

**IMPACTO DEL PROGRAMA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y
PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD ORAL IMPLEMENTADO EN LA
POBLACIÓN ESCOLAR DE LOS COLEGIOS OFICIALES DEL
MUNICIPIO DE CAJICÁ CUNDINAMARCA ENTRE EL 2003(II) a 2005 (I)**

**YENNY MARILANGE PINCHAO BLANCO
DIANA CAROLINA LEAL OSPINA
LEIDY MILENA GUZMAN VARON
ZULMA SHIRLEY BUITRAGO BARRETO
LIZA MINNELLY REY RAMIREZ**

**COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO
SALUD PÚBLICA
BOGOTA 2006**

**IMPACTO DEL PROGRAMA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y
PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD ORAL IMPLEMENTADO EN LA
POBLACIÓN ESCOLAR DE LOS COLEGIOS OFICIALES DEL
MUNICIPIO DE CAJICÁ CUNDINAMARCA ENTRE EL 2003(II) a 2005 (I)**

**YENNY MARILANGE PINCHAO BLANCO
DIANA CAROLINA LEAL OSPINA
LEIDY MILENA GUZMAN VARON
ZULMA SHIRLEY BUITRAGO BARRETO
LIZA MINNELLY REY RAMIREZ**

**Trabajo de grado presentado como requisito parcial para optar el título
de odontólogo**

**ASESOR METODOLOGICO
Dra. MARTHA CAYCEDO
Odontóloga, Epidemióloga.**

**ASESOR CIENTIFICO
Dr. VICTOR MANUEL VELEZ ABELLO
Odontólogo
Administrador Hospitalario
Epidemiólogo
Master en Administración de Servicios de Salud**

**ASESOR ESTADISTICO
Dra. MONICA PACHON
Estadista**

**COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO
SALUD PÚBLICA
BOGOTA 2006**

TABLA DE CONTENIDO

	PAG.
1. ASPECTOS TEORICOS CIENTIFICOS	1
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
1.2. JUSTIFICACIÓN	2
1.3 PROPOSITO	2
1.4 MARCO REFERENCIAL	3
1.4.1. MARCO HISTORICO	3
1.4.2. MARCO LEGAL	5
1.4.3. MARCO CONCEPTUAL	9
1.4.4 MARCO TEORICO	9
1.5. OBJETIVOS	25
1.5.1. Objetivo general	25
1.5.2. Objetivos específicos	25
2. ASPECTOS METODOLOGICOS	26
2.1. TIPO DE ESTUDIO	26
2.2. POBLACION	26
2.2.1. Población blanco	26
2.2.2. Población accesible	26
2.2.3 Población elegible	26
2.2.4. Tamaño de la población	27
2.3 VARIABLES DE ESTUDIO	27
2.4. INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCION DE DATOS	31
2.5. PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCION DE LA INFORMACION	31
3. RESULTADOS	33
3.1 CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS	33
3.2 COMPARACION DE LOS INDICADORES DE SALUD ORAL PARA EL PERIODO 2002 (II) A 2005(I)	32
4. DISCUSION	44

5. CONCLUSIONES	45
6. RECOMENDACIONES	46
BIBLIOGRAFIA	47

LISTA DE FIGURAS

	PAG.
FIGURA 1. COMPARACION DE LA POBLACIÓN SEGÚN LA EDAD	33
FIGURA 2: COMPARACIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN GÉNERO	34
FIGURA 3: NECESIDADES DE TRATAMIENTO	35
FIGURA 4: COMPARACION DE LA PREVALENCIA DE CARIES SEGÚN LA EDAD EN DENTICION TEMPORAL	36
FIGURA 5. PREVALENCIA DE CARIES SEGÚN GÉNERO EN DIENTES TEMPORALES	37
FIGURA 6. PREVALENCIA DE CARIES EN DIENTES PERMANENTES SEGÚN EDAD	38
FIGURA 7. PREVALENCIA DE CARIES SEGÚN GÉNERO EN DIENTES PERMANENTES	39
FIGURA 8. COMPARACION DEL COP SEGÚN LA EDAD EN DIENTES PERMANENTES	40
FIGURA 9. COMPARACION DEL INDICE ceo SEGÚN LA EDAD	41
FIGURA 10. COMPARACION DEL INDICE DE IHO-S EN DIENTES TEMPORALES	42
FIGURA 11. COMPARACION DEL INDICE DE IHO-S EN DIENTES PERMANENTES	43

1. ASPECTOS TEORICOS CIENTIFICOS

1.1PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Con la reforma al sector de la salud, se implementa un nuevo modelo de seguridad social de salud aprobado en la ley 100 de 1993, que hace un énfasis especial en desarrollar y ampliar programas de promoción y prevención de la enfermedad. En este modelo de protección y promoción de la salud aparece un nuevo concepto, donde las políticas públicas de salud adecuada hacen mejorar las condiciones de vida de los individuos, la buena salud o ambiente sano se obtiene cuando se orienta a la población y se satisfacen las necesidades básicas de los individuos y de la sociedad, mediante programas de promoción y estilos de vida saludable y con orientación oportuna.

La herramienta principal de la promoción de la salud oral y prevención de la enfermedad, es la educación sanitaria, en esta se desarrollan programas de educación en salud oral donde el resultado final se da cuando el niño o adolescente mantiene un índice de higiene oral bueno, por esto es importante establecer en la población el significado de salud oral y su importancia para la salud general. (Ley 100 de 1993).

El Colegio Odontológico Colombiano – COC, implemento el programa de promoción y prevención de la salud oral para la población escolar de las instituciones educativas oficiales en los municipios de Chía, Cajicá y Zipaquirá, el cual se ha venido implementando en el municipio de Cajicá desde el año 2001. Hasta la fecha no se ha evaluado el impacto a mediano plazo de la estructura, proceso y resultados del dicho programa, por lo tanto cabe preguntarse ¿Cuál es el impacto del programa de promoción de la salud y prevención de la enfermedad oral implementado en la población escolar de los colegios oficiales del municipio de Cajicá Cundinamarca entre el 2002(II) a 2005(I)?

1.2. JUSTIFICACIÓN

La salud oral es un elemento importante para el bienestar físico, psicológico y social de las personas; haciéndose necesario implementar campañas o programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad oral, realizando evaluaciones periódicas para determinar los alcances de estos y que permitan establecer correctivos y acciones para lograr dar respuesta a las necesidades y expectativas del entorno.

El evaluar el programa de promoción de la salud y prevención de la enfermedad oral implementado por el COC en la población escolar de las instituciones educativas de los colegios oficiales del municipio de Cajicá Cundinamarca, permitirá identificar el cumplimiento de las metas propuestas por el programa y así retroalimentar el proceso que se está llevando a cabo para el mejoramiento de la calidad de vida de esta población escolar.

1.3. PROPOSITO

Con el presente trabajo de investigación se pretende determinar el impacto del programa de promoción de la salud y prevención de la enfermedad oral desarrollada en los colegios rurales y urbanos del municipio de Cajicá Cundinamarca, a partir de las variables consideradas en el modelo DOPRI, Demanda, Oferta, Proceso, Resultado, Impacto, lo que nos ayudará a tener una apreciación real de la influencia del programa en salud oral.

1.4. MARCO REFERENCIAL

1.4.1. MARCO HISTORICO

Cajicá en lengua chibcha quiere decir cercado y fortaleza de piedra. El municipio de Cajicá se encuentra ubicado geográficamente en el centro de la sabana de Bogota al norte del Distrito Capital, latitud 4°55', longitud 74°02', altitud 2558 metros, piso térmico frío, distancia a la capital 39 Km., temperatura 14BC; limita por el sur con el municipio de Chía, al occidente con Tabio, al norte con el municipio de Zipaquirá y al oriente con el municipio de Sopó.

El municipio de Cajica tiene una extensión 52 km² de área, esta dividida en dos grandes zonas la rural y la urbana.

Administrativamente el municipio en la zona rural se divide en cuatro veredas: en la parte norte al costado occidente se encuentra Canelón y al oriente Calahorra, hacia el centro y el sur del municipio se ubica, al costado occidental la vereda Chuntame y al oriente río grande las veredas se encuentra delimitadas por las vías principales que atraviesan el municipio de norte a sur y de occidente a oriente.

Vereda Chuntame: conformado por Chuntame centro, santa Inés, entrada de Vicente León, Aguanica.

Vereda Canelón: Sector quintero Vargas Lamprea, sector el Prado (Leopoldo), Río frío la Florida y Río Frío la Palma.

Vereda Río Grande: Puente Vargas, el Misterio, rincón santo, el misterio sector la esperanza.

Proyección de la población

AÑO	POBLACION URBANA	POBLACION RURAL	TOTAL
2004	23.401	20.315	43.716

Fuente calculo proyección base estudio DANE1993

La distribución porcentual de la población urbana es de 54% y la población rural es de 46%.

El municipio cuenta con instituciones educativas de carácter público y privada para la enseñanza básica y media vocacional, donde la población escolar urbana es de 5000 y la población escolar rural es de 2000.

Grafica No 1. Instituciones publicas Municipio Cajicá

INSTITUCIONES PUBLICAS	PRESCOLA	PRIMARIA	SECUNDARIA
Colegio Dptal de Cajica.		X	X
Colegio Dptal Antonio Nariño		X	X
Colegio Básico Pompilio Martínez	X	X	X
Colegio Carlos Lleras Restrepo	X	X	
Colegio Quebrada del campo		X	
Colegio el misterio	X	X	
Colegio Río Frío La Florida	X	X	
Colegio Pablo Herrera	X	X	
Colegio La Cumbre		X	
Colegio Roberto Cavelier		X	
Jardín Infantil Los Pitufos	X		

El municipio cuenta con 308 docentes en los colegios públicos que brindan formación en las diferentes áreas del conocimiento, en Cajicá existe un docente por cada 25 estudiantes.

En el municipio se vienen desarrollando programas como apoyo a las actividades propias de los componentes de educación y salud los cuales tienen gran impacto en las comunidades.

1.4.2. MARCO LEGAL

El ordenamiento legal, fundamenta la normatividad, en materia de salud y específicamente en lo relacionado con la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, sin lugar a dudas, señalan un nuevo orden hacia la búsqueda de la salud, bajo la concepción del completo estado del bienestar del individuo.

La Constitución Política de Colombia de 1991 en su artículo 49 establece que: “la atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, prevención y recuperación de la salud “. Además en los artículos 48 y 79 también se establece que todo colombiano tiene derecho a la salud, el bienestar, a un ambiente saludable y a la seguridad social.

La Ley 10 de 1990 establece que la salud es un servicio público a cargo del estado, gratuita para los servicios básicos. Lo relacionado con las acciones de promoción y prevención a nivel municipal las define en el Art. 12 (literal n) cuando dice: “Corresponde a la dirección local de salud estimular la acción preventiva, familiar, extrahospitalaria y el control del medio ambiente”. En el (literal o) del mismo artículo dice además: “controlar con las entidades del sector o de los otros sectores que incidan en la salud, los factores de riesgo referentes al estado de salud – enfermedad de la población”.

La Ley 100 de 1993 en su artículo 165 en cuanto a la atención básica en salud establece: “el ministerio de salud definirá un plan de atención básica que complemente las acciones del plan obligatorio de salud de esta ley y las acciones de saneamiento ambiental. Este plan estará constituido por aquellas intervenciones que dirigen directamente a la colectividad o aquellas que son dirigidas a los individuos, pero tiene altas externalidades, tales como la

información pública, la educación y el fomento a la salud”.

Desde la perspectiva de la educación, la Ley 115 de 1993, Ley general de la educación, en el numeral 12 del artículo 5, establece como fines de educación la formación para la promoción y prevención de la salud y la higiene, la prevención integral de problemas socialmente relevantes, la educación física, el deporte y la utilización adecuada del tiempo libre, como objetivo específico de la educación básica – ciclo primaria, en el literal n del artículo 21 habla de: la valoración de la higiene y la salud del propio cuerpo y la formación para la protección para al naturaleza y medio ambiente.

La Ley 715 del 2001, por medio de la cual se establece el sistema general de participaciones, derogatoria de la ley 60 de 1993, mantiene las competencias territoriales en materia de salud pública. Asigna a la nación la responsabilidad de definir las prioridades en materia de salud pública y las acciones de obligatorio cumplimiento de acción básica (PAB). (Título 3, capítulo 1, artículo 42, - 12); así mismo a los departamentos y municipios les asigna la responsabilidad de formular sus respectivos planes de atención básica. En el artículo 44 esta ley ordena a los municipios: “ejercer vigilancia y control sobre las condiciones ambientales que afectan la salud y el bienestar de la población”. Para ampliar este marco es importante relacionar otras disposiciones legales sobre la materia, a partir de la expedición de la ley 100 de 1993, como son decretos y resoluciones específicas del ministerio de salud, hoy de la protección social que a continuaciones señala.

Resolución 03997 de 1996: por la cual se establecen las actividades y los procedimientos para el desarrollo de las acciones de promoción y prevención en el sistema de seguridad social. La cual tiene por objeto determinar el conjunto de actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad de obligatorio cumplimiento por parte de las empresas promotoras de salud

(EPS), las entidades adaptadas, las administradoras del régimen subsidiado (ARS), instituciones publicas prestadoras de servicio de Salud (IPS) y establecer los lineamientos para su evaluación y seguimiento. Esta resolución define los conceptos de promoción de la salud y prevención de la enfermedad y en el sistema integral de seguridad social.

Resolución 04288 de 1996: Por la cual se define el plan de atención básica (PAB) el sistema de seguridad en salud (SGSSS), que tiene por objeto definir y caracterizar el PAB, fijar sus componentes y competencias territoriales para su aplicación. En la cual, incluye dentro de las acciones municipales conducentes a orientar a la población hacia la prevención y la detección precoz: la fluorización, aplicación de sellantes y detartraje en población de 5 a 14 años (artículo 11).

El Decreto 806 del 1998 reglamenta la filiación al régimen de seguridad social en salud y la prestación de los beneficios del servicio publico esencial de la seguridad social en salud y como servicio de interés general en todo el territorio nacional. Se define los planes de beneficios que existen en el SGSSS dentro de los cuales esta el plan de atención básica en salud, PAB, así como su obligatoriedad para los entes territoriales y su respectiva financiación.

En el año 2000 se disponen las Resoluciones 412 y 1745: por las cuales se reglamentan las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública. Se establece las actividades, procedimientos e intervención a seguir y el orden secuencial y lógico para el adecuado diagnostico y tratamiento de las enfermedades de interés de salud pública, establecidas en el acuerdo 117 del 2000 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud,

encontrándose dentro de ellas como protección específica la atención preventiva de salud bucal (literal B artículo 8).

La resolución 968 del 2002, por la cual se establecen mecanismos para la incorporación de las acciones de promoción y prevención del pos-s al PAB y el inicio de su ejecución a nivel territorial, define los requerimientos básicos, para el desarrollo de las acciones de promoción y prevención del pos-s por los municipios y distritos, así como los aspectos que deben contener el PAB presentados al CTSS territorial de seguridad social. Los aspectos que debe contener el PAB, establecidos por esta resolución son: Diagnostico de la situación en salud del municipio distrito ,problema de salud identificados, resultados de la priorización de los problema de la salud de la localidad, objetivos y metas de PAB, proyectos del PAB, plan operativo anual e informe de ejecución del plan operativo.

Como se puede observar a partir de la Constitución Política de 1991 la percepción de la salud tomó otro rumbo, puesto que la salud es un derecho el cual tienen acceso todas las personas sin distinción y cuya responsabilidad debe ser asumida por el estado.

Se destaca que el municipio de Cajica fue el primero en descentralizarse administrativamente en concordancia con la Ley 10 de 1990.

Finalmente el soporte legal para estas actividades se sustenta en el convenio docente asistencial entre el colegio odontológico colombiano y el municipio de cajica cundinamarca

1.4.3. MARCO CONCEPTUAL

Definimos promoción como aquellos procesos que capacitan a las personas para mejorar el control sobre diversos aspectos de la vida, incluyendo educación y salud. Implica, más que ofrecer información, hacer énfasis en los cambios positivos en la conducta de los miembros de la comunidad y en el amplio aspecto de actividades que podemos llevar a cabo para ayudar a las personas a adoptar esos hábitos saludables y asimilarlos en forma permanente. Promoción de salud bucal significa elaborar una política pública sana, mediante la creación de un medio favorable, fortaleciendo la acción comunitaria, desarrollando las destrezas requeridas y reorientando los servicios de atención odontológica. La promoción de salud debe tener los siguientes factores: La distribución equilibrada de la salud y la enfermedad, la distribución igual de los riesgos que el entorno

Físico y social impone a la salud y aquellos inherentes al comportamiento individual y a las oportunidades iguales para adoptar estilos de vida personal más saludable, así como la distribución y calidad iguales de la atención de la salud.

Los programas de promoción en salud oral incluyen cualquier combinación de estrategias o acciones a que nos lleven adoptar estilos de vida personal más saludables.

1.4.4 MARCO TEORICO

Analizar la calidad de vida de una sociedad, significa analizar las experiencias de los individuos que la integran; exige en consecuencia conocer como viven las personas cuales son sus condiciones subjetivas de existencia y que expectativas de transformación de estas condiciones tienen y evaluar el grado de satisfacción que consigan. (RESTREPO, H Y MALAGA, H, 2001).

La salud oral de los niños en países industrializados ha mejorado notablemente en los últimos 20 años; en los países no industrializados o países pobres han tenido también mejoría, sin embargo no en la misma magnitud. Actualmente, muchos niños de estos países sufren de enfermedades orales como: la caries, infección gingival, mal oclusión y su prevalencia puede seguir aumentando si no se controla la frecuencia de la dieta cariogénica y no se implementan medidas preventivas como educación y consejería en hábitos de salud oral, uso de fluoruros entre otras. (SALDARRIAGA, A y SALDARRIAGA, O .CES ODONTOLOGIA, 2002).

La promoción se define como la integración que realiza la población, los servicios de salud, las autoridades sanitarias y los sectores sociales y productivos con el objetivo de garantizar; mas allá de la ausencia de la enfermedad, mejores condiciones de la salud física, psíquica y social de los individuos y las colectividades. (Artículo 3 resolución 03997 de octubre 30 de 1996).

La prevención de la enfermedad es el conjunto de acciones que tiene por fin la identificación, el control y la reerupción de los factores de riesgo biológicos, del ambiente y del comportamiento para evitar que la enfermedad aparezca, se prolongue y ocasione daños mayores o generen secuelas.

Es importante diferenciar la promoción de la prevención ya que se debe tener en cuenta que los objetivos son diferentes pero complementarios, mientras que el de la prevención es la ausencia de la enfermedad, el de la promoción es maximizar las condiciones de la salud.

El accionar de la promoción para buscar la salud se desarrolla en dos contextos:

- El intersectorial: son iniciativas que el sector debe emprender para modificar favorablemente las condiciones de salud de la población que incluye

medidas de persuasión, impuestos, legislación y provisión de algunos servicios. Las acciones se coordinan con sectores como educación, medio ambiente, transporte, defensa, agricultura, desarrollo, hacienda y justicia.

- El intrasectorial: acciones específicas del sector salud dirigidas a modificar factores ambientales y estilos de vida que tienen efecto adverso sobre la salud y potenciar aquellos que sean benéficos. (COC, Programa de promoción y prevención, 2000)

La promoción y la educación en salud (Ley 100 de 1993) proclama la universalidad en los cubrimientos de salud por lo que: "cualquier persona tiene derecho que se le brinden todos los servicios básicos de atención médica de forma digna, también tiene derecho a ser participe de programas que lo lleven a conocer y reflexionar sobre los factores de riesgo que pueden tener en su entorno; y recibir educación para protegerse de ellos y mantener una vida saludable. También tiene derecho a ser participe de todos los procesos que se orienten a desarrollar un medio socialmente apropiado para vivir. Aquí se marca precisamente la promoción de la salud". (Ley 100 de 1993).

El concepto de prevención está inevitablemente ligado al de enfermedad y al dipolo continuo en el que se ubica lo sano y lo enfermo; el cual no ha sido entendido de la misma manera a lo largo de la historia de occidente, existen tantas rupturas como permanencias en las estructuras conceptuales que han construido las sociedades occidentales sobre la salud, la enfermedad y la prevención.

La medicina occidental ha construido una diversidad de conceptos sobre la salud, la enfermedad y la prevención, en muchos momentos históricos y que tales concepciones no solo coexisten, sino que el lugar que ocupan sus gestores en los procesos políticos, económicos y sociales específicos, las ubican en lugares de poder desde los cuales transforman, con mayor o

menor impacto la realidad que pretenden abordar.

Puede decirse, entonces que en la actualidad existen en occidente por lo menos cuatro grandes conceptualizaciones sobre la prevención en salud así:

- La perspectiva sistémica multicausal de Blum y Lalonde (1996), la cual se asienta en el concepto de salud como equilibrio entre las distintas fuerzas que constituyen entradas al sistema y la enfermedad como la pérdida de dicho equilibrio. En cada punto del dipolo se construyen indicadores, con la idea de asociar a la enfermedad y la promoción de la salud.

La prevención desde la medicina social. Plantea la prevención, prioritariamente como un asunto del ejercicio del poder de la sociedad civil en los procesos de transformación de las condiciones de vida. Aquí el asunto es claramente político y se relaciona con la construcción de espacios para el ejercicio de tal poder. La participación de la comunidad en el diagnóstico de la situación de salud y en la construcción de alternativas de solución pasa por terrenos diferentes a los de la acción netamente preventiva de las enfermedades y pretende incidir en las relaciones con el estado y la sociedad civil, como eje de la construcción de soluciones colectivas, tanto curativas como preventivas.

La prevención en las prácticas medicas populares. Se constituye este en un elemento fundamental para el análisis de la situación contemporánea, porque de hecho existen tales practicas y porque definen procesos que los profesionales de la salud habitualmente desechamos con facilidad. En grandes sectores de la población colombiana se manejan concepciones o representaciones sociales sobre la salud, la enfermedad y la prevención que nada tiene que ver con las dos tendencias anteriores y que se enfrentan frecuentemente a las decisiones y propuestas de los programas oficiales

de prevención. Se presentan tres grandes componentes que estructuran hoy en día esta visión popular de la salud; la visión mágica o animista vinculada a las medicinas indígenas y negra ancestral; la perspectiva sobre natural ligada a la religión cristiana y la perspectiva hipocrática galénica propia de la medicina española colonial. La aceptación de estas prácticas como realidades específicas de la salud y la enfermedad permite identificar nuevas preguntas para la idea de la prevención que se maneja y exige un comportamiento heurístico, de mutua transformación, que aun es muy escaso.

Definición de la Dirección General de Promoción y Prevención del Ministerio de Salud. Este documento define prevención al conjunto de actividades orientadas a evitar la ocurrencia de las enfermedades específicas cuyo objeto son los individuos o grupos sociales, que por sus características tengan una gran probabilidad de adquirirlas (alto riesgo). Los criterios para incluir las diferentes intervenciones son la eficacia, el costo en relación con la intervención el riesgo y la probabilidad de que la enfermedad aparezca y la severidad de su efecto.

Su posibilidad de acción se deriva del conocimiento de los determinantes de la enfermedad, sean estos factores genéticos, ambientales, sociales, ocupacionales, del comportamiento de los individuos o de la provisión de servicios. El conocimiento que la epidemiología y las ciencias básicas han aportado sobre las causas de la enfermedad ha hecho posible desarrollar instrumentos que en muchos casos impiden la ocurrencia de la enfermedad o la muerte. (Dirección General de Promoción y Prevención del Ministerio de Salud.)

Definición en la Resolución No 03997-96 del Ministerio de Salud. En su artículo 4 define la prevención en el Sistema integral en Seguridad Social, así. "Entiéndase por prevención de la enfermedad o el accidente, el conjunto de acciones que tienen por fin la identificación, control o reducción de los factores de riesgo biológico, del ambiente y del comportamiento, para evitar que la

enfermedad aparezca, o se prolongar, ocasione daños mayores o genere secuelas evitables” (Resolución No 03997-96 del Ministerio de Salud).

De igual forma el artículo quinto de la misma Resolución, establece los contenidos de las actividades de promoción y prevención, así: “estas actividades corresponden a los regímenes contributivo y subsidiado, están dirigidas a los afiliados de manera obligatoria y podrán ser de tipo individual o grupal. Parágrafo: Estas actividades serán prestadas a la población vinculada a través de instituciones públicas o prestadoras de servicios de salud, con cargo a los recursos de subsidio a la oferta”. (Resolución No 03997-96 del Ministerio de Salud).

Los niveles de prevención se pueden considerar como la descripción de medidas que fomentan la promoción de la salud, previenen, diagnostican, tratan y limitan las enfermedades y rehabilitan las secuelas de las mismas, para conservar la salud (Leavell y Clark. 1996).

El concepto salud ha tenido diversas connotaciones según el momento histórico y las condiciones socioeconómicas y políticas de ese momento grosso modo se podría resumir sin ordenación especial así: “Estado de armonía física y equilibrio funcional que se traduce en silencio orgánico “. “Situación orgánica que se caracteriza por la falta de signos y síntomas clínicos y por que los exámenes paraclínicos son completamente normales”. “completo estado de bienestar físico mental y social y no solo ausencia de enfermedad”. “producto de un proceso en el que interactúan numerosos elementos y factores del ambiente y del individuo o grupo en el que se efectúa dicho proceso.” “proceso continuo de variaciones ininterrumpidas que acompañan el fenómeno vital del hombre. (Organización Mundial de la Salud).

Epidemiológicamente, salud es la manifestación psíquica o somática de unas condiciones de vida, sociales, económicas, políticas y biológicas, positivas, de un individuo o comunidad. (Organización Mundial de la Salud).

Promoción y prevención en salud oral. En países en vía de desarrollo, como el nuestro, en donde las enfermedades buco dentales tienden a aumentar, es necesario disminuir esa tendencia mediante campañas de promoción y prevención eficaces. (Organización Mundial de la Salud).

Atención preventiva en salud oral: la atención preventiva en salud constituye un conjunto de actividades con efecto comprobado científicamente sobre el individuo, encaminada a mantener la salud oral y disminuir la presencia de las principales patologías orales en la población. (Ministerio de Salud – Dirección General de Promoción y Prevención).

En el II estudio nacional de morbilidad oral (1977 – 1980), se estableció que las enfermedades bucales que más afectan a la población colombiana son las caries y la enfermedad periodontal, siendo patologías totalmente prevenibles. Así mismo, desde hace varios años la morbilidad oral ocupa los primeros lugares de la demanda de atención ambulatoria de los servicios de salud en el país. (Informe Ejecutivo Semanal No.8 del 2000 Oficina de Epidemiología. Ministerio de Salud)

Epidemiología de la caries dental. La caries dental es una de las enfermedades más comunes en nuestra población, el último estudio nacional de salud oral realizado en 1998 muestra una reducción de 30% en el promedio de dientes con historia de caries y el ceo-d paso de 4.2 en 1977-80 a 3.0 en 1998. En relación con la dentición permanente, se observa que a los 6 – 7 años la proporción de niños con historia de caries dental es de 13.5% y 19.9% respectivamente, siendo aun alta si se considera que en estas edades el

numero de dientes presentes en boca es bajo. En el grupo etareo de 15 a 19 años se presenta una reducción en el porcentaje de personas con historia de caries dental al pasar de 93.6% en 1977-80 a 89.5% en 1998. En los mayores de 20 años 95 % presenta historia de caries dental. Los hallazgos que mas llaman la atención en este estudio están relacionados con el grupo de 12 años en el cual se encontró una reducción del COP-D de un 50% pasando este de un 4.8% en 1977-80 aun 2.3% en 1998. El estudio muestra una proporción mayor al 50% de adultos con una o mas lesiones de caries lo cual sugiere que los programas han sido implementados en la población joven trasladándose las necesidades acumuladas a este grupo. (III Estudio Nacional de Salud Bucal 1998 – ENSAB III).

Epidemiología de la gingivitis: La gingivitis es definida como la lesión inflamatoria de los tejidos marginales de la encía, cuando ya existen: presencia de profundidades periodontales sondeables mayores de 3mm, perdida de hueso alveolar visible en radiografías, presencia de inflamación en las estructuras más profundas, se habla de enfermedad periodontal. Hoy en día no hay definición uniforme de la enfermedad lo cual provee diferentes cifras de prevalencia.

Para entender la prevalencia se analizan varias variables como la edad y los niveles de higiene oral, desordenes sistémicos, pubertad, embarazo, fumar, estrés, sin embargo han demostrado que solo una pequeña fracción de la población es susceptible, el progreso de la enfermedad es lento y limitado a áreas particulares y que esta no es explicada solo sobre la base de una carencia de higiene oral.

Sin embargo la información epidemiológica revela a grandes rasgos lo siguiente: la gingivitis se inicia en la niñez, incrementa la prevalencia y severidad en individuos con dentición mixta subiendo entre las edades de 10 y 11 años, su prevalencia disminuye a los 12 años y se estabiliza durante la segunda década de la vida, su limite mas bajo lo alcanza a la edad de 20

años pero inicia su extensión de la población entre las edades de 30 – 50 años, en los ancianos no existe una desviación apreciable de su comportamiento con respecto a los adultos y se estabiliza en valores del 90% entre los 50 – 70 años. (III Estudio Nacional de Salud Bucal 1998 – ENSAB III).

En el estudio de salud oral se determinaron los índices de: placa blanda, índice comunitario de necesidades de tratamiento el cual mide la presencia o ausencia de sangrado gingival, cálculos supra e infragingivales, bolsas periodontales subdivididas en pandas (4 – 5mm) y profundas (6 mm o mas), medición del nivel clínico de inserción. (III Estudio Nacional de Salud Bucal 1998 – ENSAB III).

En los resultados del tercer estudio de salud oral se observó que el índice de placa blanda presentó una reducción de 25 % en comparación con los obtenidos en 1977 -80. (III Estudio Nacional de Salud Bucal 1998 – ENSAB III). En los niños de 5, 6, 7, 12 años y los adolescentes los datos no sugieren mejoría al observarse un índice de placa blanda que oscila entre 1.2 y 1.6 en comparación con un índice de 1.45 de los niños de 5 a 14 años en 1977-80.

A nivel periodontal, los niños y los adolescentes presentan una situación que no se diferencia significativamente de la reportada en otros estudios; los problemas más comunes son los cálculos y la gingivitis que presentan básicamente necesidades de atención de primer nivel. Tipo refuerzos de higiene oral y detartrajes supragingivales.

EL MODELO DOPRI. Propuesto por GALAN y Colaboradores (2001), el modelo denominado DOPRI, el cual concibe, que para evaluar la calidad en materia de salud, es necesario tener en cuenta seis componentes: demanda, oferta o estructura, proceso o producto e impacto o efecto. Cada uno de los componentes incorpora variables, subvariables, indicadores y rejillas de

evaluación, que permitan la evaluación integral de los organismos de salud, para efectos de esta investigación solamente se tomara el concepto de impacto.

Impacto o efecto: Evalúa aspectos tales como: la modificación del riesgo de enfermar, incapacitarse o morir de la población, el cumplimiento de programas, actividades o tareas previstas por el sector salud y los cambios de actitud de los usuarios, hacia los mismos servicios. (MALAGON 2001).

En Colombia se promueve actualmente un proceso generalizado de mejora de los indicadores de salud de la población. En la búsqueda de este objetivo, se involucra no solo el ánimo de las empresas de salud sean estas administradoras o prestadoras directas de la atención, sino un positivo ambiente político alrededor de la idea fundamental acerca de la promoción en salud incide de manera determinante a la construcción de indicadores sociales que muestran el mejoramiento en la calidad de vida en nuestra población. (MALAGON 2001).

Desde 1995 el Concejo Nacional de Política Económica y Social CONPES dispuso y estableció que la seguridad social en salud se oriente, fundamentalmente, hacia la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad y estableció como objetivos el mejoramiento de los indicadores de salud de la población. (MINISTERIO DE LA SALUD. 1998)

Para la evaluación de un programa de promoción y prevención debemos tener en cuenta los siguientes aspectos:

Según Avedis Donabedian en su documento sobre la evaluación de los cuidados médicos, han sido aplicados en una gran variedad de actividades relacionadas con evaluación.

Estructura: Evalúa los recursos y las locaciones necesarias para la realización del programa.

Proceso: Muestra la forma en que el programa fue presentado y realizado.

Resultado: Mide los alcances finales del programa.

Proceso de evaluación de garantía de la calidad en un modelo promoción de la salud y prevención de la enfermedad.... La evaluación es el proceso de seguimiento a todas y cada una de las actividades, planes, programas momentos y eventos educativos que permitan interpretar el nivel de logro de los objetivos propuesto a CORDES con los principios filosóficos y políticas educativas que orientan la promoción y prevención.

El objetivo de la evaluación es conocer la situación de gestión del programa de promoción y prevención en términos de eficiencia, eficacia y efectividad y según los resultados orientarlo hacia el logro de metas a corto, mediano y largo plazo.

Evaluación del impacto: Permite conocer entre otros los cambios logrados en el perfil epidemiológico en la calidad de la socialización y la atención, en la satisfacción de la familia y en los cambios de comportamientos actitudes y practicas de salud de la población.

Con relación a la metodología y los hallazgos encontrados en las investigaciones relacionadas dentro del marco del problema se pudo observar lo siguiente:

En la investigación denominada evaluación de un Programa de Promoción en Salud Oral por medio de vigías de la salud del Instituto Técnico de la Selva (Itagüi 1996 – 1997 CES Medellín), se utilizó una metodología cuasi – experimental que evaluó el impacto del programa de promoción en salud oral realizado por los vigías de salud oral durante el periodo 1995 – 1996; la población objeto del estudio la constituyeron 19 familias de los estudiantes matriculados en el sexto grado en la misma institución seleccionados

al azar. Para la recolección de la información se aplicó una encuesta de conocimientos, actitudes y prácticas a los integrantes de cada familia y una medición de los niveles de caries y enfermedad gingival y periodontal; la evaluación cualitativa y cuantitativa permitió medir el impacto de las actividades educativas y promocionales un año después de implementadas. Comparando los resultados de los exámenes clínicos al iniciar y finalizar el programa se encontraron cambios importantes en los niveles de placa bacteriana y sangrado gingival lo que reflejaba la adquisición de nuevos o mejores hábitos de higiene oral. (Implementación y evaluación de programa en salud oral por medio de vigías de la salud. Instituto Técnico de la Selva. Itagüi. 1996-1997.)

Para el ensayo experimental, efectividad de los programas de educación para la salud bucal en niños en edad escolar de la Universidad de Zulia (Venezuela), el estudio fue diseñado para verificar en dos escuelas de la ciudad de Maracaibo la efectividad de un programa de educación para la salud bucal basado en el uso de dos métodos que hacen posible medir la dimensión sociológica del paciente; se seleccionaron mediante muestreo probabilístico 296 niños. Los niños en cada colegio se asignaron al azar, a partes iguales entre el grupo experimental y el grupo control. Del total de individuos seleccionados se produjo una pérdida del 8% al momento de la evaluación pos – test. Los resultados señalaron que las condiciones materiales de vida y el estadio de desarrollo psicológico del niño son elementos que influyen en la asimilación de conductas, prefijada, base de los programas preventivos en odontología. La supervisión, el refuerzo de la conducta a través de la motivación y el refuerzo de la instrucción de la técnica, son componentes claves en la efectividad de los programas preventivos que el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social desarrolla en las unidades educativas del país. (Efectividad de los programas de educación para la salud bucal en niños en edad escolar. Universidad de Zulia. Venezuela.1999.)

Para la evaluación del impacto de la política de salud bucal en grupos de niños atendidos en consultorios de la comuna de Viña del Mar, Chile entre abril y septiembre de 1998 se realizó un estudio descriptivo en los escolares consultantes en donde se cuantificó el daño en caries dentales, a través el índice ce-o para el grupo de 4 a 5 años registrando el momento de la primera consulta; se cuantificó también el daño de caries dentales a través del índice COP para el grupo de 12 a 14 años registrando el momento de la primera consulta y finalmente se comparan valores obtenidos con diagnóstico epidemiológico año 1984 y vigilancia epidemiológica del fluor en los años 1989 y 1994 de MINSAL. Los resultados mostraron los cambios en la salud bucal de los grupos estudiados y se compararon con los resultados obtenidos por la vigilancia epidemiológica del fluor en el agua potable, realizado por el MINSAL en años anteriores, los que avalan un impacto positivo de las medidas preventivas implementadas. (Impacto de la política de salud bucal en grupos de niños atendidos en consultorios en la comuna de viña del mar. Chile. 1998.)

En la evaluación del programa de promoción y prevención oral implementado del Instituto Técnico Industrial Distrital Francisco José de Caldas durante el periodo 1979 – 1999, consistió en un estudio descriptivo de tipo evaluativo y retrospectivo para evaluar el impacto de las actividades de promoción y prevención a un grupo de 150 estudiantes. Los resultados mostraron una disminución de la morbilidad oral.

Estudio Nacional de Salud (1977 – 1980) se determinó que las enfermedades bucales que más afectan a la población colombiana son las caries y la enfermedad periodontal, siendo patologías totalmente prevenibles.

En el tercer Estudio Nacional Bucal (1998) se encontró que la patología dental y en los tejidos de sostén representa la primera causa de morbilidad entre los niños de 5 a 14 años y se encuentran entre las diez primeras causas de

consulta en las instituciones de salud. Así mismo, desde hace varios años la morbilidad oral ocupa los primeros lugares de la demanda de atención ambulatoria de los servicios de salud en el país. (III Estudio Nacional de Salud Bucal 1998 – ENSAB III).

PROGRAMA DE PROMOCION DE LA SALUD Y PREVENCION DE LA ENFERMEDAD ORAL IMPLEMENTADO POR EL COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO EN EL 2002 (II) A 2005(I)

El objetivo general del programa consiste en implementar el programa de promoción de la salud y prevención de la enfermedad oral en escolares de 5 a 14 años en instituciones oficiales de Bogotá y otros municipios de Cundinamarca.

(Chía, Cajicá Zipaquirá).

De este se derivaron los siguientes objetivos específicos:

1. Identificar y caracterizar los beneficiarios del programa de promoción y prevención.
2. Aplicar los conocimientos y técnicas aprendidas en la elaboración de un diagnostico de salud oral en una comunidad.
3. Establecer el diagnostico del estado de salud oral en la población objeto.
4. Aplicar el programa de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, implementando estrategias que permiten mejorar la salud oral de la población objeto.
5. Involucrar a la comunidad educativa (Directivos, Profesores y Padres de familia) en la ejecución del programa.
6. Establecer mecanismos de seguimiento y evaluación de las actividades realizadas con el programa, así como el estado de salud de la población objeto.

Como estrategias se plantearon:

1. Estrategia de Diagnostico: Diagnostico colectivo en salud oral, teniendo en cuenta los siguientes aspectos: diente sano, caries dental, placa bacteriana y mal oclusiones en la población objeto del programa.
2. Estrategia de Aplicación: desarrollo de actividades educativas en salud oral teniendo en cuenta las edades de los escolares en la población objeto, previa concertación y programación con las respectivas instituciones.

Como componentes del programa se tuvo en cuenta: educativo, diagnostico, aplicación y evaluación.

Para la evaluación del impacto del programa se propone la utilización de los siguientes indicadores.

Estado de salud oral: se medirá a partir de la historia de caries y prevalencia de caries en dentición temporal y permanente, índices (COP, ceo, IHO-S) y necesidad de tratamiento antes, durante y después del programa (5 años).

Actitud frente a la higiene oral: se observara la frecuencia de cepillado en la población escolar durante su estadía en la escuela. Se espera que realicen su cepillado al menos una vez durante la jornada escolar.

Cobertura: se verificara la implementación del programa en las diferentes instituciones educativas del municipio seleccionado.

Indicador de cobertura = $\frac{\text{No de instituciones en el programa}}{\text{No total de instituciones}} \times 100$

Indicador de eficiencia = $\frac{\text{No de niños asistentes en el programa}}{\text{No de niños menores de 14 años en la institución}} \times 100$

Indicador de eficacia = $\frac{\text{No de niños con auto aplicación y auto profilaxis}}{\text{No niños que asistieron a las charlas}} \times 100$

El programa establece para su funcionamiento la siguiente estructura organizativa:

- a. **Primer Nivel:** integrado por la alcaldía local, representado por la secretaria de salud y la secretaria de educación, quienes definen los lineamientos generales y normas de un programa de promoción y prevención en salud oral.
- b. **Segundo Nivel:** integrado por el COC a quien le corresponde la implementación del programa de promoción y prevención, asignando un responsable para la coordinación del respectivo programa.
- c. **Tercer Nivel:** constituido por los ejecutores del programa en el COC y las entidades educativas seleccionadas.

METAS

Según la OMS

5- 6 años 50% de los niños libres de caries

12 años índice COP $\leq$ 3.0

1.5. OBJETIVOS.

1.5.1. OBJETIVO GENERAL.

Determinar el impacto del programa de promoción de la salud oral y prevención de la enfermedad de la población escolar de los colegios oficiales del municipio de Cajicá Cundinamarca del 2002 (II) a 2005(I).

1.5.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS.

- Describir las características sociodemográficas de la población del programa en cuanto a: edad y género.
- Determinar los índices: Historia de caries, prevalencia de caries en dientes temporales, permanentes y la higiene oral (IHO-S) para el periodo.
- Identificar y cuantificar las diferentes actividades realizadas para la implementación del programa de promoción de la salud y prevención de la enfermedad en el municipio de Cajicá en cuanto a: Diagnostico de la salud oral, control de placa, enseñanza de cepillado, educación en salud oral, necesidad de tratamiento y remisiones para el periodo.

2. ASPECTOS METODOLOGICOS.

2.1. TIPO DE ESTUDIO.

Estudio descriptivo retrospectivo.

2.2. POBLACION.

2.2.1. Población blanco: Escolares de 5 – 14 años de los colegios oficiales del municipio de Cajica, Cundinamarca, beneficiarios del programa de promoción de la salud y prevención de la enfermedad en periodo comprendido entre 2002(II) a 2005(I).

2.2.2. Población accesible: Informe de gestión de la implementación del programa de promoción de la salud y prevención de la enfermedad para los periodos seleccionados y su respectiva base de datos.

2.2.3 Población elegible: Se tienen en cuenta algunos criterios de inclusión y exclusión según las variables a medir así:

Criterios de Inclusión:

- Escolares de 5-14 años de los colegios que hallan participado en el programa en forma continúa en el programa.
- Niños de ambos géneros.
- Zona rural y urbana.

Criterios de Exclusión:

- Niños que no estén estudiando.
- Niños que no asistan en el momento de las actividades no asistan.
- Niños que por mal comportamiento al momento del examen se excluyen.

2.2.4. Tamaño de la población: Escolares de los colegios oficiales de Cajica Cundinamarca que participan en el programa para 2002(II) a 2005(I).

2.3 VARIABLES DE ESTUDIO.

La definición y operacionalización de dichas variables se presentan en la tabla.

VARIABLES	DEFINICION	OPERACIONALIZACION	CATEGORIA	TIPO DE VARIABLE.	INSTRUMENTO RECOLECCION.	ESCALA MEDICIÓN
Características sociodemográficas.						
1.1 Edad.	Variable cambiante en cada niño y equivale al tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la actualidad en años.	5 a 14 años	Cuantitativo	Independiente	Informe de gestión y su respectiva base de datos	Nominal.
1.2 Genero.	Rasgos del ser humano para determinar sexo.	Masculino o femenino	Cualitativo	Independiente	Informe de gestión y su respectiva base de datos	Nominal.
Operatividad Estructura y Organizacional	Conjunto de actividades a desarrollar en el programa de P y P por los diferentes actores.	- Nivel de planeación, nivel de ejecución nivel de planeación en la implementación del programa en el municipio de Cajicá.	Cualitativa	Independiente	Programa de promoción de la salud y prevención de la enfermedad del COC.	
2.1 Planeación del programa			Cualitativa	Independiente	Programa de promoción de la salud y prevención de la enfermedad del C.O.C.	
2.2 Funcionamiento y operatividad del programa.	Forma como se desarrolla las diferentes actividades establecidas en el programa.		Cualitativa	Dependiente	.Informe de gestión y su respectiva base de datos	Ordinal
2.3 Resultados	Logros obtenidos mediante la implementación del programa					

3.1 Diagnostico salud oral	Necesidad de tratamiento	Conjunto de actividades que se desarrollan en la ejecución del programa de P y P para cumplir objetivos propuestos.	Identificación de actividades de diagnostico inicial para determinar los índices de IHO-S, COP ceo en los escolares	Cualitativo	Dependiente	Instructivos anexos al programa de P y P e informe de gestión de cada semestre para el municipio de Cajicá.
		Conjunto de acciones preventivas tendientes a preservar el buen estado de salud oral en la población objeto del programa.	Actividades de profilaxis y auto aplicación de flúor a escolares de Cajicá	Cualitativo	Dependiente	Instructivos anexos al programa de P y P e informe de gestión de cada semestre para el municipio de Cajicá.
		Población escolar objeto de terapia oral	Prevención operatoria, periodoncia, endodoncia, cirugía, ortodoncia y urgencia	Cualitativo	Dependiente	Instructivos anexos al programa de P y P e informe de gestión de cada semestre para el municipio de Cajicá
4.1 actividades diagnostico.	de	Evaluación cuantitativa de las actividades realizadas en la implementación del programa.				
		Conjunto de acciones semiológicas tendientes a identificar el estado salud oral de la población objeto.	Medición inicial de los índices IHO-S, COP, ceo, a los escolares.	Cuantitativo	Dependiente	Informe de gestión y base de datos.
4.2Actividades promoción y prevención	de	Conjunto de acciones tendientes a prevenir y preservar la salud oral de los escolares.	Cuantificación de actividades de promoción a los escolares.	Cuantitativo	Dependiente	Informe de gestión y base de datos

IMPACTO						
	Efecto producido por la intervención de actividades realizadas en la ejecución del programa de P y P en escolares de 5 a 14 años en colegios oficiales de Cajicá.					
5.1 Historia de caries.	Amamnesia alrededor de los antecedentes patológicos dentales.	COP y ceo	Cuantitativo	Dependiente	Informe de gestión y base de datos programa.	
5.2 Prevalencia de caries.	Existencia de lesiones dentales.	Diagnostico visual en los escolares	Cualitativa y cuantitativa.	Dependiente	Informe de gestión base de datos programa.	
5.3 Índice COP	Mide experiencia de caries en un individuo o comunidad en dientes permanentes.	Cariado, obturado y perdido.	Cuantitativa.	Dependiente	Informe de gestión base de datos programa.	
5.4 Índice ceo	Mide experiencia de caries en un individuo o comunidad en dientes temporales.	Cariado, extraído y obturado.	Cuantitativa.	Dependiente	Informe de gestión base de datos programa.	
5.5 Índice IHO-S	Evaluar la eficacia de cepillado en una comunidad después de la aplicación de programas educativos	0: Ausencia placa 1: Presencia de placa en menos de 1/3 gingival 2: Mas de 1/3 gingival 3: Mas de 2/3 de la superficie examinada. 9: no aplicable	Cualitativa y cuantitativa	Dependiente		

2.4. INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCION DE DATOS

Se utilizó la información secundaria disponible en el informe de gestión en los años 2002(II) a 2005(I), así como su respectiva base de datos.

2.5. PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCION DE LA INFORMACION

La información necesaria para la realización de esta investigación se tomó del programa de promoción y prevención en la salud oral del COC, de los informes de gestión y medios magnéticos de los resultados semestrales de la implementación del programa de promoción y prevención de salud oral de los colegios oficiales del municipio de Cajica, Cundinamarca para el periodo comprendido entre 200(II) a 2005(I).

La información se recolectó para cada una de las variables del estudio así:

Se describieron las características sociodemográficas (edad y género) de la población escolar entre 5 y 14 años de los colegios oficiales del municipio de Cajica que hicieron parte del programa en el periodo comprendido entre el 200(II) a 2005(I); para ello se tomó como referencia la información secundaria consignada en los informes de gestión de cada periodo y su respectiva base de datos.

La verificación del cumplimiento de las actividades planeadas para el desarrollo del programa; se revisaron dichas actividades y se compararon con las realmente ejecutadas en la implementación del programa en el periodo comprendido del 2002(II) a 2005(I).

Se determinó de manera cuantitativa la eficacia del programa, es decir, si en efecto se cumplieron los objetivos formulados en el programa de promoción y prevención en salud oral para el municipio de Cajica: estableciendo

comparaciones entre los diferentes periodos del estudio, para lo cual se utilizaron los datos relacionados en el informe de gestión para cada uno de los periodos evaluados y su respectiva base de datos.

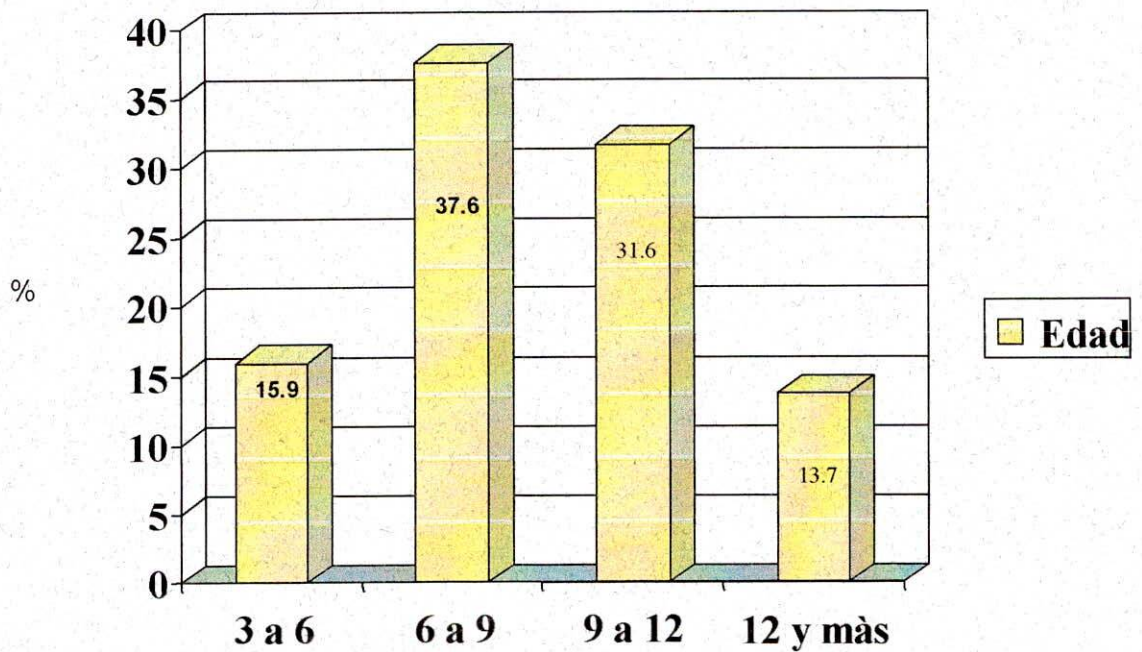
Se mide el impacto de las diferentes intervenciones, es decir, los efectos que pueden atribuirse exclusivamente a las diferentes intervenciones en la población escolar, se hará mediante la comparación y análisis de los índices: historia de caries, COP-D, ceo-d y el índice de higiene oral simplificada presentados por el estudio en el respectivo periodo.

3. RESULTADOS

3.1 CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS

EDAD: La mayor población escolar estuvo comprendida en el rango de edad de 6 a 9 años (Fig. 1)

FIGURA 1. COMPARACION DE LA POBLACIÓN SEGÚN LA EDAD



FUENTE: Informes de gestión Cajica-Cundinamarca. Colegio Odontológico Colombiano.

GÉNERO: En los colegios oficiales del municipio de Cajicá para los periodos 2002(II) a 2005(I), la mayor población le correspondió al género masculino con un 50.5%, seguida del género femenino con un 49.5%. (Fig. 2)

FIGURA 2: COMPARACIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN GÉNERO

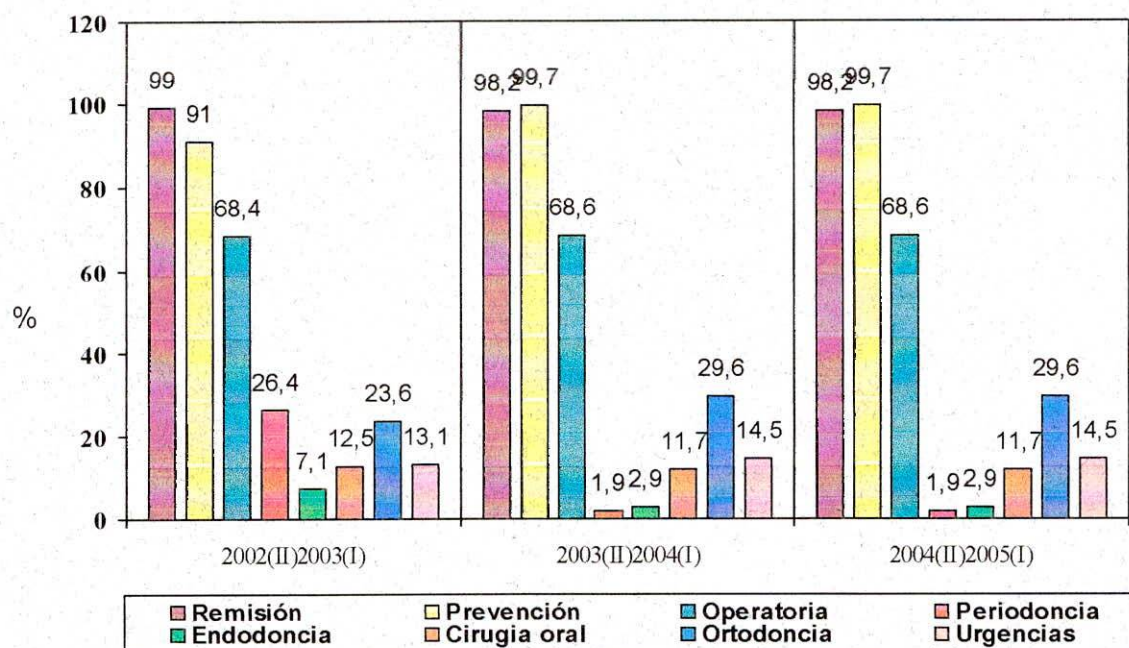
GENERO	1 AÑO	2 AÑO	3 AÑO
FEMENINO	497	515	792
MASCULINO	504	536	528
TOTAL	1001	1051	1320

FUENTE: Informes de gestión Cajica-Cundinamarca. Colegio Odontológico Colombiano durante el 2002(II) a 2005(I).

Las actividades desarrolladas para la implementación del programa de Promoción y Prevención en salud oral en el municipio de Cajica para los periodos 2002 (II) a 2005(I) fueron las siguientes:

- Diagnostico de salud oral: Valoración de los índices.
- Educación en salud oral: Enseñanza de cepillado y auto profilaxis
- Necesidad de tratamiento: Prevención, operatoria, periodoncia, endodoncia, cirugía oral, ortodoncia, urgencias.

FIGURA 3: NECESIDADES DE TRATAMIENTO



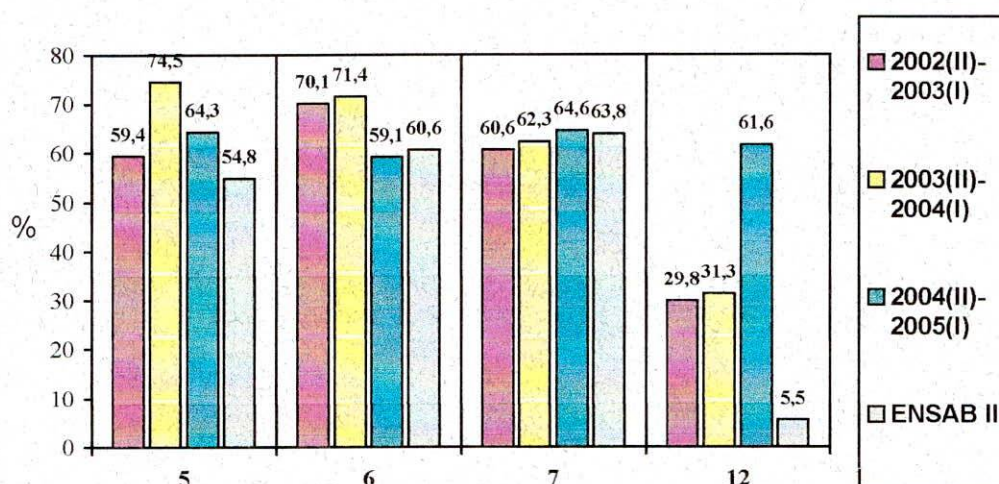
FUENTE: Informes de gestión Cajica-Cundinamarca. Colegio Odontológico Colombiano.

3.2 COMPARACION DE LOS INDICADORES DE SALUD ORAL PARA EL PERIODO 2002 (II) A 2005(I)

En relación a la prevalencia de caries en dentición temporal según las edades, el grupo de edad de 5 años la prevalencia en el primer año evaluado fue de 59.4%, en el segundo aumentó a 74.5%, en el tercer año se disminuyó a 64.3% con respecto al segundo, lo que está por encima de lo reportado en el Tercer Estudio Nacional de Salud Bucal (ENSAB III) que fue de 54.8%, para el grupo de edad de 6 años, años la prevalencia en el primer año evaluado fue de 70.1% en el segundo aumentó a 71.4%, en el tercer año se disminuyó a 59.1% con respecto al segundo, lo que está por debajo de lo reportado en el Tercer Estudio Nacional de Salud Bucal (ENSAB III) que fue de 60.6%, Para el grupo de edad de 7 años la

prevalencia en el primer año evaluado fue de 60.6%, en el segundo aumentó a 62.3%, en el tercer año aumentó a 64.6% con respecto al segundo, lo que está por encima de lo reportado en el Tercer Estudio Nacional de Salud Bucal (ENSAB III) que fue de 63.8%, Para el grupo de edades de 12 años la prevalencia en el primer año evaluado fue de 29.8%, en el segundo aumentó a 31.3%, en el tercer año se aumentó a 61.6% con respecto al segundo, lo que está por encima de lo reportado en el Tercer Estudio Nacional de Salud Bucal (ENSAB III) que fue de 5.5% (Fig. 4).

FIGURA 4: COMPARACION DE LA PREVALENCIA DE CARIES SEGÚN LA EDAD EN DENTICION TEMPORAL

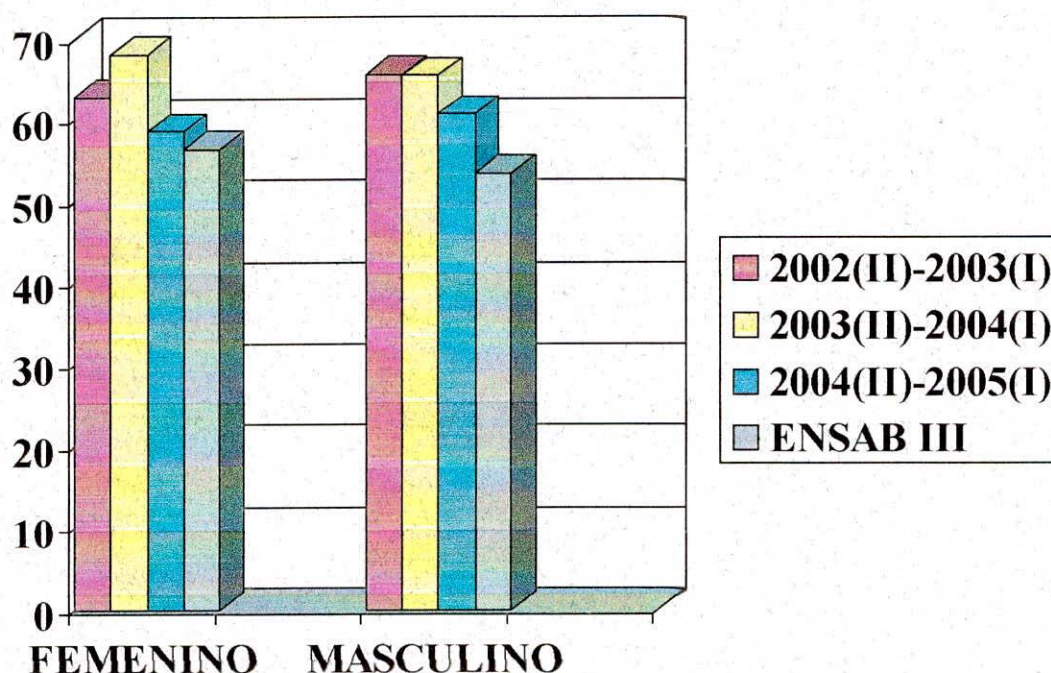


FUENTE: Informes de gestión Cajica-Cundinamarca. Colegio Odontológico Colombiano

En cuanto a Género se encontró que, para el género femenino, la prevalencia en el primer año fue de 62.9%, en el segundo aumento a 68.2% y en el tercer año disminuyó a 58.6%, lo cual está por encima de el III Estudio Nacional de Salud Bucal que fue de 56.4%, y para el género masculino la prevalencia de el primer año fue de 65.7%, en el segundo

disminuyo a 65.5% y en el tercer año disminuyo a 60.7% , lo cual esta por encima de el III Estudio Nacional de Salud Bucal que fue de 53.4% (Fig. 5)

FIGURA 5. PREVALENCIA DE CARIES SEGÚN GÉNERO EN DIENTES TEMPORALES

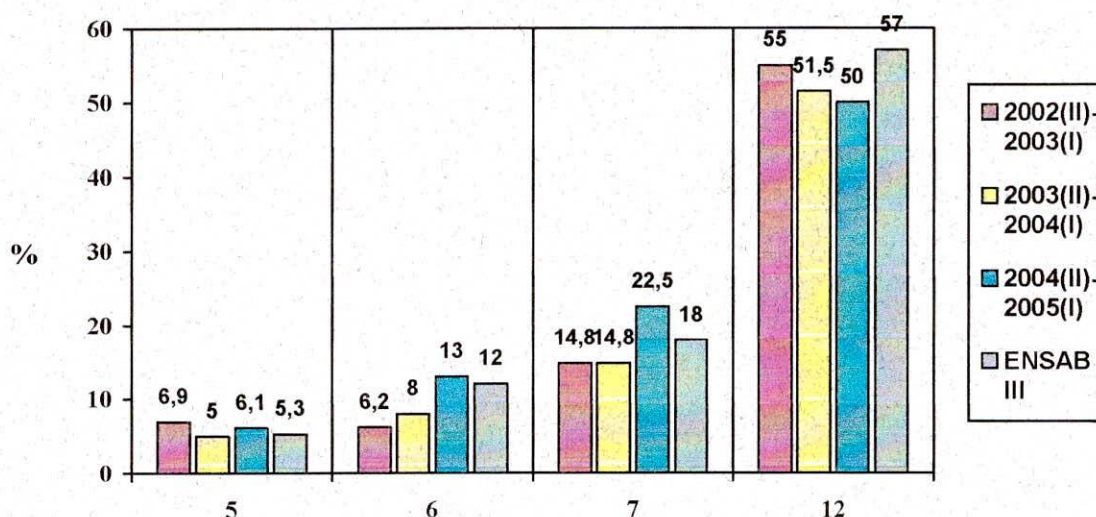


FUENTE: Informes de gestión Cajica-Cundinamarca. Colegio Odontológico Colombiano

En relación a la prevalencia de caries en dentición permanente según las edades, el grupo de edad de 5 años la prevalencia en el primer año evaluado fue de 6.9%, en el segundo disminuyo a 5.0%, en el tercer año aumento a 6.1% con respecto al segundo, lo que está por encima de lo reportado en el Tercer Estudio Nacional de Salud Bucal (ENSAB III) que fue de 5.3%, para el grupo de edad de 6 años, años la prevalencia en el primer año evaluado fue de 6.2% en el segundo aumentó a 8.0%, en el

tercer año aumento a 13.0% con respecto al segundo, lo que está por encima de lo reportado en el Tercer Estudio Nacional de Salud Bucal (ENSAB III) que fue de 12.0%, Para el grupo de edad de 7 años la prevalencia en el primer año evaluado fue de 14.8%, en el segundo fue igual al resultado anterior 14.8%, en el tercer año aumentó a 22.5% con respecto al segundo, lo que está por encima de lo reportado en el Tercer Estudio Nacional de Salud Bucal (ENSAB III) que fue de 18.0%, Para el grupo de edades de 12 años la prevalencia en el primer año evaluado fue de 55%, en el segundo disminuyó a 51.5%, en el tercer año disminuyó a 50% con respecto al segundo, lo que está por debajo de lo reportado en el Tercer Estudio Nacional de Salud Bucal (ENSAB III) que fue de 57%(Fig.6)

FIGURA 6. PREVALENCIA DE CARIES EN DIENTES PERMANENTES SEGÚN EDAD

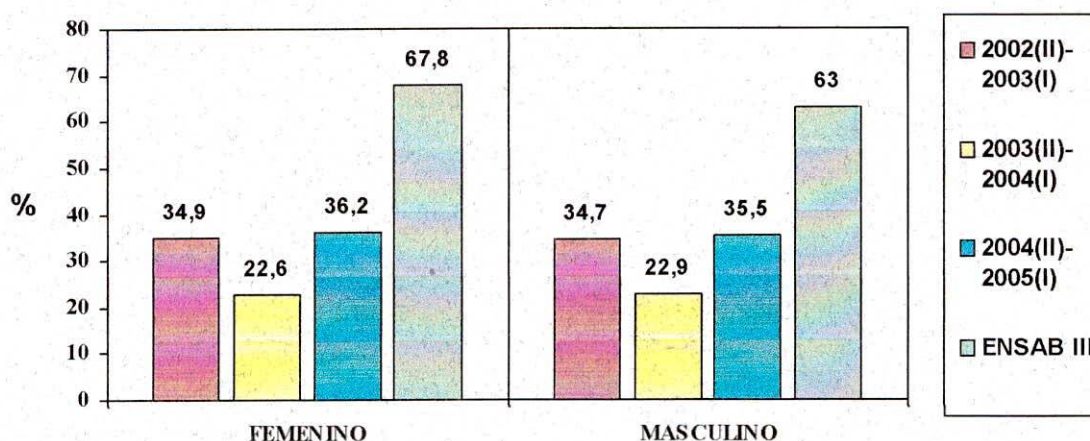


FUENTE: Informes de gestión Cajica-Cundinamarca. Colegio Odontológico Colombiano

En cuanto a Género se encontró que, para el género femenino, la prevalencia en el primer año fue de 34.9%, en el segundo disminuyó a

22.6% y en el tercer año aumento a 36.2% , lo cual esta por debajo de el III Estudio Nacional de Salud Bucal que fue de 67.8%, y para el genero masculino la prevalencia de el primer año fue de 34.7%, en el segundo disminuyo a 22.9% y en el tercer año aumento a 35.5% , lo cual esta por debajo de el III Estudio Nacional de Salud Bucal que fue de 63.0% (Fig. 7)

FIGURA 7. PREVALENCIA DE CARIES SEGÚN GÉNERO EN DIENTES PERMANENTES

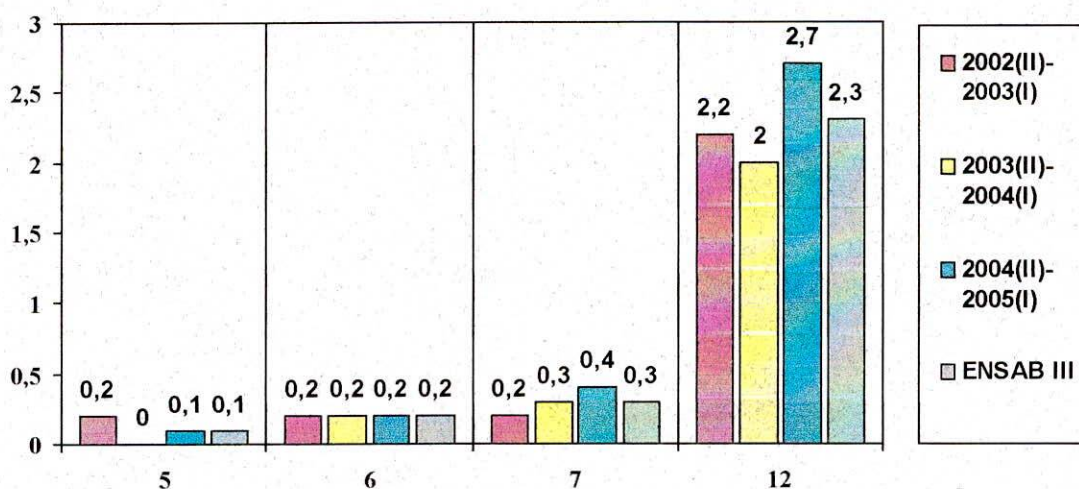


FUENTE: Informes de gestión Cajica-Cundinamarca. Colegio Odontológico Colombiano

En lo relacionado con el índice COP (cariados, obturados y perdidos) en el grupo de 5 años, en el primer año fue de 0.2% en el segundo año disminuyo a 0.0% y en el tercer año fue de 0.1% igual a reportado en el III Estudio Nacional de Salud Bucal , para el grupo de 6 años fue de 0.2 %para los tres años estudiados al igual que el reportado por el III Estudio Nacional de Salud Bucal , para la edad de 7 años, en el primer año fue de 0.2%, en el segundo aumento a 0.3%, en el tercero aumento a 0.4% lo que esta por encima de lo reportado en el III Estudio Nacional de Salud Bucal que fue de 0.3%. Para

el grupo de 12 años, en el primer año fue de 2.2, en el segundo año disminuyó a 2.0, en el tercero aumento a 2.7, lo que está por encima de lo reportado en el III Estudio Nacional de Salud Bucal que fue de 2.3% (Fig. 8)

FIGURA 8. COMPARACION DEL COP SEGÚN LA EDAD EN DIENTES PERMANENTES

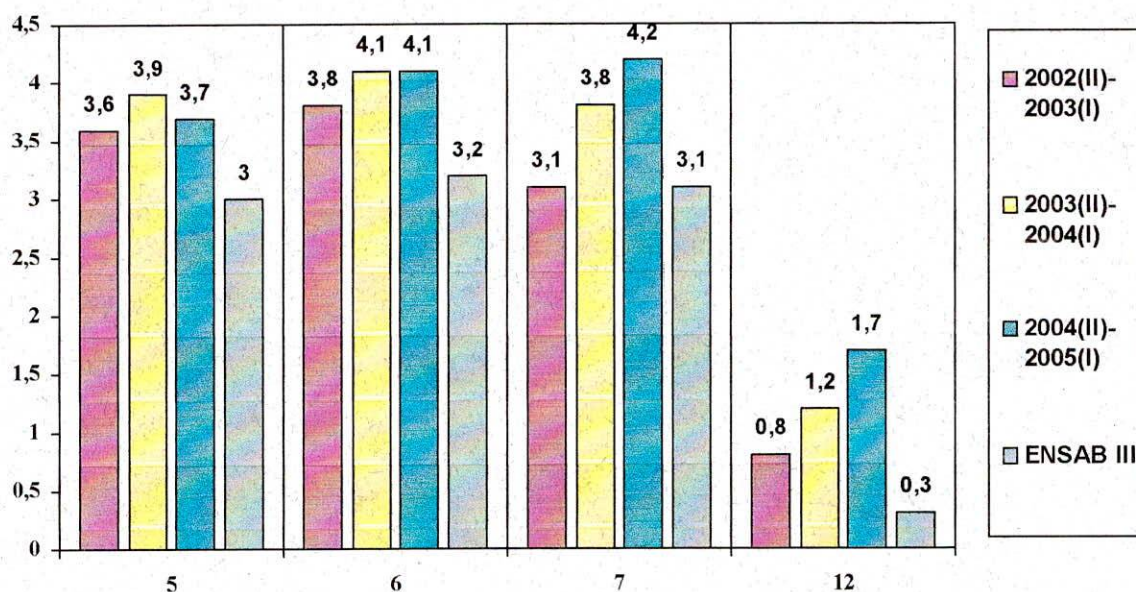


FUENTE: Informes de gestión Cajica-Cundinamarca. Colegio Odontológico Colombiano

Para el índice ceo (cariados, exodoncia indicada, obturados) en el grupo de 5 años, en el primer año fue de 3.6% en el segundo año aumento a 3.9 en el tercer año fue de 3.7% lo que está por encima de lo reportado en el III Estudio Nacional de Salud Bucal que fue de 3.0% , para el grupo de 6 años fue de 3.8 % en el segundo y tercer año aumento a 4.1% lo que está por encima de lo reportado por el III Estudio Nacional de Salud Bucal que fue de 3.2% , para la edad de 7 años, en el primer año fue de 3.1%, en el segundo aumento a 3.8%, en el tercero aumento a 4.2% lo que está por encima de lo reportado en el III Estudio Nacional de Salud Bucal que fue de 3.1%. Para el grupo de 12 años, en el primer año fue de 0.8%, en el segundo año

aumento a 1.2%, en el tercero aumento a 1.7%, lo que esta por encima de lo reportado en el III Estudio Nacional de Salud Bucal que fue de 0.3% (Fig. 9)

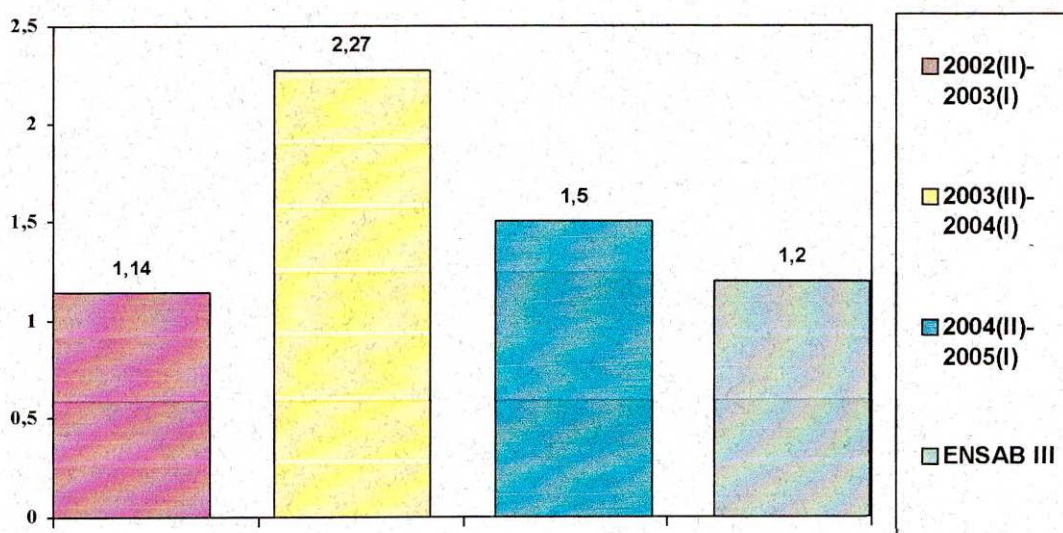
FIGURA 9. COMPARACION DEL INDICE ceo SEGÚN LA EDAD



FUENTE: Informes de gestión Cajica-Cundinamarca. Colegio Odontológico Colombiano.

El resultado obtenido del índice de higiene oral simplificada en dientes temporales en el primer año fue de 1.14%, en el segundo año aumento a 2.2% en el tercer año fue de 1.5% lo que esta por encima de lo reportado en el III Estudio Nacional de Salud Bucal que fue de 1.2% (Fig10).

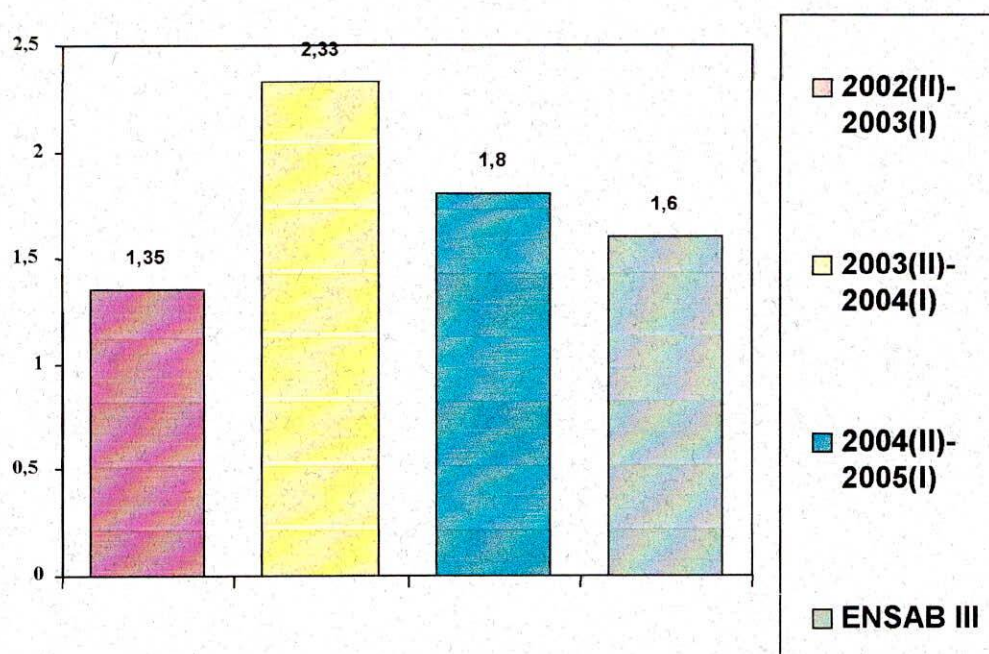
FIGURA 10. COMPARACION DEL INDICE DE IHO-S EN DIENTES TEMPORALES.



FUENTE: Informes de gestión Cajicá-Cundinamarca. Colegio Odontológico Colombiano.

El resultado obtenido del índice de higiene oral simplificada en dientes permanentes en el primer año fue de 1.35%, en el segundo año aumento a 2.33% en el tercer año fue de 1.88% lo que esta por encima de lo reportado en el III Estudio Nacional de Salud Bucal que fue de 1.6% (Fig11).

FIGURA 11. COMPARACION DEL INDICE DE IHO-S EN DIENTES PERMANENTES.



FUENTE: Informes de gestión Cajica-Cundinamarca. Colegio Odontológico Colombiano.

4. DISCUSION

La prevalencia de caries en dentición temporal a la edad de 6 años disminuyo en el tercer año con respecto al primero, siendo igual a lo reportado en el ENSAB, es importante aclarar que se ha disminuido la presencia de caries en estos escolares.

La prevalencia de caries en dentición permanente a la edad de 12 años disminuyo en el tercer año con respecto al primero, lo cual se encuentra por debajo de lo reportado en el ENSAB.

Con respecto al COP en la edad de 12 años se observa que en el tercer año evaluado aumento con respecto al primer año y al ENSAB.

Con respecto al ceo en la edad de 7 años se observa que en el tercer año evaluado aumento con respecto al primer año y al ENSAB.

En cuanto a IHO en temporales y permanentes para el segundo año se clasifico como malo mostrando una disminución en el tercer año clasificándose como regular.

5. CONCLUSIONES

- El programa de promoción de la salud y prevención de la enfermedad oral contribuye al mejoramiento de la salud oral, y ayuda a mejorar la higiene y el cuidado que deben tener los niños con sus dientes para prevenir futuras enfermedades.
- El COP en el grupo de 12 años tuvo un aumento de 2.7 con respecto al ENSAB III de 2.3, y en relación a las metas de la OMS (3.0).
- Se determinaron las diferentes necesidades de tratamiento requeridas para los escolares observando de mayor a menor remisiones, prevención y operatoria.
- Podemos concluir que si se realiza una buena educación de prevención a escolares de edad temprana podemos evitar problemas en dentición permanente.

6. RECOMENDACIONES

- Mantener los programas interinstitucionales para disminuir la prevalencia de caries en el municipio de Cajicá.
- Señalar la importancia ante la Administración Municipal de Cajicá sobre el trabajo que en cumplimiento con la Resolución 412 de 2000 el Colegio Odontológico Colombiano realiza con la demanda inducida para que esta población objeto sea atendida en muchas actividades P.O.S. y no POS., de acuerdo a su seguridad social
- Como el Colegio Odontológico Colombiano sigue realizando estas actividades, que a futuro se sigan tratando para realizar estudios comparativos con la información obtenida.

REFERENCIAS

1. MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Ley 100 de 1993. Sistema General de Seguridad Social.
2. MALAGON, Gustavo. Garantía de la calidad en Salud. 2001.
3. COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO – COC. Departamento de Investigación y Salud Pública. Programa de promoción y prevención en Salud oral para la población escolar de 5 a 14 años. Bogota.2002
4. TERCER ESTUDIO NACIONAL DE SALUD BUCAL - ENSAB III. II Estudio Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades Crónicas ENFREC II. Tomo VII. Bogotá, 1999.
5. RESTREPO, Helena y MALAGA, Hernán. Promoción de la salud: como construir la vida saludable. Editorial medica panamericana. Bogota, 2001; p 56 – 57.
6. SالدARRIAGA, Alexandra y SالدARRIAGA Oscar. El medico general y el pediatra en la promoción de la salud oral y la prevención del niño y la mujer en periodo de gestación en CES odontología. Vol. 15 No. 2, segundo semestre de 2002. Medellín, 2002; p 13.
7. MINISTERIO DE SALUD. Dirección General de Promoción y Prevención. Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad en el Sistema General de Seguridad Social, Bogota, 1996.
8. ACOSTA, E y Cols. Implementación y Evaluación de un Programa de Promoción en salud oral por medio de vigías de la salud. Instituto técnico la selva (Itagui), 1996 – 1997. Instituto de Ciencias de la Salud CES. Antioquia, VIII Encuentro de Investigación ACFO, 1998.
9. BELLOSO, Nelcy y Cols. Efectividad de los Programas de educación para la salud bucal en niños en edad escolar. Ensayo Experimental. Instituto de Investigaciones Odontológica. Facultad de Odontología. Universidad de Zulia. Acta científica Venezolana, Vol. 50.