

**LINEA BASE PARA LA CONSTRUCCIÓN DE LA POLITICA PÚBLICA DE
SALUD ORAL DEL MUNICIPIO DE COTA**

AUTORES

MÓNICA PATRICIA GARCÍA BOHÓRQUEZ

YIRLY VANNESA ESCOBAR LEÓN

INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA COLEGIOS DE COLOMBIA

UNICOC

ÁREA DE EDUCACIÓN AVANZADA Y CONTINUADA

ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA EN SERVICIOS DE SALUD

BOGOTÁ NOVIEMBRE DE 2018

**LINEA BASE PARA LA CONSTRUCCIÓN DE LA POLITICA PÚBLICA DE
SALUD ORAL DEL MUNICIPIO DE COTA**

AUTORES

MÓNICA PATRICIA GARCÍA BOHÓRQUEZ

YIRLY VANNESA ESCOBAR LEÓN

ASESOR CIENTÍFICO:

Dr. Víctor Manuel Vélez

Odontólogo Especialista en Gerencia en Servicios de Salud

Colegio Odontológico Colombiano

INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA COLEGIOS DE COLOMBIA UNICOC

ÁREA DE EDUCACIÓN AVANZADA Y CONTINUADA

ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA EN SERVICIOS DE SALUD

BOGOTÁ NOVIEMBRE DE 2018

El Trabajo de grado **“LINEA BASE PARA LA CONSTRUCCIÓN DE LA POLITICA PUBLICA DE SALUD ORAL DEL MUNICIPIO DE COTA”**. Fue elaborado por **Mónica Patricia García Bohórquez, Yirly Vannesa Escobar León**, como requisito para optar por el título de especialista en **Gerencia en Servicios de Salud**.

La sustentación se llevó a cabo 30 de noviembre de 2018

Dr. Víctor Manuel Vélez
Asesor Científico

DEDICADO A

Dios, por darnos la oportunidad de vivir y fortalecer nuestros corazones, a nuestros Esposos e Hijos por ser el pilar fundamental en todo lo que somos y por su incondicional apoyo perfectamente mantenido a través del tiempo. Todo este trabajo ha sido posible gracias a ellos.

Mónica-Vanessa

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a nuestras familias por el apoyo incondicional para culminar esta etapa de nuestras vidas; a nuestros hijos por cedernos su tiempo para poder lograr el objetivo propuesto durante esta especialización, nuestros Docentes y Director por la enseñanza para la vida.

Gracias

LINEA BASE PARA LA
CONSTRUCCION DE LA POLITICA
PÚBLICA DE SALUD ORAL DEL
MUNICIPIO DE COTA.

Un reto...Alcanzar los mayores niveles de Salud Oral para toda la población del municipio, especialmente los estratos menos favorecidos, mediante un proceso progresivo de implementación de estrategias y acciones viables desde el punto de vista administrativo, financiero y de recursos humanos.

CONTENIDO

CONTENIDO	2
INTRODUCCION.....	6
PRESENTACION	8
OBJETIVO GENERAL	9
1. MARCO TEORICO	10
1.2 MARCO LEGAL.....	10
1.3 MARCO NORMATIVO.....	11
1.4 MARCO SITUACIONAL	14
1.5 DEMOGRAFIA.....	14
1.6 ANTECEDENTES DE LAS POLÍTICAS DE SALUD ORAL	16
1.6.1 CONTEXTO INTERNACIONAL	16
1.6.2 CONTEXTO NACIONAL	18
1.6.3 CONTEXTO DEPARTAMENTAL.....	22
1.6.4 CONTEXTO MUNICIPAL	23
2. MARCO CONCEPTUAL	28
2.1. SALUD GENERAL Y SALUD ORAL.....	28
2.2 ÍNDICES DE SALUD ORAL	30
2.2.1 INDICE DE CARIES DENTAL	30
2.3 INDICE DE HIGIENE ORAL.....	31
2.4 INDICE PERIODONTAL.....	32
2.5 INDICE DE FLOUROSIS DENTAL	32
2.6 PRINCIPIOS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA.....	33
2.7 Principios Orientadores	34
2.8 Determinantes Sociales de Salud	34
3. DIAGNÓSTICO	35
3.1 INTRODUCCION	35
3.2 CALCULO DE LA MUESTRA.	36
3.2.1 MODO DE OBTENCION:	37
3.3 MATERIAL Y METODO	37

3.4 DISTRIBUCION DEL ESTADO BUCAL.....	42
3.5 INDICE DE HIGIENE ORAL.....	44
3.6 INDICE COP	46
3.7 Factores que afectan al desarrollo de caries	46
3.7.1 Factores individuales	46
3.8 Higiene bucal y uso del flúor	47
3.9 Factores de la dieta	48
3.10 INDICE ceo	49
3.11 INDICE DEAN.....	51
3.12 INDICE PERIODONTAL.....	52
3.12.1 Enfermedad Periodontal	52
3.12.2 Embarazo y Salud Oral.....	52
3.12.3 Lactancia Materna	52
3.13 METODOLOGIA PARA LA REALIZACION DE MESAS DE TRABAJO	54
3.13.1 Objetivo	54
3.15 PRIORIZACIÓN DE PROBLEMÁTICA	56
4. PROBLEMATICA A INTERVENIR EN SALUD ORAL.....	57
5. LINEAS ESTRATEGICAS	58
6.OBJETIVOS GENERALES EN CADA LINEA ESTRATEGICA	58
7.ESTRATEGIAS	60
BIBLIOGRAFIA.....	62

INDICE DE GRAFICAS

GRÁFICA 1 MORBILIDAD ORAL DEPARTAMENTO 2010.....	23
GRÁFICA 2 DISTRIBUCIÓN GRUPO ETAREO	38
GRÁFICA 3 DISTRIBUCIÓN GENERO	38
GRÁFICA 4 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL GENERO	39
GRÁFICA 5 DISTRIBUCION AFILIACION AL SGSS.....	39
GRÁFICA 6 DISRIBUCION PORCENTUAL AFILIACION AL SGSS	40
GRÁFICA 7 DISTRIBUCION SECTOR.....	40
GRÁFICA 8 DISTRIBUCION PORCENTUAL SECTOR	41
GRÁFICA 9 DISTRIBUCION OCUPACION	41
GRÁFICA 10 DISTRIBUCION PORCENTUAL OCUPACION.....	42
GRÁFICA 11.DISTRIBUCIÓN ESTADO BUCAL	43
GRÁFICA 12 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL ESTADO BUCAL.....	44
GRÁFICA 13 DISTRIBUCIÓN INDICE HIGIENE ORAL	45
GRÁFICA 14 DISTRIBUCION PORCENTAL INDICE HIGIENE ORAL	45
GRÁFICA 15 INDICE COP	49
GRÁFICA 16 INDICE ceo	50
GRÁFICA 17 DISTRIBUCION INDICE DEAN.....	51
GRÁFICA 18 DISTRIBUCION PORCENTUAL INDICE DEAN	51
GRÁFICA 19 DISTRIBUCION INDICE PERIODONTAL	54
GRÁFICA 20 DISTRIBUCION PORCENTUAL INDICE PERIODONTAL.....	54

INDICE DE TABLAS

TABLA 1. MORBILIDAD ESPECÍFICA EN LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES, MUNICIPIO DE COTA 2011 – 2014.....	23
TABLA 2 DESCRIPCIÓN ÍNDICE DEAN.....	32
TABLA 3 VALORES HIGIENE ORAL.....	32
TABLA 4 VALORES INDICE PERIODONTAL	32
TABLA 6 MUESTREO.....	37

INTRODUCCION

La salud oral forma parte integral de la salud general de las personas; no se puede hablar de individuos sanos cuando se anteponen enfermedades o alteraciones en la cavidad bucal.

Las caries dentales, las periodontopatias y las maloclusiones, entre otras enfermedades causan en la población general, especialmente en los niveles socioeconómicos más bajos, manifestaciones acompañadas de dolor, sangrado, infección, etc. y en algunos casos, problemas estéticos y repercusiones en la salud general que pueden inclusive llevar a problemas graves de salud.

De acuerdo a las encuestas nacionales, la mayoría de los niños en edad escolar tiene caries dental sin tratamiento, que seguramente los llevará a enfrentar manifestaciones como las enunciadas anteriormente y peor aún enfrentarse a la pérdida temprana de los dientes.

En Colombia la prevalencia de caries ha sido evaluada a través de estudios nacionales y regionales. El último Estudio Nacional de Salud Bucal del año 2014 ENSAB IV¹ reveló que el 62.10% de los niños de cinco años tienen historia de caries dental y que cada niño tiene en promedio tres (3) dientes afectados a los 7 años. El 54.16% ha experimentado la caries en los dientes primarios y el 19.9% ya se ha visto afectado en su dentición permanente.

En el mismo estudio, el valor del índice COP Cariado Obturado y Perdido a los cinco años de edad fue de 1.51, dato que puede ser inferido para comunidades como la del Municipio de Cota que comparte las mismas condiciones de vida de la mayoría de municipios del departamento.

Por lo general el niño es llevado a la consulta odontológica para aliviar el dolor que ya se ha hecho presente en el avance de la enfermedad bucal. Las personas de los estratos más bajos no visitan los servicios odontológicos de manera preventiva o para tratar lesiones incipientes de caries, lo hacen cuando la situación los ha llevado a una lesión mayor por la presencia de caries. Otro factor que contribuye a la mala Salud Oral son los hábitos bucodentales deficientes, a lo que se suma el hecho de que la atención odontológica es costosa a nivel particular y con deficiencias en su calidad de prestación para afiliados o beneficiarios de los diferentes regímenes de atención en el Sistema de Seguridad Social en Salud.

Las enfermedades orales como la caries dental, la enfermedad periodontal, la pérdida de dientes, las lesiones de la mucosa oral, el cáncer orofaríngeo, las manifestaciones orales del SIDA y los traumatismos, son un problema importante de la salud pública que tiene impacto en el individuo y la comunidad en términos de sufrimiento, incapacidad y detrimento en la calidad de vida.

Gran parte del problema de salud oral puede ser solucionado a través de esfuerzos de prevención que incluyen estrategias masivas como la fluorización de la sal, el flúor tópico, la detección temprana del cáncer orofaríngeo y la educación sobre la higiene dental.

Si bien la población de Cota que corresponde aproximadamente a 24.916 habitantes en el año 2015 según proyecciones de Población con base en censo DANE 2005, consumen sal fluorada y existen programas de Prevención y Promoción en Salud Oral, gran parte de la población ha experimentado algún tipo de enfermedad de tipo bucal, que incluyen dolencias dentales que afecta su calidad de vida.

Los datos encontrados y analizados en el ejercicio de este estudio, reflejan que la salud bucodental de la población puede ser mejorada.

El presente documento representa el primer esfuerzo para sentar las bases de una verdadera intervención en función de solucionar la enfermedad bucodental y se constituye en la línea base y punto de partida de la Salud Oral, en pro de una planificación y programación ordenada de las actividades de atención a la población.

¹ MINSALUD, ENSAB IV: Para saber cómo estamos y saber qué hacemos. Universidad de Antioquia, 2013-2014.

PRESENTACION

Este estudio de Salud Oral del Municipio de Cota es el resultado de un proceso participativo de los principales actores iniciado a partir de la decisión de enfrentar los problemas en salud oral que afectan a la población de Cota, especialmente la de los niños adolescentes y adultos mayores.

Se hizo una revisión sistemática de toda la documentación existente que pudiera servir de base para la construcción del documento, se llevó a cabo la aplicación de un instrumento diseñado para la recolección de datos con la población del municipio, población sacada por muestreo. Para abarcar toda la población del municipio se realizaron mesas de Trabajo con el fin de encontrar la morbilidad sentida en las cuales participaron los profesionales de Odontología del Municipio, la población en condición de discapacidad, población adulta mayor, niños, adolescentes y jóvenes.

El presente documento es un instrumento de análisis, además de una guía metodológica para la comprensión de la Salud Oral en el municipio de Cota y de las estrategias para enfrentar los principales problemas.

OBJETIVO GENERAL

Alcanzar los mayores niveles de Salud Oral para toda la población del municipio, especialmente los estratos menos favorecidos, mediante un proceso progresivo de implementación de estrategias y acciones viables desde el punto de vista administrativo, financiero y de recursos humanos.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

-Desarrollar acciones de salud oral de manera integral a las acciones contenidas en los programas y planes formulados por el Ministerio de Salud y Protección Social en el marco del actual Sistema General de Seguridad en Salud.

-Fomentar prácticas de autocuidado y estilos de vida saludables que favorezcan la Salud Oral y por ende la salud general de los habitantes del municipio.

-Promover la remisión de la mujer en embarazo a consulta odontológica, con el fin de iniciar un control temprano de la prevención de la enfermedad oral, especialmente la Periodontal.

-Promover entornos saludables especialmente en la primera infancia para así garantizar el desarrollo infantil libre de caries.

-Aumentar la asistencia de la comunidad, a la consulta odontológica para disminuir la incidencia de caries y enfermedad periodontal mediante la utilización de campañas de Promoción de la Salud Oral utilizando estrategias de educación masiva y visitas domiciliarias.

-Mejorar la integración de la Salud Oral a los servicios generales de salud del municipio mediante la implementación de estrategias y normas encaminadas a sensibilizar a los profesionales de salud sobre la importancia de la salud oral en la salud integral de las personas.

-Mejorar la educación de la Salud Oral de la población de Cota, mediante la utilización de medios de comunicación masivos para implementar campañas dirigidas a sensibilizar la población de la importancia de la Salud Oral compuesta por acciones educativas de formación y comunicación en los medios de prensa y televisión, orientada a la prevención y fomento de buenos hábitos de higiene oral.

1. MARCO TEORICO

1.2 MARCO LEGAL

Un problema público es una construcción que se enmarca en un determinado contexto y requiere, además de contar con un reconocimiento público, obedecer a una problematización¹. La salud constituye un derecho humano contemplado en la Carta Política de las Naciones Unidas, considerándose un compromiso de las naciones que se destaca en conferencias mundiales como la Conferencia de Población de El Cairo, realizada en 1994 y en declaraciones internacionales como la Declaración por la Salud de los Pueblos de Alma Ata en 1978. La salud es un bien al cual se puede tener o no acceso y es un indicador de desarrollo humano y social. Constituye además un constructo complejo y multifactorial donde convergen dimensiones biológicas, culturales, sociales, Políticas, económicas y de género.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud OMS, la salud es el estado de completo bienestar físico, mental y social del ser humano y no sólo la ausencia de enfermedad. Esta definición creada por la OMS (1948), y que se encuentra vigente en el contexto internacional, lleva a concebir la salud como un estado de la persona, ligado a aspectos subjetivos como la cultura, las creencias y la identidad². El Derecho a la Salud está en directa relación con la distribución del ingreso, la seguridad y protección social, así como con la disposición que se hace en cada país de servicios de salud adecuados y de programas y acciones de salud pública destinados a erradicar o a minimizar problemáticas prevenibles y a fomentar prácticas saludables en la población. En este sentido, la salud requiere de la existencia de normas, instituciones, leyes, políticas y un entorno propicio para su disfrute, lo cual implica que estas disposiciones constituyan parte esencial en los Planes y Proyectos de desarrollo de todos los estados. La accesibilidad, disponibilidad, aceptabilidad y calidad, son criterios con los cuales se pueden evaluar el respeto al Derecho a la Salud.

Los valores de universalidad y equidad en salud tienen aceptación prácticamente generalizada en el mundo de hoy. Contar con sistemas de salud que atiendan a todos los ciudadanos sin distinción de clase social, raza, credo, género u otras condiciones sociales son requisitos para una vida lectiva digna. Estos valores se encuentran consagrados en la mayoría de los textos constitucionales de los países, siendo ratificados por Resoluciones de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS)³.

-1 MOLINA G.; CABRERA, G.A. (Comp). Políticas Públicas en Salud: aproximación a un análisis. Grupo de Investigación en Políticas de Salud, Facultad Nacional de Salud Pública Héctor Abad Gómez, Universidad de Antioquia, 2008.

-2 ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Documentos básicos. <http://www.phmovement.org/cms/files/WH>

- 3 SUÁREZ, J.M. Universalidad con Equidad en Salud. Desafíos para América Latina en el Siglo XXII. Primer Congreso de Medicina y Salud, UNAM, Ciudad de México, 22 a 24 de abril de 2009. http://www.mex.ops-oms.org/documentos/equidad/universalidadequidadsalud_0409.pdf, consultada el 21 de diciembre de 2009.

1.3 MARCO NORMATIVO

La Constitución Política de Colombia de 1991 define a Colombia como un Estado Social de Derecho organizado en forma de República Unitaria, Descentralizada, con autonomía de sus entidades territoriales, democrática, participativa y pluralista, fundada en el respeto de la dignidad humana, en el trabajo y la solidaridad de las personas que la integran y en la prevalencia del interés general.

Las Leyes 10 de 1990, 100 de 1993, 1122 de 2007 y 715 de 2001, Desarrollan los fundamentos que rigen el Sistema General de Seguridad Social en Salud y determinan su dirección, organización y funcionamiento, normas administrativas, financieras, de control y las obligaciones que se derivan de su aplicación bajo los fundamentos de equidad, obligatoriedad, protección integral, libre escogencia, autonomía de las instituciones, descentralización administrativa, participación social, concertación y calidad.

Resolución 6568 de 1992. Por el cual el Ministerio de Salud crea el Comité a nivel nacional y territorial para la vigilancia de fluoración y yodación de sal de consumo humano.

El Decreto 3039 del 10 de agosto de 2007, Adopta el Plan Nacional de Salud Pública para el Cuatrienio 2007 – 2010 que será de estricto cumplimiento, en el ámbito de sus competencias y obligaciones por parte de la Nación, las entidades departamentales, distritales y municipales de salud, las entidades promotoras de salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado, las entidades obligadas a compensar, las entidades responsables de los Regímenes Especiales y de Excepción y los Prestadores de Servicios de Salud.

Este Decreto estableció la Salud Oral como la tercera prioridad nacional en salud. Allí se consignan las metas nacionales y las estrategias para mejorar la salud oral, en cuanto a promoción de salud, prevención de riesgos, recuperación de la salud y vigilancia en salud. Objetivo 3. Mejorar la Salud Oral.

La Resolución 412 de febrero 25 de 2000, Estableció las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida de obligatorio cumplimiento y se adoptaron las normas técnicas y guías de atención, para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana, así como para la atención de las enfermedades de interés en salud pública. En esta Norma Técnica se incluyeron para la atención preventiva en salud bucal, las siguientes actividades: control y remoción de placa bacteriana, aplicación de flúor, aplicación de sellantes de fasetas y fisuras y el detartraje supragingival.

El Programa de Adición de Flúor a la Sal para Consumo Humano, fue aprobado mediante Decreto 2024 de 1984 reglamentado por la Resolución 15200 del mismo año.

Resolución 3577 de 2006. Por la cual se adopta el Plan Nacional de Salud Bucal –PNSB- (septiembre de 2008). El Ministerio de Protección Social, en ejercicio de sus facultades legales y en especial las conferidas por el artículo 173 de la Ley 100 de 1994 y el artículo 1º del Decreto 0205 de 2003 y considerando que conforme el artículo 42 de la Ley 715 de 2001, le corresponde a la Nación la dirección del Sistema General de Seguridad Social y por ende formular las políticas, planes, programas y proyectos de interés nacional para el sector y coordinar su ejecución, seguimiento y evaluación.

Sentencia T.760 de 2008, de la Honorable Corte Constitucional que ordena revisar y unificar los Planes Obligatorios de los Regímenes Contributivo y Subsidiado.

Acuerdo 08 del 29 de diciembre de 2009, de la Comisión de Regulación en Salud, CRES, mediante la cual se aclaran y actualizan integralmente los Planes Obligatorios de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado. Este Acuerdo excluye del Plan Obligatorio de Salud, los tratamientos de Periodoncia, Ortodoncia, Implantología, Prótesis y Blanqueamiento Dental.

Resolución 425 de 2008. Título IV. Artículo 16.

El plan de Salud pública de Intervenciones Colectivas incluye un conjunto de intervenciones, procedimientos y actividades a cargo en el Plan Nacional de salud, dirigidos a promover la salud y calidad de vida, la prevención y control de los riesgos y daños en salud de alta externalidad para alcanzar las metas prioritarias en salud definidas en el Plan Nacional de Salud Pública, las cuales son complementarias a las acciones de promoción y prevención y atención previstas en los planes obligatorios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

El Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas está compuesto por las intervenciones, procedimientos, actividades, cuya ejecución se ceñirá en los lineamientos técnicos que para el efecto expida la Dirección General de Salud Pública del Ministerio de Protección Social.

1. *Promoción de la salud y calidad de vida. Se analiza los ítems que se articulen con salud bucal: a. Difusión, promoción de políticas públicas en salud, modelos, normas técnicas y guías de atención integral.*
2. *Promoción de las estrategias “Atención integral de las enfermedades prevalentes en la infancia” AIEPI, “Instituciones amigas de la mujer y de la infancia” IAMI en todas las Instituciones Prestadoras de Salud IPS.*
3. *Promoción de hábitos higiénicos de salud bucal en el hogar, ámbito laboral, escolar e instituciones como guarderías y hogares de bienestar.*
4. *Acciones de Prevención de los Riesgos en Salud.*

Ley 1164 del 3 de octubre de 2007. Por la cual se dictan disposiciones en materia del Talento Humano en Salud, cuyo objeto es establecer las disposiciones relacionadas con los procesos de planeación, formación, vigilancia y control del

ejercicio, desempeño y ética del talento humano del área de la salud mediante la articulación de los diferentes actores que intervienen en éstos procesos.

Decreto 1011 de 2006 y su **Resolución 1043 de 2006**. Por el cual se establecen las condiciones que deben cumplir los prestadores para habilitar los servicios.

Decreto 3518 de 2006. Por el cual crea y reglamenta el Sistema de Vigilancia en Salud Pública. Este Decreto determina los conceptos y aspectos operativos básicos del Sistema Nacional y sirve de referente para los Subsistemas de Vigilancia como el de salud oral, SISVESO.

Ley 38 de enero de 1993 del Congreso de Colombia, la cual unifica el Sistema de Dactiloscopia y se adopta la Carta Dental para fines de identificación. Dispone que a partir del 1° de enero de 1993, todos los consultorios odontológicos, tanto públicos como privados, están obligados a levantar una carta dental y mantener su respectivo archivo.

Resolución 1995 de Julio de 1999 por la cual el Ministro de Salud establece Normas para el Manejo de la Historia Clínica.

Ley 1438 de 2011. “Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones”. Esta Ley tiene como objeto el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud a través de un modelo de prestación del servicio público en salud que en el marco de la Estrategia Atención Primaria en Salud permita la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable, que brinde servicios de mayor calidad, incluyente y equitativo, donde el centro y objetivo de todos los esfuerzos sean los residentes en el país.

Naciones Unidas Metas del Milenio Los objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) septiembre de 2000. Donde se destacó la importancia de la salud integral la salud oral como medio para alcanzar el desarrollo.

1. *Erradicar la Pobreza extrema y el Hambre*
-Incluir la Salud Bucal como un indicador de pobreza
2. *Lograr la enseñanza primaria universal*
-Garantizar el 50% de los niños sanos a los 12 años de edad para el 2015
3. *Promover la igualdad entre los géneros y la autonomía de la mujer*
-90% de los niños y niñas sean promotores de salud bucal
4. *Reducir mortalidad infantil*
-70% de niños sanos y 70% de niños sin hábitos deformantes
5. *Mejorar la salud materna*
-70% de embarazadas saneadas al momento del parto y el índice de higiene oral no mayor a 1.
6. *Combatir el VIH SIDA, paludismo y otras enfermedades*
-Garantizar la atención odontológica al 100% de pacientes VIH positivos

-Garantizar el acceso al agua potable y los programas de fluorización del agua.

8. *Fomentar una asociación mundial para el desarrollo*

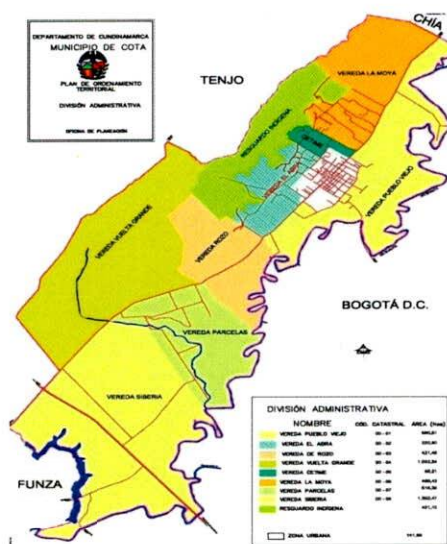
-Conformación de amplias redes de alianzas entre las comunidades, los servicios, gremios y academias.

Ley Estatutaria 1751 de 2015. “Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones legales”

Resolución 3280 de 2018. “Por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la población Materno Perinatal y se establecen las directrices para su operación”

1.4 MARCO SITUACIONAL

1.5 DEMOGRAFIA



Fuente: Plan de Ordenamiento Territorial. Cota 2.012

Cota es un municipio de la Sabana Centro de Cundinamarca – Colombia, a 26 km de Bogotá y a 2.566 msnm, con una extensión total de 10,5576 Km2. Limita al norte con Chía, al sur con Funza, al oriente con Bogotá - Suba y al occidente con Tenjo. Cuenta con 8 veredas: La Moya, Cetime, el Abra, Pueblo Viejo, Las Parcelas, Rozo, Vuelta Grande, Siberia y Centro. El nombre de Cota está ligado a la mitología muisca. Los cronistas españoles lo mencionaban como uno de los sitios en que estuvo Nemqueteba, que enseñaba su culto. El diccionario indígena del Doctor Uricoechea dice que la partícula “Ta” significa Labranza. Así que Cota significa tierra de labranza.

Escudo



Es de tipo español, cuadrilongo, la punta en arco de medio punto, cuartelado en cruz. En el primer cuartel, el cerro Majuy; en el segundo cuartel un azadón de oro, símbolo del trabajo con el que las tierras fueron y son labradas. El tercer cuartel diestro presenta la piedra de Tapia, importante por la escritura Muisca que en ella hay, posiblemente en honor a Nemqueteba por las enseñanzas que impartió a sus antepasados. El cuarto cuartel la plaza principal de Cota, a ésta desemboca siete estrellas que indican las veredas que conforman el municipio. Sobre el jefe un águila negra, con las alas extendidas que expresan nobleza y además el poder de la municipalidad. En la punta, la divisa con los colores de la bandera de Cundinamarca e inscrita la fecha de la fundación de Cota, "Noviembre 29 de 1604", en la parte inferior dice: "Cota Cundinamarca". Se adorna exteriormente por el lado derecho, de tres mazorcas, plantas propias de cultivos aborígenes y por el lado izquierdo tres hojas de espinaca que representan los cultivos más comunes¹.

Bandera



Esta es blanca, con la forma del parque que es octogonal, una réplica del parque la Concordia en París. En el centro el escudo municipal. El blanco significa paz, pureza y riqueza, el verde significa agricultura, esperanza y juventud, este color se distribuye formando las siete entradas de la única plaza octogonal de Colombia y el rojo significa progreso, cambio y la batalla que se realizó en el sitio de la Culebrera².

¹ <http://cota-cundinamarca.gov.co/nuestromunicipio.shtml?apc=mlxx-1-&m=f>

² <http://cota-cundinamarca.gov.co/nuestromunicipio.shtml?apc=mlxx-1-&m=f>

1.6 ANTECEDENTES DE LAS POLÍTICAS DE SALUD ORAL

1.6.1 CONTEXTO INTERNACIONAL

Desde su posición como organismo asesor de la Organización de las Naciones Unidas, la Organización Mundial de la Salud —OMS— ha mantenido una producción permanente en materia de políticas, planes y programas que tienen que ver directamente con la salud oral e indirectamente con las llamadas enfermedades no transmisibles, entre de las cuales se ubican la mayoría de los problemas orales.

En 1979, la Asamblea de la OMS adoptó la resolución llamada “Salud para todos en el año 2000” en la que los países miembros se comprometían a trabajar planes coordinados para alcanzar esta meta. Dos años más tarde, en la Asamblea General realizada en Rio de Janeiro, y en consecuencia con la directriz trazada por la OMS, la Federación Dental Internacional FDI recomendó metas específicas en salud oral para el año 2000¹, esperando que los países miembros las adoptaran y comprometieran recursos humanos, materiales y financieros para alcanzarlas.

En este documento se dejó claro que las metas propuestas sólo se podrían alcanzar con una planeación coordinada y con el desarrollo e implementación de programas nacionales y locales en los que participaran todos los sectores, incluyendo los odontólogos privados y públicos, los educadores y los investigadores. Se sugirió que los elementos más significativos de estos programas fueran: 1) la educación para la reducción del consumo de azúcar, 2) la fluorización del agua donde fuera factible, 3) el uso adicional y apropiado de otras fuentes de flúor, 4) los programas efectivos de educación en salud para los niños, padres y otros adultos que debían enfatizar en el autocuidado, 5) los programas preescolares y escolares con énfasis en la prevención de las enfermedades y 6) los programas y fondos necesarios para asegurar el recurso humano auxiliar y profesional motivado para trabajar en prevención.

En 1992, la OMS presenta el Reporte Técnico 826, denominado “Avances Recientes en Salud Oral”,² este documento se convertiría en la base de los planteamientos que más tarde se incluyeron en la declaración del año 1994 como el año de la salud oral, bajo el eslogan “Boca Sana, Vida Sana”. En esta Declaración la OMS invita a los países a hacer evaluaciones sobre los resultados alcanzados hasta la fecha y presenta su propio balance sobre los cambios mundiales en el perfil de la enfermedad caries dental.³

1. Federation Dentaire Internationale/World Health Organization. Global goal for oral health in the year 2000. *Int Dent J* 1982;23:74-77.

2. World Health Organization. Recent advances in oral health. WHO Technical Report Series N.º 826. Geneva: World Health Organization, 1992.

3. Organización Mundial de la Salud. Día Mundial de la Salud: Boca sana vida sana. Mimeografiado, 1994.

En ella se destacan dos aspectos: la necesidad de trabajar más para que las prácticas de higiene oral fueran aceptadas por la población como actividades indispensables para la vida sana y fueran incorporadas como parte de la higiene corporal y el respaldo a la utilización de los fluoruros como la medida más eficaz para el control de la caries dental.

En esta declaración se promovió, además, el compromiso de la profesión odontológica con la vigilancia de una amplia gama de condiciones que se producen o que se manifiestan en la boca, como son las lesiones asociadas a la infección por VIH-sida, el cáncer y pre-cáncer oral y faríngeo, el labio y paladar hendido y la gingivitis ulceronecrotizante aguda, entre otros.

Por su parte, la Organización Panamericana de la Salud OPS, como agencia regional de la OMS para América Latina y el Caribe, adapta las orientaciones generales del ente mundial a las condiciones y necesidades particulares de esta región. En el año 1997, en su 120.^a sesión, el Comité Ejecutivo recomendó que el Consejo Directivo considerara la adopción de una resolución relativa a las estrategias de salud bucodental destinadas a apoyar la labor gubernamental en pro de la eficacia y la eficiencia de los programas preventivos y para fortalecer la organización y prestación de servicios de atención bucal en la región.¹

Entre otros argumentos, esta resolución reconocía que:

-La salud oral sigue siendo un aspecto fundamental de las condiciones generales de salud en las Américas debido a la importancia que tiene como parte de la carga global de morbilidad, los costos relacionados con su tratamiento y la posibilidad de aplicar medidas eficaces de prevención [...] En general, la mayoría de las enfermedades bucales están distribuidas de manera desigual entre la población; si bien la caries dental y las enfermedades periodontales, son sumamente prevalentes en toda la Región, son más graves entre las personas de bajos ingresos y con poco nivel de instrucción.-

Para terminar, cabe mencionar el último Reporte Mundial de la Salud Oral, publicado por la OMS en el año 2003-2004.² En este reporte se afirma que “por su extensión, las enfermedades orales siguen siendo un problema prioritario en salud pública; las consecuencias sobre los individuos y las comunidades, como resultado del dolor y el sufrimiento, son: la reducción considerable de las funciones y de la calidad de vida”. Adicionalmente, la OMS tiene datos que permiten afirmar que el tratamiento de la enfermedad oral es extremadamente costoso y la califica como la cuarta enfermedad más costosa de tratar, en la mayoría de los países industrializados.

¹, World Health Organization. Oral Health Programme. The World Oral Health Report 2003. WHO Geneva, Switzerland.

² Organización Panamericana de la Salud. Documento CD 40/20. Washington: Organización Panamericana de la Salud, 1997.

Se plantea además un nuevo enfoque para la prevención y control de las enfermedades bucales, tomando en cuenta que las cuatro enfermedades no transmisibles más importantes: la enfermedad cardiovascular, la diabetes, el cáncer y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, comparten factores de riesgo comunes con las enfermedades orales, factores que son todos prevenibles y están relacionados con el estilo de vida (hábitos alimentarios, tabaquismo, entre otros), por lo tanto propone implementar enfoques de riesgo comunes, que se centren en el mejoramiento de las condiciones de salud para toda la población, así como para los grupos de más alto riesgo.

En el mencionado reporte se establecen las bases políticas para el programa de salud bucal de la OMS que se definen como: 1) la salud oral es parte integral y esencial de la salud general; 2) la salud bucal es un factor determinante de la calidad de vida; 3) algunas enfermedades bucales comparten factores de riesgo con algunas enfermedades crónicas no transmisibles; 4) un apropiado cuidado oral reduce la mortalidad prematura, y 5) los factores sociales, ambientales y del comportamiento desempeñan un papel significativo sobre la salud/enfermedad bucal.

De estas bases se desprenden las áreas prioritarias de acción adoptadas para la promoción y la prevención de la salud bucal en el siglo XXI, las cuales se resumen en: 1) salud oral y fluoruros; 2) dieta, nutrición y salud oral; 3) tabaco y salud oral; 4) salud oral a través de la escuela; 5) salud oral de los adolescentes; 6) salud oral de los ancianos; 7) salud oral, salud general y calidad de vida; 8) sistemas de salud oral; 9) HIV-sida y salud oral; 10) sistemas de información en salud oral; 11) investigación para la salud oral.

1.6.2 CONTEXTO NACIONAL

Los antecedentes de las Políticas en Salud Oral en Colombia están necesariamente matizados por los cambios que ha sufrido el sistema de atención la salud.

Antes de 1993 y bajo la organización del llamado Sistema Nacional de Salud, con una dirección centralizada en el Ministerio de Salud, la política de salud oral giró en torno a una concepción preventiva que centró sus esfuerzos en las acciones educativas y de utilización del flúor dirigidas especialmente a los escolares. El programa de Acción Preventiva Odontológica APO, fue el estandarte de la llamada “era preventivista” y tenía como meta prioritaria la cobertura anual del 100% de los escolares de cinco a catorce años de las escuelas públicas, mediante la educación y la autoaplicación de fluoruro de sodio. Se daba también prioridad en esta época a las mujeres gestantes a partir de su captación en los programas de control prenatal. El Programa Acción Preventiva Odontológica, se combinó además con una política pública de gran impacto en la salud bucal: la fluorización sistémica, inicialmente a través del agua y posteriormente y hasta la fecha, a través de la sal de consumo humano.

La atención curativa se garantizaba por medio del programa Atención Clínica Programada, dirigido prioritariamente a los escolares en el mismo grupo de edad, luego las obstétricas y por último el grupo de “otros”, que comprendía los menores de cinco y los mayores de catorce años, dependiendo del comportamiento de la demanda de servicios. Cabe resaltar que bajo el Sistema Nacional de Salud las coberturas de los servicios curativos fueron bajas y las de salud oral en particular fueron muy bajas, no mayores del 4%.

En la década de los 90, con la implementación de la Ley 10 de 1990, la Ley 60 de 1993 y la Ley 100 de 1993 que reorganizó el Sistema General de Seguridad Social en Salud, las políticas de salud se implementan a través de los nuevos instrumentos del sistema. Los actores (Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud CNSSS, Ministerio de la Protección Social, Empresas Promotoras de Salud y Administradoras de Régimen Subsidiado) y los planes de beneficio (Plan de Atención Básica y Plan Obligatorio de Salud). Por su naturaleza, esta reforma produjo algunos avances en aspectos administrativos y financieros del sistema; sin embargo, poco se logró avanzar en materia de fomentar la salud para toda la población.

En el campo de la salud oral, el Plan de Atención Básica PAB, “recomendó” a los entes territoriales la inclusión de contenidos educativos y de promoción de la salud bucal en la estrategia de escuelas y municipios saludables; sin embargo, como recomendación no tuvo ninguna obligatoriedad y quedó a discreción de cada municipio si se implementaba y con qué metodología.

El Plan Obligatorio de Salud POS, establece a través del artículo 89 de la Resolución 5261 de 1994, las actividades, intervenciones y procedimientos de atención curativa en salud oral y a través de la Resolución 0412 de 2001, específicamente a través de la Norma Técnica Preventiva de Atención en Salud Oral y de la Norma Técnica de Crecimiento y Desarrollo para el menor de diez años, las actividades para la atención preventiva.

Entre otras actividades, estas normas técnicas incluyen: la educación a los padres para la higiene de la boca en la etapa de erupción de los dientes y el fomento de la lactancia materna; el control y remoción de placa, la aplicación de flúor y sellantes y el detartraje supra gingival. Después de 1994, se han expedido varias resoluciones y circulares trazando o ajustando los lineamientos para el PAB, entre las cuales vale la pena mencionar: la Resolución 4288 de 1996, por la cual se estructuraron las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad en el ámbito colectivo; la Resolución 3997 de 1996, por la cual se dictamina el componente de promoción de la salud y prevención de la enfermedad de manejo dentro del Plan Obligatorio de Salud; la Ley 715 de 2001, en la cual se dictan normas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros; la Resolución 3488

de 1998, en la que se describen las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad por desarrollar dentro del PAB; el Acuerdo 117 de 1999, por el cual se establecen las acciones de obligatorio cumplimiento, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y se establecen enfermedades de interés en salud pública; la Resolución 412 de 2000, por la cual se establecen 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, detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública; la Circular Externa 052 de 2003, acerca de las acciones de estricto cumplimiento en el PAB y la Circular 018 de 2004 que establece las últimas disposiciones para ejecución del PAB 2004-2007, el cual evolucionó hacia el Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) en el año 2007, derivado del Plan Nacional de Salud Pública en el cual se incorpora, entre otros enfoques, el de determinantes de la salud.

En el contexto nacional actual, se destacan, como elementos de referencia, además de la normatividad enunciada antes, el Programa de Fluorización de la Sal, implementado desde 1989 y que sigue siendo avalado por los organismos internacionales como una de las medidas de salud pública de más impacto, sobre todo en aquellos países donde los indicadores de caries son muy altos; el Plan Nacional de Salud Bucal promulgado por el entonces Ministerio de Salud en 1996¹ y el Estudio Nacional de Salud Bucal de 2014 ENSAB IV.², sirvió para actualizar el perfil epidemiológico de la población, del que no se tenían datos actualizados desde 1980.

Se encontró que el 88,7% de la población colombiana tenía historia de caries dental y el 65,3% presentaba caries activa. El 50,2% de la población mayor de quince años presentaba algún grado de pérdida de inserción periodontal y el 11,2% de los jóvenes de seis a diecinueve años tenía algún grado de fluorosis dental. Por lo tanto, el Estudio concluyó que, si bien la situación de las personas menores de veinte años es mejor, comparada con la situación identificada en 1980, los problemas bucales siguen siendo muy prevalentes, se incrementan con la edad, y una parte importante de los adultos mayores están sin dientes.

Cabe resaltar de los resultados del ENSAB, la mejoría de la situación bucal de los niños y adolescentes entre cinco y diecinueve años. En este grupo de edad los indicadores de morbilidad relacionados con la caries dental y sus consecuencias, son menores, comparados con los de 1980, posiblemente como consecuencia de las acciones ejecutadas en materia de prevención, a través del uso de los fluoruros y de la educación a la población en el control de hábitos de riesgo y la promoción de hábitos saludables.

El programa de fluorización de la sal llega a más del 90% de la población, incluyendo los municipios en los que se han identificado altos contenidos naturales de flúor en el agua. El programa de fluorización está sometido, mediante el

Sistema de Garantía de Calidad, a un monitoreo químico permanente de la concentración de flúor de la sal producida, comercializada y consumida en el país. Los resultados de este monitoreo, se conocen esporádicamente a través del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos INVIMA y por lo general indican que un porcentaje importante de las muestras de sal analizadas no cumplen con la normatividad. El Plan Nacional de Salud Bucal contempla entre otros objetivos, la extensión de las coberturas con los planes de beneficio y con los programas de promoción y prevención, la promoción de la asistencia integral en salud oral y el uso óptimo de los recursos disponibles.

El ENSAB IV buscó obtener información actualizada sobre los principales problemas de salud bucal de la población colombiana, como caries, enfermedad periodontal, fluorosis dental (anomalía en las piezas dentales originada por ingestión excesiva y prolongada de flúor), edentulismo (pérdida parcial o total de dientes), lesiones premalignas bucales, labio y paladar hendido y alteraciones de la oclusión, según los diferentes grupos de edad.

Estudio que sirvió para comprender de qué manera los modos de vida, condiciones de trabajo y de consumo, prácticas, identidad cultural, y estilos de vida de la población colombiana afectan la salud bucal.

Como reflexión final de estos elementos de contexto nacional es necesario señalar que se advierte con preocupación que en la reglamentación de los planes y programas del Sistema General de Seguridad Social en Salud se ha venido excluyendo paulatinamente la salud oral; ésta no figura en el PIC y por lo tanto, en la gran mayoría de los entes territoriales no se asume como una prioridad, razón por la cual en muchos municipios los programas escolares de salud oral se suspendieron o no cuentan con los recursos necesarios para financiarse. Ejemplos de estas exclusiones paulatinas son:

- La Circular 052 de 2002 que define las prioridades para la ejecución de intervenciones en el PIC y no incluye la salud bucal, dejando a discreción de los entes territoriales su inclusión de acuerdo con los recursos disponibles.
- La Circular Externa 0018 de febrero de 2004 que traza los lineamientos para la formulación y ejecución de los planes estratégicos y operativos del PIC 2004-2007 y de los recursos asignados para salud pública. En esta circular de nuevo se ratifica que, para el Ministerio de la Protección Social, la promoción y el cuidado de la salud oral no son acciones prioritarias de salud pública.

1. República de Colombia. Ministerio de Salud. Plan Nacional de Salud Bucal. Bogotá, 1996.

2. República de Colombia. Ministerio de Salud. Estudio Nacional de Salud Bucal. Serie Documentos Técnicos. Tomo VII. Bogotá, 1999.

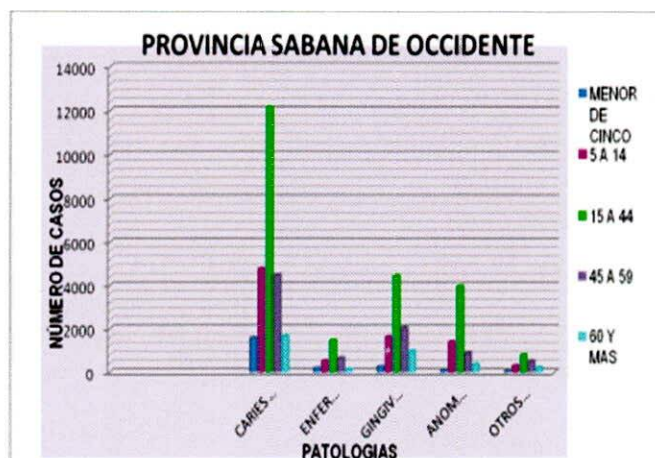
- Los intentos velados desde el Ministerio de Salud y Protección Social y otros organismos de carácter privado por sustentar la propuesta de excluir los servicios odontológicos del POS para la población de quince a cuarenta y cuatro años, como “aporte” de la odontología a la reducción de beneficios de este plan, como estrategia para alcanzar aumento en la cobertura del Sistema.

Otros aspectos relevantes del contexto nacional por su impacto sobre la salud pública bucal son: 1) la dificultad de acceso a los servicios señalada por varios autores,^{1,2} aunque no se hace referencia específica a los servicios de salud oral; 2) las deficiencias técnicas de documentos tan importantes como la Norma para la Atención Preventiva en Salud Oral; 3) los resultados inciertos de la estrategia de escuelas saludables; 4) la falta de monitoreo continuo al uso de productos fluorados por parte de la población, especialmente los niños; 5) la falta de sistemas de información completos y rigurosos que faciliten el registro y seguimiento de las diferentes enfermedades orales en las instituciones y en el Ministerio.

1.6.3 CONTEXTO DEPARTAMENTAL

El panorama general del departamento en cuanto a la morbilidad oral, evidencia que uno de los grupos más afectados es el de personas entre los 15 y los 44 años de edad, con alta incidencia de caries dental, enfermedades periodontales y pérdida de dientes, debido a la incorrecta higiene bucal, carencia de recursos económicos para acceder a los implementos de aseo (cepillo, seda, crema, enjuagues), entre otras causas, haciendo evidente la necesidad de implementar acciones complementarias que impacten el proceso de salud-enfermedad de la región. Las autoridades departamentales de Salud, reconocen que una de las fuentes que aumenta el índice de morbilidad en personas entre 45 y 60 años, es precisamente la pérdida de dientes, por lo que recomiendan adelantar y promover el restablecimiento de la salud oral, hecho que se reflejará en la salud física y psicológica de los habitantes de Cundinamarca, contribuyendo, en suma, al mejoramiento de la calidad de vida de la población más afectada y vulnerable del departamento.

1,2. Restrepo JH, Echeverri E, Vásquez J, Rodríguez S. Condiciones de acceso y sostenibilidad financiera del régimen



Gráfica 1 Patologías Sabana Occidente

Fuente. Análisis de Situación en Salud Departamento de Cundinamarca

En la provincia de Sabana Occidente las patologías con mayor número de casos son la caries y enfermedad periodontal que representa el 50% y el 18% del total de casos remitidos respectivamente; siendo más afectados los ciclos vitales Adolescencia- Adultez.

1.6.4 CONTEXTO MUNICIPAL

TABLA 1. Morbilidad Específica en las Enfermedades No Transmisibles, Municipio de Cota 2011 – 2014

Ciclo vital	Enfermedades no transmisibles	2011	2012	2013	2014	%
Primera infancia (0 - 5años)	Neoplasias malignas (C00-C97)	1	0	1	5	1
	Otras neoplasias (D00-D48)	7	6	4	4	1
	Diabetes mellitus (E10-E14)	0	2	0	0	0
	Desordenes endocrinos (D55-D64 excepto D64.9, D65-D89, E03-E07, E15-E16, E20-E34, E65-E88)	14	10	11	15	3
	Condiciones neuropsiquiátricas (F01-F99, G06-G98)	10	10	26	17	4
	Enfermedades de los órganos de los sentidos (H00-H61, H68-H93)	70	59	89	76	16
	Enfermedades cardiovasculares (I00-I99)	3	3	5	2	0
	Enfermedades respiratorias (J30-J98)	89	64	96	63	13
	Enfermedades digestivas (K20-K92)	34	29	32	29	6
	Enfermedades genitourinarias (N00-N64, N75-N98)	37	41	42	39	8
	Enfermedades de la piel (L00-L98)	96	74	58	77	16

	Enfermedades musculo-esqueléticas (M00-M99)	39	28	48	26	5
	Anomalías congénitas (Q00-Q99)	73	57	60	80	17
	Condiciones orales (K00-K14)	177	156	143	46	10

Fuente: Análisis de Situación en Salud Municipio de Cota 2014.

Para el grupo de infancia existe una inversión de los principales motivos de consulta, donde el primer diagnóstico en aparición está constituido por las condiciones orales con un 43%. Factores como la dentición, los trastornos dentarios oclusivos y alteraciones frecuentes, dolorosas y subagudas como la caries dental y enfermedad periodontal ubican este grupo en esta posición.

Ciclo vital	Enfermedades no transmisibles	2011	2012	2013	2014	%
Infancia (6 - 11 años)	Neoplasias malignas (C00-C97)	1	2	1	0	0
	Otras neoplasias (D00-D48)	3	5	4	6	1
	Diabetes mellitus (E10-E14)	3	1	2	0	0
	Desordenes endocrinos (D55-D64 excepto D64.9, D65-D89, E03-E07, E15-E16, E20-E34, E65-E88)	30	13	31	21	3
	Condiciones neuropsiquiátricas (F01-F99, G06-G98)	24	19	33	43	6
	Enfermedades de los órganos de los sentidos (H00-H61, H68-H93)	98	76	82	109	15
	Enfermedades cardiovasculares (I00-I99)	2	5	1	1	0
	Enfermedades respiratorias (J30-J98)	56	45	62	67	9
	Enfermedades digestivas (K20-K92)	16	24	22	20	3
	Enfermedades genitourinarias (N00-N64, N75-N98)	18	35	37	22	3
	Enfermedades de la piel (L00-L98)	65	43	55	66	9
	Enfermedades musculo-esqueléticas (M00-M99)	25	22	27	36	5
	Anomalías congénitas (Q00-Q99)	6	6	12	13	2
	Condiciones orales (K00-K14)	229	192	228	303	43

Ciclo vital	Enfermedades no transmisibles	2011	2012	2013	2014	%
Adolescencia (12 -17 años)	Neoplasias malignas (C00-C97)	0	1	2	2	0
	Otras neoplasias (D00-D48)	1	6	0	12	1
	Diabetes mellitus (E10-E14)	3	0	0	0	0

Desordenes endocrinos (D55-D64 excepto D64.9, D65-D89, E03-E07, E15-E16, E20-E34, E65-E88)	41	27	50	44	5
Condiciones neuropsiquiátricas (F01-F99, G06-G98)	36	34	48	56	6
Enfermedades de los órganos de los sentidos (H00-H61, H68-H93)	63	72	98	124	14
Enfermedades cardiovasculares (I00-I99)	7	8	14	10	1
Enfermedades respiratorias (J30-J98)	44	20	65	53	6
Enfermedades digestivas (K20-K92)	51	48	49	58	6
Enfermedades genitourinarias (N00-N64, N75-N98)	69	46	57	75	8
Enfermedades de la piel (L00-L98)	73	49	61	86	9
Enfermedades musculoesqueléticas (M00-M99)	52	50	90	78	9
Anomalías congénitas (Q00-Q99)	3	7	8	16	2
Condiciones orales (K00-K14)	204	164	186	303	33

En el grupo adolescente también predominan las condiciones orales con el 33%, demarcando una disminución con las cifras del grupo de infancia, y perdurabilidad en las cifras relacionadas con las patologías de los órganos de los sentidos con un 14%. Las alteraciones musculoesqueléticas y enfermedades de la piel, continúan con una presentación del 9%, significado de lo que implica una mayor actividad física, potencializada y relacionada probablemente con alteraciones propias del crecimiento, así como mayor causante del desarrollo de lesiones.

Ciclo vital	Enfermedades no transmisibles	2011	2012	2013	2014	%
Juventud (18 - 28 años)	Neoplasias malignas (C00-C97)	1	2	3	8	0
	Otras neoplasias (D00-D48)	12	9	6	24	1
	Diabetes mellitus (E10-E14)	5	3	2	1	0
	Desordenes endocrinos (D55-D64 excepto D64.9, D65-D89, E03-E07, E15-E16, E20-E34, E65-E88)	89	72	102	116	6
	Condiciones neuropsiquiátricas (F01-F99, G06-G98)	78	87	121	115	6
	Enfermedades de los órganos de los sentidos (H00-H61, H68-H93)	116	145	170	217	11
	Enfermedades cardiovasculares (I00-I99)	31	37	28	30	2
	Enfermedades respiratorias (J30-J98)	73	47	80	69	4
	Enfermedades digestivas (K20-K92)	122	131	118	145	7

Enfermedades genitourinarias (N00-N64, N75-N98)	239	198	189	269	14
Enfermedades de la piel (L00-L98)	113	92	119	163	8
Enfermedades musculo-esqueléticas (M00-M99)	134	169	196	208	11
Anomalías congénitas (Q00-Q99)	5	8	12	22	1
Condiciones orales (K00-K14)	475	387	422	554	29

En el ciclo vital juventud también predominan las condiciones orales con el 29,69%, teniendo una pequeña disminución con respecto al grupo de adolescencia. Toman un importante valor las enfermedades genitourinarias con el 14% y las enfermedades musculo-esqueléticas y de los órganos de los sentidos con el 11%. Estas alteraciones genitourinarias pueden tener un amplio componente de la maduración de estos sistemas que posee el sexo femenino en esta edad, así como la mayor incidencia y prevalencia que poseen las alteraciones musculo esqueléticas, propias de la relación que pueden con factores ocupacionales o laborales. Las enfermedades de la piel constituyen un 8% relacionada con factores como las dermatitis de contacto y trastornos cutáneos inmunológicos, constituidos en regular motivo de consulta.

Ciclo vital	Enfermedades no transmisibles	2011	2012	2013	2014	%
Adulthood (29 - 59 años)	Neoplasias malignas (C00-C97)	16	15	29	34	1
	Diabetes mellitus (E10-E14)	33	33	38	46	1
	Desordenes endocrinos (D55-D64 excepto D64.9, D65-D89, E03-E07, E15-E16, E20-E34, E65-E88)	326	299	338	451	9
	Condiciones neuropsiquiátricas (F01-F99, G06-G98)	200	248	282	295	6
	Enfermedades de los órganos de los sentidos (H00-H61, H68-H93)	297	308	398	446	9
	Enfermedades cardiovasculares (I00-I99)	246	235	261	295	6
	Enfermedades respiratorias (J30-J98)	90	99	138	148	3
	Enfermedades digestivas (K20-K92)	287	328	349	418	9
	Enfermedades genitourinarias (N00-N64, N75-N98)	443	396	440	576	12
	Enfermedades de la piel (L00-L98)	197	167	203	241	5
	Enfermedades musculo-esqueléticas (M00-M99)	494	518	709	810	17
	Anomalías congénitas (Q00-Q99)	12	9	15	22	0
	Condiciones orales (K00-K14)	608	561	692	930	19

En la población adulta persisten las consultas por condiciones orales con un 19%, seguidas de las condiciones musculo-esqueléticas con un 17%; es frecuente encontrar que problemas osteo-articulares relacionados con labores ocupacionales, así como los cuadros de lumbalgias crónicas y subagudas, se posicionan como uno de los principales motivos de consulta inmersos dentro de estas causas, lo cual puede involucrar los programas del vigilancia y reporte al SISO, así como las actividades desarrolladas en las empresas y un empoderamiento de la población en el adecuado conocimiento de la ergonomía y hábitos posturales adecuados.

Ciclo vital	Enfermedades no transmisibles	2011	2012	2013	2014	%
Persona mayor (> 60 años)	Neoplasias malignas (C00-C97)	11	15	20	32	3
	Otras neoplasias (D00-D48)	5	6	14	31	2
	Diabetes mellitus (E10-E14)	20	21	36	61	5
	Desordenes endocrinos (D55-D64 excepto D64.9, D65-D89, E03-E07, E15-E16, E20-E34, E65-E88)	48	56	79	115	9
	Condiciones neuropsiquiátricas (F01-F99, G06-G98)	24	39	44	55	4
	Enfermedades de los órganos de los sentidos (H00-H61, H68-H93)	66	83	95	133	11
	Enfermedades cardiovasculares (I00-I99)	141	156	228	260	21
	Enfermedades respiratorias (J30-J98)	28	46	61	79	6
	Enfermedades digestivas (K20-K92)	37	63	57	90	7
	Enfermedades genitourinarias (N00-N64, N75-N98)	33	50	53	110	9
	Enfermedades de la piel (L00-L98)	24	29	37	47	4
	Enfermedades musculo-esqueléticas (M00-M99)	76	110	104	177	14
	Anomalías congénitas (Q00-Q99)	3	2	0	3	0
	Condiciones orales (K00-K14)	30	23	38	57	5

En el grupo poblacional de personas mayores de 60 años se posiciona en primer lugar las enfermedades cardiovasculares con el 21%, siendo un comportamiento asociado probablemente a las condiciones circulatorias causantes del volumen de defunción observados en el Municipio y en el que la hipertensión arterial y sus factores de riesgo tienen un importante aporte causal. Las condiciones orales ocupan un 5% donde en este ciclo vital no es de mayor relevancia las patologías orales.

2. MARCO CONCEPTUAL

2.1. SALUD GENERAL Y SALUD ORAL

Asumir una discusión sobre las bases para una política pública con impacto en la salud oral, comienza por reconocerla justamente como parte integral y esencial de la salud general y como determinante de la calidad de vida y el bienestar de los individuos. Así como reconocemos que la salud física y la salud mental son una sola, así también reconocemos que la salud oral y la salud general son inseparables: “Ninguna persona puede ser saludable sin salud oral”.¹

Ahora bien, es importante dejar claro como base de la discusión, que la salud oral comprende mucho más que la salud de los dientes; este concepto incluye, además, la salud de los tejidos de sostén y de los tejidos blandos bucales, de la lengua, la faringe y en general todas aquellas estructuras que componen el sistema craneofacial.

“La boca es un espejo”, es una expresión popular para referirse a que el estado bucal refleja el estado de salud general. El examen bucal periódico ayuda a detectar signos tempranos de deficiencias nutricionales y de algunas enfermedades sistémicas. Entre los temas que más se han estudiado en la interrelación de la salud bucal y la salud general, están los factores de riesgo compartidos, como el uso del tabaco, el consumo de alcohol y la malnutrición. El consumo de alcohol es un factor de riesgo para cáncer faríngeo; así mismo el tabaco es un factor de riesgo para cáncer bucofaríngeo y pulmonar, para enfermedades periodontales del adulto y para enfermedades cerebrovasculares.² Por su parte, la malnutrición, está asociada con caries dental, defectos de desarrollo del esmalte, erosión dental y enfermedad periodontal.³

Sobre la interrelación de las enfermedades sistémicas con la salud bucal, algunos estudios han señalado que los individuos diabéticos tienen más alto riesgo de enfermedad periodontal; otros han estudiado la relación entre infecciones crónicas orales como la enfermedad periodontal y el bajo peso al nacer, la prematuridad y las enfermedades cerebrovasculares. Así mismo se conoce que la boca es la puerta de entrada y el sitio de infecciones microbianas que afectan la salud general y que de muchos fármacos usados para enfermedades sistémicas tienen efectos adversos sobre la cavidad bucal.¹

1-2. U.S. Department of Health and Human Services. Oral Health in America: A Report of the Surgeon General-Executive Summary. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, National Institute of Dental and Craniofacial Research, National Institutes of Health, 2000.3. Johnson NW, Bain C. Tobacco and oral disease. EU-Working Group on Tobacco and Oral Health. *Brit Dent J* 2000;189:200-206.

Ahora bien, el impacto de la enfermedad oral no sólo se produce sobre el bienestar de las personas, también tiene efectos económicos, dado que puede llegar a restringirlas en sus actividades, impide su comunicación, afecta el sueño y pone en peligro la estabilidad psicológica. Los individuos con enfermedad o dolor bucal, pierden horas o días de trabajo por la incapacidad que esta produce. En Colombia no se conocen estudios sobre la carga de la enfermedad oral, por esta razón no se sabe cuántos días de incapacidad laboral se producen por esta causa ni cuántas horas escolares se pierden. En Estados Unidos, se estima que se pierden al año 51 millones de horas escolares por enfermedades orales y en general se sabe que el dolor y el sufrimiento que estas ocasionan provocan problemas en el aprendizaje de los niños.² Las enfermedades orales sin tratamiento son progresivas y acumulativas y tienen un claro efecto sobre el estado de salud general de la población. Los costos sociales y económicos son un precio muy alto que las sociedades sin planes de atención integrales, oportunos y continuos, pagan por lo general en el largo plazo. Una política pública con impacto en el componente oral de la salud, debe estar orientada al trabajo intersectorial, debe promover actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, que intervenga los factores de riesgo comunes y que no fragmente la salud y el bienestar de las personas.

Según la OMS, la salud oral es la ausencia de dolor crónico y agudo bucal y facial, de cáncer de boca y garganta, de defectos congénitos como fisura labial y palatina, de periodontitis (gingivitis), de caries, pérdidas dentarias, y de otras enfermedades que afectan la cavidad oral. Factores de riesgo para la salud oral son una dieta malsana, tabaco, abuso de alcohol, y una pobre higiene oral. La salud oral es también el equilibrio armónico entre la función y la estética de la cavidad oral y de los tejidos que la componen, factores que contribuyen a la salud y al bienestar general de las personas.³

La Caries Dental según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se puede definir como un proceso patológico, localizado, de origen externo, que se inicia tras la erupción y que determina un reblandecimiento del tejido duro del diente, evolucionando hacia la formación de una cavidad.

La caries se caracteriza por una serie de complejas reacciones químicas y microbiológicas que acaban destruyendo el diente. Se acepta que esta destrucción es el resultado de la acción de ácidos producidos por bacterias en el medio ambiente

1. Grossi SG, Genco RJ. Periodontal disease and diabetes mellitus: a two-way relationship. *Ann Periodontol* 1998;3:51-61.

2. Firatli E. The relationship between clinical periodontal status and insulin-dependent diabetes mellitus. Results after 5 years. *J Periodontol* 1997;68:136-40.

3 Organización Mundial de la Salud. Documentos básicos

de la placa dental. Clínicamente, la caries se caracteriza por cambio de color, pérdida de translucidez y la descalcificación de los tejidos afectados. A medida que el proceso avanza, se destruyen tejidos y se forman cavidades.

El flúor (F) es un elemento químico perteneciente al grupo de los halógenos, de bajo peso atómico y de gran electronegatividad, por lo que se combina con cationes tales como el calcio o el sodio para formar compuestos estables (como el fluoruro de calcio o el fluoruro de sodio), que están en la naturaleza (en el agua o los minerales). En el ser humano, el fluoruro está principalmente asociado a tejidos calcificados (huesos y dientes) debido a su alta afinidad por el calcio

La fluorosis dental (FD) es la hipomineralización del esmalte dental por aumento de la porosidad. Se debe a una excesiva ingesta de F durante el desarrollo del esmalte antes de la erupción. La FD presenta una relación dosis-respuesta (25). Así, en la FD leve hay estrías o líneas a través de la superficie del diente. En la FD moderada, los dientes son altamente resistentes a la CD pero tienen manchas blancas opacas y en la FD severa, el esmalte es quebradizo y contiene manchas marrones, acompañándose de lesiones óseas.

2.2 ÍNDICES DE SALUD ORAL

Un Índice se define como el valor numérico que describe el estado relativo de una población respecto a una escala graduada con límites superiores e inferiores definidos y diseñados para presentar y facilitar la comparación con otras poblaciones clasificadas, acorde con los mismos criterios y métodos. (Young y Striffler)

También se define como proporciones o coeficientes que sirven para expresar la frecuencia con que ocurren ciertos hechos en la Comunidad y que pueden incluir o no, determinaciones del grado de severidad.

2.2.1 INDICE DE CARIES DENTAL

Índice COP-D

Fue desarrollado por Klein, Palmer y Knutson durante un estudio del estado dental y la necesidad de tratamiento de niños asistentes a escuelas primarias en Hagerstown, Maryland, EE. UU., en 1935. Se ha convertido en el índice fundamental de los estudios odontológicos que se realizan para cuantificar la prevalencia de la caries dental. Señala la experiencia de caries tanto presente como pasada, pues toma en cuenta los dientes con lesiones de caries y con tratamientos previamente realizados.

Se obtiene de la sumatoria de los dientes permanentes cariados, perdidos y obturados, incluidas las extracciones indicadas, entre el total de individuos examinados, por lo que es un promedio. Se consideran solo 28 dientes.

Para su mejor análisis e interpretación se debe descomponer en cada una de sus partes y expresarse en porcentaje o promedio. Esto es muy importante al comparar poblaciones. Se debe obtener por edades, las recomendadas por la

OMS son: 5-6, 12, 15, 18, 35-44, 60-74 años. El índice CPO-D a los 12 años es el usado para comparar el estado de salud bucal de los países.

Signos:

C = Cariado

O = Obturado

P = Perdido

Es el índice CPO adoptado por Gruebbel para dentición temporal en 1944. Se obtiene de igual manera, pero considerando solo los dientes temporales cariados, extraídos y obturados. Se consideran 20 dientes. En los niños se utiliza el ceo-d en minúscula, las excepciones principales son, los dientes extraídos en niños por tratamiento de ortodoncia o perdidos por accidentes, así como coronas restauradas por fracturas. El índice para dientes temporales es una adaptación del índice COP a la dentición temporal, fue propuesto por Gruebbel y representa también la media del total de dientes temporales.

Clasificación OMS para COP-d y ceo

0 a 1.1 = Muy bajo

1.2 a 2.6 = Bajo

2.7 a 4.4 = Moderado

4.5 a 6.5 = Alto

6.6 o + = Muy Alto

2.3 INDICE DE HIGIENE ORAL.

Índice utilizado para evaluar la higiene oral de la población, ya que se relaciona con las periodontopatías que según la OMS es la segunda patología bucal presente en la población. En el estudio se utilizará el Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS), el cual fue estudiado y propuesto por Green y Vermillion en 1960 y modificado por los mismos en 1964 con el nombre de Índice de <higiene Oral Simplificado(IHOS), al simplificarlo incluyeron solo seis superficies dentales representativas de todos los segmentos anterior y posterior de la cavidad bucal. La obtención del IHOS es la sumatoria de los promedios de Placa Bacteriana y Calculo Dental.

Suma Índice de Placa Bacteriana /Número de dientes examinados=Promedio de Placa Bacteriana.

Suma de índice de cálculo dental /Número de dientes examinados=Promedio de Calculo.

Promedio de Placa Bacteriana + Promedio de Calculo Dental=IHOS.

Las seis superficies dentales examinadas en el IHOS son las vestibulares del primer molar superior derecho, el incisivo central superior derecho, el primer molar superior izquierdo y el incisivo central inferior izquierdo. Asimismo, las linguales del primer molar inferior izquierdo y el primer molar inferior derecho. Cada

superficie dental es dividida horizontalmente en tercios gingival, medio e incisal u oclusal.

Se sugiere la siguiente tabla para valorar la higiene oral de un individuo

Excelente	0
Buena	0,1 - 1,2
Regular	1,3 - 3,0
Mala	3,1 - 6,0

2.4 INDICE PERIODONTAL Este índice es exclusivo para la exploración periodontal para lo cual será utilizada la sonda periodontal la cual está constituida por una esfera de protección de 0,5mm, una blanda blanca situada desde los 3,5-5.5 mm de la punta y anillos situados a 8,5 y 11,5 mm de la punta esférica, para este índice se tomaran los siguientes dientes 17, 16, 11, 26, 27, 47, 46, 31, 36, 37 es aplicable en adultos de 20 años o más.

Puntuación asignada.

0	Sano.
1	Hemorragia.
3	Bolsa de 4,5 mm, banda negra de la sonda parcialmente visible.
4	Bolsa de 6 mm o más, banda negra de la sonda invisible.

2.5 INDICE DE FLOUROSIS DENTAL: La severidad de la fluorosis depende de la cantidad o concentración del flúor ingerido, de la duración de la exposición, del nivel de desarrollo del diente, de la edad en la que se está expuesta a cantidades excesivas de fluoruro y a la variación individual o susceptibilidad. Índice de Dean

TABLA 5 DESCRIPCIÓN ÍNDICE DEAN.

0	Normal 	Esmalte presenta el habitual color translucido semi vitriforme del tipo de la estructura. La superficie es lisa, brillante y, generalmente, de un color blanco cremoso pálido.
1	Cuestionable 	El esmalte revela ligeras aberraciones de la transparencia del esmalte normal, que van desde pocas motas blancas a manchas blancas. Esta clasificación se utiliza en los casos en que un diagnóstico definitivo de la forma más suave de la fluorosis no es posible y no se justifica una clasificación de "normal".
2	Muy Leve 	Manchas pequeñas, opacas, color de papel blanco en zonas dispersas e irregulares en el diente, ocupa el 25% de la superficie del diente. Frecuentemente son los dientes que no presentan más de 1-2 mm de color blanco de la opacidad en la punta de la cumbre de la cúspides de los segundos molares o premolares.

3	Leve 	La coloración blanca opaca en zonas del esmalte de los dientes es más amplia, pero no implican más del 50% del diente.
4	Moderada 	Todas las superficies del esmalte de los dientes se ven afectadas, y las superficies están sujetas a mostrar desgaste. La mancha color marrón es frecuentemente una característica desfigurante.
5	Severa 	Todas las superficies del esmalte se ven afectadas y la hipoplasia es tan marcada que la forma general de los dientes puede verse afectada. El principal signo diagnóstico de esta clasificación es de discretas o confluentes picaduras. Las manchas marrones están muy extendidas y los dientes suelen presentar un aspecto similar al de corrosión.

Fuente. Instituto Nacional de Salud Diseño: Mónica García

2.6 PRINCIPIOS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

La Vigilancia en epidemiología se desarrolla a través de la notificación de los eventos en salud, para lo cual es necesario tener en cuenta los siguientes principios:

Oportunidad: La información debe generarse a la par de los acontecimientos, la notificación tardía impide la adecuada toma de decisiones.

Veracidad-Confiable: Los datos deben ceñirse a la situación real, sin sobre registrar o subregistrar los datos que se están notificando.

Validez –Objetividad: Los datos deben ser suministrados de manera consistente y con criterios uniformes.

Cobertura: La notificación debe garantizar la inclusión de todas las fuentes posibles de información, incluyendo los organismos de salud, tanto pública como privada.

Completa: La notificación debe contener todas las variables necesarias de acuerdo con el evento que se notifica.

Confidencial: Refiriendo esto a la reserva que debe mantener el equipo de salud como el responsable de la notificación frente a la información.

2.7 Principios Orientadores

Accesibilidad: Entendida como la posibilidad que tienen las personas de utilizar los servicios de salud oral de acuerdo con su necesidad. Según la Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud, la accesibilidad se entiende como la condición que relaciona la población que necesita servicios de salud y los prestadores de los mismos.

Oportunidad: Es la condición que relaciona la población que necesita los servicios de salud oral con las actividades, procedimientos e intervenciones efectivamente realizados por los Servicios de Salud Oral. Es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su salud oral. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en concordancia con la demanda, y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios. (Decreto 1011).

Seguridad: Se entiende como el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías, basados en evidencia científicamente probada, que propenden minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud oral o de mitigar sus consecuencias.

Disponibilidad: Para el desarrollo exitoso de la política de salud oral, debe contarse con los recursos suficientes adecuados (físicos, humanos, logísticos y demás).

Progresividad: La política de salud oral debe reconocer que la salud bucal de la población hace parte integral de la salud siendo este uno de los derechos fundamentales de los individuos establecidos en los principios constitucionales. La política de salud oral debe estar enfocada a mantener los logros alcanzados y a proyectarse para que estos sean irreversibles.

Eficiencia: Con la política de Salud Oral, se busca tratar de minimizar las patologías orales que aquejan a la población en forma adecuada, oportuna y suficiente, optimizando los recursos.

Atención Integral: Este estudio buscará brindar a la población prácticas coordinadas de salud oral, en los ámbitos de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, vigilancia y control para contribuir en mejorar la calidad de vida de la población.

2.8 Determinantes Sociales de Salud

Los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas.

Los determinantes sociales de la salud explican la mayor parte de las inequidades sanitarias, esto es, de las diferencias injustas y evitables observadas en y entre los países en lo que respecta a la situación sanitaria.

En respuesta a la creciente preocupación suscitada por esas inequidades persistentes y cada vez mayores, la Organización Mundial de la Salud estableció en 2005 la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, para que ofreciera asesoramiento respecto a la manera de mitigarlas. En el informe final de la Comisión, publicado en agosto de 2008, se proponen tres recomendaciones generales:

- 1. Mejorar las condiciones de vida cotidianas
- 2. Luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos
- 3. Medición y análisis del problema

3. DIAGNÓSTICO

APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS PARA EL DIAGNOSTICO EN SALUD ORAL DEL MUNICIPIO DE COTA CUNDINAMARCA.

El diagnóstico de salud lo constituye el conocimiento de la situación de salud de una comunidad y de los factores que la condicionan, de cuya precisión depende la calidad del tratamiento de la salud de la comunidad, la familia y el individuo.¹

Basado en un análisis de los hallazgos con enfoque clínico-biológico, higienico-epidemiológico y social para la identificación de los problemas de salud.

Es la medición del estado de salud de la población, en un momento determinado, por medio de los indicadores de salud.

Para el diagnóstico en Salud Oral del municipio de Cota se aplicó el instrumento de Recolección de Datos al 8,5% de la población total del municipio equivalente a 378 instrumentos.

3.1 INTRODUCCION



Fuente: Pcte observado durante la aplicación del instrumento

La caries dental constituye la enfermedad más importante de la práctica odontológica, persistiendo como un importante desafío para la salud pública dada su alta prevalencia, especialmente en países no desarrollados y de alto impacto en la población infantil.

La Organización Mundial de la Salud ha estimado que entre el 60 y 90% de los niños del mundo presentan lesiones de caries con cavitación evidente (Cereceda *et al.*, 2010).

La historia de caries dental es medida a través de los índices COPD (Klein *et al.*, 1938) para dentición permanente y ceod (Gruebbel, 1944) para dentición temporal, siendo recomendados por la OMS (OMS, 1997).

Estos índices originalmente fueron creados para describir el estado dental y la necesidad de tratamiento en niños de escuelas primarias (Larmas, 2010).

En Colombia, el último Estudio Nacional de Salud Bucal ENSAB IV reveló que el 61.7% de los niños de cinco años tienen historia de caries dental y que cada niño tiene, en promedio, tres (3) dientes afectados a los 7 años: el 73.8% ha experimentado la caries en los dientes primarios y el 19.9% ya se ha visto afectado en su dentición permanente.

En el mismo estudio, el valor del índice COP a los cinco años de edad fue de 2.29, dato que puede ser inferido para comunidades como la del Municipio de Cota que comparte las mismas condiciones de vida de la mayoría de municipios del departamento.

Dada la alta prevalencia de esta patología, ha sido necesario orientar las Políticas de Salud Bucal a grupos de alto riesgo y población vulnerable desarrollando estrategias promocionales y preventivas.

El objetivo de este estudio es conocer la situación de salud en la población encuestada como aporte al diagnóstico situacional en la construcción de la Política Pública de Salud Oral del Municipio de Cota.

3.2 CALCULO DE LA MUESTRA.

Con base a la utilización metodológica de una muestra, como cálculo necesario para generar una línea de base de la población universo correspondiente a 23897 habitantes que poseía el municipio de Cota en el año 2018, se efectúa acorde a la referencia y practica metodológica, un muestreo aleatorio estratificado polietápico con asignación proporcional y un intervalo de confianza del 95% con error aleatorio del 5%.

Matriz de Tamaños Muestrales para diversos márgenes de error y niveles de confianza, al estimar una proporción en poblaciones **Finitas**

N [tamaño del universo]

23.897

← Escriba aquí el tamaño del universo

p [probabilidad de ocurrencia]

0,5

← Escriba aquí el valor de p

Fórmula empleada

$$n = \frac{n_u}{1 + \frac{n_u}{N}} \quad \text{donde: } n_u = p^*(1-p)^* \cdot \left(\frac{z \left(1 - \frac{\alpha}{2} \right)^2}{d} \right)^2$$

Matriz de Tamaños muestrales para un universo de 23897 con una p de 0,5		
Nivel de Confianza	d [error máximo de estimación]	
	10,0%	5,0%
90%	67	83
95%	95	118
97%	117	144
99%	165	204

Nivel de Confianza	10,0%	9,0%	8,0%	7,0%	6,0%	5,0%	4,0%	3,0%	2,0%	1,0%
90%	67	83	105	136	185	266	413	724	1.571	5.247
95%	95	118	149	194	264	378	586	1.021	2.182	6.851
97%	117	144	183	238	323	462	714	1.240	2.620	7.887
99%	165	204	257	335	453	648	997	1.716	3.543	9.810

Fórmula empleada

$$n = \frac{n_u}{1 + \frac{n_u}{N}} \quad \text{donde: } n_u = p^*(1-p)^* \left(\frac{z(1-\frac{\alpha}{2})}{d} \right)^2$$

Resultado de dicho ejercicio se genera una muestra de **378** personas, la cual es asignada en forma de población muestral total, para la asignación estratificada discriminada así:

MUESTREO ALEATORIO ESTRATIFICADO CON AFIJACIÓN PROPORCIONAL

Tamaño de la población objetivo.....	23.897
Tamaño de la muestra que se desea obtener.....	378
Número de estratos a considerar.....	6

Afijación simple: elegir de cada estrato 63 sujetos

Estrato	Identificación	N° sujetos en el estrato	Proporción	Muestra del estrato
1	(1 a 5 años)	2.500	10,5%	40
2	(6 a 11 años)	2.545	10,6%	40
3	(12 a 17 años)	2.521	10,5%	40
4	(18 a 28 años)	4.820	20,2%	76
5	(29 a 59 años)	9.196	38,5%	145
6	(mayor de 60 años)	2.315	9,7%	37

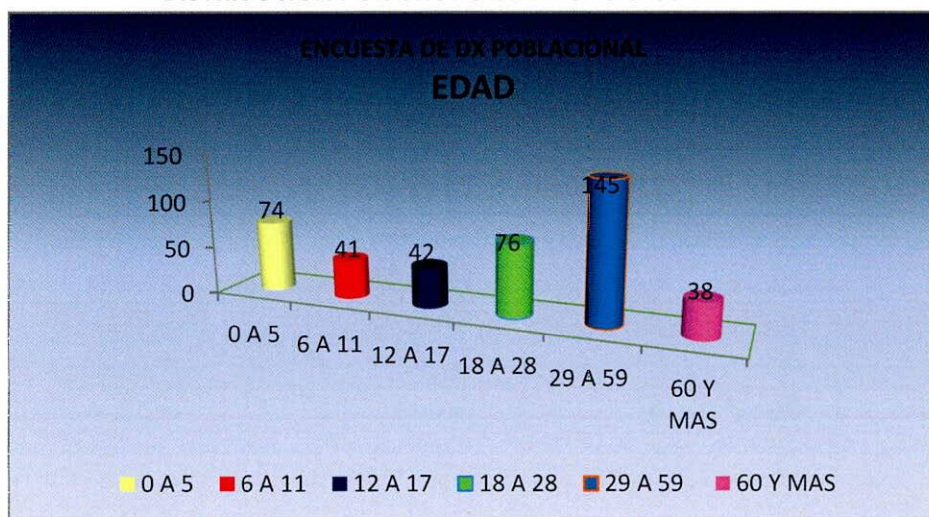
3.2.1 MODO DE OBTENCION: Se calcula el porcentaje, multiplicando cada tamaño de grupo por el tamaño de la muestra y se dividen por el tamaño total de la población (tamaño de población del municipio).

Al hacerlo con la metodología, que discrimina un valor de muestra aleatoria simple por grupo dato del ciclo vital, la muestra superaría un valor muestral del 8,5% del total de la población, lo cual, a pesar de otorgarle poder, tendría inconvenientes metodológicos en la consecución de la muestra. El estándar de valor de muestra total es realizado con una probabilidad de existencia del evento del 50%, lo cual es un valor estándar internacional y metodológicamente aceptado.

3.3 MATERIAL Y METODO

Estudio descriptivo basado en exámenes clínicos registrados en instrumento validado previamente con variables cuantitativas y cualitativas.

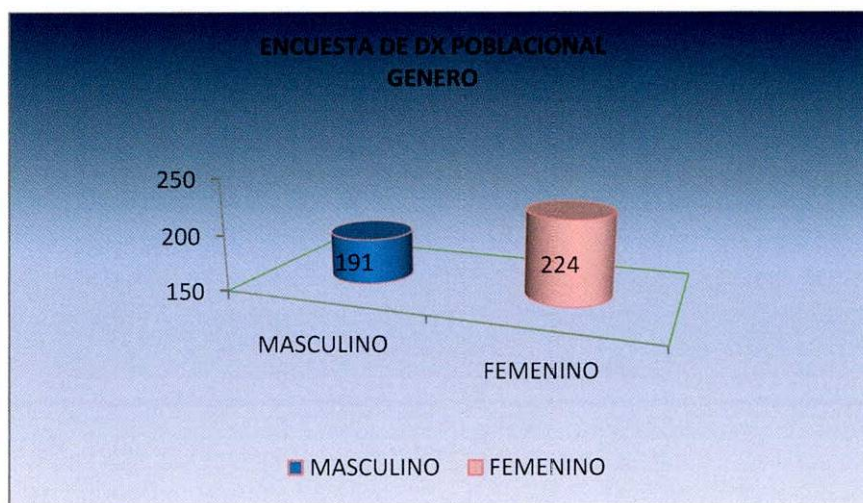
DISTRIBUCION POR GRUPO ETAREO- CICLOS VITALES



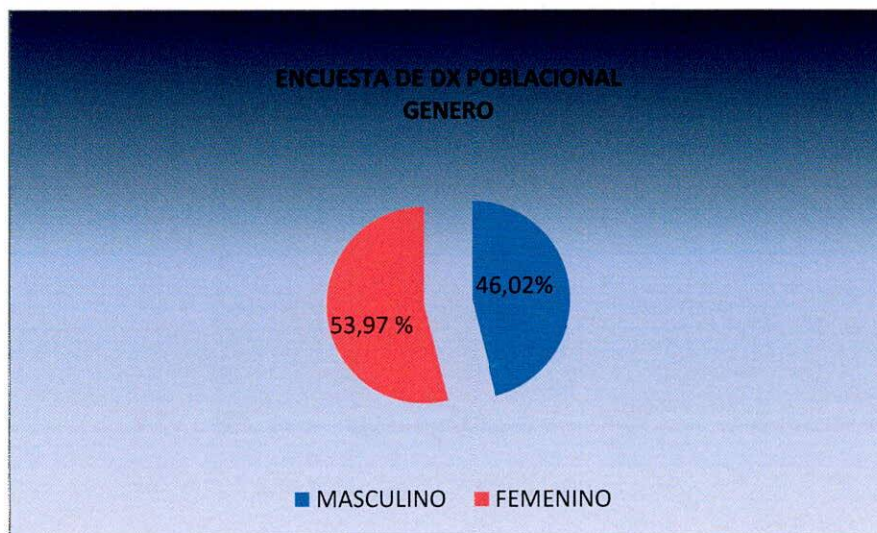
Gráfica 2 Distribución Grupo Etareo

Por cada paciente, se registró, género, ocupación, sector, afiliación al SGSS, historia de caries mediante el índice COP y ceo, índice de Higiene Oral, índice Periodontal, índice de Dean. Los resultados se describen en gráficas con datos tabulados MS Excel 2010 (Microsoft, USA).

DISTRIBUCION POR GÉNERO



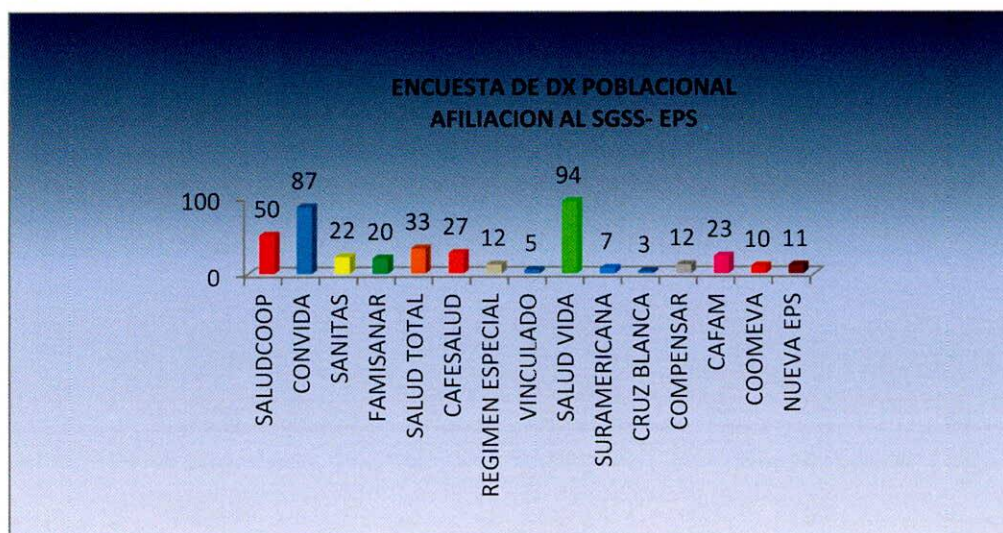
Gráfica 3 Distribución Genero



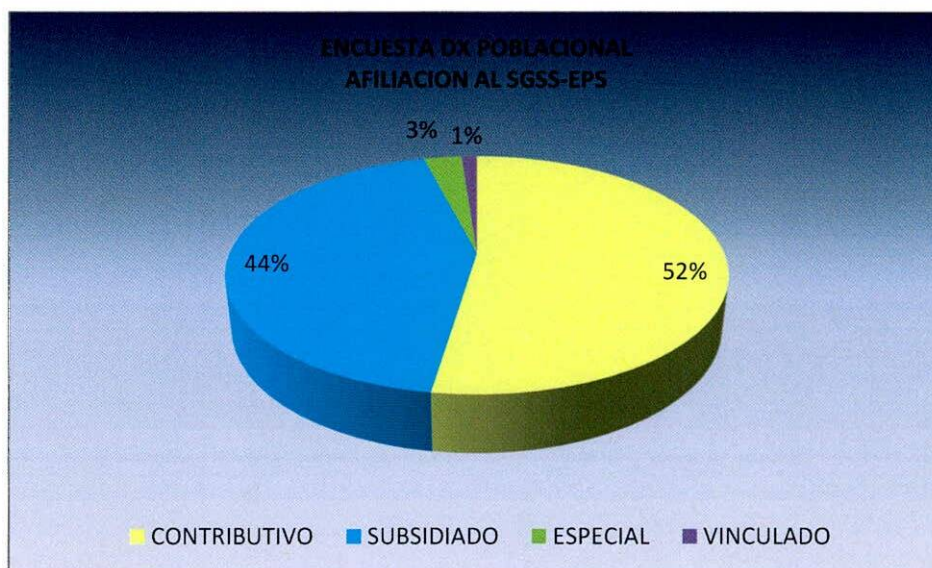
Gráfica 4 Distribución Porcentual Genero

De los 416 exámenes realizados el 53,97% equivale al género femenino y el 46,03% al género masculino,

DISTRIBUCION DE AFILIACION AL SGSS- EPS



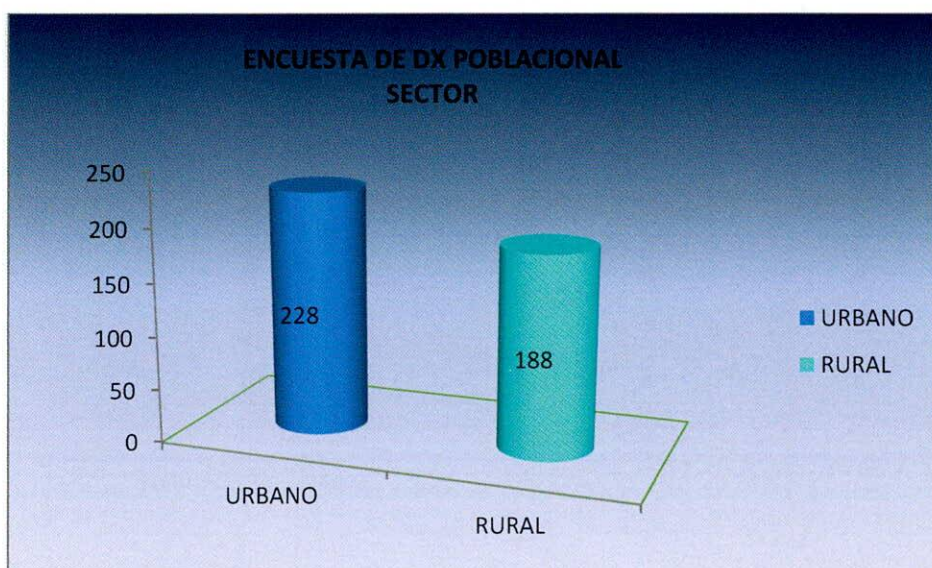
Gráfica 5 Distribución Sistema de Afiliación



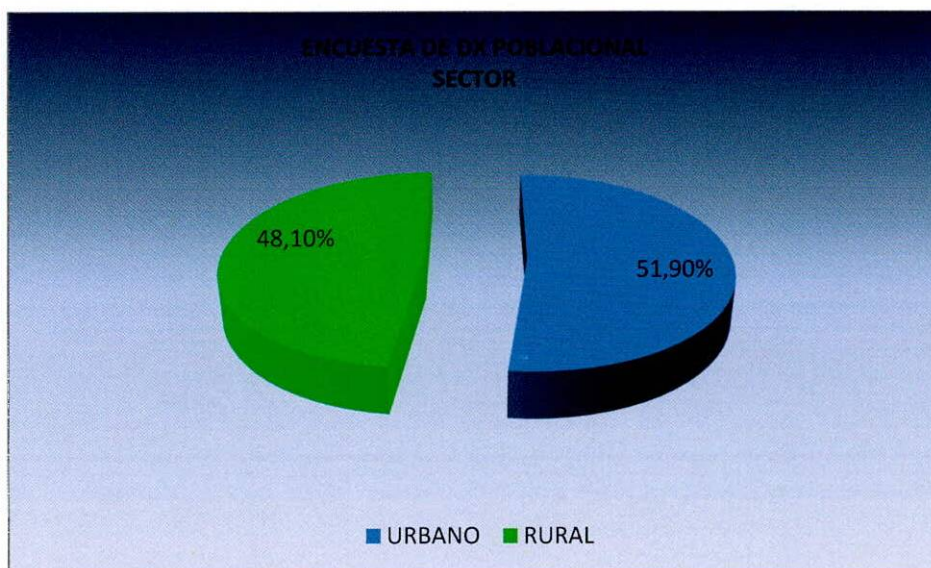
Gráfica 6 Distribución Porcentual Sistema de Afiliación

El 52,40% de la población examinada está afiliada al Régimen Contributivo, el 43,50% se encuentra afiliada al Régimen subsidiado, el 2,88% se encuentra dentro de un régimen especial y 1,20% se encuentra vinculado.

DISTRIBUCION POBLACIONAL POR SECTOR



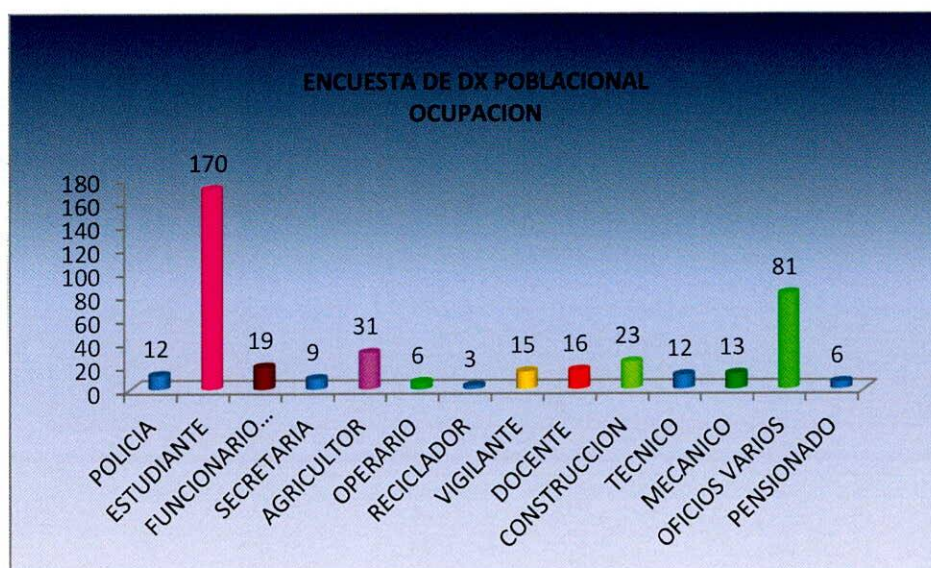
Gráfica 7 Distribución Sector vivienda



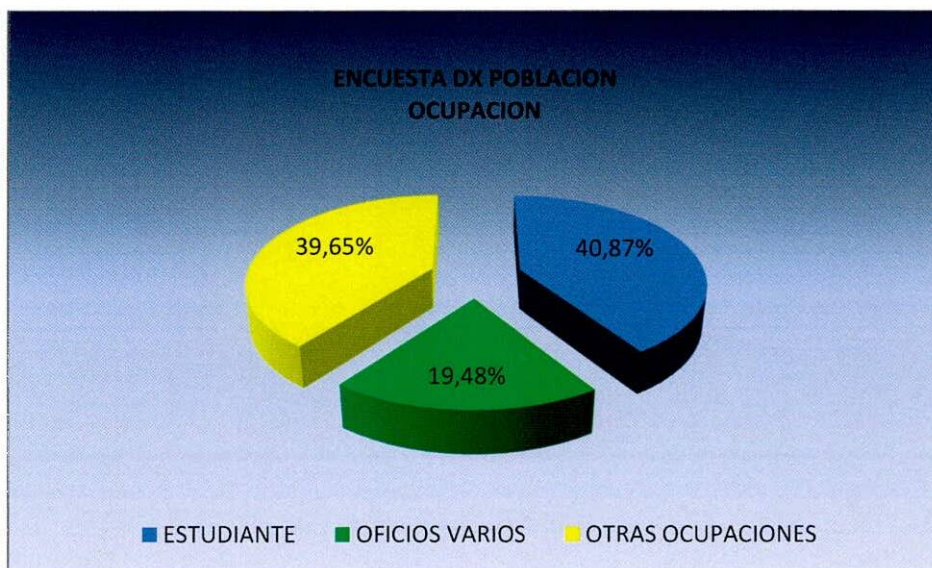
Gráfica 8 Distribución Porcentual Sector

El (51,90%) de la población examinada habita en el sector urbano y el (48,10%) habita en el sector rural.

DISTRIBUCION POBLACIONAL POR OCUPACION



Gráfica 9 Distribución Ocupación



Gráfica 10 Distribución Porcentual Ocupación

De acuerdo a los 416 exámenes realizados, el 40,87% de los exámenes realizados su ocupación es estudiante, y el (19,48%) su ocupación corresponde a oficios varios.

3.4 DISTRIBUCION DEL ESTADO BUCAL

El diagnóstico del estado de salud de la población por ser multifactorial se hace muy complejo, más aún si pretendemos abarcarlo en toda su magnitud, para una colectividad o comunidad determinada, sea ésta la de un país, departamento, municipio, área de salud, centros educacionales, centros laborales, etc.

Todas estas poblaciones pueden ser estudiadas para conocer su estado de salud, sus componentes, sus determinantes o factores de riesgo y su causalidad, para elaborar un plan de acción y de ejecución que permita alcanzar indicadores de salud cada vez más favorables.

El estado de salud de la población es un reflejo de desarrollo material y espiritual de una sociedad referente a la salud social, es un sistema valioso para evaluar la eficiencia y eficacia del sistema de salud y un instrumento para demostrar la capacidad del estado en garantizar la salud de la población.^{1, 2}

Los componentes del estado de salud de la población podemos desglosarlos de la siguiente forma: Población. Su número, estructura o composición, distribución espacial y ritmo de crecimiento.

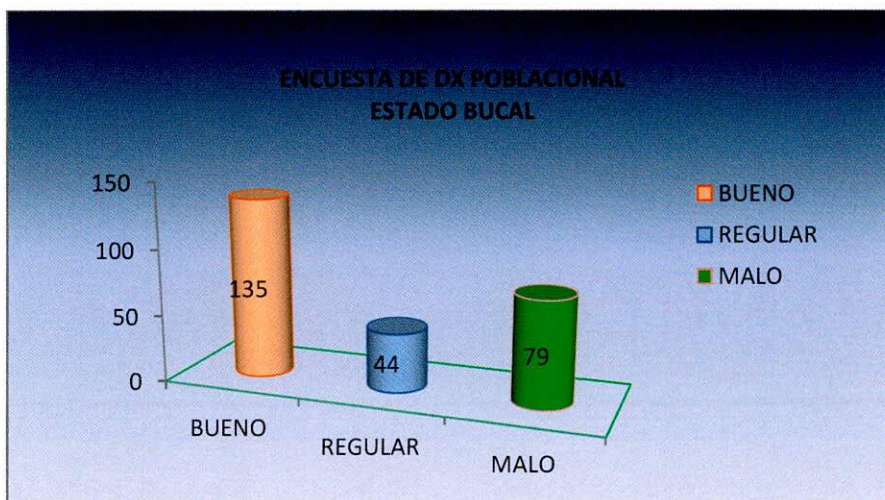
1. Fecundidad. Nivel, impacto en la salud de la sociedad, política y práctica en su regulación.
2. Mortalidad. Nivel, estructura, tendencias.

3. Morbilidad. Nivel, estructura, tendencias.
4. Invalidez. Nivel, estructura según causas.
5. Crecimiento y desarrollo. Físico, funcional, psíquico.

Las determinantes o condicionantes de la salud y de la enfermedad en los individuos, familiar y colectivos en una comunidad, dependen de la integración de otra variable.

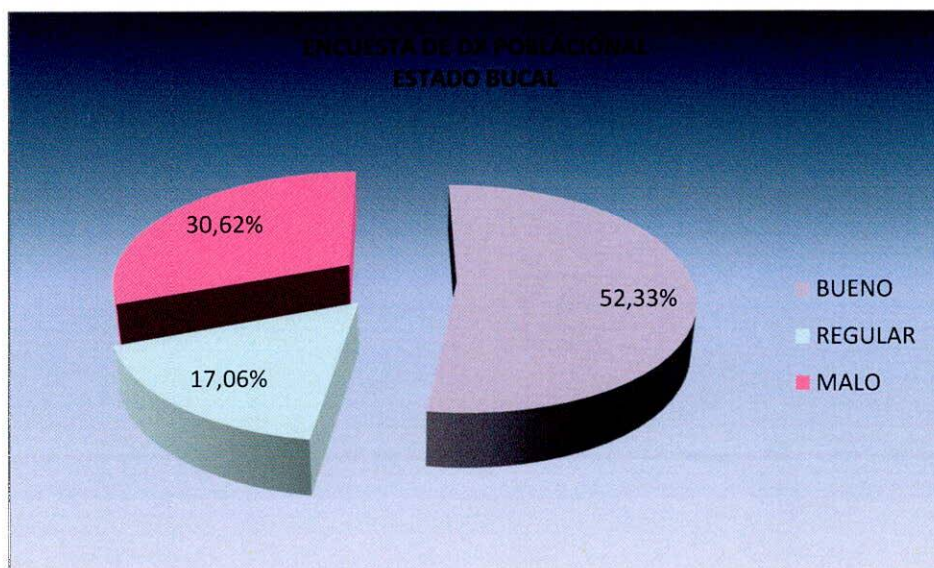
1. La biología humana (genética, envejecimiento, otros).
2. El medio ambiente (contaminación física, química, biológica, psicosocial y sociocultural).
3. El estilo de vida (conductos de salud).
4. El sistema de asistencia sanitaria.

El componente bucal del proceso salud enfermedad de los individuos familias y colectivos de una comunidad no escapa a este complejo proceso de determinación. En caso concreto, la salud y enfermedad bucal es la resultante de sus condiciones específicas: respuestas a la exposición a determinados agentes bacterianos, dieta rica o carente de carbohidratos, fluoruros y trazas específicos, hábitos higiénicos bucales, acceso a servicios.³



Gráfica 11 Distribución Estado Bucal

Al analizar la gráfica encontramos que, de 416 personas examinadas, solo 258 aplicaron para dicho índice.



Gráfica 12 Distribución Porcentual Estado Bucal

El (52,33%) de la población examinada presenta buen estado bucal, el (17,06%) presenta regular estado bucal y el (30,62%) tiene un mal estado bucal.

3.5 INDICE DE HIGIENE ORAL

La higiene oral barre los residuos y los microbios que provocan las caries y la enfermedad periodontal. Por donde pasan eficazmente el cepillo dental y el hilo, no se producen caries ni sarro. La buena higiene bucal proporciona una boca que luce y huele saludablemente.

Esto significa que:

- Los dientes están limpios y no hay restos de alimentos
- Las encías presentan un color rosado y no duelen o sangran durante el cepillado o la limpieza con hilo dental
- El mal aliento no es un problema constante

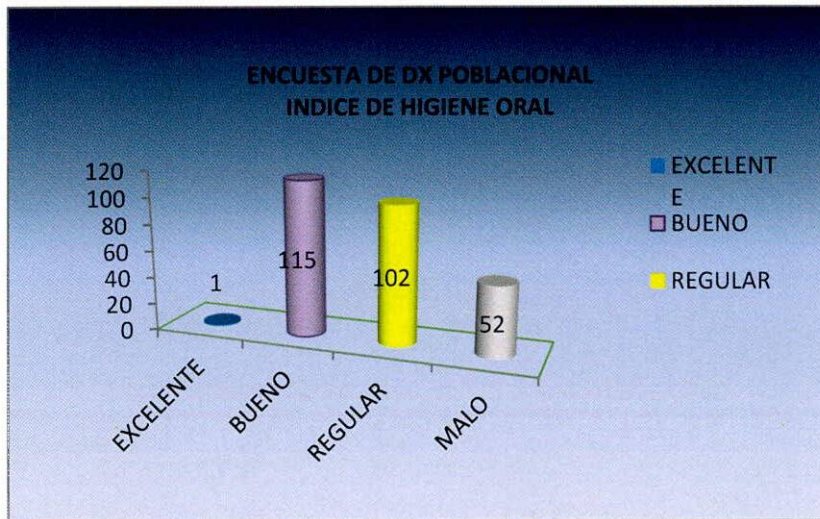
¿Cómo se practica la buena higiene bucal?

Una de las cosas más importantes que usted puede hacer por sus dientes y encías es mantener una buena higiene bucal. Los dientes sanos no sólo le dan un buen aspecto a su persona y lo hacen sentirse bien, sino que le permiten hablar y comer apropiadamente. La buena salud bucal es importante para su bienestar general.

Los cuidados preventivos diarios, como el cepillado y uso de hilo dental, evitan problemas posteriores, y son menos dolorosos y menos costosos que los tratamientos por una infección que se ha dejado progresar.

En los intervalos entre las visitas regulares al odontólogo, hay pautas simples que cada uno de nosotros puede seguir para reducir significativamente el desarrollo de caries, las enfermedades de las encías y otros problemas dentales:

- Cepillarse en profundidad y usar hilo dental por lo menos dos veces al día.
- Ingerir una dieta equilibrada y reducir las ingestas entre comidas.
- Utilizar productos dentales con flúor, inclusive la crema dental.
- Usar enjuagues bucales fluorados si el odontólogo lo indica.
-



Gráfica 13 Distribución Índice Higiene Oral



Gráfica 14 Distribución Porcentual Índice Higiene Oral

1. San Martín H, Martín SC, Carrasco JL. Epidemiología, Teoría, investigación y práctica. Madrid: Ediciones Díaz de Santos 1990:411-28.
2. Narey Ramos DB, Aldereguía HJ. Medicina social y salud pública en Cuba. La Habana: Editorial Pueblo y Educación, 1990:21-2.
3. Salleras SL. Educación sanitaria, Principios, métodos y aplicaciones. Madrid: Ediciones Díaz Santos, 1988:18-20.

El (42,60%) de la población que aplica para la toma del índice presenta un buen estado de higiene oral, el (37,78%) presenta un estado regular de higiene oral y el (19,26%) presenta un mal estado de higiene oral y podemos observar que solo el (0,36%) presenta excelente estado de higiene oral.

3.6 INDICE COP

La caries es una enfermedad infecciosa transmisible, la más común que afecta a los dientes, en la que los ácidos producidos por las bacterias disuelven los dientes. Algunas bacterias como las Streptococci mutans y Lactobacilli, se pueden transmitir, por ejemplo, de padres a hijos. Estas bacterias son cariogénicas (lo que significa que provocan caries) y crean una película pegajosa, conocida como placa dental, en la superficie de los dientes. Las bacterias de la placa dental se alimentan de carbohidratos fermentables y los transforman en ácidos. Los carbohidratos fermentables son azúcares y otros carbohidratos, provenientes de la comida y la bebida, que las bacterias pueden fermentar. Los ácidos que se forman disuelven minerales como el calcio y el fosfato de los dientes. Este proceso se denomina desmineralización.

Pero la caries no es inevitable. La saliva arrastra los restos de comida que quedan en la boca, neutraliza los ácidos producidos por la placa bacteriana y aporta calcio y fosfato a los dientes en un proceso que se conoce como remineralización. La saliva también actúa como depósito para el flúor de la pasta de dientes o de las aguas fluoradas. El flúor ayuda a controlar las caries remineralizando los dientes e inhibiendo la producción de ácidos bacterianos, lo que reduce o frena el proceso de caries. Las caries sólo se producen cuando el proceso de desmineralización supera el de remineralización durante un cierto período de tiempo.

3.7 Factores que afectan al desarrollo de caries

3.7.1 Factores individuales

La predisposición a las caries varía entre los individuos y entre los diferentes dientes dentro de una misma boca. La forma de la mandíbula y de la cavidad bucal, la estructura de los dientes y la cantidad y calidad de la saliva son importantes para determinar por qué algunos dientes tienen una mayor predisposición que otros. Por ejemplo, algunos dientes pueden tener agujeros, pequeñas grietas o fisuras que permiten la infiltración de ácidos y bacterias más fácilmente. En algunos casos, la estructura de la mandíbula o de la dentición hace que la limpieza de los dientes o el uso de hilo dental sean más difíciles.

La cantidad y la calidad de la saliva determinan los índices de remineralización de los dientes. Por ejemplo, se suelen encontrar relativamente pocas caries en la parte delantera inferior de la boca, donde los dientes están más expuestos a la saliva.

1. Curzon MEJ and Pollard MA. Nutrition and Dental Caries in Europe. International Dental Journal. 1994;44:599-612 2. Duggal MS and van Loveren C. Dental Considerations for Dietary Counselling. International Dental Journal. (2001) 51, 408-12

El tipo y la cantidad de las bacterias que generan caries presentes en la boca son también relevantes. Todas las bacterias pueden convertir los carbohidratos en ácidos, pero algunas familias de bacterias como las Streptococci y Lactobacilli producen ácidos en mayor cantidad. La presencia de este tipo de bacterias en la placa aumenta el riesgo de caries. Algunas personas tienen niveles más altos de bacterias que causan caries que otras debido a una higiene bucal inadecuada o insuficiente.

3.8 Higiene bucal y uso del flúor

En los últimos años ha habido una reducción en la incidencia de caries en la mayoría de los países. Un aumento de la higiene bucal, incluyendo un cepillado diario y el uso del hilo dental para quitar la placa, así como el uso de cremas fluoradas, combinado con revisiones dentales periódicas, parece ser los responsables de la mejora.

El flúor inhibe la desmineralización, fomenta la remineralización y aumenta la dureza del esmalte de los dientes, haciéndolo menos solubles a los ácidos. Una cantidad apropiada de flúor ayuda a prevenir y controlar las caries. El flúor se puede suministrar en manera sistémica mediante el agua de consumo público fluorada, otras bebidas con flúor o suplementos. Asimismo, se puede aportar de manera tópica, directamente en la superficie de los dientes mediante crema de dientes, enjuagues bucales, geles y esmaltes.

Se debe tener en cuenta el nivel de flúor en el agua potable y en la comida cuando se evalúa la necesidad de tomar suplementos de flúor. Esto es especialmente importante en los niños menores de 6 años cuyos dientes aún se están desarrollando. Un exceso de consumo de flúor puede llegar a causar manchas en los dientes, lo que se conoce como "fluorosis".

El cepillado utilizando una crema de dientes con flúor parece ser el factor más importante en el descenso de caries observado en muchos países. El cepillado y el uso de hilo dental ayudan de forma concomitante a la aplicación de flúor para eliminar bacterias de la boca y reducir el riesgo de caries y de enfermedades periodontales.

La aplicación regular de esmaltes fluorados que realizan los odontólogos es una medida de prevención de formación de caries, esta práctica es especialmente recomendada en niños con un alto riesgo de caries.

Las revisiones dentales regulares pueden ayudar a detectar y controlar problemas potenciales. Controlar y eliminar regularmente la placa puede ayudar a disminuir la incidencia de caries. Si hay poca placa, la cantidad de ácidos formados será insignificante y no se producirá la caries.

3.9 Factores de la dieta

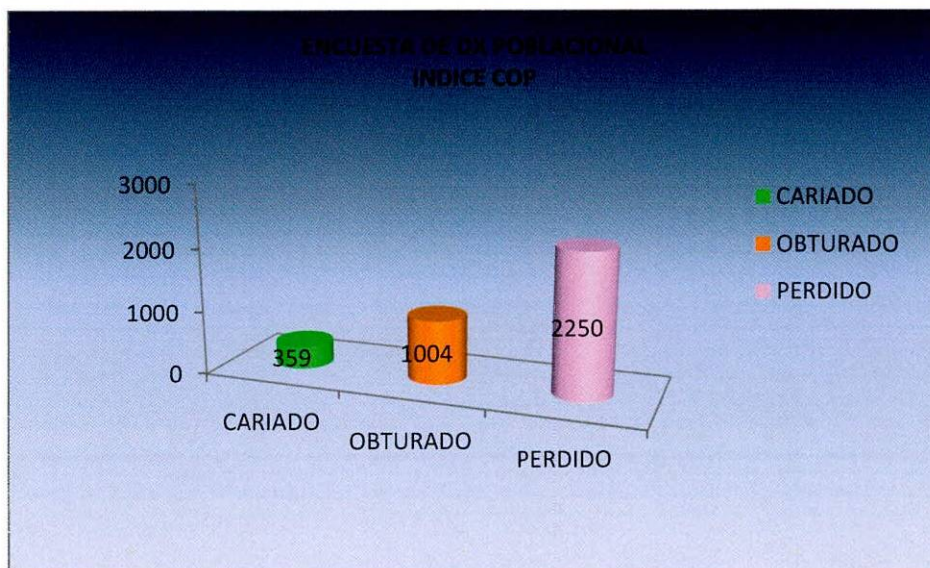
Los hábitos alimentarios juegan también un papel en el desarrollo de la caries.

Carbohidratos fermentables: Durante muchos años el mensaje para evitar caries era “no comer demasiada azúcar ni alimentos azucarados”. En las últimas décadas el consumo de azúcar en muchos países se ha mantenido constante mientras que los niveles de caries han disminuido. Esto sugiere que cuando se practica una higiene bucal adecuada (p. ej. cepillado regular usando pasta de dientes con flúor) se manifiesta menos el papel del azúcar en la formación de caries.

El consejo de reemplazar el azúcar por alimentos ricos en fécula (almidón) para evitar caries tiene un valor cuestionable. Actualmente sabemos que cualquier alimento que contiene carbohidratos fermentables (que estos sean azúcar o fécula) puede contribuir a la aparición de caries. Esto significa que, al igual que los dulces y golosinas, la pasta, el arroz, las patatas fritas, las frutas e incluso el pan pueden iniciar el proceso de desmineralización. Por ejemplo, un estudio en el que se observó la capacidad de producción de ácidos de varios alimentos con fécula incluyendo la pasta, el arroz y el pan, descubrió que estos alimentos producían la misma cantidad de ácido que una solución sacarosa al 10% (azúcar de mesa). Otro estudio descubrió que la formación de ácido en la placa tras comer pan de molde o patatas fritas era mayor y duraba más tiempo que después de tomar sacarosa.

Características de los alimentos: Las características físicas de un alimento, especialmente cuánto se pega a los dientes, también afectan al proceso de formación de caries. Los alimentos que se pegan a los dientes aumentan el riesgo de caries, en comparación con los alimentos que desaparecen de la boca rápidamente. Por ejemplo, las galletas se pegan a los dientes durante más tiempo que otros alimentos, como los caramelos y las golosinas. Esto se puede deber a que los caramelos y las golosinas contienen azúcares solubles que desaparecen más rápidamente gracias a la saliva. Cuanto más tiempo se queden los alimentos que contienen carbohidratos alrededor de los dientes, más tiempo tienen las bacterias para producir ácido y mayor es la posibilidad de desmineralización.

Frecuencia de Consumo: Existen debates acerca de la importancia relativa de la frecuencia del consumo de carbohidratos y su relación con las caries. Como en el caso de la relación entre dieta y caries, este vínculo parece debilitarse con la adopción de una buena higiene bucal y flúor.



Gráfica 15 Distribución Porcentual Índice COP

$$\text{COP} = \frac{\text{Total de dientes cariados, perdidos y obturados en la población examinada}}{\text{Total, personas examinadas}}$$

El índice COP en la población examinada es de 12,01 según la OMS nivel de severidad Muy Alto. Es de gran importancia analizar la gráfica ya que el número de dientes Perdidos sobrepasa en un 75% los dientes cariados, esto nos refleja que el paciente no asiste a la consulta odontológica a tiempo para prevenir la pérdida de la pieza dental.

3.10 INDICE ceo

La higiene bucal es de los hábitos que hay que inculcar en el niño desde que está recién nacido. Aunque no tenga dientes, es importante que los residuos de leche materna o de fórmula sean eliminados, para que no causen infecciones. Por otro lado, acostumbrarlo al hábito por más tiempo, para que el niño lo aprenda de verdad y realmente se le vuelva un hábito.

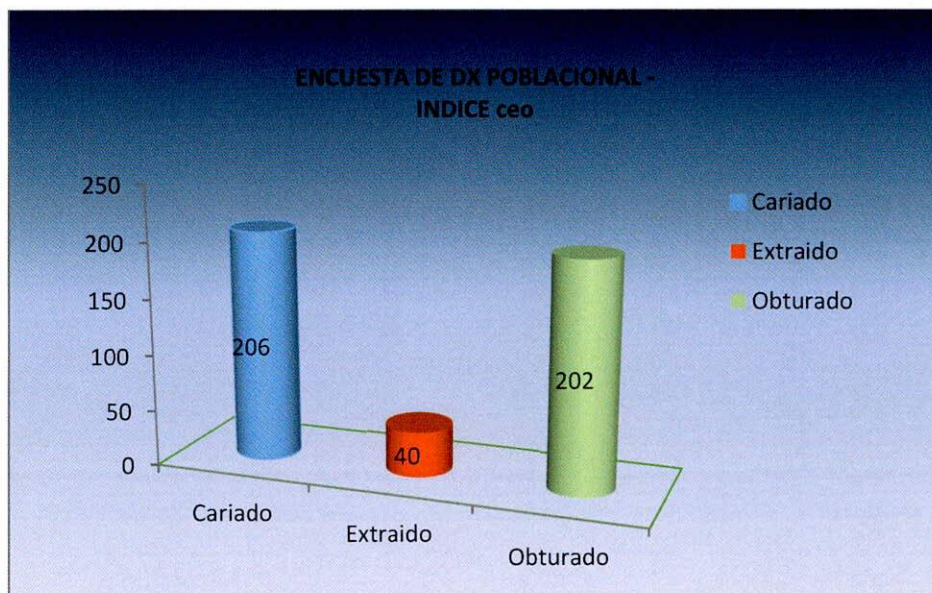
Ahora, mientras esté muy bebé y no tenga dientes, lo indicado es limpiar las encías con una gasa limpia y húmeda. Cuando aparece el primer diente, es momento de empezar a utilizar el cepillo de dientes, el cual debe tener la cabeza del tamaño de tres dientes del bebé como máximo. Las cerdas deben ser suaves, flexibles y redondeadas. Las zonas donde el bebé todavía no presenta dientes deben ser limpiadas todavía con la gasa.

El cepillado debe ser circular, con movimientos que toquen la encía y los dientes, tanto por dentro como por fuera. La crema dental no es recomendable, pues el bebé tiende a tragar la crema, lo cual promueve la aparición de manchas en los dientes permanentes.

El método más fácil y más seguro para lavarle los dientes al bebé, es colocándolo en una superficie horizontal. El baño no es el mejor lugar, porque hay distracciones para el niño, y además la superficie es resbalosa. Sostenga la cabecita de su hijo con una mano, y con la otra proceda a la limpieza.

Cuando los niños ya son más grandes y han aparecido los dientes primarios (promedio tres años), se debe iniciar la limpieza bucal infantil, ya con hilo dental, en especial en las zonas molares. La primera cita con el odontólogo debe ser cuando el niño cumple un año de edad.

Si el proceso de limpieza no se inicia a tiempo, el hábito no se creará, la aparición de caries es muy factible y problemas más graves creados por los residuos de leche que se quedan en las encías y destruyen el esmalte de los dientes, aunque estén en formación.



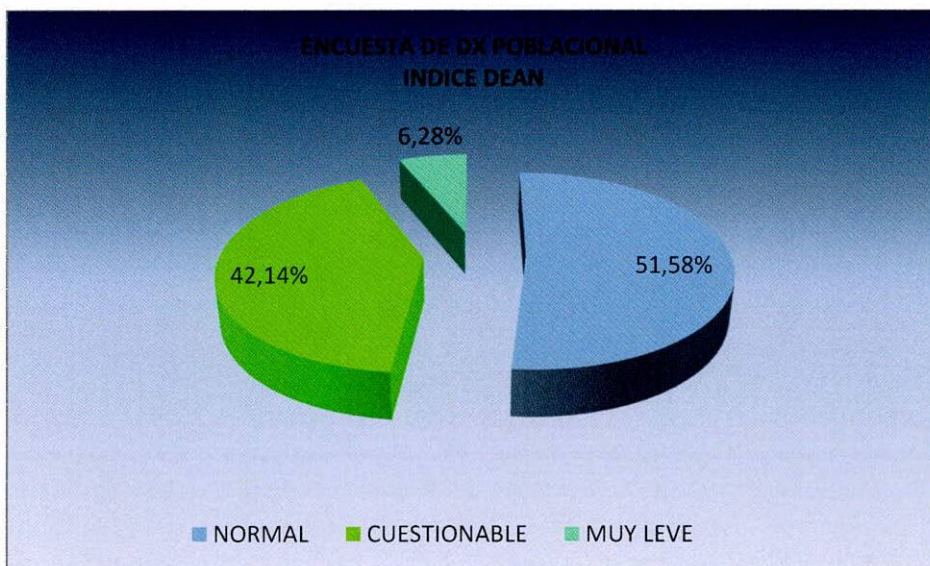
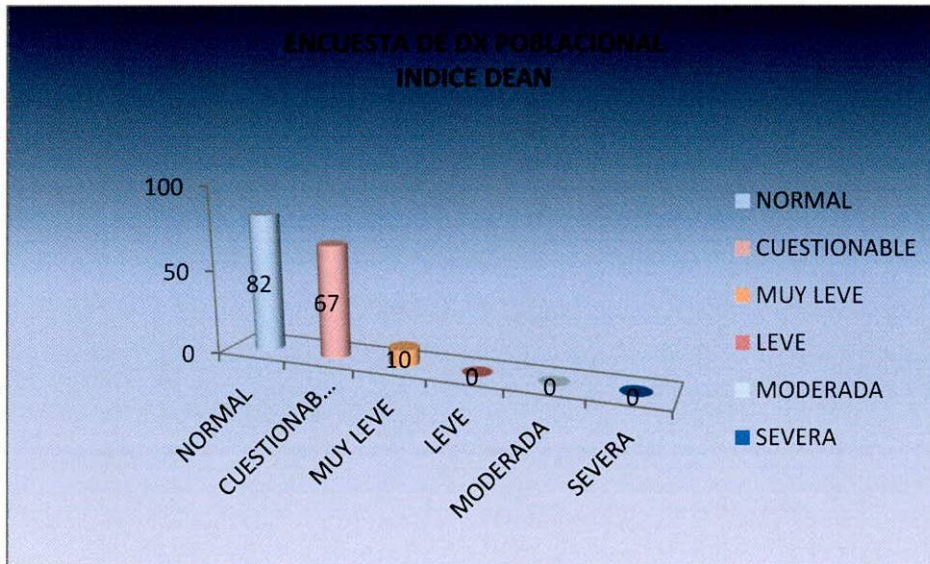
Gráfica 16 Distribución Porcentual Índice ceo

$$\text{Ceo} = \frac{\text{Total de dientes cariados, extraídos y obturados en la población examinada}}{\text{Total personas examinadas}}$$

En la población examinada encontramos que el ceo es de 3,90 clasificado como nivel Moderado según la OMS, donde se hace necesario realizar más Promoción de Salud Oral.

En la población infantil se encuentra una igualdad entre dientes cariados y obturados, interpretándose así la obturación como historia de caries esto nos define que en la población infantil la Caries de Infancia temprana sigue siendo la principal causa de morbilidad

3.11 INDICE DEAN



El (51,58%) de la población examinada presenta un índice Dean Normal, el (42,14%) presenta un índice Dean Cuestionable, el (6,28%) presenta un índice Dean Muy Leve.

3.12 INDICE PERIODONTAL

3.12.1 Enfermedad Periodontal

Para entender cómo se inicia y progresa esta enfermedad, primero es necesario conocer cómo son esos tejidos en salud y en enfermedad.

En una boca sana los dientes están sostenidos por las encías, el hueso mandibular, la membrana periodontal que rodea las raíces de los dientes y el cemento que los une con el hueso.

La encía está constituida por un tejido fibroso y compacto que cubre la región alveolar. Una de sus funciones es defender al ligamento periodontal de la agresión que implica la masticación de los alimentos.

Entre diente y diente forma un saliente que llena el espacio llamado papila gingival. Ésta es la primera en alterarse en caso de enfermedad.

El color normal de la encía es rosado pálido, pero cuando se altera a causa de una infección o inflamación, cambia a un color rojo vino amoratado. Cuando la encía se inflama o sangra consulte inmediatamente con el odontólogo. Él es la única persona autorizada para resolver ese problema. Antiguamente esta enfermedad se conocía como piorrea alveolar, nombre derivado del griego y que significa salida de pus.

La enfermedad periodontal tiene su origen cuando depósitos de placa bacteriana de cada región del cuello de los dientes causan irritación en las encías e inflamación.

3.12.2 Embarazo y Salud Oral

En la vida de una mujer, los mayores cambios fisiológicos y hormonales ocurren durante el embarazo. Éste cambia el cuerpo de la mujer en muchas formas, y una de ellas es que ocasiona ciertos cambios en la cavidad bucal.

Creemos que es imprescindible que las pacientes consulten al odontólogo antes del embarazo y al menos una vez cada trimestre durante la gestación.

Toda mujer embarazada debe realizar un diagnóstico de su estado oral y recibir información acerca de los correctos hábitos de salud bucal, para disminuir los riesgos de enfermedades orales en ella y en su futuro bebé.

3.12.3 Lactancia Materna

No sólo tiene enormes beneficios nutritivos, inmunológicos y emocionales para el bebé. Además, favorece el correcto posicionamiento de las arcadas dentarias y con ello, una buena oclusión dentaria (buena mordida entre los dientes superiores e inferiores).

Todos los bebés nacen con una mandíbula "pequeña" en comparación con el maxilar superior. La succión del pecho ayuda a que la mandíbula "avance" en su

posición y con ello se obtiene una mejor relación entre el maxilar y la mandíbula. Diversos estudios indican que, con la ejercitación de los músculos masticadores y faciales al lactar, disminuyen al 50% los indicadores de maloclusiones (malas mordidas).

La lactancia materna también facilita la respiración nasal del bebé, ayuda a un correcto posicionamiento de la lengua y a un buen desarrollo de la musculatura oral, previene patrones de deglución anormales, promueve una correcta forma del paladar, aumenta el flujo salival, entre muchas otras ventajas.

La mayoría de especialistas coinciden en la gran importancia de la lactancia materna durante los primeros seis meses para el correcto desarrollo de la respiración, de la boca, de la oclusión (mordida) y de la deglución (tragar los alimentos) durante la infancia.

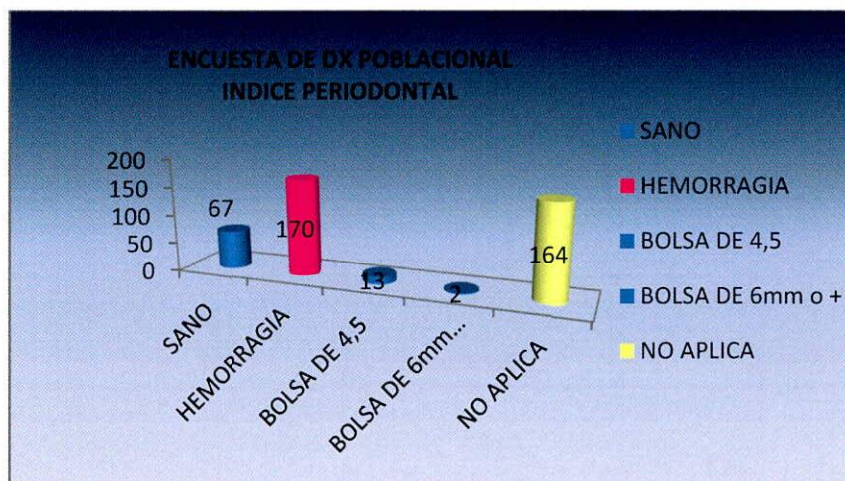
La lactancia materna prolongada (después del año de edad si es diurna y/o después de la erupción del primer diente de leche si es nocturna) y su relación con la caries es un tema de gran controversia. Al ser la caries una enfermedad infecciosa

multifactorial, estamos convencidos que no existe ningún factor que ocasione la caries por sí solo.

Sin embargo, la mayoría de madres que dan el pecho a demanda durante la noche -momento de mayor susceptibilidad al ataque bacteriano porque el flujo de saliva es casi nulo-, no limpian los dientes después de la toma, aumentando el riesgo del bebé al combinar la ausencia de higiene oral con la presencia de un sustrato (leche) sobre la superficie dental.

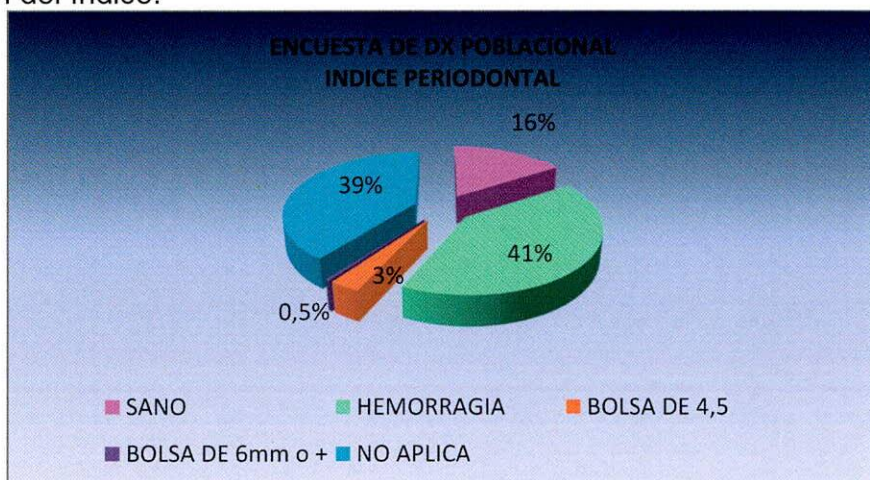
Debemos agregar que existen también otros factores que pueden aumentar el riesgo de caries tales como: niños que se despiertan varias veces por la noche a comer (pecho o biberón); tiempo que el niño se duerme con el líquido en la boca; consumo de alimentos azucarados, insuficiente exposición a fluoruros presencia de defectos en el esmalte (hipoplasias); transmisión temprana de bacterias; entre otros.

Debido a que cada niño presenta un riesgo diferente a desarrollar enfermedades (incluyendo la caries), los padres deben llevar a su bebé con un profesional para que éste identifique el riesgo de caries individual y las estrategias preventivas necesarias de acuerdo a cada caso.



Gráfica 19 Distribución Índice Periodontal

Cabe resaltar que de las 416 personas examinadas 252 cumplen con criterios de aplicación del índice.



Gráfica 20 Distribución Porcentual Índice Periodontal

Al realizar el análisis gráfico LA ENFERMEDAD PERIODONTAL se puede traducir como diagnóstico definitivo ya que se encontró que el 41% de la población examinada presenta hemorragia, esto quiere decir que el Periodonto no se encuentra sano.

Se puede evidenciar que en la población adulta la Enfermedad Periodontal es la principal causa de morbilidad, sin dejar a un lado el alto porcentaje de dientes perdidos.

3.13 METODOLOGIA PARA LA REALIZACION DE MESAS DE TRABAJO

3.13.1 Objetivo

Realizar mesas de trabajo para el proceso de identificación problemática a intervenir en Salud Oral del municipio de Cota, a partir de los conocimientos y aportes de los diferentes sectores dentro del proceso de diagnóstico.

Fases:

La metodología establecida se discrimino en 3 fases:



Fase de Preparación: Esta fase contempla los aspectos organizativos y logísticos previos a tener en cuenta para la realización exitosa de las mesas de trabajo, e implica lo siguiente.

Definición de los sectores a trabajar: Se definieron los siguientes sectores:
Población de los Programas sociales del Municipio

Población Escolar del Municipio

Odontólogos de Consultorios Privados y Públicos del Municipio.

Definición de la Logística Requerida

RECURSO HUMANO	RECURSOS FISICOS	RECURSOS TECNOLOGICOS
• 1 Coordinador • 1 Líder por mesa	• Formatos de diagnóstico • Cartelera • Formato de asistencia • Mesas • Sillas • Marcadores	• Portatil • Cámara fotográfica • Video beam

Fase de Ejecución en Sitio

Una vez se hayan convocado los actores a los puntos de encuentro y se haya dispuesto la logística, se procederá a realizar la mesa de acuerdo con los momentos.

Fase de digitación de la Información

En esta fase se consolido la información obtenida en los instrumentos de diagnóstico (formatos- cartulinas) empleados en las mesas de trabajo, cuyo resultado principal es el consolidado de problemas, causas, y efectos.

3.15 PRIORIZACIÓN DE PROBLEMÁTICA

Se realizó la Priorización de los Problemas en hoja de Cálculo en Excel 2010 con presentación de matriz de Priorización método Hanlom.

MATRIZ DE PRIORIZACION DE PROBLEMAS

Dimensión	Problemas	Magnitud	Severidad	Efectividad	Factibilidad						
					Pertinencia	Economía	Recursos	Legalidad	Aceptabilidad		
					(0-1)	(0-1)	(0-1)	(0-1)	(0-1)		
Vida Saludable y condiciones no Transmisibles	Insuficiente (Deficiente?) Prestación de Servicio de Odontología en el Centro de Salud del Municipio	54	38	9	6	6	6	6	6	6438528	25
	Malos Hábitos de Higiene Oral de la Población	53	47	9	6	6	6	6	6	6998400	23
	Aumento de la Pérdida Dental	50	44	5	6	5	5	5	6	2115000	18
	Ausencia de Cobertura del POS en Servicios Odontológicos.	32	36	8	5	5	5	5	5	1700000	18
	Fluorosis	40	38	9	6	5	5	5	6	3159000	16
	La población no se encuentra Afiliada o cubierta dentro de los diferentes regímenes en Salud.	23	31	8	6	5	5	5	6	1944000	16
	Creencias culturales de la Comunidad Indígena sobre las prácticas de Salud Oral.	38	41	7	5	5	5	5	5	1728125	14
	Embarazos en Pre-adolescentes y Adolescentes	47	52	7	6	6	6	6	6	5388768	12
	Falta de Consulta Odontológica Especializada en especial para personas en Condición de Discapacidad	50	49	7	6	6	6	6	6	5388768	11

La Matriz de Priorización es una técnica muy útil que se puede utilizar en diferentes ámbitos donde se pueden clasificar problemas o asuntos (usualmente aportados por una tormenta de ideas) en base a un criterio en particular que es importante para una organización. De esta manera se puede ver con mayor claridad cuáles son los problemas más importantes sobre los que se debe trabajar primero.

4. PROBLEMATICA A INTERVENIR EN SALUD ORAL

La Educación para la Salud fue definida por la OMS como un campo especial de las Ciencias de la Salud cuyo objetivo es la transmisión de conocimientos y el desarrollo de una conducta encaminada a la conservación de salud del individuo y de la sociedad. La educación es el mecanismo más eficaz del que disponemos para generar un cambio de actitud hacia modos de vida más saludables ^(1, 2).

La salud bucodental infantil es un objetivo de primer orden en el contexto de las políticas de salud oral en cualquiera de los países de nuestro entorno. El enfoque preventivo y las actividades que se aplican desde los primeros años de vida son claves para el éxito de los programas de salud ^(1,2). La caries dental infantil ha disminuido en las últimas décadas. Este descenso se debe a la mejora del nivel de vida, a la implementación de programas preventivos comunitarios y a los avances en la atención odontológica.

La promoción de hábitos saludables, la prevención de las principales patologías bucodentales y su detección precoz mediante revisiones periódicas, constituyen un conjunto de acciones de reconocida utilidad en la salud general de los niños ya que estas patologías tienen una alta prevalencia y provocan gran morbilidad.

Las condiciones de salud bucal inadecuadas con altas prevalencias de enfermedad, y el no reconocimiento de la salud bucal como un componente fundamental de la salud de la población del Municipio, se han convertido en la problemática a intervenir desde la construcción de la Política de Salud Oral.

1. Gestal JJ, Smyth E, Cuenca E, Montes A. Epidemiología y prevención de las enfermedades de la cavidad oral: caries dental, periodontopatías y cáncer. En: Piédrola Gil. Medicina Preventiva y Salud Pública. Elsevier Masson: Barcelona; 2008.

2. Domínguez Rojas V, Astasio Arbiza P, Ortega Molina P, Gordillo Florencio E, García Núñez JA, Bascones Martínez A. Analysis of several risks factors involved in dental caries trough multiple logistic regresión. International Dental Journal, 1993;43:149-56.

5. LINEAS ESTRATEGICAS

1. EDUCACION Y PROMOCION DE LA SALUD ORAL
2. DEBERES Y DERECHOS
3. VIGILANCIA Y GESTION DEL CONOCIMIENTO
4. MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD Y ACCESO A LOS SERVICIOS ODONTOLOGICOS.

6.OBJETIVOS GENERALES EN CADA LINEA ESTRATEGICA

Gestión de la Salud Oral a nivel Municipal: Creación y consolidación del comité local de Salud Oral - Implementación y monitoreo de la política de Salud Oral.

Posicionamiento de la Salud Oral: Estrategias de IEC (Información- Educación- Comunicación) inclusión de hábitos saludables y de autocuidado oral en el currículo escolar, capacitación en salud oral a cuidadores y comunidad en general- inclusión del componente de salud oral en los planes de salud ocupacional.

Vincular elementos de salud oral (Normativos, de Política Pública,) a los procesos de formación y cualificación de organizaciones sociales y comunitarias que se desarrollen en el marco de las acciones colectivas que hacen parte del PIC.

Gestión de los servicios de salud oral - Identificar y analizar las necesidades y condiciones de salud oral para hacer una programación efectiva de la atención en salud oral.

La educación será la llave fundamental para mejorar la salud oral de los habitantes del Municipio.

Aumentar la asistencia de la comunidad, especialmente de niños menores de 12 años y de mujeres en estado de embarazo, a las IPS y consultorios odontológicos del sistema privado, para disminuir la incidencia de caries y enfermedad periodontal mediante la utilización de campañas de prevención utilizando estrategias de educación masiva y visitas domiciliarias todo esto articulado con las prioridades de Salud Oral en el PIC.

Educación y Promoción de la salud oral en las instituciones educativas públicas y privadas del Municipio de Cota.

Incrementar las acciones de educación y atención a las mujeres en estado de embarazo que acuden a la consulta de control prenatal y posteriormente a los programas de crecimiento y desarrollo del niño.

Promover la remisión de la mujer en estado de embarazo a consulta odontológica general, con el fin de iniciar un control temprano de prevención de la enfermedad oral, especialmente la periodontal.

Promover la educación de la mujer embarazada en el manejo del niño menor de 1 año incorporándola a programas de Higiene y Salud bucal desde la primera infancia, desde los programas ofrecidos por el Plan de Intervenciones Colectivas PIC.

Fortalecimiento de la gestión de la Salud Oral a nivel municipal.

Posicionar la Salud Oral como componente de la salud integral de la población, validando su impacto en la calidad de vida.

Mejoramiento de la calidad y acceso a los servicios odontológicos por parte de la población más vulnerable, por consulta institucional.

Mejoramiento de los procesos de gestión de la información, que den cuenta de forma oportuna de la situación de salud bucal de la población del municipio.

Calidad y Acceso a los Servicios Odontológicos:

La reforma colombiana ha sido considerada como una experiencia exitosa en la mejora del acceso por el incremento de la cobertura de la afiliación, no obstante, la afiliación a un seguro no es equivalente a acceso adecuado.

Entre los factores que incapacitan el acceso relacionados con las características de la población se destacan el nivel socioeconómico y el lugar de residencia, fuentes importantes de desigualdades en el acceso. La barrera económica sigue apareciendo como una de las causas principales para no utilizar los servicios.

7. ESTRATEGIAS

Estrategias de IEC, inclusión de hábitos saludables y de autocuidado en el currículo escolar.

Realizar jornadas lúdico pedagógicas en la población para promover la Lactancia Materna, Hábitos saludables, Deberes y Derechos en Salud oral.

Implementación de estrategias de Salud al Hogar, con las cuales se promueva el mejoramiento de la calidad de vida y salud de la población.

Realizar una estrategia publicitaria de Higiene Oral en todo el Municipio donde se garantice la atención de las mismas.

Garantizar el uso de Cepilleros en los grados Preescolar en todas las Instituciones Educativas Públicas y Privadas del Municipio.

Realizar cada 6 meses una estrategia de Salud Oral en hábitos saludables para todos los niños de 6-11 años del Municipio.

Capacitar a los Docentes en los diferentes Traumas Dento-alveolares.

Realizar sensibilización para incorporar el Cepillo Dental como elemento de la Maleta Escolar.

Promover la creación de espacios en el entorno laboral para la realización de la Higiene Oral y a su vez fortalecerla como parte integral de la Salud General.

Jornadas de conocimiento sobre dieta y mantenimiento de prótesis e higiene oral.

Capacitar a los Adultos Mayores en Enfermedades Orales producidas por efectos adversos a los medicamentos consumidos para enfermedades de base.

Realizar capacitaciones a toda la población del Municipio en Deberes y Derechos en Salud Oral.

Visitar todas las Instituciones Prestadoras de Servicios y consultorios privados para realizar la verificación del uso de protocolos, procedimientos y Guías de Práctica Clínica.

Fortalecer los procesos de vigilancia epidemiológica en Fluorosis con la oportuna notificación de los casos de exposición a Fluoruros.

Gestionar recursos a nivel Departamental y municipal (PIC) para el progreso de las Acciones, Programas y Proyectos que hacen parte de la Política, con el objeto de garantizar el Derecho a la Salud.

Avanzar en la Integración de la salud oral a programas municipales de Salud Pública (IRA, IAMI, AIEPI, Gestantes).

Articulación del sector salud con instituciones como el Observatorio Nacional de Salud Bucal, Facultades de Odontología entre otros.

Enfoque diferencial y de Equidad para orientar acciones sobre grupos priorizados de atención en función de sus características o situación.

Involucrar grupos que por su condición de género, raza, edad o situación presenten inequidades.

BIBLIOGRAFIA

1. MOLINA G.; CABRERA, G.A. (Comp). Políticas Públicas en Salud: aproximación a un análisis. Grupo de Investigación en Políticas de Salud, Facultad Nacional de Salud Pública Héctor Abad Gómez, Universidad de Antioquia, 2008.
2. U.S. Department of Health and Human Services. Oral Health in America: A Report of the Surgeon General-Executive Summary. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, National Institute of Dental and Craniofacial Research, National Institutes of Health, 2000.
3. Johnson NW, Bain C. Tobacco and oral disease. EU-Working Group on Tobacco and Oral Health. Brit Dent J 2000; 189:200-206.
4. World Health Organization. Oral Health Programme. The World Oral Health Report 2003. WHO Geneva, Switzerland. 2003.
5. Grossi SG, Genco RJ. Periodontal disease and diabetes mellitus: a two-way relationship. Ann Periodontol 1998; 3:51-61.
6. Firatli E. The relationship between clinical periodontal status an insulin-dependent diabetes mellitus. Results after 5 years. J Periodontol 1997; 68:136-40.
7. Genco RJ, Offenbacher S, Beck JD. Periodontal disease and cardiovascular disease: Epidemiology and possible mechanisms. J Am Dent Assoc 2002;133 (special suppl):14-22.
8. Federation Dentaire Internationale/World Health Organization. Global goal for oral health in the year 2000. Int Dent J 1982; 23:74-77.
9. World Heath Organization. Recent advances in oral health. WHO Technical Report Series N.º 826. Geneve: World Health Organization, 1992.
10. Organización Mundial de la Salud. Día Mundial de la Salud: Boca sana vida sana. Mimeografiado. 1994.
11. Organización Panamericana de la Salud. Documento CD 40/20. Washington: Organización Panamericana de la Salud, 1997.
12. República de Colombia. Ministerio de Salud. Plan Nacional de Salud Bucal. Bogotá, 1996.
13. República de Colombia. Ministerio de Salud. Estudio Nacional de Salud Bucal. Serie Documentos Técnicos. Tomo VII. Bogotá, 1999.
14. Restrepo JH, Echeverri E, Vásquez J, Rodríguez S. Condiciones de acceso y sostenibilidad financiera del régimen.