cómo los ambientes y las condiciones educativas impactan positivamente la salud de

los grupos humanos. Por otra parte, hay un reconocimiento de la importancia del trabajo en las primeras edades de la vida para producir cambios culturales profundos, formar hábitos de vida saludables y construir las bases de una salud personal y social actual y futura (2, 4, 23-27).

En las edades preescolar y escolar los niños adquieren las bases de su comportamiento y conocimientos, su sentido de responsabilidad y la capacidad de observar, pensar y actuar. Las escuelas promotoras de la salud constituyen el ámbito ideal para crear en los niños conciencia de la importancia de la salud física y mental y transmitirles valores fundamentales. Son espacios propicios para las intervenciones colectivas entendidas con un conjunto de acciones y procedimientos para promoción de la salud y gestión del riesgo (24-27).

La Secretaría Distrital de Salud, en ejecución del Plan de Atención Básica, desarrolla acciones de promoción en el ámbito escolar como la Escuela Promotora de Calidad de Vida y Salud, cuyo propósito es hacer de las escuelas y jardines ambientes favorables a la salud oral. Sin embargo, con el sistema actual de atención, se presentan para los escolares barreras de acceso de orden económico por la capacidad de pago de las cuotas de recuperación o moderadoras, por la ubicación geográfica de las Instituciones prestadoras de servicios, por razones administrativas en la disposición y oportunidad de las citas, y finalmente por la dependencia de los menores a sus padres o adultos para llevarlos al lugar de prestación del servicio coordinando el tiempo, el horario de las citas frente a su jornada escolar (25).

Adicionalmente, un programa de asistencia sanitaria en salud oral podría contribuir la retención de los escolares generando sinergias con otros proyectos que desde el sector educación pretenden facilitar por medio de subsidios la permanencia en el sistema escolar. Es por ello que resulta necesario y conveniente desarrollar una política pública sostenible en salud oral en la que, como está expresado en "Quiéreme bien, quiéreme hoy" –política por la calidad de vida de niños, niñas y adolescentes en Bogotá por la Salud Oral (28) realizado por la Secretaría de Salud con organizaciones privadas y universitarias relacionadas con el tema– la caries es una enfermedad que se constituye como un problema de salud pública que requiere construir alternativas de acción que articule esfuerzos y recursos de diferentes instancias e instituciones para afrontar la situación de salud y enfermedad oral en el distrito capital desde acciones públicas y privadas como:

- Gestionar acciones con el sector productivo y comercial para incluir mensajes que promuevan la higiene oral en productos y establecimientos que produzcan, expandan y comercialicen alimentos y bebidas azucaradas.
- Implementar el Carné Escolar Obligatorio de salud oral que garantice el ingreso de niños, niñas al periodo escolar como sano o controlado en su salud oral.
- Diseñar e implementar una red académica que dinamice el análisis de la situación de salud oral, las necesidades de investigación y la orientación de la formación profesional.
- Concertación de un plan de acción conjunto de investigación con los centros académicos e investigativos del distrito y con apoyo del sector productivo.
- Diseñar y desarrollar investigaciones sobre las principales problemáticas orales del distrito que orienten la toma de decisiones.

- Puesta en marcha de una plataforma informática que consolide la producción científica del distrito y oriente el desarrollo de intervenciones en salud oral.
- Concertar con EPS un plan para la reorganización de la oferta en el marco del Plan Maestro de equipamiento en salud.
- Por su parte el Ministerio de Salud afirma que (2, 23, 27) el gran desafío de la estrategia escuelas saludables es transformar la escuela convencional en una escuela donde se fomenten estilos de vida y se creen ambientes favorables para la salud, el desarrollo humano integral y la convivencia pacífica. Este documento, afirma que hay factores que impiden este logro como es el de:
 - Concebir la educación en salud en términos de clases o lecciones aisladas.
 - Otorgar poca importancia al medio ambiente escolar.
 - Los servicios de salud a los escolares consisten principalmente en métodos de tamizaje, prevención de enfermedades y campañas o jornadas de salud.
 - Propone el siguiente abordaje:
 - Adoptar un enfoque amplio e integral con contenidos transversales.
 - Trabajar a partir de un modelo holístico de la salud.
 - Fortalecer las habilidades y destrezas de los estudiantes, tener en cuenta sus actitudes.
 - Utilizar métodos activos y participativos.
 - Reconocer la importancia de un entorno saludable en sus dimensiones física, ecológica, social y psicológica.
 - Fomentar en los escolares su sentido de responsabilidad en el autocuidado de la salud y un papel activo en la oferta de servicios de salud.
 - Centrado las acciones en tres ejes para la estrategia de Escuela Saludable:
 - Un eje pedagógico.
 - Un eje ambiental, entendiendo el ambiente en dos sentidos: el ambiente físico y el ambiente social y de relaciones humanas que hay en la escuela.
 - Un eje de acciones en salud y nutrición.

El eje pedagógico se constituye en el eje central de la estrategia. Se propone la transversalidad y articulación con los currículos existentes del componente de educación para la salud en todo el transcurso del proceso educativo, buscando desarrollar conocimientos, habilidades y destrezas que permitan llevar una vida más saludable. Se plantea como un componente flexible que surja de las necesidades y potencialidades particulares del contexto en el que se encuentra cada institución educativa.

Se propone un cambio en la educación en salud normativa tradicional que hace énfasis en la enseñanza de un conocimiento existente lleno de normas de comportamiento, hacia una educación formativa que hace énfasis en el aprendizaje y en la libertad de elegir las pautas de conductas que se consideren apropiadas.

El eje ambiental trabaja la idea de ambientes físicos que promuevan la salud, los cuales tienen entre otras las siguientes características:

- Espacios adecuados limpios, higiénicos, seguros, bien ventilados e iluminados. Instalaciones apropiadas con buena señalización, ergonómicos y seguros. Con amplias zonas verdes para el deporte, escuelas de alcohol y cigarrillo, no contaminantes, con manejo adecuado de basuras y en general en armonía con el entorno y respetuosas de los otros seres vivos
- Ambientes sociales en los que se trabaje en paz y armonía.

El eje de servicios de salud y nutrición se refiere a servicios centrados más en la prevención y la promoción donde se trabaje la salud sexual y procreativa, la prevención de enfermedades prevalentes, la prevención de consumo de alcohol, drogas y otros psicoactivos y se promueva la salud mental y emocional. Se busca hacer un análisis y seguimiento de las condiciones nutricionales individuales y colectivas, orientar a niños y jóvenes con necesidades especiales y sus familias, informar sobre derechos y deberes en salud, y promover la afiliación a la seguridad social y el uso adecuado y oportuno de los servicios de salud.

Para que un programa integral de salud en un ámbito escolar tenga un impacto importante y sea sostenible es necesario se integre un equipo multidisciplinario en salud, el que debe realizar un abordaje común de los factores de riesgo realizando acciones que tengan un mismo objetivo: conseguir y conservar salud con el apoyo de la comunidad educativa.

Programa integral de salud oral para niños, niñas y jóvenes del IPARM de la Universidad Nacional de Colombia – Sede Bogotá.

El Programa de salud oral integral para los niños y niñas del Instituto Pedagógico Arturo Ramírez Montufar – IPARM, que inició su implementación en febrero de 2013, conjuga investigación, docencia y extensión, principios misionales de la Universidad Nacional de Colombia. Constituye una herramienta que materializa el convenio marco de cooperación interinstitucional, actas números 001 y 002 de 2011, entre la Dirección de Bienestar Universitario y la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Colombia sede Bogotá, con el objeto de proteger la salud bucal de la comunidad escolar y preescolar mediante el rediseño e implementación de un programa de promoción de la salud y detección temprana de riesgo para enfermedades bucales que se implementó y se evaluó por cinco años en el jardín infantil. Reúne a las áreas de odontopediatría en alianza estratégica con el área de salud de acuerdo a las actuales políticas de Bienestar Universitario, siendo coherentes con la misión de la Facultad de Odontología: "formar odontólogos íntegros y comprometidos con la salud y bienestar del país. Líderes en la aplicación y difusión del conocimiento; que prenda por el mejoramiento de la calidad de vida de los colombianos".

El acuerdo 007 de 2010 del Consejo Superior Universitario (CSU), organizó el Sistema de Bienestar Universitario de la Universidad Nacional de Colombia definiendo el objetivo del área de salud como el de: promover el mejoramiento permanente de las condiciones físicas, psíquicas, mentales,

sociales y ambientales en las que se desarrolla la vida universitaria, mediante programas formativos, preventivos y correctivos que incidan en la calidad y hábitos de vida saludables. Establece las políticas, las estrategias, las formas de articulación de sus cuerpos colegiados, instancias de dirección, áreas, programas, y la constitución de redes internas y externas, requeridas para cumplir sus objetivos misionales. Constituyéndose como un eje articulador y transversal a la docencia, investigación y extensión de la universidad, que aporta al proceso educativo de la comunidad universitaria y al desarrollo institucional mediante acciones intencionalmente formativas y procesos de monitoreo, evaluación y mejoramiento (29).

La política del sistema de Bienestar de Universidad Nacional de Colombia está estrechamente relacionada con los fines estatales y sociales que le confiere la Constitución, bajo las premuras exigidas en el presente siglo y la defensa y proyección de lo nacional. Al igual que la salud, la educación es uno de los aspectos que mayor incidencia tiene en el desarrollo económico del país. Por tanto se trata de ofrecer condiciones adecuadas –psicosociales, físicas, éticas y ambientales– para que docentes, investigadores, estudiantes, personal administrativo y trabajadores– puedan mejorar su calidad de vida y lograr el cumplimiento de sus propósitos y metas (29).

La visión de la Facultad de Odontología pretende ser líder a nivel nacional e internacional, generando políticas en salud oral en Colombia y Latinoamérica. Esto significa que tiene la responsabilidad social y académica de contribuir al mejoramiento de calidad de vida de nuestra propia comunidad universitaria. Teniendo en cuenta que la población infantil es la más vulnerable y mirando al niño y a la niña como sujetos de derecho debemos reunir esfuerzos y recursos de la universidad para garantizarles su derecho a la salud mediante su cuidado por un equipo multidisciplinario, del cual el odontólogo es un miembro importante.

Con este programa, la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Colombia en alianza con el área de salud de Bienestar Universitario, se proyectan a la comunidad preescolar y escolar contribuyendo a educar para promover salud, prevenir detectando precozmente factores de riesgo para disminuir la morbilidad oral en esta comunidad escolar.

En el 2013, primer año de implementación del programa integral de salud oral, el IPARM tenía 711 estudiantes en básica primaria y en bachillerato. De los cuales 353 pertenecían al género femenino y 358 al masculino. Distribuidos según estrato socio económico como se muestra en la tabla 1:

Tabla 1. Distribución según estrato socioeconómico y género de los estudiantes del IPARM - 2013

Estrato	Mujeres	Hombres	Total
01	5	4	9
02	88	82	171
03	185	181	366
04	71	84	155
05	4	7	11

Fuente: Elaboración propia

Materiales y métodos

Se realizó un trabajo descriptivo con una primera fase de investigación documental en prácticas formativas en ciencias de la salud. Se realizó una búsqueda de literatura científica publicada en inglés y en español en las bases de datos como Medline, Scielo, Google y Universidad Nacional de Colombia y en libros mediante las palabras clave. Posteriormente se recolectaron, se registraron y analizaron los datos presentados en los informes finales de los estudiantes de las rotaciones en el primero y segundo semestre de 2013, así como las carpetas de registro de actividades diarias de los docentes y la evaluación cualitativa de los estudiantes y docentes al finalizar cada semestre. Participaron 38 estudiantes de odontología y 2 docentes. Se presentan los resultados de las actividades realizadas por los estudiantes y recomendaciones para que se replique esta práctica con el objetivo de enfatizar las acciones individuales y colectivas para cuidar salud oral en ámbitos educativos.

Resultados primer año de implementación (2013)

Para dar cumplimiento a los objetivos y al propósito del programa, entendiendo que la educación en su ámbito escolar asume un rol fundamental para la promoción de la salud y es generador de factores protectores de los niños, jóvenes y de su comunidad, el énfasis del programa se centra en la promoción en salud desde la intervención educativa en la infancia y adolescencia relacionada con el fortalecimiento de aquellas habilidades que mejoren la calidad de vida y la detección y control temprano de indicadores de riesgo comunes que puedan comprometer la salud. Se realizaron reuniones y charlas introductorias e informativas con los profesores, coordinadores académicos y con los integrantes del grupo coordinador del área de Salud de Bienestar Universitario, lo que favorece el desarrollo de habilidades comunicativas con la comunidad escolar a los estudiantes de odontología.

Para el inicio de cada semestre se dictaron 6 horas de inducción para la implementación del programa a estudiantes y profesores que intervendrían en el mismo, en el que se incluyó conferencia de bioseguridad dictada por una enfermera jefe del área de salud. Al final se firmó asistencia como constancia de la capacitación. Se coordinó la entrega de documentación básica exigida para las actividades en los consultorios escolares tanto de los estudiantes como de los profesores de Odontopediatría y se enviaron a la jefatura de la coordinación del área de salud donde reposan en un archivo como lo exige la norma. Se diseñaron y ajustaron formatos académicos para el apoyo de actividades clínicas en los consultorios escolares. Se contextualizó una guía de promoción y prevención en salud oral para el programa de salud oral integral para niños, niñas y jóvenes del Jardín Infantil y del IPARM. Se implementó el programa siguiendo la metodología descrita en el documento "PROYECTO - PROGRAMA - SALUD ORAL INTEGRAL PARA NIÑOS Y NIÑAS DEL JARDIN INFANTIL E INSTITUTO PEDAGÓGICO ARTURO RAMIREZ MONTUFAR - IPARM", presentado en noviembre de 2012 y aprobado tanto por la Facultad - Sección de Odontopediatría y por el área de salud de Bienestar Universitario de la Universidad Nacional de Colombia - sede Bogotá. Se entregó a los directores de cada curso un formato de consentimiento informado y solamente se llevaron al consultorio escolar a los niños que los papás lo firmaron. Los talleres o actividades lúdicas se realizaron con todos los estudiantes del curso.

Pilares fundamentales del programa

a) Promoción de la salud bucal enmarcada en salud general

Fundamentalmente se trabaja en el ámbito escolar teniendo en cuenta el concepto de desarrollo integral del niño, niña o adolescente, respetando su individualidad como integrante de esta comunidad educativa, utilizando todas las oportunidades disponibles para desarrollar procesos de aprendizaje y promoviendo estilo de vida saludables. Se pretende una articulación y conformación de un equipo interdisciplinario de salud con un enfoque holístico.



Específicamente con lo relacionado a la salud bucal se trabaja en la creación de hábitos adecuados de higiene oral que incluye un adecuado cepillado dental, uso de seda dental y, dependiendo de la edad e indicación, el uso de crema dental con o sin flúor. También se incentiva el fomento de una alimentación adecuada teniendo en cuenta su calidad y frecuencia y el contexto escolar o pre-escolar.

b) Diagnóstico, detección precoz, control preventivo individual y remisión a tratamiento operatorio.

Los estudiantes de odontología bajo la dirección de un docente realizaron las valoraciones clínicas a los niños del IPARM en el sillón odontológico en el consultorio escolar que concluía con clasificación de riesgo y detección temprana de signos clínicos de la enfermedad, determinación del diagnóstico y remisión a tratamiento a sus EPS, si lo ameritaba.

Partiendo de los datos registrados en un formato académico diseñado para tal fin, que se anexó a las historias clínicas. Los niños se clasificaron en dos grupos:

- **SANOS.** Aquellos que por sus condiciones generales buenas de salud oral y teniendo en cuenta su bajo riesgo a enfermedades bucales se les motivó por su condición saludable con una nota de felicitación a los padres y recomendaciones. Se realizaron actividades lúdicas colectivas por cursos (con todos los niños) para reforzar conceptos de salud oral y se supervisaron actividades semanales de higiene oral por estudiantes de odontología.
- **ENFERMOS.** Se clasificaron a su vez según su prioridad de tratamiento en: ALTA, MEDIA Y BAJA. Se entregó un formato de remisión para la EPS (Entidades Prestadora de Salud). Los profesores de cada curso fueron de gran importancia para enviarla en la agenda. Se realizó seguimiento del diligenciamiento del formato después de la atención. En un caso en que los padres no tenían claro su aseguramiento en salud los servicios de salud oral se les direccionó a las clínicas de la Facultad.

En el curso de Jardín (niños menores de 5 años), se citaron a los padres o acudientes de los niños con necesidades de tratamiento preventivo o curativo y se realizaron actividades personalizadas para incentivar la adquisición de hábitos saludables.

Intervenciones preventivas en el consultorio escolar

En sillón, además del proceso de valoración y diagnóstico, los estudiantes de odontología tuvieron especial cuidado en el manejo del comportamiento y adaptación de los niños y niñas al consultorio odontológico. Estas son las acciones que se realizaron en el consultorio escolar:

- Adaptación al tratamiento odontológico
- Diagnóstico y detección temprana de caries, enfermedad gingival y maloclusiones
- Consejería nutricional
- Registro y recuento de placa
- Remoción de la placa por medio de cepillo y seda dental
- Educación de higiene oral
- Referencia y la contra referencia a sus EPS o a las clínicas de la Facultad según preferencia de los padres

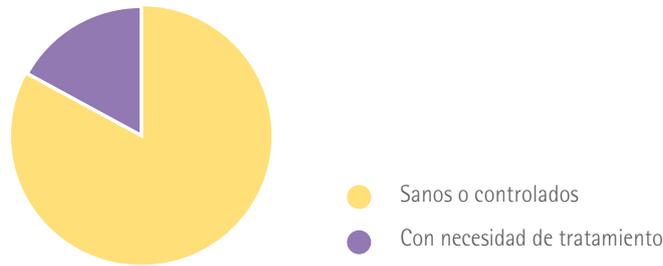
En casos de niños aprehensivos se trabajó en conjunto con la sicóloga del colegio y en un caso se remitió al niño para valoración y manejo en su E.P.S, para no crear fobias o rechazo al colegio.

Tabla 2. Resumen de las actividades en salud oral individuales y colectivas realizadas en los niños del instituto pedagógico Arturo Ramírez Montúfar – IPARM – 2013.

Número de cursos valorados	Número de actividades lúdicas colectivas	Número de Cepilleros entregados	Número de niños Con valoración individual	Niños dentalmente sanos y/o controlados (ICDAS 1 y 2), sin maloclusión y obturaciones compatibles con salud	Niños con caries ICDAS 3,4 y 5 y 6 que requerían tratamiento operatorio	Niños remitidos a su EPS para tratamiento, operatoria, ortodoncia o prevención	Niños remitidos a las Clínicas de la Facultad	Niños con régimen Contributivo	Niños sin afiliación
8	8	8	149	124 83%	25 17%	24 16%	1 0,6%	148 99%	1 0,6%

Fuente: elaboración propia

Gráfico 1. Resultado valoraciones médicas niños y niñas del IPARM



Fuente: Elaboración propia

De los 149 niños valorados, 124 que corresponde al 83%, están sanos: no presentan historia de caries o presentan obturaciones en buenas condiciones. Los otros 25 niños presentan necesidad de tratamiento operatorio por presentar caries activas en dentina, o por desalojo de obturaciones o también por presentar restauraciones defectuosas. De estos niños se remitieron 24 a sus instituciones prestadoras de salud y un niño fue atendido en la facultad por no estar afiliado al Sistema de Seguridad Social en Salud.

Tabla 3. Registro de biopelícula niños valorados en el IPARM 2013

Número de niños con registro de biopelícula	Hasta 15% (Buena higiene oral)	Entre el 16% y el 30% (Regular higiene oral)	Entre el 31% y 100% (Mala higiene oral)
149	3 2%	10 6.4%	136 91,6%

Fuente: Elaboración propia

De los 149 niños valorados sólo 3 presentan buena higiene oral, lo que corresponde al 2%; 10 presentan un recuento de placa bacteriana entre el 16 y el 30% (regular), y la mayoría, el 91.6% presenta acumulo de biopelícula de más del 31%, lo que representa un factor de riesgo muy alto para caries y enfermedad gingival y periodontal. Llamó la atención que muchos niños referían la falta de acompañamiento en la noche por un adulto en el momento del cepillado y la falta de adherencia al uso de seda dental.

Es necesario señalar los beneficios académicos para los estudiantes de odontología que realizan su práctica pedagógica de la asignatura "Clínica Odontológica del Niño 1", enmarcada en este programa integral de salud oral tanto en el IPARM. Ellos tienen todas las herramientas para desarrollar habilidades, dominios o competencias profesionales correspondientes a la atención primaria en salud (APS), en un escenario real de su futura práctica profesional especialmente en lo que se refiere a:

- Comprender los determinantes sociales de enfermedades bucales con el fin de detectarlas tempranamente.
- Diagnosticar, tratar, o remitir adecuadamente pacientes con enfermedades del sistema estomatognático.

- Demostrar suficiencia en la ejecución de acciones de prevención y promoción de salud y específicamente de salud oral.
- Conocer el contexto global, nacional y local en el que se desempeñara en el futuro.
- Formación integral con gran sensibilidad social según sus propios principios éticos y humanistas que le permitan tratar a un paciente como individuo psicosocial y como miembro de una comunidad.
- Conocimiento y manejo de manera idónea de las disposiciones legales en lo concerniente a salud en la población colombiana.
- Desarrollo de habilidades o competencia comunicativas que le permiten un dialogo con la comunidad con el fin de cambiar "modos" de vida con la finalidad de preservar la salud.

Porque el ejercicio de la odontología debe centrarse más en las acciones colectivas para prevenir y controlar caries, enfermedades gingivales y maloclusiones insertándose en los ámbitos educativos para que los niños y jóvenes que están en pleno desarrollo aprendan habilidades muy importantes para la vida como es el autocuidado.

Discusión

El contexto del IPARM, colegio ubicado en el campus de la Universidad Nacional de Colombia, en donde los estudiantes son hijos de empleados administrativos, docentes de planta, pensionados y en menor proporción hijos de estudiantes, es en general una institución educativa privilegiada por las condiciones de bienestar y también por la interacción de las diferentes carreras no sólo del área de la salud, que protegen y velan por el desarrollo integral de los niños y los jóvenes. Tienen una característica importante en cuanto a su afiliación al sistema de salud y es que en un 99 % los niños pertenecen a régimen contributivo y de ese porcentaje más del 60% pertenecen a Unisalud que es la entidad prestadora de régimen especial que está ubicada muy cerca del colegio. Sin embargo, los resultados de las valoraciones en salud oral demuestran que de los 149 niños valorados, 124 que corresponde al 83% están sanos o controlados, que recibieron tratamiento oportuno a las enfermedades orales muy frecuentes en esta población. Pero por otro lado están los niños que presentaban lesiones cariosas, gingivitis o maloclusión que en el momento del examen no estaban diagnosticadas ni estaban recibiendo tratamiento. Lo que no se entiende, si tiene el derecho y el acceso fácil a los servicios. Otro aspecto importante que se encontró en los informes de las actividades de las prácticas pedagógicas, fue el recuento de biopelícula muy alto y el comentario generalizado de los niños que no contaban con acompañamiento de un adulto para realizar su higiene oral. Por el análisis anterior, se puede deducir que es vital el papel del odontólogo en estas comunidades educativas donde los niños y profesores lo identifiquen como integrante de esa colectividad. Debe aprovechar diferentes oportunidades que se presentan en este ámbito para crear estrategias individuales (consultorio escolar) y colectivas (salones, patio de recreo) para introducir hábitos que incidan en modo de vida saludables. De esta forma se evitarían algún porcentaje importante de intervenciones muy invasivas y traumáticas en la atención clínica. Es por eso que debemos mirar los currículos actuales de las carreras de odontología en nuestro medio porque la tendencia en la comunidad internacional ya refleja la formación de un odontólogo capaz de diagnosticar, prevenir y resolver problemáticas de salud oral a nivel colectivo.

Se requiere una transformación curricular en la carrera de odontología que debe tener como base una reflexión acerca de la pertinencia y coherencia del odontólogo que egresa de la Universidad Nacional de Colombia con el contexto nacional e internacional. ¿Corresponde con las necesidades de salud de su comunidad? Esta respuesta puede surgir de una mirada del contexto en el cual tendrán su desempeño los futuros profesionales. Es claro que la globalización y los avances científicos y tecnológicos exigen profesionales más preparados para cuidar salud con suficiencia académica que puedan insertarse inicialmente en los niveles primarios de atención.

Se propone la formación del odontólogo general integral. Un profesional que no es Odontopediatra, ni rehabilitador, ni periodoncista, ni salubrista, ni cirujano, pero con dominio de los aspectos básicos de esas áreas, lo que le permite ofrecer, en su comunidad, una primera respuesta a los principales problemas de la salud en Colombia: caries y enfermedad gingival. Además, esta formación lo capacita para desempeñarse en instituciones prestadoras de salud de primer y segundo nivel y como líderes promotores de salud oral en instituciones educativas.

Conclusiones

En la práctica formativa donde los estudiantes de primer nivel de odontopediatría de pregrado rotan por en un ámbito escolar (IPARM) se hace énfasis en la formación del futuro odontólogo en diagnóstico, detección de factores de riesgo para caries, enfermedad gingival y maloclusiones. Realizar educación, promoción de salud oral individual y colectiva con estrategias didácticas con contenidos educativos de salud oral en la cotidianidad de la institución educativa. Esta práctica pedagógica le da herramientas que le permite al futuro profesional desarrollar sus habilidades para educar a una colectividad en salud bucal, de tal forma que incida tempranamente en la adquisición de habilidades en la comunidad que contribuyen a mejorar y conservar su salud. Los estudiantes y docentes de la asignatura "Clínica Odontológica del Niño 1" que realizaron esta práctica pedagógica enmarcada en el programa integral de salud oral en el IPARM señalan como fortalezas de los procesos que favorecen:

- Comprender los determinantes sociales de enfermedades bucales con el fin de detectarlas tempranamente.
- Diagnosticar, tratar, o remitir adecuadamente pacientes con enfermedades del sistema estomatognático.
- Demostrar suficiencia en la ejecución de acciones de prevención y promoción de salud y específicamente de salud oral.
- Conocer el contexto global, nacional y local en el que se desempeñara en el futuro.
- Formación integral con gran sensibilidad social según sus propios principios éticos y humanistas que le permitan tratar a un paciente como individuo psicosocial y como miembro de una comunidad.
- Conocimiento y manejo de manera idónea de las disposiciones legales en lo concerniente a salud en la población colombiana.

Por otro lado es necesaria considerar una verdadera transformación curricular en la carrera de Odontología de la Universidad Nacional, teniendo en cuenta algunos puntos de partida:

- Analizar pertinencia de los contenidos en las agrupaciones de fundamentación, principios odontológicos y formación clínica en odontología.
- Revisar contenidos de los programas académicos valorando lo esencial, lo nuclear.
- Trabajar en un currículo coherente y significativo en sus contenidos que sustenten la práctica.
- Precisar con claridad el objeto de la profesión y el contexto de la salud y el crecimiento de la población colombiana porque la en la realidad corresponde directamente a la actividad profesional. Teniendo en cuenta además el perfil y los objetivos generales del futuro egresado.
- Es indispensable comprender la necesidad de cuidar salud bucal en todo el ciclo vital humano y que la transformación curricular se traduzca en una filosofía que se plasme en un enfoque transcurricular.

Bibliografía

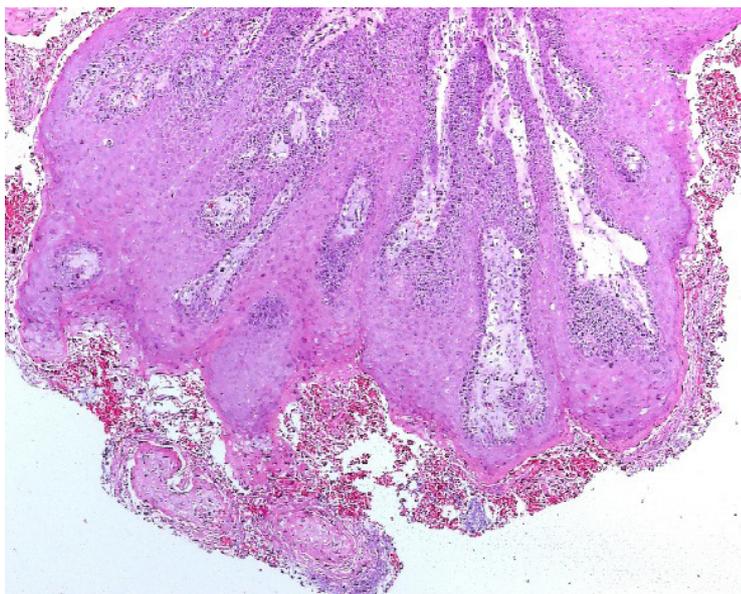
1. **González Maura V, González Tirados RM.** Competencias genéricas y formación profesional: un análisis desde la docencia universitaria [Disponible en: www.rieoei.org/rie47*09.pdf. Consultado 12 de enero de 2017]
2. **Colombia, Ministerio de Salud y de la Protección Social.** Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. Pacto Social y Mandato Ciudadano. Bogotá: Ministerio de Salud y de la Protección Social; 2012. [Disponible: <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Plan%20Decenal%...> Consultado 22 de enero de 2017]
3. **A. Dougal, S.A. Thompson, D. Faulks, G. Ting and J. Nunn.** Guidance for the core content of a curriculum in special care dentistry at the undergraduate level". *Eur J Dent Educ* 18(2014) 39-43
4. **Tan Suárez N, Alonso Montes de Oca C y Martínez Padilla S.** Promoción de Salud: Un camino para la Estomatología del futuro. [Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1727-81202005000100009&script=sci_abstract&tlng Consultado 7 de marzo de 2017]
5. **Ramandeep RS, Ramandeep KS, Tarun N, et. al.** Impact of School Based Oral health Education Programmes in India: A systematic Review. *Journal of clinical and diagnostic Ressearch.* 2013 Dec, vol – 7(12): 3107-3110
6. **Nash D, Routoistenmäki J, Argentieri A, et. al.** Profile of the oral healthcare team in countries with emerging economies. *Eur j Dent Educ* 2008 12(suppl. 1), 111-119.

7. **Cancado de Flguereido, m y López mc.** "La clínica odontológica del bebé integrando un servicio de Salud". Arch PediatrUrug 2008; 79 (2). Disponible en: www.scielo.edu.uy/scielo.php?...05842008000200008. [Consultada el 9 de enero de 2017]
8. **Esquivel Campo DL. Y González GE.** Etnografía de las prácticas pedagógicas en odontopediatría de la Universidad Nacional de Colombia. [Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/29725/1/28356-101389-1-PB.pdf>. Consultada el 10 de marzo de 2017]
9. **Everston C, Green J.** La Observación como Indagación y Método. La Investigación de la enseñanza II. Métodos cualitativos y de Observación. Ed. Paidós Educador (2009). [Disponible: <http://ceppia.com.co/Herramientas/Herramientas/Meto-cuantitaivos.pdf>. Consultado el 11 de marzo de 2017]
10. **Posada Alvares, R.** Formación superior basada en competencias, interdisciplinariedad y trabajo autónomo del estudiante [Disponible en: www.rieoei.org/deloslectores/648Posada.PDF. Consultado 8 de marzo de 2017]
11. **Freire P.** Pedagogía de la autonomía, Siglo XXI editores, México, 1998.
12. **Pinilla, AL.** Modelos pedagógicos y formación de profesionales en el área de la salud. Acta Médica Colombiana Vol. 36 N°4 - Octubre-Diciembre - 2011. [Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/amc/v36n4/v36n4a08.pdf>. Consultado 8 de marzo de 2017]
13. **Ardila, C M.** La profesionalización en la formación de odontólogos: Una visión desde la didáctica. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2009000300015
14. **Academia Americana Odontología Pediátrica (AAPD).** Guideline on Adolescent Oral Health Care. Clinical Affairs committee. V 37/N°6 15/16. [Disponible: http://www.aapd.org/media/policies_guidelines/g_behavguide.pdf. [Consultado: el 11 de marzo de 2017]
15. **American Academy of Pediatrics.** Guía Pediátrica para la salud oral infantil. Guía de Referencia. Disponible: <http://www.aap.org/> [Consultado el 11 de marzo de 2017]
16. **Horrutiner Silva, P.** El reto de la Transformación curricular. Revista Iberoamericana de Educación (ISSN: 1681-5653) n.º 40/3 – 25 de octubre de 2006 EDITA: Organización de Estados Iberoamericanos para la Educación, la Ciencia y la Cultura (OEI). [Disponible: rieoei.org/deloslectores/1524Silva.pdf. Consultado enero 28 de 2017]
17. **Horrutiner Silva, P.** Perfeccionamiento de la actividad investigativa en el primer año de la Carrera de Estomatología.). [Disponible <http://scielo.sld.cu/pdf/rhcm/v12n3/rhcm14313.pdf>. Consultado enero 28 de 2017]
18. **Morita MC, Perri A.** Implantacao das Directrices Curriculares Nacionais em odontología Brasil Projeto de cooperación Técnica 2007. [Disponible en: www.abeno.org.br/...downloads/download_20111109153352.pd... Consultado 12 de abril de 2016]

19. **Guerra Aquilante A, Tomita NE, O.** Estudiante de odontología e a educacao [Disponible en: www.abeno.org.br/...a/arquivos_pdf/2005/Abeno_5-1.pdf... consultado 12 de abril de 2016]
20. **Cantarini L M, Medina M M; Rueda L.** La formación docente en odontología. X Coloquio internacional sobre gestión Universitaria en América del Sur. Mar de Plata. Diciembre 8, 9 y 10 de 2010. [Disponible: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/96676/CANTARINI.pdf?sequence=1>. Consultado 8 de marzo de 2017]
21. **Rosales Reyes S A, Sanz Cabrera T, Padrón ER.** La actividad investigativa en el proyecto curricular del Plan D de la carrera de Estomatología. [Disponible: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072014000400009]
22. **Agudelo A A, Martínez E.** La salud bucal colectiva y el contexto colombiano: un análisis crítico. Salud bucal colectiva en Colombia. U. Javeriana.2009 [Disponible: www.scielo.org.co/pdf/rgps/v8n16/v8n16*06.pdf. Consultado enero 22 de 2017]
23. **Colombia, Ministerio de Salud.** Orientaciones para el desarrollo de la Información en salud en el marco del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas [Disponible: <https://www.minsalud.gov.co/Normatividad.../Resolución%200518%20de%202015.p...> Consultada 14 de enero de 2017]
24. **Hita Iglesias, C.** Prados Atieza, MB., Bravo, M., Prados Sánchez, E. Muñoz Soto, E. y González Ramírez, MP. Impact of public preventive programmes on oral quality of life of 11 to 12 yr – old school students. Med oral, Patol, oral cir bucal. 2007, 12: E 408-11.
25. **Duran Strauch, Ernesto.** La Estrategia de Escuela Saludable. [Disponible: www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd51/duran.pdf Consultado 27 de enero de 2017]
26. **González GE.** Jardín infantil de la Universidad Nacional de Colombia: Evaluación de un programa para la promoción de la salud oral en la primera infancia. [Disponible: <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/revUnivOdontologica/article/viewFile/2714/2373>. Consultado marzo 11 de 2017]
27. **Colombia. PROYECTO DE LEY 069 DE 2015 CÁMARA.** por medio de la cual se establecen lineamientos de política pública para la salud bucodental en Colombia y se dictan otras disposiciones. [Disponible: www.opinionysalud.com/. Consultado 22 de enero de 2017]
28. **Colombia. Alcaldía Mayor de Bogotá.** Quiéreme bien, quiéreme hoy. Política por la calidad de vida de niños, niñas y adolescentes en Bogotá. Disponible: [http://www.educacionbogota.edu.co/archivos/Educacion_inicial/Primer_ciclo/2011/POLITICA%20DE%20INFANCIA%20Y%20ADOLESCENTES.pdf. Consultado marzo 11 de 2017]

29. **Colombia. Universidad Nacional de Colombia.** Acuerdo 007 DE 2010 Consejo Superior Universitario Acta 05 del 13 de abril. Por el cual se determina y organiza el Sistema de Bienestar Universitario de la Universidad Nacional de Colombia. Disponible: <http://www.legal.unal.edu.co/sisjurun/normas/Norma1.jsp?i=37468> [Consultado el 10 de marzo de 2017]

Claudia Patricia Peña Vega 1



Candidiasis hiperplásica. H&E 10x. Notoria acantosis del epitelio escamoso con papilomatosis y paraqueratosis. La superficie epitelial presenta numerosas estructuras micóticas de *Candida* sp.

Fuente: Claudia Patricia Peña

* Dedicamos las Lecturas recobradas a las memorias de la "Primera Jornada de Actualización en Patología Oral Y Maxilofacial" de las Facultades de Odontología y Medicina de la Universidad Nacional de Colombia, realizado en septiembre 30 al 01 de octubre del año 2016, bajo la coordinación de la profesora asociada del Departamento de Salud Oral de la universidad Nacional de Colombia, Claudia Patricia Peña Vega. El objetivo general del encuentro fue realizar una jornada académica integral de actualización en el campo de la Patología Oral y Maxilofacial dirigida a los estudiantes, residentes, egresados, profesores, y profesionales odontólogos, médicos, de las diferentes especialidades de interés en el área de la Patología General y Oral que fortalezcan la interdisciplinariedad del diagnóstico en un contexto clínico, académico e investigativo. Con el propósito de actualizar a los odontólogos y médicos en el estado del arte, avances tecnológicos y científicos en los diferentes campos de la Patología Oral y Maxilofacial, fortaleciendo académica y científicamente el campo de la Patología Oral y Maxilofacial, enmarcado como ámbito importante del conocimiento de la Patología General. Proporciona y difunde el Servicio de diagnóstico histopatológico en la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Colombia. Todo esto, con el objetivo de crear un espacio académico para la presentación de casos clínicos y discusión de temas de interés, con la participación de diferentes expertos Patólogos de diferentes instituciones y creando nexos y vínculos académicos, hospitalarios y científicos con el Departamento de Patología de la Universidad Nacional de Colombia y la Sección Académica de Patología de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Colombia.

1 DDS. OMFS. MSc. Profesora Asociada del Departamento de Salud Oral de Facultad de Odontología Universidad Nacional de Colombia. Cirujana Oral y Maxilofacial Universidad Nacional de Colombia, Magister en Educación Universidad Pedagógica Nacional, Patóloga Oral y Odontóloga Pontificia Universidad Javeriana. E-mail: cppenav@unal.edu.co

Citación sugerida:

Peña Vega CP. Primera Jornada de Actualización en Patología Oral y Maxilofacial. Acta Odontol Col [en línea] 2017;7(1): 121-138 [fecha de consulta: dd/mm/aaaa]. Disponible Desde: <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/actaodontocol>

PATOLOGÍA ÓSEA MAXILOFACIAL: PARTE I

CLAUDIA PATRICIA PEÑA VEGA

DDS. OMFS. MSc. Profesora Asociada del Departamento de Salud Oral de Facultad de Odontología Universidad Nacional de Colombia. Cirujana Oral y Maxilofacial Universidad Nacional de Colombia, Magister en Educación Universidad Pedagógica Nacional, Patóloga Oral y Odontóloga Pontificia Universidad Javeriana. E-mail: cppenav@unal.edu.co

Se presenta un estudio comparativo de la Patología ósea del esqueleto axial, apendicular y cráneo facial. Para el diagnóstico de las lesiones óseas es necesaria la participación del ortopedista en huesos largos, el cirujano oral y maxilofacial en huesos faciales, la información clínica completa con la localización, edad y tiempo de evolución, junto con el diagnóstico imagenológico con la participación del radiólogo y por último el diagnóstico definitivo lo da la histopatología con la participación del patólogo y el patólogo oral. El laboratorio clínico sólo apoya en el Mieloma y el tumor pardo. Se explicaron los tipos de biopsia y las ocho pautas para definir un tumor óseo: Prevalencia, edad, imagenología, sexo, localización, pronóstico, tratamiento. Se presentaron comparativamente los tumores óseos de acuerdo a su tejido de origen, benignos y malignos: óseo, cartilaginoso, hematopoyético, notocordal, del cemento, fibrogénico, vasculares, origen incierto, neuroectodérmico y metastásico.

PATOLOGÍA ÓSEA MAXILOFACIAL: PARTE II

CLAUDIA PATRICIA PEÑA VEGA

DDS. OMFS. MSc. Profesora Asociada del Departamento de Salud Oral de Facultad de Odontología Universidad Nacional de Colombia. Cirujana Oral y Maxilofacial Universidad Nacional de Colombia, Magister en Educación Universidad Pedagógica Nacional, Patóloga Oral y Odontóloga Pontificia Universidad Javeriana. E-mail: cppenav@unal.edu.co

Se realizó presentación comparativa de la patología ósea del esqueleto axial, apendicular y cráneo facial. Se presentaron los tumores de naturaleza neoplásico indefinida (pseudotumorales)

1. Displasia Fibrosa
 - a. Monóstotica
 - b. Polistótica
2. Displasia Cemento ósea
 - a. Focal
 - b. Periapical
 - c. Florida
3. Fibroma Osificante
4. Quiste Óseo Aneurismático
5. Quiste Óseo Solitario (Simple/Unicameral)

6. Granuloma Reparativo De Celulas Gigantes
7. Tumor Pardo (Hiperparatiroidismo)
8. Granulomatosis De Celulas De Langerhans
 - a. Letterer -Siwe
 - b. Hand Schuller - Christian
 - c. Granuloma Eosinófilo
9. Histiocitosis Sinusal Con Linfadenopatía Masiva (Enfermedad "Rosai - Dorfman")
10. Pseudotumor Hemofílico

Se concluye dando las pautas para el informe correcto de las lesiones óseas de acuerdo a la CAP (Colegio Americano de Patología), y por último se presentan los dogmas y pautas para el adecuado diagnóstico de las lesiones óseas.

PATOLOGÍA INFECCIOSA ORAL Y MAXILOFACIAL

DIEGO LUIS ESQUIVEL CAMPO

DDS. OMFS. MSc. Profesor Titular Departamento de Salud Oral. Facultad de Odontología Universidad Nacional de Colombia. Cirujano Oral y Maxilofacial y Odontólogo de Universidad Nacional de Colombia. Magister en educación de la Universidad Pedagógica Nacional. E-mail: dleciru@gmail.com

Origen y localización microbiana en cavidad oral

La cavidad oral del feto en el útero se encuentra libre de gérmenes. A partir del nacimiento queda expuesta al tracto vaginal materno expuesta a especies de microorganismos como corinebacterias, lactobacilos, coliformes y cocos anaerobios facultativos, anaerobios estrictos y algunas veces protozoos.

Los primeros microorganismos colonizadores de la cavidad oral aparecen aproximadamente a las 8 horas del parto, siendo los primeros en aparecer y permanecer de manera constante los *Streptococcus salivarius* libres en la saliva y localizados en la lengua y las mucosas.

El medio bucal experimenta sus mayores cambios en la microbiota oral hacia los 6 o 7 meses de vida con la erupción de los primeros dientes temporales, apareciendo microorganismos con capacidad de adherirse al esmalte y a la unión dentogingival como los *Streptococcus Sanguis* y *Streptococcus* del grupo *Mutans* y aumento de los anaerobios.

Factores determinantes en el desarrollo microbiota bucal.

1. La temperatura de la cavidad bucal resulta óptima para el desarrollo de una amplia variedad de microorganismos

2. Aumento en el número de los microorganismos con la aparición, recambio y pérdida de dientes.
3. Cambios en el medio por variaciones en el potencial redox (Eh) de la biopelícula dental (lengua, saliva, encía adherida +30 a 310 mV, -200mV corona del diente y -360mV para el surco gingival) creando condiciones necesarias en la patobiología de la infección odontogénica.
4. pH bajo determinado por los niveles de acidez de la biopelícula dental.
5. Nutrientes exógenos como la sacarosa y endógenos en la saliva y el exudado gingival.
6. Los mecanismos de agresión les dan la capacidad de permanecer en un tejido al cual se adhieren. Esta capacidad está relacionada con la estructura de los microorganismos, como la cápsula, los componentes de la pared celular, las proteínas de la membrana externa como los lipopolisacáridos (LPS) y las fimbrias.

Patobiología de la infección odontogénica

El 95% de las infecciones de la cara y el cuello son de etiología microbiana mixta producidas por microorganismos aerobios – anaerobios, aunque solo un tercio de las bacterias en crecimiento sean anaeróbicas. Aproximadamente el 5% de las infecciones son causadas por aerobios. El proceso de desarrollo de la infección ha sido bien definido en la clínica y en el laboratorio infectando animales con microorganismos anaerobios y anaerobios desarrollando las dos fases de la infección: bacteriemia o celulitis producida por aerobios y el absceso por anaerobios.

Las bacterias aeróbicas de la cavidad bucal se caracterizan por sobrevivir en un medio con alto Eh (potencial eléctrico de óxido reducción con valor de +100 mv), la de adherirse a superficies lisas como los Estreptococos y diseminarse mediante su contenido enzimático. Las bacterias aerobias producen los nutrientes como la vitamina K necesarios para continuar el ciclo de anaerobiosis. La virulencia de los microorganismos anaerobios está determinada por su estructura bacteriana, el contenido enzimático que reducen respuestas inmunes como la quimiotaxis, la opsonización y la fagocitosis, adicionalmente los Gram-negativos liberan beta-lactamasas.

Respuestas del diente a los microorganismos

La caries dental genera toxinas que ingresan a través de la dentina generando respuestas inmunes locales a los microorganismos o a sus toxinas que pueden ser controladas a nivel de la pulpa, del periápice del diente o dependiendo de su virulencia diseminarse como una respuesta sistémica con manifestaciones clínicas como fiebre, malestar general valorados en el cuadro hemático y respuestas inmunes protectoras de tipo humoral frente a las bacterias extracelulares, eliminando los microorganismos o neutralizando sus toxinas.

Presentación clínica

Por el ciclo de crecimiento bacteriano y la virulencia de los microorganismos se pueden establecer diferencias clínicas y por imágenes entre la celulitis y el absceso; las cuales son determinantes para establecer un manejo médico-quirúrgico oportuno.

Factores determinantes en la diseminación de la infección odontogénica.

1. Edad: la madurez inmunológica comienza en diferentes etapas del organismo para diferentes antígenos, siendo algunos inmunógenos en el feto y el neonato, mientras que otros producen tolerancia.
2. Nutrición: dados los requerimientos metabólicos del niño su alimentación debe ser balanceada y completa; puesto que alteraciones en la ingesta, en la absorción o en el gasto metabólico comprometen los mecanismos de defensa a nivel celular y humoral específico e inespecífico amplificando la respuesta inmune ante microorganismos de baja virulencia con producción de complejos inmunes generadores de respuestas inflamatorias a distancia.
3. La saliva: puede favorecer o actuar como mecanismo de defensa. La lisozima puede lisar la pared celular de las bacterias Gram + o cuando se une a ellas estimular la producción de dipeptidos de muramil aumentando la respuesta inmune. Además, por su naturaleza catiónica produce agregación de las bacterias Gram -. A su vez las mucinas de la saliva (glicoproteínas, ácido siálico) contribuyen a la agregación bacteriana e inhiben la adhesión a mucosas; y los complejos de lactoferrina despojan a las bacterias del hierro disponible.
4. Barreras anatómicas: la mucosa con el flujo constante de la saliva y los epitelios con su descamación continua en ausencia de una unión firme de la adhesina bacteriana con el receptor desprende con rapidez a las bacterias de la superficie mucosa antes que invadan el tejido submucoso.

En general las infecciones se limitan o diseminan por vía hematogena, linfática, transporte axonal retrógrado por continuidad anatómica a través de los músculos de la cara que dependiendo de la ubicación del diente ejercen ajuste muscular o por fascias o aponeurosis de tejido conjuntivo que envuelven estructuras anatómicas vitales de la cara y el cuello. En los procesos inflamatorios agudos los exudados inflamatorios se acumulan disecándolos estableciéndose comunicación directa entre la cara el cuello y el mediastino por medio de espacios reales denominados espacios aponeuróticos que se clasifican de acuerdo a sus relaciones anatómicas en la cara y el cuello en espacios superficiales y profundos.

La celulitis infraorbitaria generalmente está asociada a infecciones de dientes temporales en el maxilar especialmente del canino y primer molar temporal y del canino y primer premolar permanente, lo que permitió aplicar la clasificación de Chandler para determinar el grado de severidad de las infecciones Odontogénicas. Dada la relación de la boca con las diferentes estructuras anatómicas de la cara y el cráneo la clasificación de Chandler tiene la misma connotación en el diagnóstico, pronóstico y manejo de la infección Odontogénica y la sinusal. Con fines diagnósticos el autor establece la premisa de que "la celulitis infraorbitaria en niños generalmente es de origen dental y la celulitis supra orbitaria en niños generalmente es originada en el seno etmoidal".

Trabajos de grados realizados por el servicio de cirugía oral y maxilofacial y dirigidos por el autor sobre la "Distribución porcentual del manejo médico quirúrgico de las infecciones Odontogénicas en la Fundación HOMI en pacientes de 1 a 16 años de edad en el periodo comprendido entre Enero de 2001 a Diciembre de 2006 comparado con los periodos de Junio de 1994 a Junio de 1998 a Diciembre de 2000" se encontró que la región más afectada por la infección Odontogénica es la cara superior con un 61% donde se encuentra la región infraorbitaria, la gingivodentaria, seno maxilar y la región bucal. Por su incidencia se detalla la clasificación, las características clínicas y el manejo médico-quirúrgico de las celulitis periorbitaria.

LA OBSERVACIÓN COMO UNA HERRAMIENTA PARA LA CONSTRUCCIÓN DEL IDIOMA DE LAS CIENCIAS MÉDICAS

BENITO SERRANO GÓMEZ

MD, MSc. Profesor Asociado. Departamento de Patología. Facultad de Medicina. Universidad Nacional de Colombia. Médico Cirujano, Universidad Nacional de Colombia. Especialista en Patología U. Militar Nueva Granada - Hospital Militar Central. Magister en Educación Universidad Pedagógica Nacional. E-mail: bserranog@unal.edu.co

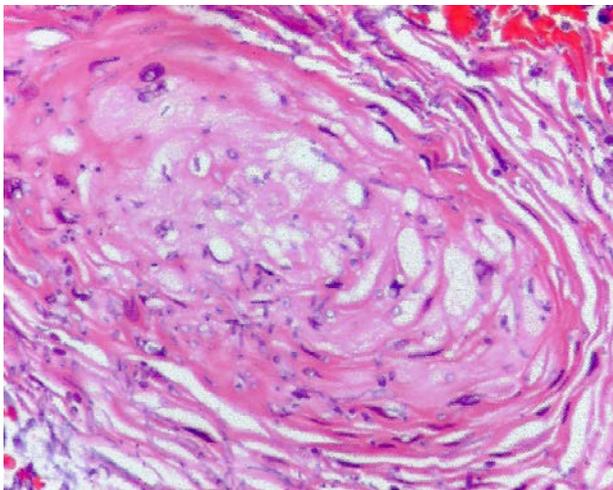
"El mundo era tan reciente, que muchas cosas carecían de nombre, y para mencionarlas había que señalarlas con el dedo." (Gabriel García Márquez en Cien años de soledad)

El lenguaje médico está conformado por multitud de términos – alrededor de 100.000 – siendo uno de los lenguajes especializados más importantes en todos los idiomas, muchos de ellos tomados de varios idiomas en calidad de "préstamos lingüísticos", la mayoría provienen del griego que fue el idioma de la medicina científica durante la antigüedad clásica y el resto del latín que durante la edad moderna se constituyó en el idioma de la medicina hasta el inicio de la edad contemporánea, y los menos del árabe y de otras lenguas modernas.

Cada uno de los términos del idioma médico tiene una historia propia como una "biografía" y nació en un momento específico con un marco histórico y cultural que lo marcó y por ellos algunos, a la luz del léxico actual son erróneos, pero persisten porque el uso y la costumbre son el soporte final de las palabras.

La observación que es el arte de examinar atentamente, de mirar con atención, de contemplar atentamente ha sido y sigue siendo herramienta fundamental en el proceso largo e inconcluso de la construcción del complejo mundo del idioma de las ciencias médicas muchas veces utilizando la asociación de hechos conocidos mediante la comparación con fenómenos nuevos.

La mirada histórica de la evolución de la jerga de las ciencias médicas nos permite apreciar y valorar el proceso evolutivo de nuestro idioma especial y nos invita a preservar la pureza de nuestro idioma español que es el mayor bien cultural del mundo hispánico.



Candidiasis hiperplásica. H&E 10x. Notoria acantosis del epitelio escamoso con papilomatosis y paraqueratosis. La superficie epitelial presenta numerosas estructuras micóticas de Candida sp.

TUMORES NO ODONTOGÉNICOS DE LA REGIÓN MAXILOFACIAL EN PEDIATRÍA

LINA JARAMILLO BARBERI

MD. Profesora Titular Departamento de Patología. Facultad de Medicina. Universidad Nacional de Colombia. Médica Cirujana y Especialista en Patología Pontificia Universidad Javeriana – Instituto Nacional de Cancerología. Visiting Fellow en Patología Pediátrica Jackson Memorial Hospital, Miami University. E-mail: millito59@hotmail.com

Se hace una revisión con énfasis en las neoplasias comúnmente observadas en la práctica diaria. En las lesiones epiteliales se muestra el problema de los papilomas y la papilomatosis y su diagnóstico diferencial con otras lesiones epiteliales incluyendo el carcinoma escamocelular. De los tumores del tejido conectivo el fibroma y el granuloma piógeno son entidades frecuentes y se asocian generalmente a trauma. Las malformaciones vasculares son también importantes, en especial las linfáticas y lesiones como la fibromatosis y los miofibromas, aunque son de poca ocurrencia, deben ser consideradas en el diagnóstico diferencial. Las lesiones neurales más frecuentes son benignas; el tumor de células granulares, neuromas, neurofibromas y neurilemomas pueden observarse como entidades aisladas o asociadas a síndromes específicos. Se habla igualmente de tumores malignos donde el rhabdomyosarcoma en su variedad embrionaria tiene un papel protagónico y debe distinguirse de otros tumores de células redondas pequeñas de la edad pediátrica, especialmente el Tumor neuroectodérmico primitivo (PNET), el PNET melanótico de la infancia y el Estesioneuroblastoma. Finalmente se hace referencia a las lesiones mixtas donde se nombran diversos tipos de hamartomas, la mayoría de la lengua y los teratomas, en sus variedades madura, inmadura y maligna.

TUMORES DE GLÁNDULAS SALIVALES

LUIS FERNANDO JARAMILLO

MD, MSc. Patólogo. Departamento de Patología Hospital Universitario San Ignacio. Profesor asociado Facultad de Medicina Pontificia Universidad Javeriana. Médico Cirujano Universidad Caldas. Especialista en Patología Pontificia Universidad Javeriana – Instituto Nacional de Cancerología. Magister en Epidemiología Pontificia Universidad Javeriana. E-mail: luis.jaramillo@javeriana.edu.co

Se presenta revisión sobre las lesiones tumorales benignas y malignas más relevantes en la práctica médico-odontológica general, haciendo énfasis en los aspectos clínicos, epidemiológicos e histopatológicos. Se examinan los criterios para graduar estos tumores, así como las variables determinantes para una apropiada estadificación de los pacientes y sus implicaciones de orden pronóstico y terapéutico.

LEUCOPLASIA: EXPERIENCIA EN EL LABORATORIO DE PATOLOGÍA GENERAL

VIVIANA LETICIA ARIAS PEDROZA

MD. Patóloga. Profesora Asociada. Departamento de Patología. Universidad Nacional de Colombia. Médica Cirujana Universidad Libre de Colombia. Especialista en Patología Anatómica y Clínica Universidad Nacional de Colombia. Dermatopatóloga Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia. E-mail: vlariasp@unal.edu.co

En la primera parte de la conferencia se presentó una revisión actualizada del tema en los aspectos de la Definición, Patogénesis, Manifestaciones clínicas, Características histológicas, Diagnóstico diferencial, Pronóstico y Tratamiento. En la segunda parte de la conferencia se presentó la experiencia profesional en un laboratorio de patología general de Bogotá en el periodo comprendido entre el 1ro de enero de 2012 y el 30 de abril de 2016, se mostró un análisis comparativo con otros estudios de Colombia y de la literatura mundial del estado actual de esta patología y se hicieron recomendaciones para el diagnóstico y la correlación clínico-patológica.

PROLIFERACIONES HEMATO-LINFOIDES EN CAVIDAD ORAL

EDNA MARGARITA QUINTERO

MD. Instructor Asociado. Facultad de Medicina Universidad El Bosque. Médica Cirujana, Universidad Nacional de Colombia. Especialista en Patología Pontificia Universidad Javeriana. Programa de profundización en Patología Pediátrica Universidad Nacional de Colombia - Fundación Hospital de la Misericordia HOMI. E-mail: equinteroc@fundacionhomi.org.co

Las lesiones hematolinfoides en la cavidad oral representan un gran reto diagnóstico ya que la morfología macroscópica-clínica es semejante a la de múltiples lesiones de diversas etiologías. Igual reto diagnóstico es su estudio histopatológico, que generalmente requiere técnicas complementarias como la inmunohistoquímica. Ésta técnica está basada en una reacción antígeno-anticuerpo resultando una tinción positiva cuando la molécula es detectada. El análisis conjunto de los estudios de rutina y los complementarios permite en la mayoría de los casos la clasificación definitiva de estas lesiones; en otros de acuerdo a la disponibilidad es preciso técnicas como pruebas moleculares. Una gran parte del correcto abordaje diagnóstico es los datos clínicos aportados que deben ser claros, pertinentes y oportunos, y que son una herramienta fundamental en el ejercicio de la patología.

DDS. OMFS. Profesor catedrático. Departamento Salud Oral. Facultad de Odontología, Universidad Nacional de Colombia. Odontólogo, Cirujano Oral y Maxilofacial de Universidad Nacional de Colombia. E-mail: eohernandezb@unal.edu.co

La Hiperplasia Condilar es una alteración caracterizada por crecimiento excesivo y progresivo, que afecta el cóndilo, cuello, cuerpo y rama mandibular uni o bilateral. El paciente consulta por franca asimetría facial con desviación mandibular, maloclusión y en algunos casos sintomatología articular; se detecta usualmente entre la segunda y la tercera década de la vida. Existen varias clasificaciones, entre ellas de la del Doctor Wolford, y Obegesser, las cuales basadas en características clínicas se deben combinar con la determinación de si el crecimiento es activo o inactivo, lo cual resulta trascendental para determinar si el paciente requiere condilectomía o solamente el manejo de la anomalía dentofacial. Actualmente el diagnóstico se basa en parámetros principalmente clínicos y en segunda instancia imagenológicos, los cuales combinados con un seguimiento al paciente me permiten determinar la mejor opción terapéutica y el momento para su realización.

QUISTES ODONTOGÉNICOS NUEVA CLASIFICACIÓN WHO 2017**CLAUDIA PATRICIA PENA VEGA**

DDS. OMFS. MSc. Patóloga Oral. Profesora Asociada. Departamento de Salud Oral. Facultad de Odontología. Directora del departamento de Salud Oral, Coordinadora de la Sección Académica de Patología. Patóloga Oral Fundación HOMI Hospital La Misericordia. E-mail: cppenav@unal.edu.co

Se realizó la presentación de la nueva clasificación de la WHO de los Quistes Odontogénicos 2017.

Quistes Inflamatorios:

- Radicular (Apical – Periapical) Residual
- Quistes colaterales Inflamatorios:
 1. Paradental
 2. Mandibular Bucal de la Bifurcación (Paradental Juvenil)

Quistes Del Desarrollo de Origen Incierto:

- Quiste Dentígero (Folicular)
- Queratoquiste Odontogénico
- Quiste Odontogénico Ortoqueratinizado
- Quiste Lateral Periodontal/ Quiste Botrioides Odontogénico
- Quiste Glandular (Sialo-Odontogénico)
- Quiste Odontogénico calcificante

Durante la conferencia se profundizó en los quistes inflamatorios en población pediátrica especialmente en el Quiste Bucal de la Bifurcación, explicando su fisiopatología y presentando una serie de casos de la Fundación Hospital La Misericordia.

DDS. Profesor Titular. Facultad de Odontología. Pontificia Universidad Javeriana. Odontólogo Universidad de Cartagena. Patólogo Oral Pontificia Universidad Javeriana y Universidad El Bosque. Abogado, U. Católica. E-mail: bustillo@javeriana.edu.co

La responsabilidad profesional del patólogo oral se encuentra enmarcada dentro del régimen de las obligaciones de medios y /o resultado, que deriva de la actividad propia de la especialidad. El patólogo oral, debe garantizar el correcto diagnóstico histopatológico y orientación clínica de la patología, obtenida por medio de biopsias de tejidos blandos, duros o por aspiraciones, haciendo uso correcto de los recursos disponibles para tal fin, desde la preservación del tejido, disponiendo de la coloración de rutina, hematoxilina y eosina, coloraciones especiales, inmunohistoquímica, estudios moleculares, citogenéticos, entre otros. Es diligente y prudente el uso de interconsultas con profesionales especialistas en patología en caso de duda diagnóstica.

En principio la obligación del patólogo oral es de resultado, por ende, cuando sea necesario, se puede hacer uso en caso de duda, de la segunda opinión a través de los profesionales de la patología para dar cumplimiento cabal a la *lex artis*, evitar la pérdida de la oportunidad que tiene el paciente para curarse y evitar el error diagnóstico.

De acuerdo al actuar del patólogo oral para realizar el diagnóstico haciendo uso de los medios disponibles en el laboratorio, se puede catalogar como de media la obligación, en caso contrario se puede desvirtuar su actuar y estar sumergido en la obligación de resultados.

La importancia de imponer obligación de medios o de resultados radica en los efectos jurídicos, que estas obligaciones conllevan; la obligación de medios, implica que el profesional no respondería por el resultado definitivo del diagnóstico patológico cuyo resultado es la sola descripción microscópica.

La obligación de resultado en concreto implica que el patólogo debe responder por el diagnóstico definitivo de la patología, no admite equivocación, y solo tendría que demostrar que, por un caso fortuito, o fuerza mayor, tuvo el error diagnóstico.

Cuando se recibe muestras para patología no rotuladas, o con error de ubicación exacta, error en la preservación, no indicación del tipo de tejido, se incurre en falsos juicios de existencia, de identidad que infieren implícitamente en falso raciocinio de interpretación con la respectiva consecuencia del error médico u odontológico.

Md. Patóloga. Profesora asociada. Departamento de patología. Universidad Nacional de Colombia. Médica cirujana Universidad Libre de Colombia. Especialista en patología anatómica y clínica Universidad Nacional de Colombia. Dermatopatóloga facultad de medicina, Universidad Nacional de Colombia. E-mail: vlariasp@unal.edu.co

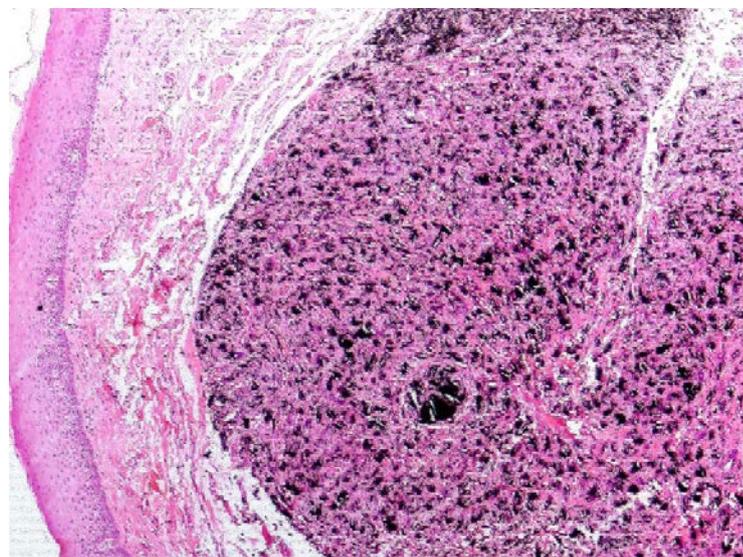
Se realizó una exposición de siete casos de enfermedades de la región orofacial escogidos de la experiencia en el ejercicio profesional, de interés por ser patologías frecuentes y otras raras para su reconocimiento, que incluyó la información clínica con imágenes representativas, fotografías de las características histopatológicas, una revisión actualizada del tema y recomendaciones claves para el diagnóstico. Las enfermedades presentadas fueron: épulis congénito del recién nacido, queilitis folicular, xantoma verruciforme, liquen plano oral, disqueratoma verruciforme, melanosis oral, leucoedema/ névus esponjoso blanco.

LESIONES MESENQUIMALES DE CABEZA Y CUELLO

HUMBERTO QUINTANA MUÑOZ

MD. Patólogo Sénior del Departamento de Patología del Hospital Universitario San Ignacio. Profesor Asociado Facultad de Medicina. Pontificia Universidad Javeriana. Médico Cirujano Universidad del Valle. Especialista en Patología Universidad de Antioquia. Especialista en Patología Tumoral, Instituto Nacional de Cancerología. E-mail: vlariasp@unal.edu.co

Ilustra una aproximación a los Sarcomas de Cabeza y Cuello representando el 1% de las Malignidades Humanas pero que constituyen un serio desafío Diagnóstico. Se hizo un enfoque Clínico, Morfológico, Inmunohistoquímico y Molecular de las Lesiones más frecuentes: Rabdiosarcoma, Sarcoma Alveolar, Tumor Fibroso Solitario, Sarcoma Sinovial, Angiosarcoma, Sarcoma Miofibroblástico de Bajo Grado (Miofibrosarcoma de Bajo Grado) y Dermatofibrosarcoma Protuberans. Se concluye de acuerdo a la revisión de la literatura y la experiencia; con la presentación de las variables/dogmas para el diagnóstico de los tumores de tejidos blandos.



Tatuaje por amalgama. H&E 10x.
Mucosa oral con depósitos de gránulos negruzcos entremezclados con colágeno denso y escaso infiltrado inflamatorio linfocitario, que se disponen formando un nódulo bien delimitado en el corion.

INMUNOHISTOQUÍMICA Y BIOLOGÍA MOLECULAR EN PATOLOGÍA ORAL

NATALIA OLAYA MORALES

MD. PhD. Patóloga Departamento de Patología. Profesora Catedrática. Facultad de Medicina Universidad Nacional de Colombia. Médica Cirujana Universidad de Antioquia. Especialista en Patología U. de Antioquia. Doctor PhD en Bioquímica y Biología molecular, Université Paris 11. E-mail: naolayamo@unal.edu.co

Durante el siglo XX la biología ha avanzado y cambiado mucho. En particular, en los últimos 20 años, se han desarrollado las técnicas de análisis bioinformático y de evaluación genética masiva. No obstante, el diagnóstico en patología sigue estando basado principalmente en el análisis morfológico, ya que no ha podido ser reemplazado y no existe un verdadero marcador tumoral. El laboratorio de patología actual incluye estudios genéticos, inmunohistoquímicos, citometría de flujo y de biología molecular. Las enfermedades en las cuales estas técnicas tienen aplicación en patología oral son los tumores. En orden de frecuencia el carcinoma escamoso y los tumores de glándulas salivares. Por último, se encuentran los tumores odontogénicos. La inmunohistoquímica, que es la técnica de las mencionadas que puede considerarse de rutina, es solicitada por el patólogo según cual sea la sospecha morfológica y es importante ya que permite confirmar el diagnóstico morfológico. No existe un panel absoluto y cada profesional utiliza los marcadores de su preferencia. Los hallazgos de los estudios genéticos, los cuales son dinámicos, nos permiten cada día comprender mejor la génesis de los tumores y permitirán en un futuro orientar el tratamiento. No obstante, ninguna de estas alteraciones tiene en el momento aplicación terapéutica.

TUMORES ODONTOGÉNICOS BENIGNOS, CLASIFICACIÓN 2017

ENNYA LEONEL TRIANA

DDS. Patóloga y Cirujana Bucal. Docente Ocasional. Facultad de Odontología. Universidad Nacional de Colombia. Odontóloga, Fundación Universitaria San Martín. Especialista en Patología y Cirugía Bucal Pontificia Universidad Javeriana. E-mail: ennya_0110mi@hotmail.com

Los Tumores odontogénicos benignos son neoplasias atípicas potencialmente agresivas, multifactoriales, derivados del tejido odontogénico embrionario, Lesiones óseas localmente destructivas dependiendo del tipo histológico, 1% de todos los tumores benignos en el ser humano, corresponden del 3% al 16.4% de todas las lesiones tumorales benignas de la región maxilofacial. Controversias de la clasificación del 2005 a la nueva clasificación del 2017 se encuentran una referente al Tumor odontogénico queratoquístico que indica que las alteraciones moleculares encontradas en la actualidad no son suficientes para determinar un origen neoplásico, por tal motivo se cambió su connotación a quiste odontogénico nuevamente y la aparición del tumor odontogénico primordial descrito por primera vez en el 2014 por la Escuela británica de histopatología.

Tumores Epiteliales Benignos O Localmente Agresivos Limítrofes O Borderline

- Ameloblastoma:
 - Sólido/Multiquístico
 - Uniquístico (Simple E Intramural)
 - Periférico / Extra-Óseo
- Tumor Odontoescamoso
- Tumor Odontogénico Epitelial Calcificante
- Tumor Odontogénico Adenomatoides

Tumores Mixtos Con Epitelio Y Mesénquima

- Fibroma Ameloblástico
- Tumor Odontogénico Primordial
- Odontoma (En Desarrollo, Compuesto, Complejo)
- Tumor Odontogénico De Células Fantasma

Tumores Del Mesénquima Con (Limitada) O Sin Presencia De Epitelio Odontogénico

- Fibroma Odontogénico
- Mixoma/Mixofibroma Odontogénico
- Cementoblastoma

UTILIDAD DE LAS IMÁGENES DIAGNÓSTICAS EN LAS LESIONES DE CABEZA Y CUELLO EN PEDIATRÍA

LUZ ÁNGELA MORENO

G.MD, Radióloga. Profesora Asociada Departamento de Imágenes Diagnosticas. Facultad de Medicina. Universidad Nacional de Colombia. Médica Cirujana, Especialista en Radiología, Magister en Educación Universitaria de la Universidad Nacional de Colombia. E-mail: lamorenog@unal.edu.co

Las masas en cuello son una indicación frecuente de imágenes diagnósticas en el paciente pediátrico y al igual que en otras áreas del cuerpo, las patologías que afectan a la población en este grupo de edad son diferentes a las del adulto.

Si bien las diferentes entidades pueden ser de origen congénito, inflamatorias y tumorales, la modalidad de imagen de elección debe ser aquella que brinde el mejor balance entre el riesgo y beneficio para aportar en el diagnóstico de la patología del paciente, plantear diagnósticos diferenciales y determinar la extensión de la enfermedad.

En la actualidad, son varias las modalidades diagnósticas útiles en el diagnóstico de la patología del cuello en niños como son: radiología convencional, ultrasonido, tomografía computarizada, resonancia magnética nuclear y recientemente el uso del PET CT. Estas deben ser elegidas de acuerdo a la sospecha clínica.

Entre las patologías que con frecuencia se benefician del apoyo de las imágenes para su diagnóstico se encuentran, las adenopatías ya sean inflamatorias o secundarias a patología tumoral, los abscesos de localización retrofaríngea, procesos inflamatorios como la angina de Ludwig y el síndrome de Lemierre.

Las imágenes en malformaciones vasculares ayudan a definir si la lesión es de bajo o alto flujo y permiten caracterizar la presencia de quistes en su interior como en el caso de la malformación linfática. Entre las lesiones congénitas se debe considerar al quiste del conducto tirogloso, tiroides ectópica y quistes de las hendiduras branquiales.

Las lesiones tumorales menos frecuentes, también se benefician en su diagnóstico de las imágenes como son el linfoma, el rhabdomioma, neuroblastoma y carcinoma de tiroides.

DDS. Radióloga Maxilofacial. Departamento de Ciencias Básicas y Medicina Oral. Profesora Asociada Facultad de Odontología. Universidad Nacional de Colombia. Odontóloga Universidad Nacional de Colombia. Especialista en Radiología Maxilofacial, U. de Chile. Magister en Antropología de la Universidad Nacional de Colombia. E-mail: hgcamargoh@unal.edu.co

Objetivo: Presentar los Principios Orientadores de la Interpretación Radiográfica de las Patologías del Área Dentomaxilofacial. **Puntos de la presentación:** Conceptos generales sobre el proceso de interpretación radiográfica. Fases del proceso de interpretación radiográfica. **Conceptos generales:** Durante el proceso de elaboración de la historia clínica, el examen radiográfico se ubica dentro de la sección de Exámenes imagenológicos de apoyo diagnóstico. El examen radiográfico es interpretado a partir de un proceso sistemático en el que se relaciona un algoritmo de estudio de la imagen con la habilidad de reconocer y entender el significado de los hallazgos, lo que conduce a identificar la patología. La interpretación radiográfica ha de ser consignada en todos los casos en la historia clínica y constituye un reporte con carácter médico-legal. El proceso sistemático implica ciertas fases que deben seguirse con rigor a fin de no perder información y aumentar el rendimiento diagnóstico.

Fases del proceso de interpretación radiográfica

Fase 1: Establecer el tipo y cantidad de imágenes adecuadas para observar la patología, considerando sus alcances y limitaciones. En este sentido se considera en primera instancia el examen radiográfico convencional acorde con la región anatómica de interés. Tiene como ventajas su alta resolución, gran cantidad de información, baja dosis de radiación y accequibilidad. Como desventajas: la bidimensionalidad de la imagen y su posibilidad de distorsión proyeccional. Si las imágenes bidimensionales no ofrecen información suficiente para establecer el diagnóstico, puede acudirse a las imágenes de tomografía volumétrica. Ello implica conocer las bases de generación de esta tecnología, así como la terminología básica relacionada como: dirección de corte, espaciado de corte, tridimensión, resolución, reconstrucción, voxel, pixel, volumen, campo de visión, reformato multiplanar e imagen de intensidad máxima, entre otros; así mismo conocer las ventajas de la imagen tomográfica tales como: Imágenes de corte en todos los planos ortogonales y oblicuos, ausencia de distorsión de tamaño, simulación volumétrica, múltiples herramientas de edición para realce de la imagen, baja radiación para el paciente en comparación con tomografías axiales computarizadas de uso médico, poco tiempo de adquisición y reconstrucción de la imagen y costo accequible para el paciente. Entre sus desventajas están: artefactos de ruido, baja resolución, alta dosis de radiación en comparación con las radiografías bidimensionales y pobre imagen de los tejidos blandos. Implica igualmente conocer la anatomía tomográfica maxilofacial multiplanar y las patologías de los tejidos duros que dan imagen radiográfica.

Fase 2: Una vez elegida la imagen indicada según el tejido de interés, se procede a detectar la anomalía: Identificar, evaluar y describir la anatomía proyectada en la imagen, sus posibles variantes, alteraciones y artefactos, siguiendo un protocolo de lectura: para imágenes bidimensionales dividiendo en secciones la imagen y realizando la observación de cada parte, así como el análisis exhaustivo y comparativo. Así mismo para las imágenes tomográficas en las que se hará uso de planos ortogonales, oblicuos, transversales y de volumen, observando en varias ventanas, modos de imagen y grosores de corte, sin dejar de lado estructuras anatómicas que muchas veces no son

familiares para el odontólogo tales como el complejo osteomeatal, el complejo de senos paranasales, la vía aérea, la columna cervical, la ATM y la bóveda craneana. Para ello se deben proveer las condiciones adecuadas de visualización: un negatoscopio de luz intensa y uniforme para las imágenes análogas ó un monitor de alta resolución para las imágenes digitales bidimensionales o tridimensionales.

Fase 3: Se realiza el reporte de la evaluación radiológica de la imagen acorde con características propias de la patología tales como: localización (lesión única, Múltiple, zonas de ubicación), tamaño (dimensiones precisas en los tres planos), forma y contorno (Patrón óseo, Forma redondeada, Irregular, Locular), bordes (definidos, Corticalizados, Encapsulados, indefinidos), apariencia interna (radiolúcida, radiopaca, Mixta) y compromiso de estructuras vecinas (invasivo, Auto limitante, Perforante, desplaza o reabsorbe dientes o corticales).

Fase 4: Interpretación de los hallazgos, teniendo en consideración: que varias patologías distintas presentan una imagen radiográfica similar, varias patologías no tienen una imagen típica que permita su detección, y la interpretación de hallazgos requiere conocimientos y experticia.

Fase 5: Se clasifica la patología de manera preliminar en Traumática, quística, inflamatoria, fibro ósea, tumoral, benigna, maligna y ontogénica o no ontogénica. Los hallazgos deben correlacionarse con: edad, ancestro, sexo, sintomatología y tiempo de evolución.

Fase 6: Impresión diagnóstica. El diagnóstico radiográfico frecuentemente es presuntivo. Debe ir acompañado por los diagnósticos diferenciales y las recomendaciones sobre otras imágenes complementarias, estudios histopatológicos y de laboratorio que permitan establecer el diagnóstico definitivo de la patología.

Una vista físico-química, de ciencia de materiales y biomimética en algunos problemas odontológicos*

Edgar Delgado Mejía 1

* Fe de erratas: este resumen hace parte de la lectura recobrada titulada: VII Seminario Internacional de Investigación en Odontología, que fue publicada en la Revista Acta Odontológica Colombiana Volumen 6 Número 2.

1 M. Sc. Química, Universidad Estatal de New York. Químico, Universidad Nacional de Colombia. Profesor de la Facultad de Ciencias, Departamento de Química, Universidad Nacional de Colombia. Profesor Departamento Química, Facultad de Ciencias, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá. Grupo de aplicación de materiales a la odontología (GRAMO).

Citación sugerida:

Delgado Mejía E. Una vista físico-química, de ciencia de materiales y biomimética en algunos problemas odontológicos. Acta Odontol Col [en línea] 2017;7(1): 137-138 [fecha de consulta: dd/mm/aaaa]. Disponible desde: <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/actaodontocol>

Desde Babilonia, China, India y Egipto se han hecho esfuerzos para incorporar nuevas técnicas y puntos de vista científicos a la medicina. Fue con los griegos que se hicieron claros los conceptos de diagnóstico y prognosis. En la edad media se incorporaron el conocimiento de la anatomía y luego con el desarrollo del vidrio transparente lentamente se incorporaron avances como el concepto de los gérmenes. En la era actual hay ciencias nuevas que aunque siempre estuvieron potencialmente en la mente humana, ahora son explícitas y concisas. La biomimética, la ciencia e ingeniería de materiales (CIM) son dos de estas que tocan directamente a la salud y en particular a la odontología. La biomimética tiene orígenes perdidos en el tiempo aunque se ha organizado y definido en el último siglo. La ingeniería de materiales también se consolidó en menos de un siglo pero es tan antigua que nuestro desarrollo se define en términos de "edad de piedra", "edad de bronce", "edad de hierro", etc. Debido a la capacidad de desarrollar y de corregir y adaptarse que tienen los seres vivos, los materiales biológicos actuales representan el paradigma máximo a imitar. Los fósiles más antiguos de dinosaurios tienen cerca de 250 millones de años y ya tenían dientes. Así que 120 años de ciencia incipiente no pueden competir con ese lapso increíble de experimentación biológica. Tomaremos como norte los tejidos naturales. La ciencia e ingeniería de materiales tiene aspectos nuevos desconocidos anteriormente por imposibilidad física, no existían microscopios de ninguna clase y por lo tanto la microestructura era algo que sólo existía en los avatares potenciales e ignotos del futuro. No se había desarrollado suficientemente la química y no se conocían apropiadamente las composiciones de las sustancias naturales. Lo mismo se puede decir de la caracterización de los materiales. Dentro de los grandes aportes de la ciencia de materiales está la relación de la microestructura y las macro propiedades, dos lenguajes, dos mundos en donde el papel del científico de materiales es traducir y hacer. Otro aspecto es que los materiales son tan amplios que necesariamente son multidisciplinarios. El tercer aporte es que ahora los materiales no se buscan entre lo disponible sino que se diseñan según las propiedades deseadas. Estos conceptos se resumen en un triángulo Composición-microestructura-propiedades y más completamente en un tetraedro proceso- composición-microestructura-propiedades. El tema se centra entonces en los biomateriales, específicamente en esmalte y/o dentina como modelo; en la aplicación de principios fisicoquímicos como idioma de traducción y en lo biomimético como proceso ideal.

Tocaremos informalmente temas como los componentes de esmalte y dentina. ¿Por qué la naturaleza los escogió?, procesos tradicionales y su aplicabilidad (sinterización por temperatura), reacciones sucesivas y construcción de minerales, caries y corrosión, difusión iónica y sus aplicaciones, mecanismo ionotrópico, presión osmótica, adhesivos y propiedades mecánicas, materiales en gradiente, velocidad de reacciones y otros. Los materiales odontológicos comerciales de la actualidad no se parecen casi en nada a los materiales ideales. Se necesitan nuevos materiales, nuevos procesos y mejores microestructuras.

La *Revista Acta Odontológica Colombiana*, es una publicación electrónica seriada, semestral y arbitrada, editada desde la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Colombia, dirigida a académicos, investigadores y profesionales interesados los temas actuales y los resultados de la actividad científica e investigativa en odontología.

Filosofía y política editorial

La *Revista Acta Odontológica Colombiana* tiene como objetivo publicar resultados o avances de investigación promotores del desarrollo de conocimientos académicos, técnicos, científicos y éticos para la odontología y la salud bucal, relacionados con aspectos de la práctica clínica, salud pública, bioética, educación, ciencias básicas, biotecnología, materiales dentales y de laboratorio. Asimismo tiene como propósito consolidar el intercambio de saberes, experiencias e investigadores en el área de la salud, en general, y de la odontología, en particular, a nivel nacional e internacional.

La *Revista Acta Odontológica Colombiana*, acoge artículos provenientes de investigaciones cualitativas o cuantitativas en odontología o del área de la salud, artículos basados en investigación documental o fuentes secundarias, artículos de revisión narrativa de la literatura, ensayos, artículos de carácter histórico o de opinión sobre temas prioritarios para la comunidad científica, cartas al editor y reseñas de libros. Como homenaje a ilustres figuras de nuestra profesión, en cada número de la revista en una sección especial denominada Lecturas Recobradas, se publicará un artículo tomado de la innumerable producción acopiada en la versión impresa de su antecesora, cuyos ejemplares reposan para consulta de toda la comunidad en la Hemeroteca de la Universidad Nacional de Colombia. Los documentos pueden ser escritos en español o inglés.

La *Revista Acta Odontológica Colombiana* cuenta con un Comité editorial, un Comité científico internacional, y un proceso claro, pedagógico y exigente para el arbitraje de todos los documentos propuesto para su posible publicación en ella.

Calidad y visibilidad

Para lograr una mayor visibilidad y difusión, la *Revista Acta Odontológica Colombiana*, está disponible en la siguiente dirección electrónica: <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/actaodontocol/index>.

En aras de garantizar la calidad de los artículos publicados la *Revista* cumple con un proceso de selección por parte del Editor y el Comité editorial, evaluación y comentarios por pares. Los artículos deberán ajustarse a las reglas gramaticales, empleando términos científicos y técnicos adecuadamente.

El proceso de arbitraje al que son sometidos cada uno de los artículos propuestos para publicación en la *Revista Acta Odontológica Colombiana*, consta de los siguientes pasos:

1. Selección y primera revisión por parte del Editor. Como criterios de selección tiene en cuenta la solidez científica del documento presentado, su originalidad, actualidad e impacto que pueda alcanzar. A partir de esta, se informa a los autores sobre la pertinencia de su artículo para la *Revista*, y se realizan los primeros comentarios al documento.

2. Envío de primeros comentarios o sugerencias sobre el documento o artículo a los autores. Una vez hechos los ajustes requeridos, el o los autores deben enviar la versión corregida de su artículo.
3. Elección de pares evaluadores y envío del artículo o documento para evaluación. [La Revista](#) cuenta con un formato de evaluación amigable y exigente que garantiza la calidad, originalidad y pertinencia de los artículos sometidos a ella.
4. Envío de los resultados de la evaluación por pares (árbitros). Una vez hechos los ajustes requeridos, el o los autores deben enviar la versión definitiva de su artículo.
5. Aprobación y publicación del artículo. Para realizar este último paso es indispensable que el o los autores diligencien el formato denominado "[Declaración de originalidad, derechos patrimoniales, derechos de autor y autorización para publicación](#)", el cual será enviado en el momento requerido.

Tipos de artículos publicados

Los documentos sometidos a [la Revista](#) deberán corresponder a una de las siguientes tipologías:

ARTÍCULO DE INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN. Documento que presenta, de manera detallada, la producción original e inédita resultado de un proceso de investigación, reflexión o revisión, así:

- **Derivado de investigación.** Presenta los resultados originales o avance de resultados de proyectos de investigación, su estructura debe presentarse en la metodología IMRyD: introducción, metodología, resultados y discusión/conclusiones.
- **Derivado de reflexión.** Presenta los resultados originales o avance de resultados de proyectos de investigación desde una perspectiva analítica, interpretativa o crítica del autor, sobre un tema específico, recurriendo a fuentes primarias o secundarias de información y/o bases de datos. Su estructura debe presentarse en la metodología IMRyD: introducción, metodología, resultados y discusión/conclusiones.
- **Derivado de revisión.** Presenta los resultados de una investigación terminada donde se analizan, sistematizan e integran los resultados de investigaciones publicadas o no publicadas, sobre un campo en ciencia o tecnología, con el fin de dar cuenta de los avances y las tendencias de desarrollo. Se caracteriza por presentar una cuidadosa revisión bibliográfica de por lo menos 50 referencias. Su estructura debe presentarse en la metodología IMRyD: introducción, metodología, resultados y discusión/conclusiones. El párrafo metodológico debe comentar las características de la búsqueda: Bases de datos utilizadas, términos utilizados en la búsqueda bajo los estándares de los descriptores, criterios de inclusión y exclusión, número de estudios potencialmente relevantes, número de estudios incluidos en la revisión, método de selección de los artículos y análisis de los datos.

ARTÍCULO CORTO. Documento breve que presenta resultados originales preliminares o parciales de una investigación científica o tecnológica, que por lo general requieren de una pronta difusión.

REPORTE DE CASO. Documento que presenta los resultados de un estudio sobre una situación particular con el fin de dar a conocer las experiencias técnicas y metodológicas consideradas en un caso específico. Incluye una revisión sistemática comentada de la literatura sobre casos análogos.

REVISIÓN DE TEMA O ENSAYO. Documento resultado de la revisión crítica, no sistemática, de la literatura sobre un tema en particular. El ensayo es una composición escrita, la cual presenta nuevas ideas y puntos de vista sobre un tema particular. Se caracteriza por una redacción adecuada, que puede darse en primera persona, y por su organización jerárquica y coherente.

CARTAS AL EDITOR. Posiciones críticas, analíticas o interpretativas sobre los documentos publicados en la revista, que a juicio del Comité editorial constituyen un aporte importante a la discusión del tema por parte de la comunidad científica de referencia.

EDITORIAL. Documento escrito por el editor, un miembro del comité editorial o un investigador invitado sobre orientaciones en el dominio temático de la revista.

TRADUCCIÓN. Traducciones de textos clásicos o de actualidad o transcripciones de documentos históricos o de interés particular en el dominio de publicación de la revista.

RESEÑA BIBLIOGRÁFICA.

Preparación del manuscrito

Todos los artículos deben ser enviados a uno de los siguientes correos electrónicos: actaodontologicacol@gmail.com ó jhestradam@gmail.com, ó al Portal de revistas UN, en las siguientes direcciones: <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/actaodontocol/user/register> ó <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/actaodontocol/index>, durante las fechas establecidas por el Comité editorial y el editor de [la Revista](#).

El documento debe presentarse en formato Microsoft Word con la siguientes características: diseño de página tamaño carta, una sola columna, espacio (interlineado) sencillo, fuente Arial 10, texto justificado a la izquierda y la derecha, mayúsculas inicial y negrita para título del artículo, su traducción en inglés y los apartados que estructuran el texto (Resumen, Palabras clave, Abstract, Key words, Introducción, Metodología, Resultados, Conclusiones, Referencias).

El documento debe estar paginado en números hindúes (arábigos) en la parte inferior derecha. Para la presentación y envío del artículo o documento a [la Revista](#), este debe incluir lo siguiente:

1. TÍTULO

Debe estar en español, en negritas y mayúsculas y minúsculas de acuerdo a las reglas ortográficas y gramaticales del idioma español. Debe ser breve y conciso, y al final con un pie de página tipo asterisco (llamada) para indicar el origen del artículo, especificar, si es el caso, la financiación proveniente de una convocatoria institucional, e incluirse el nombre y número de aprobación por el respectivo comité de investigación de la institución donde se originó el estudio. El título debe estar traducido al inglés.

2. NOMBRE(S) Y APELLIDO(S) DEL(OS) AUTOR(ES)

En el orden que deban aparecer en la publicación. No use abreviaturas de los nombres o apellidos, escríbalos completos. Cada uno debe tener, al final, un pie de página en números hindúes (arábigos) indicando: títulos obtenidos, de menor a mayor grado; filiación institucional; dirección de correspondencia física (incluyendo el código postal); teléfono(s); correo electrónico.

3. TÍTULO CORTO O TITULILLO

Para cornisas, con fines de edición y diseño.

4. RESUMEN

Debe tener una extensión máxima de 250 palabras y presentar su traducción al inglés. En el caso de los **Artículos de investigación e innovación, las revisiones sistemáticas o los meta-análisis**, debe ser de tipo descriptivo o estructurado e incluir: antecedentes (problema de investigación); objetivo del estudio; metodología: diseño y tipo de análisis estadístico empleado (si lo hubo); resultados (los principales) y discusión o conclusiones. Para los **reportes de caso, la revisión de tema o ensayos u otros**, debe ser de tipo analítico. Describir el propósito del artículo, las ideas o argumentos principales y la(s) conclusión(es).

5. PALABRAS CLAVE

Los autores deben determinar 5 a 10, las que mejor describan su artículo. Deben estar en español e inglés y corresponder a las aceptadas por el Index Medicus, así: para español las relacionadas en el DeCS (Descriptores en Ciencias de la Salud) y para el inglés las contempladas en el MeSH (Medical Subject Headings). Estas palabras clave son descriptores simples (como "ortodoncia") o compuestos (como "gutapercha termoplastificada") que sirven de guía a los lectores para encontrar un artículo en las bases de datos o índices bibliográficos. Una o dos de las palabras clave, deben corresponder al área temática del artículo. Es importante que las palabras determinadas estén contenidas en el texto del resumen y no se encuentren en el título. Se puede utilizar los tesauros o listados de palabras clave que se encuentran en índices como:

- <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?lang=e&IstisScript=iah/iah.xis&tbase=LILACS&tform=F>
- <http://www.scielo.org/php/index.php>
- <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?Db=mesh>
- <http://decs.bvs.br/E/homepagee.htm>

6. TEXTO DEL ARTÍCULO

El documento debe ser escrito utilizando mayúsculas y minúsculas de acuerdo a las reglas ortográficas y gramaticales del idioma español. No escribir el contenido y desarrollo del texto utilizando mayúsculas sostenidas. Según el tipo de artículo propuesto para su publicación, debe contemplar las siguientes secciones así:

Artículos de investigación e innovación, revisiones sistemáticas o meta-análisis.

Deben ser estructurados de la siguiente manera:

- **Introducción.** Incluye el planteamiento del problema de investigación en forma clara y coherente, el objetivo del artículo, la definición de los conceptos del estudio o variables, la fundamentación teórica y conceptual del trabajo, las hipótesis del estudio (en diseños experimentales) y el propósito y objetivo del estudio, todos con el debido respaldo bibliográfico.
- **Metodología.** Debe incluir: (1) el tipo de estudio y diseño; (2) la definición del universo, la población de estudio, el tipo de muestreo realizado y el tamaño muestral; (3) la descripción de los criterios de inclusión y exclusión de la muestra; (4) la exposición de las consideraciones éticas del estudio y la correspondiente aprobación por comités institucionales de ética; (5) la explicación de los procedimientos efectuados de manera completa, ordenada y clara; (6) la descripción de las características técnicas de equipos, instrumentos (especialmente marcas, referencias y modelos) y materiales (ojalá genéricos, en el caso de medicamentos); (7) la presentación de las variables estudiadas y su operacionalización; (8) la ilustración clara de los métodos e instrumentos usados para la recolección y organización de la información; (9) la descripción detallada de los métodos utilizados y las decisiones tomadas para el análisis de la información.
- **Resultados.** Es importante comenzar indicando la manera cómo van a ser ellos expuestos. Es conveniente organizarlos de lo simple a lo complejo (de lo descriptivo a lo inferencial o analítico). Los resultados son comprendidos mejor cuando van acompañados de tablas y figuras; no repiten lo que dicen los anexos, presentan la información que contienen o hallazgos encontrados. Como los anexos no se presentan en el cuerpo del texto, deben utilizarse remisiones, lo cual se explica más adelante.
- **Discusión.** En esta sección se analizan los resultados del estudio en relación con los planteamientos iniciales. Incluye una síntesis del problema estudiado, los procedimientos que se llevaron a cabo para resolverlo, lo que se esperaba encontrar y por qué. El análisis debe hacerse en relación con los supuestos del estudio, el método empleado y la literatura existente alrededor del tema. Asimismo, se ponderan los hallazgos en cuanto a su alcance, aplicabilidad, tipo de evidencia que aportan, la posibilidad de responder la(s) hipótesis planteada(s), y lo que se puede concluir; se explica qué queda por responder y qué nuevas preguntas o hipótesis surgen a raíz del estudio. Se recomienda realizar la discusión a partir de referencias nuevas, no contempladas en los referentes anotados en la introducción.
- **Conclusión(es).** Incluyen inferencias puntuales del estudio y corresponden a los hallazgos, sin ir más allá de lo que la evidencia y las condiciones de estudio permiten. Por último, las "Recomendaciones" pueden estar orientadas hacia la práctica en el campo correspondiente a la investigación presentada y abren la posibilidad de nuevos estudios con nuevos problemas, hipótesis, variables y/o condiciones de ejecución. Las recomendaciones deben incluirse para cerrar las conclusiones y el artículo en general. Si los autores consideran, pueden incluir en una sola sección la "Discusión" y las "Conclusiones".

Este formato es el que usualmente se utiliza para reportar estudios que siguen el método de las ciencias naturales y emplean análisis cuantitativos. Para estudios de carácter social que siguen metodologías cualitativas, es posible que este formato sea útil. Sin embargo, dada la gran variedad

de diseños cualitativos que existen, es posible que ciertos reportes usen otros modelos para la presentación de los hallazgos. Esos tipos de artículos también pueden ser aceptados para publicación. En caso de requerirse se brindará asesoría abiertamente.

Reportes de caso, la revisión de tema o ensayos u otros.

- Usualmente, las revisiones no sistemáticas, los ensayos y los artículos analíticos comienzan con una **introducción** que presenta el tema general, el problema o asunto en cuestión y describen la manera como se va a desarrollar el texto. La organización de los títulos o **acápites** subsiguientes depende del tema mismo. Es posible que este tipo de artículos incluya una sección de **discusión**, aunque no es obligatoria. Debe finalizar con una sección de **conclusiones**.
- Los reportes de caso incluyen una revisión de la literatura. Se recomienda estructurar los reportes de caso de la siguiente manera: **Título**: como en toda publicación biomédica, debe ser claro, conciso y atractivo. **Resumen**: describe brevemente la relevancia del caso, destacando las implicaciones del reporte para el desarrollo del área de la salud y su valor para el ámbito educativo. **Palabras clave**: deben ser de 5 a 10, las que mejor describan el caso. Deben corresponderse a las aceptadas por el Index Medicus, así: para español las relacionadas en el DeCS (Descriptores en Ciencias de la Salud) y para el inglés las contempladas en el MeSH (Medical Subject Headings). **Introducción**: presenta el caso o reporte de caso, una breve definición de la enfermedad, sus manifestaciones clínicas, su frecuencia a nivel mundial o local, y enfatiza en la importancia de su reporte.

Descripción del caso: narra cuidadosa y confidencialmente el caso, su información sociodemográfica (edad, sexo, raza, ocupación, lugar de residencia, u otros de interés), los factores de riesgo (hábitos de vida, uso de medicamentos, alergias, antecedentes patológicos, antecedentes familiares), la información clínica (manifestaciones clínicas en orden cronológico, exámenes clínicos, síntomas y signos, comorbilidades, etc.), el diagnóstico y su explicación lógica, el tratamiento instaurado y sus efectos. La presentación de fotografías, histopatología, electrocardiogramas, placas radiográficas o exámenes de imagen ayudan a documentar mejor el caso, dicha información debe ser obtenida con permiso del paciente o de la institución donde el paciente fue tratado. **Discusión**: debe incluir las lecciones o conceptos aprendidos, recomendar acciones a tomar frente a casos similares y brindar recomendaciones terapéuticas o diagnósticas. Debe dialogar de manera constante con nuevas referencias relacionadas con el caso. **Conclusión y recomendaciones**: inferencias puntuales a partir del caso, corresponden a los hallazgos, sin ir más allá de la evidencia y las condiciones del estudio. **Referencias bibliográficas**: debe contener como mínimo 15 referencias.

Para mayor información viste: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=71720941013>

Es de fundamental importancia para los artículos de revisión de tema, analíticos y reportes de caso incluir en la discusión su postura como autor frente al tema desarrollado, sus aportes, sus desacuerdos y las recomendaciones generadas durante toda la ejecución del trabajo científico realizado.

7. NORMA PARA CITACIÓN

Existen varios métodos para el manejo de las citas. En ciencias de la salud, usualmente se sigue la norma propuesta por el Comité Internacional de Editores de Revistas Biomédicas, también conocido como grupo *Vancouver*. La *Revista Acta Odontológica Colombiana* se regirá por esta norma.

Una cita es la referencia que se hace dentro de un manuscrito a una fuente bibliográfica utilizada para respaldar una idea o afirmación. Las citas pueden ser directas o textuales y contextuales o indirectas.

Las **citas textuales** se escriben entre comillas y al pie de la letra, tal y como aparecen en la fuente original. Si son cortas, "este tipo de cita de menos de cinco renglones se inserta dentro del texto entre comillas y el número correspondiente (a la referencia Bibliográfica) se coloca al final después de las comillas y antes del signo de puntuación" (1).

En caso contrario si es una **cita textual extensa**, se escribe sin comillas en renglón aparte centrado a una sangría de cuatro espacios a ambos lados, el tamaño de la fuente debe ser un punto menos que el texto corriente y el número de la cita se escribe al final; ejemplo:

Al respecto Getler *et al*, afirman:

En la Facultad de Odontología, se aprende con la convivencia de las acciones en el aquí y el ahora del quehacer clínico, se despierta la sensibilidad, el conocimiento, la razón y la Verdad de las disciplinas que se imparten, la tríada profesor – alumno – paciente, conducen al desarrollo de una disciplina científico-técnica básica para la salud y la belleza humana. Cuando el estudiante ingresa en la clínica debe poseer los conocimientos teóricos necesarios que permitan demostrar dominio de lo aprendido por medio de la destreza en el área clínica, además de desarrollar el debido trato con el paciente, deberá estar implícita la sensibilidad humana que debe caracterizar todo acto médico en el área de la salud. En la tríada pedagógica de la odontología no hay quien no enseñe y no hay quien no aprenda. Por lo tanto es oportuno señalar que todos responden a una dialéctica fundamental del conocimiento, basada en los principios socráticos, que sostiene: el ser humano es cambiante y deberá mantenerse alerta a dichos cambios para poder responder a los tiempos que le corresponda vivir. Quien asume la responsabilidad del acto clínico con una concepción pedagógica clara entiende que éste es el momento de la transmisión de su conocimiento, de su experiencia, de su sapiencia, al igual que al impartir una clase teórica, puede responder asertivamente al sentido que tiene su labor, pero sino comprende la importancia de lo que realiza, mucho menos va a sentir la plenitud que puede dejarle el buen cumplimiento de su papel pedagógico y odontológico (13).

Las **citas contextuales** son escritas en palabras del autor o los autores del nuevo artículo conservando su sentido (paráfrasis). Se escribe dentro del texto sin comillas el número de la cita se escribe después del apellido del autor y antes de citar su idea; ejemplos:

Como dice Londoño(2), la mortalidad infantil conduce a empeorar la calidad de vida en Medellín.

Según Perea, Labajo Sáez, et al (3) la ATM es una articulación diferente a las demás debido a sus peculiaridades anatómicas y funcionales, pero en particular por pertenecer al ámbito abstracto de la boca.

Recomendaciones a tener en cuenta durante la elaboración de los artículos respecto de la citación:

- Numere las citas en forma consecutiva y en orden ascendente, siguiendo el orden con el que aparecen por primera vez en el texto.
- Identifique las citas utilizando números hindúes (arábigos) entre paréntesis (2).
- Si una referencia es citada más de una vez, su número original (el de la primera aparición) debe ser usado en las citas posteriores.
- Se debe citar sólo documentos originales y no trabajos a través de opiniones de terceros o resúmenes. Se recomienda a los autores escribir las llamadas directamente y no utilizar la herramienta de inserción de notas a final de los procesadores de palabras. Usualmente no se utilizan notas a pie de página en el texto de artículos científicos con esta norma. Sugerimos evitar inserción de formatos de referencias que ofrece Word, ya que es difícil su edición en el momento del diseño. Por esta razón recomendamos realizarlo en forma manual.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Van numeradas y deben ser escritas en el orden de aparición de las citas dentro del texto; es decir, **NO** se organizan alfabéticamente.

El número mínimo de referencias bibliográficas de un artículo debe ser **20**; de las cuales al menos seis deberían corresponder a referencias de publicaciones colombianas o latinoamericanas; esto se solicita para promover el uso de la literatura publicada en la región.

Los **Artículos de investigación e innovación derivados de Revisión (artículos de revisión)** deben contener como mínimo **50** referencias bibliográficas.

Los principales portales de internet que se pueden consultar para obtener referencias de buena calidad de la región incluyen:

- SciELO <http://www.scielo.org/php/index.php>
- RedALyC <http://www.redalyc.org/home.oa>
- BVS <http://regional.bvsalud.org/php/index.php?lang=es>
- Lilacs <http://lilacs.bvsalud.org/es/>

9. ELABORACIÓN DE LAS REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

9.1. DE ARTÍCULOS DE REVISTAS CIENTÍFICAS SERIADAS IMPRESAS

Las referencias de artículos de revistas científicas seriadas impresas deben contener la siguiente información, así:

Apellido(s) escritos en mayúscula inicial seguidos de las iniciales de sus nombres. Título del artículo. Nombre abreviado internacional de la revista (en cursivas) seguida por el año de publicación; volumen (solo el número, sin la palabra volumen o la abreviatura vol.) y número (entre paréntesis el número correspondiente, sin utilizar la palabra número): el intervalo de páginas del artículo.

Artículos de uno a tres autores. Ejemplo:

Kaziro G. Metronidazole (flagyl) and arnica montana in the prevention of post-surgical, complications, a comparative placebo controlled clinical trial. *British J Oral Maxillo Surg* 1984; 22(1): 42-49.

Vasconcelos BCE, Bessa-Nogueira RV, Cypriano RV. Treatment of temporomandibular joint ankylosis by gap arthroplasty. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2006;11:E66-9.

Artículos de cuatro autores o más. Listar los tres primeros autores seguidos por la forma latina "et al". Ejemplo:

Dantas F, Fisher P, Walach H, *et al.* A systematic review of the quality of homeopathic pathogenetic trials published from 1945 to 1995. *Homeopathy January* 2007; 96(1): 4-16.

Artículos de autor(es) corporativo(s). Ejemplo:

Organización Panamericana de la Salud, Programa Ampliado de Inmunización. Estrategias para la certificación de la erradicación de la transmisión del poliovirus salvaje autóctono en las Américas. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana* 1993; 115(4): 281-290.

En el caso de artículos que aún no se han publicado, pero están próximos a su publicación, antes del año de publicación debe aparecer el término "En prensa". Ejemplo:

Leshner AI. Molecular mechanism of cocaine addiction. *N Engl J Med.* En Prensa. 1997.

9.2. DE ARTÍCULOS DE REVISTAS CIENTÍFICAS SERIADAS ELECTRÓNICAS

Las referencias de artículos de revistas científicas seriadas electrónicas deben contener la siguiente información, así:

Apellido(s) escritos en mayúscula inicial seguidos de las iniciales de sus nombres. Título del artículo. Nombre abreviado internacional de la revista (en cursivas) seguida por la frase "en línea" (entre corchetes), el año de publicación y la fecha de consulta (entre corchetes); volumen y número (entre paréntesis); el intervalo de páginas del artículo; y finalmente la frase "disponible en" seguida por la URL del artículo.

Artículos de uno a tres autores. Ejemplo:

Prado SG, Araiza MA, Valenzuela E. Eficiencia in vitro de compuestos fluorados en la remineralización de lesiones cariosas del esmalte bajo condiciones cíclicas de pH. *Revista Odontológica Mexicana* [en línea] 2014 [fecha de consulta: 15 de mayo de 2014]; 18(2): 96-104. Disponible en: <http://www.revistas.unam.mx/index.php/rom/article/view/47011/42323>

Artículos de cuatro autores o más. Listar los tres primeros autores seguidos por la forma latina "et al". Ejemplo:

Fuenmayor CE, García M, Contreras I, *et al.* Utilidad de la biopsia transbronquial en el diagnóstico de enfermedades pulmonares en pacientes VIH/SIDA. *Avan Biomed* [en línea] 2014 [fecha de consulta: 15 de mayo de 2014]; 3(1): 8-15. Disponible en: <http://erevistas.saber.ula.ve/index.php/biomedicina/article/view/4676/4450>

Para conocer los nombres abreviados de las revistas se puede consultar:

- BVS <http://portal.revistas.bvs.br/index.php?lang=es>
- Latindex <http://www.latindex.unam.mx/>
- PubMed <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez>

9.3. DE LIBROS IMPRESOS

Las referencias de libros impresos deben contener la siguiente información, así:

Apellido(s) escritos en mayúscula inicial seguidos de las iniciales de sus nombres. Título del libro (en cursivas). Número de la edición (solo a partir de la segunda edición). Ciudad de edición: editorial; año de publicación.

Libro con uno a tres autores. Ejemplo:

Ringsven MK, Bond D. *Gerontology and leadership skills for nurses*. 2nd. ed. Albany(NY): Delmar Publishers; 1996.

Libro con cuatro autores o más. Listar los tres primeros autores seguidos por la forma latina "et al". Ejemplo:

Fonseca ME, Sánchez-Alfaro LA, Nieva BC, *et al.* *Salud e Historia*, 8 miradas profanas. Memorias y reencuentros. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2008.

Libros de autor corporativo. Ejemplo:

Universidad de Antioquia Facultad de Odontología. Departamento de Restauradora. *Manual de restauradora I*. Medellín: Universidad de Antioquia, Facultad de Odontología; 1978.

Si el libro ha sido consultado a través de la internet, debe informar la URL y la fecha de consulta. Ejemplo:

Ministerio de Protección Social. *Norma Técnica para la Protección Específica de la Caries y la Enfermedad Gingival* [en línea] [fecha de consulta: 3 de diciembre de 2010]. Disponible en: www.ciandco.com/fotos/Image/archivos/resolucion-412.pdf.

Libro o compilación a cargo de uno, dos o tres editores (ed), compiladores (comp) u organizadores (orgs). Ejemplo:

Gutiérrez SJ, (ed). *Fundamentos de ciencias básicas aplicadas a la odontología*. Bogotá: Editorial Pontificia Universidad Javeriana; 2006.

González J, (Comp). *Filosofía y ciencias de la vida*. México: Fondo de cultura económica; 2009.

9.4. DE CAPÍTULOS DE LIBROS

Las referencias de capítulos de libros deben contener la siguiente información, así:

Apellido(s) de cada uno de los autores, seguidos por las iniciales de los nombre. Título del capítulo. A continuación se escribe "En:" o "In:" según el idioma de origen del libro, Apellido(s) escritos en mayúscula inicial seguidos de las iniciales de sus nombres, seguidos de "ed" o "eds", según sea el caso (entre paréntesis). Título del libro (en cursivas). Número de la edición (solo a partir de la segunda edición). Ciudad de edición: editorial; año de publicación: intervalo de páginas donde aparece el capítulo.

Ejemplo:

Berry FS, Berry WD. Innovation and diffusion models in policy research. In: Sabatier PA, (ed). *Theories of the policy process*. 2nd ed. Boulder: Westview; 1999: 169-200.

Phillips SJ, Whistnant JP. Hypertension and stroke. In: Laragh JH, Brenner BM, (eds). *Hypertension: pathophysiology, diagnosis and management*. New York: Raven Press; 1995: 465-78.

Saint-Sernin B. La racionalidad científica a principios del siglo XXI. En: González J, (Comp). *Filosofía y ciencias de la vida*. México: Fondo de cultura económica; 2009: 94-110.

9.5. DE TESIS Y TRABAJOS DE GRADO

Debe aparecer de la siguiente manera:

Apellido(s) del autor, seguidos por las iniciales de los nombre. Título del trabajo de grado. Mención o grado al que optó, [entre corchetes]. Ciudad: Institución que otorga el título; año.

Ejemplo:

Erazo Y. Elaboración de un diagnóstico de salud oral en las comunidades indígenas sikuaní y wayúu. [Trabajo de grado para optar al título de odontóloga]. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2004.

González MA. Evaluación del acceso a la terapia antirretroviral de las personas viviendo con VIH en el distrito capital desde una mirada crítica al sistema de salud colombiano. [Trabajo de grado para optar título de magíster en salud pública]. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2011.

9.6. DE DOCUMENTOS LEGALES

Este tipo de documentos se deben registrar de la siguiente forma:

País, Departamento o jurisdicción. Nombre de la entidad que expidió el documento legal. Título de la ley/decreto/orden y motivo de expedición. Ciudad: nombre del Boletín Oficial, número (fecha de publicación).

Ejemplo:

Colombia - Ministerio de la Protección Social. Ley 911 de 2004 por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones. Bogotá: Diario Oficial, 45693 (Oct. 6 2004).

9.7. DE UN DOCUMENTO DE PÁGINAS WEB

Se debe colocar de la siguiente manera:

Autor/es. Título [internet]. Lugar de publicación: Editor; Fecha de publicación [fecha de actualización; fecha de acceso]. Dirección electrónica, completa.

Ejemplo:

Fisterra.com. Atención Primaria en la Red [internet]. La Coruña: Fisterra.com; 1990 [actualizada el 3 de enero de 2006; acceso 12 de enero de 2006]. Disponible en: <http://www.fisterra.com>

Marín L, Moreno F. Odontología forense: identificación odontológica. Reporte de dos casos [internet]. Cali: Universidad del Valle; 2003 [acceso 12 de mayo de 2014]. Disponible en: <http://odontologia.univalle.edu.co/estomatologia/publicaciones/11-02-2003/pdf/05v11n02-03.pdf>

Documentos académicos publicados en la web, de acceso libre diferente a revistas seriadas. Ejemplo:

Toledo Curbelo G. Fundamentos de salud pública I [en línea] La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2005, [fecha de consulta: 15 de mayo de 2014]. Disponible en: <http://www.biblioteca.fcm.unc.edu.ar/espmedica/libros/Fundamentos%20de%20Salud%20Publica%201.pdf>

9.8. DE INFORMACIÓN EXTRAÍDA DE CD-ROM O MULTIMEDIA

Se recomienda registrarla de la siguiente manera:

Editores o Productores. Título [CD-ROM]. Ciudad de publicación: Editorial; año.

Ejemplo:

Colombia. Departamento Nacional de Planeación. Documentos estrategia de entornos saludables [CD-ROM]. Bogotá: OP; 2010.

9.9 DE UN DOCUMENTO CITADO POR OTRO (CITA DE CITAS)

Se recomienda utilizar esta citación sólo cuando no sea posible ubicar el documento original.

Se registra la referencia del original. Citado por: Referencia del documento que hace citación.

Ejemplo:

Davidson RT. Atypical depression. *Arch Gen Psychiatry*. 1982; 5(39): 527. Citado por: Yanouski SZ. Binge eating disorders. *Am J Clin Nutr*. 1992; 6(56): 975.

9.10. DE UN ARTÍCULO DE PERIÓDICO

Para periódicos o magazines en físico se recomienda registrarla de la siguiente manera:

Apellido(s) escritos en mayúscula inicial seguidos de las iniciales de sus nombres. Título del artículo o columna. Nombre del periódico o magazine (en cursivas) seguida por la fecha de publicación, número de la edición: el intervalo de páginas del artículo o columna.

Ejemplo:

Uribe S. Arsénico pone en peligro acuíferos en Santurbán. *UN periódico*. Mayo 10 de 2014. Edición No. 177: 2-3.

Para periódicos o magazines electrónicos se recomienda registrarla de la siguiente manera:

Apellido(s) escritos en mayúscula inicial seguidos de las iniciales de sus nombres. Título del artículo o columna. Nombre del periódico o magazine (en cursivas) seguida por la frase "en línea" (entre corchetes). Fecha de publicación. Fecha de consulta (entre corchetes) y finalmente la frase "disponible en" seguida por la URL del artículo.

Ejemplo:

Uribe S. Arsénico pone en peligro acuíferos en Santurbán. *UN periódico* [en línea]. Mayo 10 de 2014. [Fecha de consulta: junio 4 de 2014]. Disponible en: <http://www.unperiodico.unal.edu.co/dper/article/arsenico-pone-en-peligro-acuiferos-en-santurban-1.html>

10. TABLAS Y FIGURAS

Las **tablas** son matrices que muestran resultados descriptivos numéricos. Las **figuras** pueden ser otros tipos de representaciones de datos numéricos, diagramas o imágenes originales del estudio.

En lo posible publicar imágenes, gráficos, tablas y figuras originales producto de la investigación; aquellas que se utilicen en el documento y sean producto de otras investigaciones, artículos u otro tipo de documentos debe obtenerse el permiso de los autores originales para publicarlas, o si se realizó alguna modificación al original debe aclararse en su pie de figura su modificación.

La numeración para tablas y figuras es independiente. En todo caso, el número máximo de anexos que puede incluirse en un artículo es de 10.

Cada tabla o figura debe ir encabezada por el tipo y número de anexo, seguido por su título, escrito en cursiva. Ejemplo: *Tabla 1. Características demográficas de la muestra*. Debajo del título se inserta la tabla o figura correspondiente y al pie de cada una se pueden incluir notas que ayuden al lector a entender mejor (abreviaturas, códigos en imágenes, etc.). Debajo de cada tabla o figura debe indicarse su origen y si le fue realizada alguna modificación. Ejemplo: *Tomado/Adaptado de: Tovar J. Manual de fisiología. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2010*. Tanto la información del título de la tabla o figura como la referente a su origen deben escribirse con fuente un tamaño inferior a la del cuerpo del texto.

Es recomendable evitar anexos con resultados numéricos que incluyan muy poca información y que se puedan narrar en el texto. Aquellos artículos que incluyen imágenes se recomienda a los autores que las imágenes tengan una resolución de 300 dpi y ser presentadas en formato JPG o TIFF.

Por consideraciones éticas no se deben incluir fotos de pacientes, pero cuando ello sea imprescindible, las imágenes deben estar acompañadas por los permisos necesarios y ocultamientos que eviten la identificación. Igualmente, cuando un artículo incluye reproducciones de material previamente publicado, éstas deben incluir el permiso correspondiente.

Las tablas no llevan líneas verticales y las horizontales sólo se trazan al principio, al final y separando las variables de los datos. Si se usan paquetes estadísticos como SPSS para el análisis de la información, se solicita a los autores enviar las tablas en Excel.

Comentarios adicionales

Para emplear la abreviatura de un término, se debe escribir el término completo la primera vez que éste aparece, seguido de la abreviatura entre paréntesis. En el resto del texto, cuando sea necesario, sólo se escribirá la abreviatura.

Es importante escribir correctamente los términos médicos y científicos, así como la nomenclatura (por ejemplo, nombres genéricos de medicamentos, microorganismos, etc.). Tener en cuenta la forma de escritura de especies, bacterias, hongos, etc., respetando la nomenclatura y estilo que maneja la ciencia.

Incluir la Marca registrada de casas comerciales cuando se mencionen, materiales y otros. Ej: Limas Maillefer®, etc.

Se prefiere el uso de términos en el idioma en que está escrito el artículo, en vez de extranjerismos. Cuando sea necesario, se pueden incluir traducciones entre paréntesis.

Verificar que el *abstract* esté escrito correctamente en el idioma Inglés.

Mayores detalles sobre las características que debe cumplir un artículo sometido para publicación en una revista de ciencias biomédicas, pueden ser consultados en:

- International Committee of Biomedical Editors: Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: Writing and Editing in biomedical Publication (<http://www.icmje.org/icmje.pdf>).
- Requisitos de uniformidad para manuscritos enviados a revistas biomédicas: Redacción y preparación de la edición de una publicación biomédica. (http://www.metodo.uab.cat/docs/Requisitos_de_Uniformidad.pdf)
- Recommendations for the Conduct, Reporting, Editing, and Publication of Scholarly Work in Medical Journals (<http://www.icmje.org/icmje-recommendations.pdf>)
- Committee on Publication Ethics –COPE– (<http://publicationethics.org/>)
- COLCIENCIAS. Documento guía. Servicio Permanente de Indexación de Revistas de Ciencia, Tecnología e Innovación Colombianas [en línea]. Bogotá: 2010 (<http://scienti.colciencias.gov.co:8084/publindex/docs/informacionCompleta.pdf>)
- Para Revisiones Sistemáticas consúltese: Ramos MH, Ramos MF, Romero E. Como escribir un artículo de revisión. Revista de Posgrado de la Vía Cátedra de Medicina. 2003; 126:1-3.
- Atención Primaria en la Red. Fistera.com

The magazine *Acta Odontológica Colombiana*, is a serial electronic publication, semi-annual audited and edited from the School of Dentistry at the Universidad Nacional de Colombia, addressed to academics, researchers and professionals interested on current topics and the results of scientific and research activities in dentistry.

Philosophy and Editorial Policy

The magazine *Acta Odontológica Colombiana* aims to publish results or progress of research advocates promoting the development of academic, technical, scientific and ethical knowledge for dentistry and oral health, related to aspects of clinical practice, public health, bioethics, education, basic science, biotechnology, dental materials and laboratory. It also aims to consolidate the exchange of knowledge, experiences and researchers in the area of health, in general, and dentistry in particular at national and international level.

The magazine *Acta Odontológica Colombiana*, receives articles that come from qualitative or quantitative researches in dentistry and oral health, based on documentary research or secondary sources, articles of narrative review of literature, essays, historical-like or opinion on priority issues for the scientific community, letters to the editor and book reviews. As a tribute to important worthies in our profession, in each issue of the magazine, in a special section called Recovered Readings, it will be published an article taken from the innumerable production collected in the printed version of its previous, which issues are for consultation by all the community in the Newspaper Library of the Universidad Nacional de Colombia. Documents can be written in Spanish or English.

The magazine *Acta Odontológica Colombiana* has an editorial committee, an international scientific committee, and a clear, pedagogical and demanding arbitration process of all proposed documents for possible publication on it.

Quality and visibility

To achieve greater visibility and dissemination, the magazine *Acta Odontológica Colombiana* is available at the following electronic address: <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/actaodontocol/index>.

In order to guarantee the quality of the articles published the Magazine, it follows a selection process by the Editor and the Editorial Board, an evaluation and peer reviews. Articles should meet the rules of grammar, using appropriate scientific and technical terms.

The arbitration process to which articles are submitted for their publication in the magazine *Acta Odontológica Colombiana* consists of the following steps:

1. Selection and first review by the Editor. As selection criteria, it is taken into account the scientific grounds of the document submitted, its quality as original, current and the impact it can reach. From these criteria, the authors are informed on the relevance of their article for the Magazine, and the first comments are made to the document.
2. The first comments or suggestions about the document or article are sent to the authors. Once made the necessary modifications, the author or authors should send the corrected version of the article.

3. Peer evaluators are appointed and the article is sent for evaluation. **The magazine** has a friendly evaluation format demanding and ensuring quality, originality and relevance of articles submitted to it.
4. Peer evaluation results are sent (by referees). Once the necessary adjustments are made, the author or authors must submit the final version of the article.
5. The article is approved and published. To perform this last step is essential that the author or authors fill the format called "**Original disclaimer, property rights, copyright and authorization for publication**", which will be submitted at the required time.

Types of published articles

Documents submitted to **the magazine** must correspond to one of the following typologies:

RESEARCH AND INNOVATION ARTICLE. Document that presents, in detail, the original production and the unprecedented results of a research, reflection and review a process, as follows:

- **Derived from Research.** Presents the original results or preliminary results of research projects, its structure must be presented in the methodology IMR&D: introduction, methodology, results and discussion/conclusions.
- **Derived from Reflection.** Presents the original or preliminary results of research projects from an analytical, interpretative or critical perspective about a specific topic, using primary or secondary sources and/or databases. Its structure must be in the methodology IMR&D: introduction, methodology, results and discussion/conclusions.
- **Derived from Review.** Presents the results of a completed investigation, where are analysed, systematized and integrated the results of published or unpublished researches on a science or technology subject, in order to account for the progress and trends of the field development. It is characterized by a thorough literature review of at least 50 references. Its structure must be in the methodology IMR&D: introduction, methodology, results and discussion/conclusions. The methodological paragraph should discuss the characteristics of the search: Databases, terms used in the search under the standards of descriptors, inclusion and exclusion criteria, number of potentially relevant studies, number of studies included in the review, articles selection method and data analysis.

SHORT ARTICLE. Short document that presents preliminary or partial original results of a scientific or technological research, which usually requires a quick dissemination.

CASE REPORT. Document that presents the results of a study on a particular situation in order to show the technical and methodological experiences considered in a specific case. Includes a commented systematic review of the literature on similar cases.

TOPIC OR ESSAY REVIEW. It is document that results from the critical review, not systematic, of the literature on a particular topic. The essay is a written composition that presents our ideas and

point of view on a particular subject. It is characterized by appropriate wording, which can occur in first person, and by its hierarchical and coherent organization.

LETTERS TO THE EDITOR. Critical, analytical or interpretative positions on the documents published in the magazine, which in the opinion of the editorial committee are an important contribution to the topic discussion by the referenced scientific community.

EDITORIAL: Document written by the editor, an editorial board member or a guest researcher, about guidelines on the thematic domain of the journal.

TRANSLATION. Translations of classic or current documents or transcriptions of historical or particular interest documents on the publishing field of the magazine.

BIBLIOGRAPHIC REVIEW.

Preparation of the manuscript

All articles should be sent to one of the following emails: actaodontologicaol@gmail.com or jhestradam@gmail.com, or to the magazines portal of the UN, in the following links: <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/actaodontocol/user/register> or <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/actaodontocol/index>, during the dates established by the Editorial Committee and editor of the Magazine.

The document must be submitted in Microsoft Word format with the following characteristics: letter size page layout, one column, single spacing, Arial 10 font, left and right justified, initial capital and bold for article title, its translation into English and the sections that structure the text (In Spanish: "Resumen, Palabras Clave", In English: Abstract, Keywords, Introduction, Methods, Results, Conclusions, References).

The document must be numbered with Hindu numerals (Arabic) in the lower right corner.

For the presentation and delivery of the article to the Magazine, this should include the following:

1. TITLE

Must be in Spanish, in bold, upper and lower case according to the spelling and grammar rules of the Spanish language. It should be short and concise, and with one asterisk-type page footer (quote) to indicate the source of the article, specify, if applicable, funding from an institutional call, and include the name and approval number by the respective research committee of the institution where the study was originated. The title should be translated into English.

2. NAME (S) AND SURNAME (S) OF AUTHOR (S)

In the order they have to appear on the publication. Do not use abbreviations of names or surnames, write them completely. Everyone should have at the end, a footnote in Hindu numerals (Arabic) indicating: degrees earned, from lowest to highest degree; institutional affiliation; physical mailing address (including zip code); phone (s); e-mail.

3. SHORT TITLE OR SUBHEADING

For the frames, for editing and design purposes.

4. ABSTRACT

It should be no longer than 250 words and submitted with an English translation. In the case of **research and innovation articles, the systematic reviews or meta-analysis** must be descriptive or structured type and include: background (research problem); objective of the study; methodology: statistical analysis design and type used (if any); results (major) and discussion or conclusions. For **case reports, review of the topic or essays or others**, it must be analytical-like. Describe the purpose of the article, the main ideas or arguments and conclusion(s).

5. KEY WORDS

Authors should determine the 5-10 keywords that best describe the article. They must be in Spanish and English and correspond to those accepted by the Index Medicus, thus: in Spanish the DeCS (Descriptors in Health Sciences) and in English those words referred to in the MeSH (Medical Subject Headings). These keywords are simple descriptors (like "orthodontics") or compounds (such as "thermoplasticized gutapercha") that guide readers to find an article in the bibliographic databases or indexes. One or two of the key words must correspond to the subject area of the article. It is important that the chosen words are contained in the text of the abstract and not in the title. You can use thesaurus or lists of keywords that are found in indexes such as:

- <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?lang=e&IscScript=iah/iah.xis&base=LILACS&form=F>
- <http://www.scielo.org/php/index.php>
- <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?Db=mesh>
- <http://decs.bvs.br/E/homepagee.htm>

6. TEXT OF ARTICLE

The document should be written using upper and lower case according to the spelling and grammar rules of Spanish. Do not write the content and development of the text using full uppercase. Depending on the proposed article for publication, it must include the following sections:

Research and innovation articles, systematic reviews or meta-analyses. Should be structured as follows:

- **Introduction.** Includes stating the research problem statement in a clear and coherent way, the objective of the article, the definition of concepts of the study or variables, theoretical and conceptual basis of the work, the hypothesis of the study (experimental designs) , purpose and objective of the study, all with due bibliographical support.

- **Methodology.** It should include: (1) The type of study and design; (2) The definition of the universe, the study population, the type of sampling performed and the sample size; (3) The description of the inclusion and exclusion criteria of the sample; (4) The presentation of the ethical considerations of the study and the respective approval by institutional ethics committees; (5) An explanation of the procedures performed in a complete, ordered and clear way; (6) A description of the technical characteristics of equipment, instruments (especially brands, models and references) and material (hopefully generic, in the case of medicines); (7) The presentation of the variables studied and their operation; (8) A clear presentation of the methods and instruments used for the collection and organization of information; (9) A detailed description of the methods used and decisions made for the analysis of the information.
- **Results.** It is important to begin by stating the way they are going to be exposed. It is convenient to organize them from the simple to the complex (from the descriptive to the inferential or analytical). The results are better understood when they are followed by tables and figures; they do not repeat what the annexes say, they present information or findings. As the annexes are not presented in the body of the text, quotes should be used, which is explained below.
- **Discussion.** In this section the results of the study are discussed in relation to the initial proposals. It includes a summary of the problem studied, the procedures carried out to solve it, what is expected to find and why. The analysis should be done about the assumptions of the study, the method used and the literature about the topic. Furthermore, the findings are weighted regarding its scope, applicability, type of evidence they provide, the opportunity to respond posed hypothesis, and what can be concluded; explains what remains to be answered and what new questions or hypotheses emerge from the study. It is recommended to perform the discussion from new references, not included in those listed in the introduction.
- **Conclusion(s).** They include specific inferences to the study and correspond to the findings, without going beyond what the evidence and study conditions allow. Finally, the "Recommendations" can be practice-oriented in the field of the research presented and open the possibility of further studies about new issues, hypotheses, variables and/or implementing conditions. The recommendations should be included to close the conclusions and the article in general. If the authors deem necessary, they may include in one section "Discussion" and "Conclusions".

This format is the one commonly used for reporting studies that follow the method of the natural sciences and employ quantitative analysis. For social type studies, which follow qualitative methodologies, it is possible that this format is useful. But given the wide range of qualitative designs that exist, it is possible that certain reports use other models for the presentation of findings. These types of articles can also be accepted for publication. If advice is required, it will be provided openly.

Case reports, review of the topic or essays or others.

- Usually, non-systematic reviews, essays and analytical articles begin with an **introduction** that presents the overall topic, the problem or issue and describe how they will be developed within the text. The organization of the titles or **subsequent sections** depends on the topic itself. It is possible that these articles include a **discussion** section, although it is not mandatory. It must end with a **conclusion** section.
- Case reports include a review of the literature. It is recommended to structure the case reports as follows: **Title:** As in all biomedical publication, it should be clear, concise and attractive. **Abstract:** describes briefly the importance of the case, highlighting the implications of the report for the development of the area of health and its value for education. **Key words:** must be between 5 and 10, which best describes the case. They must correspond to those accepted by the Index Medicus, thus: in Spanish the DeCS (Descriptors in Health Sciences) and in English those words referred to in the MeSH (Medical Subject Headings). **Introduction:** presents the case or case report, a brief definition of the disease, its clinical manifestations, global or local frequency and emphasizes the importance of its report.

Case description: carefully and confidentially narrates the case, its demographic information (age, sex, race, occupation, place of residence, or other interest), risk factors (lifestyle, medication use, allergies, medical history, family) history, clinical information (clinical manifestations in chronological order, clinical examination, signs and symptoms, comorbidities, etc.), diagnosis and logical explanation, the established treatment and its effects. The presentation of photographs, histopathology, electrocardiograms, X-rays or imaging tests, help to document the case, this information must be obtained with permission from the patient or the institution where the patient was treated. **Discussion:** it should include lessons or concepts learned, recommend actions to take against similar cases and provide therapeutic or diagnostic recommendations. It should deal constantly with new references related to the case. **Conclusion and recommendations:** specific inferences from the case correspond to the findings, without going beyond the evidence and study conditions. **Bibliographic References:** it must contain at least 15 references.

For more information visit: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=71720941013>

It is very important for the review articles about a topic, analytical-type and case reports to include in the discussion a position as an author on the issue developed, the author's contributions, disagreements and recommendations generated during the execution of scientific work.

7. STANDARD FOR QUOTES

There are several methods for managing quotes. In Health Sciences, it is usually followed the standard proposed by the International Committee of Biomedical Journal Editors, also known as **Vancouver** group. The **magazine Acta Odontológica Colombiana** is governed by these standards.

A quote is the reference made in a manuscript to a source used to support an idea or statement. Quotes can be direct or textual and indirect or contextual.

The **textual quotes** are enclosed in quotation marks, literally, as they appear in the original source. If they are short, "this type of quote of less than five lines are inserted into the text in quotation marks and the corresponding number (to the Bibliographic reference) is placed at the end after the quotation marks and before the punctuation mark" (1).

Otherwise, if it is an extensive quote, is written without quotes in a separate line, centred with indentation of four spaces on both sides, the font size should be one point less than the regular text and the number of the quote is written at the end; for example:

Regarding this, Getler *et al* state:

En la Facultad de Odontología, se aprende con la convivencia de las acciones en el aquí y el ahora del quehacer clínico, se despierta la sensibilidad, el conocimiento, la razón y la Verdad de las disciplinas que se imparten, la tríada profesor – alumno – paciente, conducen al desarrollo de una disciplina científico-técnica básica para la salud y la belleza humana. Cuando el estudiante ingresa en la clínica debe poseer los conocimientos teóricos necesarios que permitan demostrar dominio de lo aprendido por medio de la destreza en el área clínica, además de desarrollar el debido trato con el paciente, deberá estar implícita la sensibilidad humana que debe caracterizar todo acto médico en el área de la salud. En la tríada pedagógica de la odontología no hay quien no enseñe y no hay quien no aprenda. Por lo tanto es oportuno señalar que todos responden a una dialéctica fundamental del conocimiento, basada en los principios socráticos, que sostiene: el ser humano es cambiante y deberá mantenerse alerta a dichos cambios para poder responder a los tiempos que le corresponda vivir. Quien asume la responsabilidad del acto clínico con una concepción pedagógica clara entiende que éste es el momento de la transmisión de su conocimiento, de su experiencia, de su sapiencia, al igual que al impartir una clase teórica, puede responder asertivamente al sentido que tiene su labor, pero sino comprende la importancia de lo que realiza, mucho menos va a sentir la plenitud que puede dejarle el buen cumplimiento de su papel pedagógico y odontológico (13).

The **Contextual quotes** are written in the words of the author or authors of the new article retaining its sense (paraphrased). The quotation number is written within the text without quotation marks, then, written after the author's surname and before quoting the idea; Examples:

As Londoño (2) says, infant mortality leads to worse the quality of life in Medellin.

According to Perea, Labajo, Saez *et al* (3) the ATM is a different link to the other due to their anatomical and functional peculiarities, but in particular for belonging to the abstract realm of the mouth.

Recommendations to be considered during the preparation of the articles regarding quotes:

- Number the quotes consecutively in ascending order, following the order in which they first appear in the text.
- Identify the quotes using Hindu numerals (Arabic) within brackets (2).

- If a reference is quoted more than once, its original number (one of the first appearance) should be used in subsequent quotes.
- It must be quoted only original documents and not written works through third party reviews or summaries. Authors are encouraged to write quotes directly and not use insertion tools found at the end of word processors. In general, no footnotes are used in the text of scientific articles within this standard. We suggest avoiding reference insertion formats offered by Word, as it is difficult editing them in the design stage. For this reason we highly recommend to write it manually.

8. BIBLIOGRAPHIC REFERENCES

Are numbered and must be written in the quote appearance order within the text; in other words they are **NOT** alphabetically organized.

The minimum number of bibliographic references of an article must be **20**; of which at least six references should correspond to Colombian and Latin American publications; this is intended to promote the use of the literature published in the region.

The **Research and innovation Articles derived from Review (review articles)** must contain at least **50** references.

The main internet web sites which can be consulted to obtain good quality references in the region include:

- SciELO <http://www.scielo.org/php/index.php>
- RedALyC <http://www.redalyc.org/home.aa>
- BVS <http://regional.bvsalud.org/php/index.php?lang=es>
- Lilacs <http://lilacs.bvsalud.org/es/>

9. COMPILATION OF BIBLIOGRAPHIC REFERENCES

9.1. FROM SERIAL PRINTED MAGAZINE'S ARTICLES

The References from serial printed scientific magazine's articles must contain the following information:

Surname(s) with initial capital letters followed by the initials of the name(s). Article Title International abbreviated name of the magazine (in italics) followed by the year of publication; volume (just the number, not the word volume or abbreviation "vol.") and number (within brackets, the corresponding number, without using the word "number"); page range of the article.

Articles with one to three authors. Example:

Kaziro G. Metronidazole (flagyl) and arnica montana in the prevention of postsurgical, complications, a comparative placebo controlled clinical trial. *British J Oral Maxillo Surg* 1984; 22(1): 42-49.

Vasconcelos BCE, Bessa-Nogueira RV, Cypriano RV. Treatment of temporomandibular joint ankylosis by gap arthroplasty. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2006;11:E66-9.

Articles with four or more authors. List the first three authors followed by the Latin form "et. al."

Example:

Dantas F, Fisher P, Walach H, *et al.* A systematic review of the quality of homeopathic pathogenetic trials published from 1945 to 1995. *Homeopathy* January 2007; 96(1): 4-16.

Articles by corporate author(s). Example:

Organización Panamericana de la Salud, Programa Ampliado de Inmunización. Estrategias para la certificación de la erradicación de la transmisión del poliovirus salvaje autóctono en las Américas. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana* 1993; 115(4): 281-290.

For articles that have not been published yet, but are soon to be published, the term "in press" must appear before the year of publication. Example:

Leshner AI. Molecular mechanism of cocaine addiction. *N Engl J Med*. En Prensa. 1997.

9.2. FROM SERIAL ELECTRONIC SCIENTIFIC ARTICLES.

References of serial electronic scientific articles must contain the following information:

Surname(s) with initial capital letters followed by the initials of the name(s). Article Title International abbreviated name of the magazine (within italics) followed by the phrase "online" (within brackets), year of publication and the date of consultation (within brackets); volume and number (within parenthesis); page range of the article; and finally the phrase "available on" followed by the URL of the article.

Articles with one to three authors. Example:

Prado SG, Araiza MA, Valenzuela E. Eficiencia in vitro de compuestos fluorados en la remineralización de lesiones cariosas del esmalte bajo condiciones cíclicas de pH. *Revista Odontológica Mexicana* [en línea] 2014 [fecha de consulta: 15 de mayo de 2014]; 18(2): 96-104. Disponible en: <http://www.revistas.unam.mx/index.php/rom/article/view/47011/42323>

Articles with four or more authors. List the first three authors followed by the Latin form "et. al."
 Example:

Fuenmayor CE, García M, Contreras I, *et al.* Utilidad de la biopsia transbronquial en el diagnóstico de enfermedades pulmonares en pacientes VIH/SIDA. *Avan Biomed* [en línea] 2014 [fecha de consulta: 15 de mayo de 2014]; 3(1): 8-15. Disponible en: <http://revistas.saber.ula.ve/index.php/biomedicina/article/view/4676/4450>

To know the abbreviated names of the magazines please consult:

- BVS <http://portal.revistas.bvs.br/index.php?lang=es>
- Latindex <http://www.latindex.unam.mx/>
- PubMed <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez>

9.3. FROM PRINTED BOOKS

References of printed books must contain the following information as well:

Surname(s) with initial capital letters followed by the initials of the name(s). Book title (in italics). Edition number (only from the second edition). City of publication: publisher; year of publication.

Book with one to three authors. Example:

Ringsven MK, Bond D. *Gerontology and leadership skills for nurses*. 2nd. ed. Albany(NY): Delmar Publishers; 1996.

Book with four or more authors. List the first three authors followed by the Latin form "et. al."
 Example:

Fonseca ME, Sánchez-Alfaro LA, Nieva BC, et al. *Salud e Historia, 8 miradas profanas*. Memorias y reencuentros. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2008.

Books of corporate authors. Example:

Universidad de Antioquia Facultad de Odontología. Departamento de Restauradora. *Manual de restauradora I*. Medellín: Universidad de Antioquia, Facultad de Odontología; 1978.

If the book has been accessed through the internet, the URL and the date it was accessed must be informed. Example:

Ministerio de Protección Social. Norma Técnica para la *Protección Específica de la Caries y la Enfermedad Gingival* [en línea] [fecha de consulta: 3 de diciembre de 2010]. Disponible en: www.ciandco.com/fotos/Image/archivos/resolucion-412.pdf.

Book or compilation by one, two or three editors (ed), compilers (comp) or organizers (orgs).
Example:

Gutiérrez SJ, (ed). *Fundamentos de ciencias básicas aplicadas a la odontología*. Bogotá: Editorial Pontificia Universidad Javeriana; 2006.

González J, (Comp). *Filosofía y ciencias de la vida*. México: Fondo de cultura económica; 2009.

9.4. FROM BOOK CHAPTERS

References to books chapters must contain the following information:

Surname (s) of each of the authors, followed by the initials of the name. Chapter Title Then write "En" or "In" in accordance with the source language of the book, surname (s) written in capital letter followed by the initials of their names and followed by "ed" or "eds", as the case (in parenthesis). Book title (in italics). Edition number (only from the second edition). City of edition: publisher; year of publication: page range where the chapter appears.

Example:

Berry FS, Berry WD. Innovation and diffusion models in policy research. In: Sabatier PA, (ed). *Theories of the policy process*. 2nd ed. Boulder: Westview; 1999: 169-200.

Phillips SJ, Whistnant JP. Hypertension and stroke. In: Laragh JH, Brenner BM, (eds). *Hypertension: pathophysiology, diagnosis and manangement*. New York: Raven Press; 1995: 465-78.

Saint-Sernin B. La racionalidad científica a principios del siglo XXI. En: González J, (Comp). *Filosofía y ciencias de la vida*. México: Fondo de cultura económica; 2009: 94-110.

9.5. FROM THESIS AND DEGREE PROJECTS

It must appear as follows:

Surname(s) of the author, followed by the initials of the name. Degree Project Title, Mention or degree obtained [in brackets]. City: Institution granting the degree; year.

Example:

Erazo Y. Elaboración de un diagnóstico de salud oral en las comunidades indígenas sikuni y wayúu. [Trabajo de grado para optar al título de odontóloga]. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2004.

González MA. Evaluación del acceso a la terapia antirretroviral de las personas viviendo con VIH en el distrito capital desde una mirada crítica al sistema de salud

colombiano. [Trabajo de grado para optar título de magíster en salud pública]. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2011.

9.6. FROM LEGAL DOCUMENTS

Such documents shall be recorded as follows:

Country, State or jurisdiction. Name of the entity that issued the legal document. Title of the law / decree / order and reason of issue. City: Name of the Official Newsletter, number (date of publication).

Example:

Colombia - Ministerio de la Protección Social. Ley 911 de 2004 por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones. Bogotá: Diario Oficial, 45693 (Oct. 6 2004).

9.7. FROM A WEB SITE DOCUMENT

Must be placed as follows:

Author/s. Title [Internet]. Place of publication: Editor; Date of publication [date updated; date of access]. Complete URL Address.

Example:

Fisterra.com. Atención Primaria en la Red [internet]. La Coruña: Fisterra.com; 1990 [actualizada el 3 de enero de 2006; acceso 12 de enero de 2006]. Disponible en: <http://www.fisterra.com>

Marín L, Moreno F. Odontología forense: identificación odontológica. Reporte de dos casos [internet]. Cali: Universidad del Valle; 2003 [acceso 12 de mayo de 2014]. Disponible en: <http://odontologia.univalle.edu.co/estomatologia/publicaciones/11-02-2003/pdf/05v11n02-03.pdf>

Academic documents published on the web, of free access different from serial magazines.

Example:

Toledo Curbelo G. Fundamentos de salud pública I [en línea] La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2005, [fecha de consulta: 15 de mayo de 2014]. Disponible en: <http://www.biblioteca.fcm.unc.edu.ar/espmedica/libros/Fundamentos%20de%20Salud%20Publica%201.pdf>

9.8. FROM CD-ROM OR MULTIMEDIA INFORMATION SOURCE

Quotation is recommended as follows:

Editors and Producers. Title [CD-ROM]. City of publication: Editor; year.

Example:

Colombia - Departamento Nacional de Planeación. Documentos estrategia de entornos saludables [CD-ROM]. Bogotá: OP; 2010

9.9. FROM A DOCUMENT QUOTED BY OTHER (QUOTE OF QUOTES)

This quote is recommended only when you cannot locate the original document.

The original reference is recorded. Quoted by: Reference of the quoted document. Example:

Davidson RT. Atypical depression. *Arch Gen Psychiatry* 1982; 5(39): 527. Citado por: Yanouski SZ. Binge eating disorders. *Am J Clin Nutr* 1992; 6(56): 975.

9.10. FROM A NEWSPAPER ARTICLE

For paper newspapers and magazines the reference is recommended as follows:

Surname(s) with initial capital letters followed by the initials of the name(s). Article or column title. Newspaper or magazine name (in italics) followed by the date of publication, edition number: page range of the article or column.

Example:

Uribe S. Arsénico pone en peligro acuíferos en Santurbán. *UN periódico*. Mayo 10 de 2014. Edición No. 177: 2-3.

For electronic newspapers or magazines, it is recommended to make a reference as follows:

Surname(s) with initial capital letters followed by the initials of the name(s). Article or column title. Newspaper or magazine name (in italics) followed by the phrase "online" (in brackets). Date of publication. Date of consultation (in brackets) and finally the phrase "available at" followed by the URL of the article.

Example:

Uribe S. Arsénico pone en peligro acuíferos en Santurbán. *UN periódico* [en línea]. Mayo 10 de 2014. [Fecha de consulta: junio 4 de 2014]. Disponible en: <http://www.unperiodico.unal.edu.co/dper/article/arsenico-pone-en-peligro-acuiferos-en-santurban-1.html>

10. TABLES AND FIGURES

The **tables** are matrices that show descriptive numerical results. The **figures** may be of other types of representations of numerical data, diagrams or original images of the study.

If possible publish original images, graphics, tables and figures, product of the research; those used in the document and which are derived from other researches, articles or other documents must have the author's permission to be published, or if any modification is made to the original, the modification must be clarified in the figure footnote.

The numbering of tables and figures is separate. In any case, the maximum number of attachments that can be included in an article are 10.

Each table or figure must be headed by the type and annex number, followed by its title, written in italics. Example: *Table 1. Demographic characteristics of the sample*. Below the title, the corresponding table or figure is inserted, and at the end of each it may be included notes to help the reader understand it better (abbreviations, codes of the images, etc.). Below each table or figure, it must be indicated its source and if any change was made. Example: *Taken/Adapted from: Tovar J. Manual de fisiología. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2010*. Both the table or figure title information and the reference to its source must be written with a different lower case letter from the text body.

You must avoid attachments with numerical results that include little information and that can be found in the text. It is recommended to authors that those articles including images must have a resolution of 300 dpi and are submitted in [JPEG or TIFF format](#).

For ethical considerations, it must not include photos of patients, but if unavoidable, the images must be accompanied by the necessary permits and edition to protect their identities. Similarly, when an article includes reproductions of previously published material, these must include the corresponding permissions.

The tables do not have vertical lines and horizontal lines are drawn only in the beginning, at the end and separating the variables of the data. If statistical packages such as SPSS for data analysis are used, authors are requested to send the tables in Excel.

Additional Comments

To use the abbreviation of a term, write the full term the first time it appears, followed by the abbreviation in parenthesis. In the rest of the text, when necessary, only the abbreviation is written.

It is important to write correctly the medical and scientific terms as well as the nomenclature (e.g.: generic names of medicines, microorganisms, etc.). Consider the form of writing species, bacteria, fungi, etc., respecting the nomenclature and style established by science.

Include trademarks of commercial stores and other material's names when mentioned. Ex: Lime Maillefer®, etc.

It is better to use terms in the language in which the article is written, instead of foreign words. When necessary, a translation may be included in parentheses.

Check that the abstract is spelled correctly in the English language.

[More details about the features an article must meet in order to be submitted for publication in a biomedical sciences magazine, can be found at:](#)

- International Committee of Biomedical Editors: Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: Writing and Editing in biomedical Publication (<http://www.icmje.org/icmje.pdf>).
- Requisitos de uniformidad para manuscritos enviados a revistas biomédicas: Redacción y preparación de la edición de una publicación biomédica. (http://www.metodo.uab.cat/docs/Requisitos_de_Uniformidad.pdf)
- Recommendations for the Conduct, Reporting, Editing, and Publication of Scholarly Work in Medical Journals (<http://www.icmje.org/icmje-recommendations.pdf>)
- Committee on Publication Ethics –COPE– (<http://publicationethics.org/>)
- COLCIENCIAS. Documento guía. Servicio Permanente de Indexación de Revistas de Ciencia, Tecnología e Innovación Colombianas [en línea]. Bogotá: 2010 (<http://scienti.colciencias.gov.co:8084/publindex/docs/informacionCompleta.pdf>)
- For Systematic Reviews consult: Ramos MH, Ramos MF, Romero E. Como escribir un artículo de revisión. Revista de Posgrado de la Vía Cátedra de Medicina. 2003; 126:1-3.
- Primary Services on the Web. Fisterra.com

ACTA ODONTOLÓGICA COLOMBIANA.

Volumen 6, número 2. Julio - Diciembre de 2016

- » Presencia de Prostaglandina E2 del fluido crevicular en relación con el estado clínico-radiográfico del periodonto (Presence of crevicular fluid Prostaglandin E2 in relation with clinical and radiographic periodontal status)
Javier Elpidio Monzón, Rolando Juárez, Miguel Jorge Acuña, Carlos Rubén Caramello
- » Incidencia de fracturas dento-maxilofaciales ocurridas en la práctica del béisbol (Dentomaxillofacial fractures during baseball playing incidence)
Juan Carlos Quintana Díaz, Bárbara M Giralte López, Maybel Quintana Giralte, Mayrim Quintana Giralte
- » Remanente de la Obturación Endodóntica en Dientes Restaurados con Retenedor intra-radicular y su relación con la condición periapical post-tratamiento (Dentomaxillofacial fractures during baseball playing incidence)
Juan Carlos Quintana Díaz, Bárbara M Giralte López, Maybel Quintana Giralte, Mayrim Quintana Giralte
- » La Stevia rebaudiana como coadyuvante en la prevención y el control de la caries dental: una revisión de literatura (Stevia rebaudiana as an adjunct in the prevention and control of dental caries: a literature review)
Andrea Elena Paredes Vélez, María Claudia Naranjo Sierral

REPORTE DE CASO

- » Miasis oral en un paciente con parálisis cerebral: Reporte de un caso (Oral myiasis in a patient with cerebral palsy: A case report)
Hernán Arango Fernández, Martha Rebolledo Cobos, Marisol Sánchez Molina, Pablo Roa Rojas, Pedro Méndez Malagón

LECTURAS RECOBRADAS

- » VII Seminario Internacional de Investigación en Odontología (VII International Seminar on Research in Dentistry)
Carolina Torres Rodríguez

- » Conocimientos y prácticas en trauma dento-alveolar de Padres y docentes de escolares del municipio de Cali-Colombia (*Knowledge and Practice in Dento-Alveolar trauma in parents and teachers of school-students. Cali - Colombia*)
Herney Alonso Rengifo Reina, Patricia Rodríguez Sánchez
- » Programa Educativo en escolares de 1er y 2do grado con hábito de succión digital (*Educational program in first and second level students with digital suction-habit*)
Rafael Laborde Ramos, Iris Valdez Acosta, Mayrim Quintana Giral, Juan Carlos Quintana Díaz
- » Relación entre regímenes de bienestar (según Geof Wood-Ian Gough) y el índice cop para 54 países (*Relationship between welfare regimes (by Geof Wood-Ian Gough) and the dmtf index for 54 countries*)
Javier Darío Ávila Pita, John Harold Estrada Montoya
- » Análisis de Carrea en niños con dentición temporal completa en el municipio de Mocoa (Putumayo) (*Carrea's analysis in a children population with a complete primary dentition in the municipality of Mocoa (Putumayo)*)
Jorge Bernal García, Harold Arroyave Rendón, Ricardo Javier Díaz Bossa, Zulma Sanabria Calderón, Carolina Vargas Aldana, Luis Fernando Congote, Adiel Ruíz Gómez, Adriana Sanabria Méndez
- » Evaluación del método de maduración ósea de las vértebras cervicales de Baccetti en pacientes de 8 a 15 años (*Evaluation of the cervical vertebral maturation (Baccetti method) in patients aged 8 to 15 years*)
Emerik Alvarado-Torres, Jaime Fabián Gutiérrez-Rojo, Rafael Rivas-Gutiérrez
- » Diferencia en la relación entre el plano S-N y el plano de Frankfort en las distintas maloclusiones (*Difference in relationship between SN plane and Frankfurt plane at different malocclusions*)
Lourdes Feregrino-Vejar, Jaime Fabián Gutiérrez-Rojo, Rafael Rivas-Gutiérrez
- » Necesidad de tratamiento ortodóntico utilizando el Índice Estética Dental (DAI) en una población de Guadalajara, Jalisco, México (*Orthodontic treatment need using the Dental Aesthetic Index (DAI) in a population of Guadalajara, Jalisco, Mexico*)
María Fernanda Gutiérrez-Rojo, Jaime Fabián Gutiérrez-Rojo, Jaime Gutiérrez-Villaseñor, Alma Rosa Rojas-García
- » Espesor de la mucosa palatina previo a la colocación de injertos de tejido blando (*Thickness of palate mucosa prior to placement of soft tissue grafts*)
Cynthia Baltodano Ríos, Yuri Castro Rodríguez
- » Análisis comparativo in vitro del grado de microfiltración entre un sistema adhesivo de quinta y séptima generación (*Comparative analysis in vitro microfiltration grade adhesive between seventh and fifth generation system*)
Gabriela Alvarado Ordóñez, Andrés Palacios Astudillo, Fabricio Lafebre Carrasco
- » Motivos de uso de los servicios de urgencias (*Motives of use of emergencies services*)
Félix Ricardo Molano Gutiérrez, Claudia Mylena Escobar Grisales, María Angélica García Vargas, Paola Andrea Salazar Molina, Laura Camila Mejía Venegas, Wilson Giovanni Jiménez Barbosa

- » Colombia en el contexto eugenésico latinoamericano 1900-1950 (Colombia in the context of latin american eugenics 1900-1950)
Juan Vianey Tovar Mosquera.
- » Manejo ortopédico de la disfunción temporomandibular en niños: revisión de la literatura (*Orthopedic management of temporomandibular dysfunction in children. Literature review*)
Andrea Odilia Olaya Castillo, Margarita Rosa Padilla.
- » Shock séptico en una embarazada post extracción dental. Presentación de un caso (*Septic shock in pregnancy patient after dental extraction. Case Report*)
Juan Carlos Quintana Díaz, Rafael Pinilla González, Armando González Rivera, Sarah López Lazo, Belkis Rodríguez Vázquez.
- » Tratamiento ortodóntico en paciente con periodontitis crónica avanzada generalizada: reporte de un caso (*Orthodontic treatment in a patient with advanced chronic generalized periodontal disease: a case report*)
Iván Porto Cortés, Iván Porto Puerta, Antonio Díaz Caballero.

LECTURA RECOBRADA:

- » Encuentro internacional de capacitación en simulación dental (*International meeting of dental training simulation*)
Carlos Eduardo García Vargas

ACTA ODONTOLÓGICA COLOMBIANA.

Volumen 5, número 2. Julio – Diciembre de 2015

- » Corte y sellado reversible de dientes para obtener superficies internas de esmalte incólumes (*Teeth cutting and reversible sealing for the obtention of inner unharmed enamel surfaces*)
Ana Milena Santiago-Medina, Carolina Torres-Rodríguez, Edgar Delgado-Mejía
- » Seguridad del Paciente en la práctica odontológica (*Patient Safety dental practice*)
Juan José Christiani, María Teresa Rocha, Mabel Valsecia
- » Caracterización de pacientes con miedo al Odontólogo (*Characterization of patients with fear to Dentistry*)
José Manuel Valdés Reyes, Daniel Castellano Prada, Yamile El-Ghannam Ruisánchez, Larry Angel Delgado Martín
- » Actitudes y Conductas de Salud Oral de Estudiantes de Odontología de la Universidad de Cuenca 2014 (*Behavior and attitudes in oral Health in Dental students, University of Cuenca 2014*)
Fabricio Lafebre Carrasco, Diego Cobos Carrera, Carlos Arévalo, Ricardo Charry, Aldo Mateo Torrachi Carrasco
- » Teoría crítica de la sociedad: orígenes, desarrollo histórico y vigencia de sus postulados fundamentales (*Critical theory of society: origins, historical development and validity of its fundamental principles*)
John Harold Estrada Montoya, Marleny Valencia Arredondo

- » Enfermedad de Chagas: de las tendencias epidemiológicas rurales a su urbanización en países desarrollados. Revisión de la literatura (*Chagas disease: epidemiological trends of rural urbanization in developing their countries. Literature review*)
Adriana Gisela Martínez-Parra, María Yaneth Pinilla Alfonso, John Harold Estrada Montoya
- » Disfunción muscular masticatoria y cervical en los trastornos temporomandibulares: una revisión (*Masticatory and cervical muscles dysfunction in temporomandibular disorders: a review*)
Roberto Rebolledo-Cobos, Martha Rebolledo-Cobos, Jesse Juliao-Castillo, Roberto Rodríguez-Rodríguez
- » Caries Radicular en el Adulto Mayor. Revisión narrativa de literatura (*Root caries in the elderly. A narrative literature review*)
Alberto Carlos Cruz González, Lilia Ivonne Lázaro Heras, Dairo Javier Marín Zuluaga
- » Un enfoque multidisciplinario en rehabilitación oral: Reporte de caso (*A multidisciplinary approach in oral rehabilitation: case report*)
Miguel Cabello Chávez
- » Fibroma osificante juvenil psamomatoide maxilar con quiste óseo aneurismático secundario. Reporte de un caso (*Maxillary juvenile psammomatoid ossifying fibroma with secondary aneurysmal bone cyst. A case report*)
Osvaldo Manuel Vera González, Carlos Juan Licéaga Escalera, Madeleine Edith Vélez Cruz, Luis Alberto Montoya Pérez, María del Carmen González Galván

LECTURA RECOBRADA:

- » Memorias del "III Seminario de Estomatología Pediátrica y Ortopedia Maxilar": Odontología del bebé y del niño menor de 3 años. Una mirada integral" (*Memories of the "Third Seminar of Pediatric Dentistry and Orthodontics" dentistry baby and child under 3 years. A comprehensive overview*)
Laila Yaned González Bejarano

ACTA ODONTOLÓGICA COLOMBIANA.

Volumen 5, número 1. Enero -Junio de 2015

- » Efecto del arenado en la resistencia a la flexión y a la fractura de dos zirconios con dos áreas de sección transversa (*Sandblasting Effect on Flexural Strength and Fracture Resistance of Two Zirconia with Two Cross Sectional Areas*)
Juan Norberto Calvo Ramírez, Janeth Díaz Hurtado, Nataly Alexandra Oviedo Hernández.
- » Determinantes estructurales y su relación con el índice de COP en países de desarrollo alto, mediano y bajo (*Structural determinants and its relation with the DMFT-Index in countries with developing high, medium and low*)
Luis Carlos García Rincón, Luis Alberto Sánchez-Alfaro, John Harold Estrada Montoya.

- » Anatomía de la furca dentaria y lesiones de furcación. Parte 1. Revisión de tema (*Furcation area and furcation defects. Part 1. Topic review*)
Yuri Alejandro Castro Rodríguez, Francis Bravo Castagnola, Sixto Grados Pomarin.
- » Tratamiento quirúrgico de los dientes retenidos en el servicio de cirugía maxilofacial de Artemisa (1994-2010) (*Surgical Treatment in patients with impacted teeth in maxillofacial department Artemisa (1994-2010)*)
Juan Carlos Quintana Díaz, Yudit Algozain Acosta, Mayrim Quintana Giralt, Mildrei Orta Casañas.
- » Conocimientos sobre bioética y ética de la investigación encarnados por estudiantes de postgrados de odontología de una universidad colombiana (*Knowledge on bioethics and research ethics embodied by student's postgraduates of dentistry of a Colombian university*)
Eduardo Rafael Medina Márquez, Luis Alberto Sánchez-Alfaro.
- » El nivel de salud en menores de 6 años de la Comuna 20 de Santiago de Cali (2014) (*The health level in children under 6 years Commune 20 Santiago de Cali (2014)*)
Lina María García Zapata.
- » Estudio comparativo de la frecuencia de Blastocystis hominis en niños en edad preescolar de una zona urbana y una rural de la ciudad de Cartagena de Indias y su relación con las manifestaciones clínicas y factores de riesgo (*Comparative study of frequency of Blastocystis hominis pre-schoolers from an urban area and rural area of Cartagena de Indias and its relation with signs and symptoms and risk factors*)
Mavianis Pinilla Pérez, Lucy Margarita Villafañe Ferrer, Benjamin Mendoza Mendoza, Estefany Garcés Alvarado, Lilibeth Licona Chiquillo, Katia Pinto Perez.
- » Avances en telesalud y telemedicina: estrategia para acercar los servicios de salud a los usuarios (*Advances in e-health and telemedicine: strategy to bring health service users*)
Wilson Giovanni Jiménez Barbosa, Johanna Sareth Acuña Gómez.
- » Fractura mandibular por herida de arma de Fuego: Presentación de un caso (*Mandibular fracture wounded by a projectile of a firearm*)
Juan Carlos Quintana Díaz, Nelson Villareal Corbo, Mayrim Quintana Giralt.

LECTURA RECOBRADA:

- » Asuntos académicos de la Facultad. El gran propósito de la odontología nacional (*Academic affairs of the Faculty. The great aim of national dentistry*)
Carlos Cortés Olivera.
- » La integración académica (*Academic integration*)
Alejandro Jiménez Arango
- » Aspectos orales en el estudio de recursos humanos para la salud y educación médica (*Oral aspects in the study of human resources for health and medical education*)
Álvaro Cruz Losada

- » ¿Determinantes sociales o determinación social de la salud?: dos paradigmas en conflicto
(Social determinants or social determination of health? Two paradigms in conflict)
Silvia Támez González.
- » Impacto de la Estrategia de Salud Familiar en la consulta odontológica en menores de 6 años de una Red de Salud Pública de Santiago de Cali
(Impact of the Family Health Strategy in dentistry in children under 6 years of a Network of Public Health Santiago de Cali)
Lina María García Zapata, Gustavo Bergonzoli.
- » Soberanía hídrica: repercusión social del fenómeno de "estrés" hídrico en Colombia
(Water Sovereignty: Social impact of the phenomenon of "water stress" in Colombia)
Diana Gabriela Beltrán Gordillo, Luisa Fernanda Beltrán Gordillo, Elías Guevara Molan, Andrea Paola Quintero Oviedo, Alexi Johanna Sandoval Aparicio.
- » Programas de control del Cáncer cervicouterino en Antioquia y Medellín 1980 a 2010
(Cervical Cancer Control in Antioquia and Medellín 1980–2010)
Marleny Valencia Arredondo.
- » Estigma hacia personas viviendo con VIH/SIDA en estudiantes de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Colombia: una reflexión útil en odontología y bioética
(Stigma to people living with HIV/AIDS in students of the Faculty of Dentistry of Universidad Nacional de Colombia: a useful reflection in dentistry and bioethics)
John Harold Estrada Montoya, Andrés Leonardo Pantoja Neir, Luis Alberto Sánchez-Alfaro.
- » Protocolos diseñados para el biobanco de dientes de la Universidad Nacional de Colombia
(Designing protocols for the human teeth biobank of the Universidad Nacional de Colombia)
Lina Constanza González-Pita, Juan Sebastián Rojas-Ramírez, Margarita Viviana Úsuga-Vacca, Carolina Torres-Rodríguez, Edgar Delgado-Mejía.
- » Nuevas tecnologías de la información y la comunicación en los servicios de salud: uso del correo electrónico en el mercadeo de los servicios
(New information technology and communication in health care: using e-mail for marketing services)
Jorge Iván Martínez Espitia.
- » El método de los elementos finitos para evaluar limas rotatorias de Níquel-Titanio: revisión de la literatura
(The finite element method for evaluating files rotary Nickel-Titanium: Literature review)
Laura Marcela Aldana Ojeda, Javier Laureano Niño Barrera.
- » Perspectivas del abordaje público de la salud ambiental. Los casos de Bogotá y Medellín. Revisión de literatura
(Approaches to environmental public health: Bogota and Medellin. Literature review)
Lina María Rincón Forer, Julie Johana Franco Rodríguez, Carlos Andrés Rodríguez Delgado, Luis Enrique Cabana Larrazábal, Laura Ximena Peñuela Valderrama, Frankamilo Garzón Godoy, Mirabai Bermúdez Nur.

- » Determinantes sociales del proceso salud–enfermedad de los universitarios. Área de salud, Universidad Nacional de Colombia–Bogotá (*Social determinants of health–disease process of university students. Area of Health, Universidad Nacional de Colombia–Bogotá*)
María Paula Benavides Castellanos, Nathalia Marcela Rosero Tovar, Juliana Manuela Suárez Sierra, Juan Fernando Flórez Cala, Jullderth Alejandro Bastidas.
- » Tratamiento de la recesión gingival con membrana amniótica. Reporte de caso clínico (*Gingival recession treatment with amniotic membrane. Case report*)
Yuri Castro Rodríguez, Giselle Ángeles, Melgarejo, Sixto Grados Pomarino.

LECTURA RECOBRADA:

- » Manual de semiología oral (1968) (*Oral semiology guide*)
Joaquín Rubiano Melo.

ACTA ODONTOLÓGICA COLOMBIANA.

Volumen 4, número 1. Enero–Junio de 2014.

- » Biobanco de dientes humanos para investigación en odontología (*Human teeth biobank for research in odontology*)
Lina C González Pita, Margarita Viviana Úsuga Vacca, Carolina Torres Rodríguez, Edgar Delgado Mejía.
- » Nivel de satisfacción de los estudiantes de odontología de la Universidad Nacional de Colombia con su carrera (*Levels of satisfaction of dentistry students in the "Universidad Nacional de Colombia" about their career*)
Diana M Giraldo, Héctor Polanco Narváez, Clara Patricia Acuña Ramos, Helena Vélez.
- » Herramientas gratuitas de e–marketing para mejorar la visibilidad en internet de una clínica odontológica (*Free tools of e–marketing for web visibility in a dental clinic*)
Jorge Iván Martínez Espitia, Adriana del Pilar Sáenz Rodríguez.
- » Discriminación y estigmatización de las personas viviendo con VIH/SIDA: revisión de la literatura (*Discrimination and stigmatization of people living with HIV/AIDS: literature review*)
Andrés Leonardo Pantoja Neira, John Harold Estrada Montoya.
- » Eficacia de la membrana amniótica liofilizada como barrera en la regeneración ósea guiada en tibias de conejos (*Effectiveness of lyophilized amniotic membrane as barrier in guided bone regeneration in rabbit tibias*)
Josef Yábar Condori, Yuri Castro Rodríguez, Sixto Grados Pomarino, Katia Medina Calderón, Emma Castro Gamero.
- » Endodoncia regenerativa: utilización de fibrina rica en plaquetas autóloga en dientes permanentes vitales con patología pulpar. Revisión narrativa de la literatura (*Regenerative Endodontic: Use of autologous platelet-rich fibrin in vital permanent teeth with pulpal pathology. Narrative review of the literature*)
Tatiana Ramírez Giraldo, Henry Sossa Rojas.

- » Revascularización pulpar mediante la utilización de plasma rico en plaquetas autólogo o en combinación con una matriz colágena, como posibilidades terapéuticas para dientes con ápice abierto, pulpa necrótica y/o patología periapical: revisión narrativa de la literatura (*Pulp revascularization using platelet rich plasma autologous or in conjunction with a collagen matrix as a therapeutic possibility for teeth with an open apex necrotic pulp and / or periapical pathology: A narrative literature review*)
Paula Alejandra Camargo Guevara, Henry Sossa Rojas.
- » Determinación de la necesidad de tratamiento de ortodoncia en población de Tepic Nayarit, México (*Determination of the need for orthodontic treatment in a population of Tepic Nayarit, México*)
Alan Paul Ayala Sarmiento, Alma Rosa Rojas García, Jaime Fabián Gutiérrez Rojo, Francisco Javier Mata Rojas.
- » Ajuste del Índice de Pont para mujeres y hombres (*Adjustment Index Pont for women and men*)
Paula María Nava Salcedo, Jaime Fabián Gutiérrez Rojo, Alma Rosa Rojas García.
- » Quistes de los maxilares en el Servicio de Cirugía Maxilofacial de Artemisa (*Cyst of the jaws in Artemisa Maxillofacial Department*)
Juan Carlos Quintana Díaz, Mayriam Quintana Giralt.

LECTURA RECOBRADA:

- » Antecedentes y hechos que condujeron a la fundación de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Colombia (*History and events leading to the founding of the Faculty of Dentistry, Universidad Nacional de Colombia*)
Jesús V. Gutiérrez, Alfonso Delgado F.

ACTA ODONTOLÓGICA COLOMBIANA.

Volumen 3, número 2. Julio-Diciembre de 2013

- » Análisis de los discursos de los profesores sobre formación por competencias y su apropiación en el currículo en la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Colombia (*Discourse analysis of teachers on formation by competences and appropriation in the curriculum in Faculty of Odontology of the Universidad Nacional de Colombia*)
Julián Alfonso Orjuela Benavides y John Harold Estrada Montoya.
- » Evaluación in vitro de la fractura de los instrumentos rotatorios Mtwo® y ProTaper® (*In vitro evaluation of the failure of rotary instruments Mtwo® y ProTaper®*)
Sandra Viviana Rodríguez Gutiérrez, Luis Fernando Gamboa Martínez y Javier Laureano Niño Barrera.
- » Modificación del análisis de Moyers (*Modification of the Moyers analysis*)
Damaris Delgado Sandoval, Jaime Fabián Gutiérrez Rojo y Alma Rosa Rojas García.

- » Cambios esqueléticos, dentales y faciales de la maloclusión clase III esquelética tratada con la filosofía MEAW (*Multiloop Edgewise Arch Wire*): *descriptivo retrospectivo (Skeletal changes, dental and face of class III skeletal malocclusion treated with philosophy MEAW (Multiloop Edgewise Arch Wire): a descriptive retrospective)*
Ángela Anyur García Bernal, Diana Lucía Cadena Pantoja, Daniel Mauricio Celis Ramírez, Jesús Arcesio Peñarredonda Lemus, Sylvia María Moreno Ríos y María Alejandra González Bernal.
- » Educación para la prevención del VIH destinada a jóvenes: un análisis desde la Determinación Social de la Salud (*Education for HIV prevention addressed to young people: an analysis from the Social Determination of Health*)
John Harold Estrada Montoya.
- » Un acercamiento a la comprensión de la equidad en salud (*An approach to the understanding of equity in health*)
Sergio Antonio Clavijo Clavijo, Gregory David Villamil Rodríguez, Laura Carolina Olarte Herrera, Ingrid Catherine Castillo Navarrete e Ivette Rocío Rincón Sánchez.
- » Pautas orientadoras para la promoción de la salud bucal en la primera infancia para profesionales de salud (*Orientalional guidelines for health professionals for oral health in early childhood*)
Gloria Esperanza González C.
- » El síndrome de boca ardiente (*Burning mouth syndrome: literature review*)
María Helena Parra Martínez.
- » Anquilosis bilateral de Articulación Temporomandibular asociada a Trauma (*Bilateral Temporomandibular Joint ankylosis related to trauma*)
Víctor Manuel González Oimedo, Rodrigo Liceaga Reyes y David Garcidueñas Briceño.

LECTURA RECOBRADA:

- » La enfermera dental (*The dental nurse*)
John P Walsh, Ernesto Hakim Dow, Álvaro Cruz Lozada.

ACTA ODONTOLÓGICA COLOMBIANA.

Volumen 3, número 1. Enero–Junio de 2013

- » Índice de satisfacción multidimensional. Una propuesta para la evaluación de la calidad de los servicios de salud desde la perspectiva de los usuarios (*Multidimensional satisfaction index. A proposal to evaluate satisfaction in health services from the user's view*)
Norma Constanza Jiménez Holguín, Cristina Elena Vélez y Wilson Giovanni Jiménez.
- » Ajuste y evaluación de las constantes de regresión lineal para el análisis de dentición mixta (*Adjust and evaluation of the constants of linear regression for the analysis of mixed dentition*)
Jaime Fabián Gutiérrez Rojo y Alma Rosa Rojas García.

- » Perfil socioepidemiológico de jóvenes que trabajan y estudian de las facultades de odontología y sociología, Universidad Nacional de Colombia sede Bogotá (*Socio-epidemiologic profile of young adult than work and study at Sociology and Dental colleges at Universidad Nacional de Colombia –Bogotá–*)
Lizethe Vanessa Bernal Santana y Cindy Stephanie Viasús Salcedo.
- » La salud bucal en los jóvenes de la corporación de Residencias Universitarias 10 de mayo: una aproximación desde la determinación social con énfasis en pertenencia étnica (*Oral health in young University Residence Corporation may 10: an approach from social determination with emphasis on ethnicity*)
Shirley Andrade Benavides, Santiago Chamorro Guerrero, Mileidy Agreda Yela y Sirena Porras Serrano.
- » Reporte de caso: Restauración del sector anterior con prótesis parcial fija en cerámica de fluorapatita (*Restoration of anterior teeth with ceramic fixed partial denture fluorapatite*)
Janteh Mercedes Rojas Murilo.
- » El Desguante craneorbitofacial como abordaje craneofacial y sus aplicaciones clínicas (*The Dismasking flap as craniofacial approach and its clinical applications*)
Rubén Muñoz, Jose Goiaszewski y Álvaro Díaz.
- » Quiste dentígero que causa deformación facial en un niño. Presentación de un caso (*Dentigerous cyst as a cause of facial asymetry in child. Case report*)
Juan Carlos Quintana Díaz y Myriam Quintana Girait.
- » Enseñanza de la cariología en la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Colombia (*Teaching of cariology in the odontology faculty of the National University of Colombia*)
María Claudia Naranjo Sierra.
- » Soberanía hídrica y su relación con la salud (*Sovereignty water and its relationship to health*)
Sarith Dayana Amaya Frías y John Harold Estrada Montoya.
- » Etiología de los caninos superiores impactados: una visión histórica (*Impacted maxillary canines etiology: an historic overview*)
Diego Luis Arellano, Jhon Fredy Briceño Castellanos y Daira Nayive Escobar Leguizamo.
- » Mediadores bioquímicos involucrados en la fisiopatología y diagnóstico de la enfermedad periodontal (*Biochemical mediators involved in the pathophysiology and diagnosis of periodontal disease*)
Facundo Ledesma, Miguel Jorge Acuña, Fernando Ramiro Cuzzioi y Rolando Pedro Juárez.

LECTURA RECOBRADA:

- » Diagnóstico cefalométrico del prognatismo inferior (*Diagnosis of undershot cephalometric*)
Guillermo Mayoral Herrero.

- » Análisis de la clarificación dental como método para evaluar el localizador apical:
Un estudio descriptivo exploratorio in vitro (*Analysis of dental clarification as a method to evaluate the apical locator: An exploratory study in vitro*)
Anuar Elián Barona Triviño, Giovana Paola Forero Díaz, Javier Laureano Niño Barrera y John Harold Estrada Montoya.
- » Validación de la placa de Bruxchecker como medio diagnóstico de bruxismo, comparada con modelos de estudio en la clínica de la universidad Cooperativa de Colombia, sede Bogotá durante el periodo comprendido entre febrero y mayor del 2011 (*Validation of the bruxchecker plaque as a diagnosis test signs of bruxism, compared with study models, in the clinic of Universidad Cooperativa de Colombia, Bogota, during the period from february to may 2011*)
Claudia Liliana Cabrera Bello, Sandra Celis Hoyos, Guigliola Valencia Castillo, Adriana Sáenz Rodríguez, Sylvia Moreno Ríos y Adiel Ruíz Gómez.
- » Evaluación de las técnicas de cepillado de bass y vertical en un grupo de pacientes en tratamiento de ortodoncia con técnica MBT (*Evaluation of the bass and vertical brushing techniques in a group of patients undergoing orthodontic treatment with the MBT technique*)
Yelitza Ivone Baracaldo Ortiz, Fredy Alexander Cabuya Cabuya, Rubén Darío Hurtado Roza, Edwin Emil Ricaurte Vila, Diana Constanza Gamboa Martínez, Liliana Carolina Báez Quintero.
- » Competencias de un grupo de estudiantes de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Colombia: una experiencia en el aula (*Writing skills in a group of students of Universidad Nacional de Colombia school of dentistry: an experience in the classroom*)
Myriam Pastora Arias Agudelo, María Doris Ballesteros Castañeda y Andrés Ricardo Otálora Cascante.
- » Caracterización del talento humano en salud oral por especialidades en egresados en Bogotá: 2001-2010 (*Characterization of human talent for oral health specialties in alumni in Bogotá: 2001-2010*)
Fredy Fabián Pardo Romero, John Harold Estrada Montoya y Rocío Robledo Martínez.
- » Caracterización de la condición periodontal, hábitos y costumbres en salud oral en indígenas de comunidades amazónicas de Colombia: Tarapacá, Amazonas (*Characterization of the periodontal condition, habits and customs of oral health in indigenous communities amazon's colombian: Tarapacá, Amazonas*)
Yeni Patricia Molina Ibañez, María Hilde torres Rivas y Andrea del Pilar Escalante.
- » Síndrome de Silver-Russell, reporte de un caso (*Silver-Russell syndrome, a case report*)
Ángela Liliana Grandas Ramírez, Natalia Cárdenas Niño, Claudia Milena Rincón Bermúdez.
- » Comportamiento de prótesis parciales removibles como factor causal de estomatitis sub-protésica: Reporte de un caso (*Removable dentures behavior as a causal factor stomatitis prosthetics: A case report*)
Martha Rebolledo Cobos y Mayra Pastor Martínez.
- » Manejo de pacientes sometidos a radioterapia: Revisión de literatura (*Dental management of patients undergoing radiotherapy: Literature review*)
Diana Carolina Hurtado Redondo y John Harold Estrada Montoya.

- » Análisis de la atención primaria en salud (APS) dentro de las políticas sanitarias en Colombia (*Analysis of primary in health care (PHC) within the health policy in Colombia*)
Jorge Alberto Clavijo Padilla y Adriana Julieth Quesada Parra.
- » Impacto del tratado de Libre Comercio entre Colombia y EEUU, sobre el acceso a los medicamentos en Colombia (*Impact of the free trade agreement between Colombia and the U.S. on access to medicines in Colombia*)
José David Millán Cano y Wilson Giovanni Jiménez Barbosa.
- » Unificación del POS: una tardía solución que afecta la equidad en salud y ahonda la problemática del SGSSS (*Pos unification: a solution delayed who affected health equity and problem SGSSS deepen*)
Wilson Giovanni Jiménez Barbosa y Fredy Guillermo Rodríguez Paéz.
- » Condiciones de trabajo de los profesionales de la salud: ¿Trabajo decente? (*Working conditions of health personnel: ¿Decent work?*)
Martha Isabel Riaño Casallas.
- » Síndrome de colapso de mordida posterior (*Posterior bite collapse syndrome*)
Paula Alejandra Baldión y Diego Enrique Betancourt Castro.
- » La atención odontológica del paciente con deficiencia auditiva (*Dental care for patients with hearing impairment*)
Alejandro Joaquín Encina Tutuy, Sandra Elena Martínez, Vilma Graciela Vila, Carolina Elizabet Barrios.

LECTURA RECOBRADA:

- » Guías simplificadas básicas para las prácticas del encerado funcional (*Guides simplified basic functional practices waxed*)
Bernardo Cadavid Romero.

ACTA ODONTOLÓGICA COLOMBIANA.

Volumen 2, número 1. Enero–Junio de 2012

- » Complicaciones posquirúrgicas a elevación de piso de seno maxilar en consultorios odontológicos reportadas por otorrinolaringólogos en Bogotá, Colombia (*Reported sinus lift postsurgical complications in a dentistry clinic by otolaryngologist in Bogotá, Colombia*)
Jhon Fredy Briceño Castellanos, John Harold Estrada Montoya y Lina Janeth Suárez Londoño.
- » Necesidades de tratamiento periodontal en una población de pacientes fumadores jóvenes (*Periodontal treatments needs of young adults smokers*)
Jenny Hortencia Fuentes Sánchez y Diego Sabogal Rojas.
- » Evaluación de un modelo educativo y el papel de las condiciones de vida en salud oral en la comunidad estudiantil de la fundación formemos en Tena-Cundinamarca (*Evaluation of an educational and the role of living conditions in oral health community foundation formemos student in Tena-Cundinamarca*)
Angélica María González Strusberg, Leidy Katherine Osorio López y Víctor Daniel Onofre Osorio.

- » Prevalencia de celulitis odontogénica en pacientes de 0 a 18 años que asistieron a la fundación HOMI Hospital de la Misericordia de Bogotá entre febrero de 2009 a febrero de 2011 (*Prevalence of odontogenic cellulitis in population of 0 to 18 years old attended to HOMI Foundation - Hospital de la Misericordia of Bogotá between february 2009 and february 2011*)
Ángela Liliana Grandas Ramírez y Sandra Patricia Velázquez Cuchía.
- » Efectividad de diferentes tratamientos en la adhesión sobre cerámica de zirconio (*Effectiveness of different treatments in ceramic zirconia adhesion*)
Laura Angélica Hurtado Fino y Juan Norberto Calvo Ramírez.
- » Opacidad y translucidez de diferentes resinas compuestas de acuerdo a su tamaño de partícula y su aplicación clínica (*Composite resin opacity and translucence different according to its particle size and its clinical application*)
Manuel Roberto Sarmiento Limas, Carlos Alexander Trujillo, Dubier Albeiro Mena Huertas y Karen Lisbeth Mejía Rodríguez.
- » Análisis descriptivo de la respuesta del complejo pulpo-dentinal de órganos dentales de una población prehispánica cazadora-recolectora (*Descriptive analysis of the response of the pulpo-dentin complex of dental organs of a hunter-harvester population prehispanic*)
María Clemencia Vargas Vargas, Diana Lucía Meléndez Medina y Leidy Janeth Romero López.
- » Antecedentes históricos del estudio de crecimiento general y craneofacial humano en la primera infancia (*Historical survey of general growth and human craniofacial early childhood*)
Laila Yaned González Bejarano.
- » Aspectos celulares y moleculares involucrados en la evolución de estructuras craneofaciales (*Cellular and molecular aspects involved in the evolution of craniofacial structures*)
Belfran Alcides Carbonell Medina.
- » Sínfisis mandibular: una revisión de los aspectos embriológicos e importancia en evolución humana (*Mandibular symphysis: a review of embryologic issues and its importance in human evolution*)
Tania Camila Niño Sandoval.
- » Miogénesis craneofacial y cardíaca: una revisión de mecanismos moleculares y celulares paralelos (*Hearth and craniofacial myogenesis: a review of molecular and Cellular mechanisms parallel*)
Nancy Esperanza Castro Guevara.

LECTURA RECOBRADA:

- » Desarrollo curricular y Evaluación Académica. Congreso Iberoamericano de Facultades de Odontología (*Iberoamerican Congress of Dental Faculties*)
Carlos Cortés Olivera.

- » Modelo experimental de la respuesta ósea a Xenoinjertos de origen Bovino. Estudio radiográfico e histomorfométrico (*Experimental models of bone response to bovine xenograft radiographic and histomorphometric*)
Rafael Arcesio Delgado Ruiz, José Luis Calvo Guirado, María Piedad Ramírez Fernández, José Eduardo Maté Sánchez de Val, Gerardo Gómez Moreno y Javier Guardia.
- » Comportamiento Mecánico Estático de los Instrumentos S1, S2, F1 de Protaper Universal® Bajo Torsión y Doblamiento. Análisis por Elementos Finitos (*Static mechanical behavior of universal protaper instruments S1, S2, F1 of under torsion and bending: a numeric analysis by finite elements*)
Luisa Fernanda Cartagena, Adriana María Espinel, Sandra Liliana Rojas y Mauricio Rodríguez Godoy.
- » Caracterización cefalométrica, radiográfica y dental de cráneos en poblaciones prehispánicas de Colombia (*Cephalometric, radiographic and dental characterization of prehispanic population colombian skulls*)
Clementina Infante Contreras.
- » La salud oral Durante la época colonial en Tlatelolco: un Estudio paleopatológico de un sector novohispano en México (*Oral health in the colonial period in Tlatelolco: paleo pathological study of a novohispanic sector in México*)
Judith Lizbeth Ruiz González y Edson Jair Ospina Lozano.
- » Autoatención en salud oral en el pueblo yanacona de los andes del sur de Colombia (*Self-care in oral health in the Yanacona's people of colombia s southern andes*)
Edson Jair Ospina Lozano y Clara Bellamy Ortiz.
- » Prevención de mucositis oral en pacientes sometidos a trasplante de precursores hematopoyéticos (*Oral mucositis prevention in patients undergoing hematopoietic stem cell trasplantation*)
Sonia del Pilar Bohórquez Ávila, Carolina Marín Restrepo y Liced Álvarez Lozano.
- » Guillermo Tavera Hinestrosa. Un olvidado precursor de la odontología en Colombia (*Guillermo Tavera Hinestrosa. A forgotten precursor of dentistry in Colombia*)
Abel Fernando Martínez Martín y Andrés Ricardo Otálora Cascante.
- » Factores etiológicos de la hipersensibilidad primaria y secundaria en tejido dentario. Protocolo de manejo clínico (*Etiology factors of the primary and secondary hypersensitivity in tooth tissue. A clinical handling protocol*)
Norberto Calvo Ramírez, Ángela Acero Barbosa, Cindy Triana Benavides y Andrés Suárez Valencia.
- » El Problema de Investigación: algunos aspectos metodológicos e históricos (*Research problem: some methodological and historical aspects*)
Gustavo Jaimes Monroy.
- » Guía para la elaboración de protocolos de investigación en salud: su aplicación en la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Colombia (*Guide to the compilation of research protocols in health: its application in the Faculty of Dentistry the National University of Colombia*)
John Harold Estrada Montoya y Daira Nayive Escobar Leguizamo.

- » Proyectos de calidad de vida el mejor medio para la construcción de mejores seres humanos
(Quality of life projects: the best means for constructing better human beings)
Ricardo Lugo Robles.
- » La Historia de cómo la dentina pudo encontrarse con su resina
(The story of how could the dentin meet its resin)
Adriana Carolina Torres Mancilla, Claudia Patricia Rojas Paredes y Paola Villamizar.

LECTURA RECOBRADA:

- » Estudio de los factores socio-económicos y de la salud en Colombia
(Study of socio-economic factors and health in Colombia)
Carlos Agualimpia

ACTA ODONTOLÓGICA COLOMBIANA.

Volumen 1, número 1. Enero-Junio de 2011

- » Etnografía de las prácticas pedagógicas en odontopediatría de la Universidad Nacional de Colombia
(Ethnography of pedagogical practices in dental pediatrics of Universidad Nacional de Colombia)
Diego Luis Esquivel Campo y Gloria Esperanza González Castro.
- » Prevalencia de caries dental en una comunidad escolar de la Etnia Wayúu, en la Guajira Colombiana y su manejo con medicina ancestral
(Dental caries prevalence in a scholar community of ethnic group wayuu in the colombian Guajira and their handling with its ancestral medicine)
Héctor Ángel Polanco Narváez, Clara Patricia Acuña Ramos, Eddy Yulieth González Echavarría y Sandra Yaneth Arenas Granados.
- » Medicamentos homeopáticos útiles en el tratamiento de afecciones presentes en el sistema estomatognático. Revisión de la literatura
(Homeopathic medicines useful in the treatment of stomatognathic system diseases. Narrative review of related literature)
Sandra Lucia Patiño, Andrea Carolina Monroy Díaz y María Consuelo Suarez Mosquera.
- » Restauraciones estéticas en el sector anterior con resina compuesta. Reporte de un caso
(Esthetic restorations in the anterior zone with composite resin. A case report)
Yecenia Perdomo Pacheco.
- » Higiene oral en enfermedad periodontal: Consideraciones históricas, clínicas y educativas
(Oral hygiene in periodontal disease: a historical, clinical and educative overview)
Jhon Fredy Briceño Castellanos, Leonardo Vargas Rico y Jenny Hortencia Fuentes Sánchez.
- » Planificación de talento humano en Salud Oral en Colombia
(Human talent planning Oral Health in Colombia)
Jairo Hernán Ternera Pulido.
- » Una aproximación al surgimiento de la Seguridad Social en Colombia (1886-1946)
(An approach to the emergence of Social Security in Colombia [1886-1946])
Julián Orjuela Benavides.

- » Atención odontológica integral a personas que viven con VIH-SIDA (*PvviH*) en el Hospital San Juan de Dios de Bogotá (*Comprehensive dental care for people living with HIV / AIDS (PLWHA) in the Hospital San Juan de Dios in Bogotá*)

John Harold Estrada Montoya.

LECTURA RECOBRADA:

- » Histopatología del esmalte dental (*Histopathology of dental enamel*)

Rafael Torres Pinzón.

ACTA

Odontológica Colombiana

Carrera 30 No. 45-30 Edificio 210 · Ciudad Universitaria · Bogotá, Colombia
www.odontologia.unal.edu.co/actaodontologica.php
<http://dx.doi.org/10.15446/aoc>