



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

**DOCUMENTO TÉCNICO PARA ORIENTAR LAS RESPUESTAS EN
SALUD PÚBLICA DEL PROYECTO DE DESARROLLO DE
AUTONOMÍA SALUD ORAL, DESARROLLADAS A TRAVÉS DEL
PIC 2012**

**Elaborado por: Grupo Salud Oral
Dirección de Salud Pública**

Bogotá D.C. Mayo de 2012

Cra. 32 No. 12-81
Tel.: 364 9090
www.saludcapital.gov.co
Info: Línea 195



**BOGOTÁ
HUMANANA**

1. Presentación

El presente documento contiene los referentes conceptuales y normativos con los cuales se pretende integrar los avances conceptuales y conocimientos actuales de la salud pública, las ciencias políticas, sociales y la epidemiología entre otras, para dar soporte a las acciones propuestas como respuesta a las necesidades identificadas en los territorios de las localidades a través de los diferentes ejercicios realizados con la población y de acuerdo a las etapas del ciclo vital.

Así mismo contiene el análisis de la situación de salud oral a partir de la información analizada y socializada por el SISVESO que nos permite identificar y reorientar las acciones hacia la población de mayor riesgo a tener patologías orales evitables.

También contiene las respuestas que serán las que orienten las acciones a desarrollar en los diferentes territorios donde el PDA salud oral interviene, reconociendo la posibilidad de contribuir al desarrollo como parte integral de la calidad de vida y la salud, a partir del desarrollo de un trabajo articulado con los diferentes actores relacionados.

2. Referente conceptual

Consideramos que el soporte conceptual tanto a nivel internacional, nacional y distrital nos permite contar con diferentes posturas que validan y fortalecen las acciones que se han venido implementando a partir del Plan de intervenciones Colectivas operativizadas en los diferentes territorios así como implementar acciones que den respuesta a las necesidades identificadas por la comunidad.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en 1997¹ propone una estrategia regional para la salud oral, como un componente integral del enfoque de atención primaria de salud. La orientación fundamental en ese momento estaba encaminada a invertir los recursos de los países de las Américas en implementación de métodos preventivos y fortalecimiento de los sistemas de atención en salud oral. De acuerdo al Noveno Programa General de Trabajo y las orientaciones estratégicas y programáticas de la OPS para 1955-1988, se establecen los siguientes objetivos:

¹ OMS-OPS. Salud Oral. Documento CD40/20 (Esp.) Tema 5.9 del programa provisional, 16 Julio 1997

- Promover la mejora de las condiciones de la salud oral en los países de las Américas, haciendo hincapié en aquellos que tienen una mayor carga de morbilidad.
- Ayudar a los países a establecer servicios de salud oral accesibles, eficaces y sostenibles.

Por otro lado, el National Health Institute de los Estados Unidos² propone un marco para la acción frente a las necesidades en salud oral con un componente importante en el acceso a los servicios de salud oral que se constituye en un problema propio del sistema de salud; se presenta énfasis en las disparidades en cuanto a las condiciones de salud oral de los ciudadanos y la necesidad de emprender acciones para reducir estas desigualdades consideradas injustas. Adicionalmente plantea la necesidad de incorporar los avances tecnológicos a los intereses colectivos de mejoramiento de las condiciones de salud oral. Así mismo propone acelerar el avance en bases científicas y aplicadas y utilizar la ciencia de manera efectiva para mejorar la salud oral.

La Unión Internacional de promoción de la salud y educación para la salud en la Unión Europea³, plantea la eficacia de la promoción de la salud, incluye un capítulo dedicado a salud oral en el cual se presentan los resultados exitosos del llamado *enfoque centrado en factores de riesgo comunes*, el cual parte de reconocer que las patologías orales tienen causas que son comunes a diferentes enfermedades crónicas y eventos en salud, entre estas causas se cuentan la dieta, factores relacionados con la higiene y el consumo de tabaco. Se argumenta entonces que para la promoción de la salud lo indicado sería utilizar un enfoque basado en los factores de riesgo comunes, pues las estrategias orientadas a estos factores de riesgo son más inclusivas y rentables que aquellas dirigidas a enfermedades específicas. El punto central de esta propuesta es la promoción de la salud general con intervenciones sobre un número específico de factores de riesgo y la defensa de que este concepto permitirá tener impacto sobre un número importante de enfermedades a menores costos que los enfoques basados en enfermedades específicas.

Desde esta experiencia, se reconocen los beneficios del *enfoque basado en escenarios* para la realización de las actividades de promoción de la salud oral, entre los escenarios se cuentan los

² Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. La Salud Oral en los Estados Unidos: Informe del cirujano general- Resumen ejecutivo. Rockville. MD. Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, Instituto Nacional de Investigación Dental y Craneofacial, Institutos Nacionales de la Salud, 2000.

³ Unión Internacional de promoción de la salud y educación para la salud para la Unión Europea. La evidencia de la eficacia de la promoción de la salud. Parte 2, libro de evidencia. Bruselas. 1999. pp. 150-161

centros de enseñanza, los lugares de trabajo, hogares y otros escenarios comunitarios. En términos de educación para la salud, se propone incorporarla en las rutinas y prácticas de la vida cotidiana y que sea desarrollada por actores de la comunidad como profesores (as), trabajadores(as) sociales, entre otros(as).

En el 2003 la Organización Mundial de la Salud pública en su informe mundial⁴ acopia los planteamientos del Programa Mundial de Salud Oral. En esta propuesta se hace evidente la incorporación del enfoque de promoción de la salud con un importante énfasis en la concepción de la salud oral como un factor determinante de la calidad de vida y la necesidad de integración de la salud oral a la salud general.

"El mayor riesgo para la salud oral está en los determinantes socioculturales: condiciones de vida en pobreza, bajo nivel educativo, creencias, tradiciones y cultura de salud oral"⁵.

Adicionalmente al trabajo desarrollado en este nivel de determinación social de la salud oral es necesario desde esta propuesta, modificar los "comportamientos de riesgos", específicamente los relacionados con prácticas de higiene, consumo alimentario, consumo de tabaco y alcohol. En cuanto a los servicios de atención se propone enfocarlos hacia la atención primaria en salud y la prevención para lograr el impacto esperado en términos de reducción de patologías orales, una de las principales preocupaciones mundiales gira en torno a las inequidades en salud oral, por esta razón el informe llama la atención sobre la necesidad de trabajar en este sentido por medio del desarrollo de programas de promoción de la salud oral.

Finalmente, la experiencia cubana, con un modelo de atención en salud, con enfoque familiar y comunitario ha mostrado resultados importantes, en términos de reducción de patologías orales, y acceso a los servicios de atención, educación e información en salud. En términos de educación se destacan el desarrollo de técnicas afectivo-participativas y la utilización de estrategias como la

⁴ OMS, *The World Oral Health Report 2003*. Continuous improvement of oral health in the 21st century- the approach of the WHO Global Oral Health Programme. Genève, 2003.

⁶ CEPIS-OMS. Proceso global de aprendizaje sobre el enfoque de los determinantes sociales de salud para la formulación de políticas públicas: justicia social y equidad en salud, 2006.

⁷OMS, *The World Oral Health Report 2003*. Continuous improvement of oral health in the 21st century- the approach of the WHO Global Oral Health Programme. Genève, 2003.

carpeta escolar y las consejerías en salud bucal. Se adopta el trabajo por etapas de ciclo vital con un énfasis importante en los procesos de gestación, lactancia, crecimiento y desarrollo.

Finalmente, dentro del contexto anterior se enmarca la política pública de salud oral para el Distrito Capital la cual mediante su implementación con la participación de los actores relacionados con el tema, pretende superar la fragmentación que el sistema de aseguramiento ha generado en prestación de servicios de salud oral y construir para la población bogotana unas mejores condiciones de salud oral, priorizando la atención a las gestantes y menores de cinco años, con miras avanzar en la garantía del derecho a la salud .

Dentro de este marco es importante retomar la definición de salud oral planteado en la política de salud oral de Bogotá D.C, entendida como el producto de la interacción de las diversas condiciones de los individuos y colectividades con el territorio que habitan, que pasan por lo político, económico, social y cultural; por tanto se reconoce la necesidad de actuar en todas estas esferas para incidir de manera significativa en el complejo proceso salud-enfermedad y avanzar en la promoción, prevención, protección, recuperación y mantenimiento de la salud oral

Se reconoce en la salud oral tres dimensiones:

- La salud oral como un estado orgánico con funciones óptimas sin evidencia de enfermedad o anormalidad, que determinan en gran medida la valoración de una vida de calidad, que valga la pena ser vivida.
- La salud oral como noción de equilibrio dinámico constitutivo.
- La salud oral como elemento sustantivo de una condición caracterizada por la integridad anatómica, fisiológica y psicológica; que ayuda a que los individuos puedan desempeñar los roles familiares, de trabajo y comunitarios y que favorezcan su capacidad para tratar con las tensiones físicas, psicológicas, biológicas y sociales; la salud oral como parte constituyente de una sensación de bienestar y seguridad en la experiencia de vivir.

La definición y el reconocimiento de las dimensiones de la salud oral son la base para operar el proyecto de desarrollo de autonomía de salud oral en los territorios, pues reconoce al ser humano en lo individual y en lo colectivo integralmente y centra la atención en las personas con sus características relacionadas en cada una de sus etapas del ciclo de vida- generación (niñez, juventud, adultez, vejez), de procesos de identidad - diversidad (etnia, sexo, orientación sexual), de las condiciones y situaciones (desplazamiento forzado, la habitabilidad de calle, discapacidad) y el género como una categoría transversal.

En razón de lo anterior este proyecto apropia el enfoque poblacional, el cual reconoce la diversidad del ser humano como centro de sus vivencias particulares y colectivas y orienta las políticas y las acciones, que desde los distintos sectores e instituciones, se formulen y desarrollen para el mejoramiento de la calidad de vida de las personas.

3. Referente Normativo

El Proyecto de Desarrollo de Autonomía de Salud Oral, cuenta con un soporte normativo amplio y contundente frente al cumplimiento de las diferentes acciones que se deben desarrollar para contribuir al mejoramiento de la salud oral y por ende, de la salud general de la población del Distrito capital de acuerdo al enfoque poblacional.

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.

Decreto 3039 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.

Resolución 3577 de 2006 El Plan Nacional de Salud Bucal fue adoptado mediante resolución 3577 de 2006 e incluye líneas estratégicas relacionadas como la garantía del acceso a los servicios, gestión de la salud bucal en los territorios, gestión integral del recurso humano, gestión de la información. Se consideran aspectos positivos: la inclusión de la salud bucal como una de las

prioridades nacionales de salud pública y su consecuente inclusión en los planes territoriales de acciones colectivas, la construcción de líneas de base para hacer seguimiento al cumplimiento de las metas del PNSP y el inicio del IV estudio nacional de salud bucal ENSAB IV.

Decreto 3518 de 2006 Objetivo Crear y reglamentar el Sistema de Vigilancia en Salud Pública - *SIVIGILA*, para la provisión en forma sistemática y oportuna, de información sobre la dinámica de los eventos que afecten o puedan afectar la salud de la población, con el fin de orientar las políticas y la planificación en salud pública

Política Pública de salud oral 2004. Los habitantes del Distrito Capital gozarán de un buen estado de salud oral, con el concurso de los distintos actores involucrados en la preservación de la misma, gracias a la garantía de condiciones que la favorezcan y al acceso a los servicios preventivos, curativos y de mantenimiento, con especial énfasis en la población infantil de 5 a 14 años y mujeres gestantes en la búsqueda de garantizar progresivamente cobertura universal”

Resolución 412 del 2000 Se establecieron 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.

Ley 38 del 15 de enero de 1993 Congreso de Colombia, unifica el sistema de dactiloscopia y se adopta la Carta Dental para fines de identificación. La cual a partir del primero de enero de 1993, todos los consultorios odontológicos, tanto públicos como privados están en la obligación levantar una Carta Dental y mantener su respectivo archivo.

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

Objetivo General Contribuir para que la población del Distrito Capital mejore la salud oral, aportando herramientas que promuevan potencialidades y generen espacios sociales favorecedores a la salud, que permitan a los individuos y a las colectividades decidir positivamente sobre su salud oral.

Objetivos Específicos.

- Desarrollar una interacción educativa desde una perspectiva dialógica, es decir que reconoce una interacción entre los saberes, actitudes, prácticas e intereses de los sujetos,

uso de elementos fluorados, hábitos nutricionales, consumo de cigarrillo y alcohol entre otros, para lograr una transformación en las representaciones de los individuos y el colectivo que integran los ámbitos.

- Aportar a la creación de ambientes sociales favorables a la salud oral en los diferentes ámbitos de vida cotidiana propiciando con la comunidad la conformación de un patrón cultural favorable que se expresará en la instauración de prácticas de salud oral en los diferentes sujetos participantes en la intervención y una rutina con soporte social.
- Avanzar en la garantía del acceso a los servicios de salud oral de los niños y niñas según necesidades de atención a partir de una clasificación individual y seguimiento diferencial según nivel de prioridad.
- Continuar la implementación del SISVESO para la vigilancia de los eventos de notificación obligatoria en salud oral que permiten tener una lectura integral de la condición de salud oral de la población del D.C.
- Posicionar y monitorear la política pública de salud oral a nivel local y distrital para el logro de sus objetivo

4. Marco situacional

Históricamente la salud oral no ha sido tomada en cuenta como el reflejo de calidad de vida o como parte fundamental de la salud en general; por el contrario ha sido considerada como sinónimo de enfermedad, de atención resolutive y de un alto costo. Razón por la cual, se confirma porque las enfermedades orales (caries, enfermedad gingival) ocupan los primeros lugares de causas de morbilidad general y se encuentran entre las de mayor demanda de atención en los servicios de salud del país. Los grupos poblacionales de mayor vulnerabilidad son las mujeres en etapa de gestación, los preescolares, los escolares, incluido los adolescentes.

Lo anterior está documentado en el análisis de situación de salud oral de Bogotá, citado en los estudios nacionales de salud bucal, en los datos obtenidos a partir de la información generada desde los ámbitos de vida cotidiana, en la información recolectada para el seguimiento al cumplimiento de las metas distritales de salud oral formuladas para el periodo de gobierno 2008-2012 y por la evidencia epidemiológica que genera el sistema de información del subsistema de vigilancia epidemiológica de la salud oral, SISVESO, en su estrategia de vigilancia centinela, implementada en el distrito capital desde el año 2009; los cuales documentan las tres dimensiones

básicas en salud oral: representaciones sociales, problemas de salud oral y consecuencias de los problemas de salud oral.

Según los resultados del III Estudio Nacional de Salud Bucal en 1999, Bogotá presentaba indicadores por encima de las cifras nacionales, por ejemplo: el porcentaje de niños(as) que ha tenido alguna vez caries en dentición permanente fue de 88.7% para el promedio nacional y de 90.7% para Bogotá; el promedio de dientes cariados, obturados y perdidos por caries en dentición permanente a los 12 años fue de 3.1 en Bogotá y de 2.3 en el país. En este mismo estudio, en Bogotá el 99.7% de la población usaba cepillo dental, el 98.2% crema dental y el 43.4% seda dental. Los residentes de la zona urbana, de mayor nivel socioeconómico y/o escolaridad presentaron mejores prácticas preventivas, mientras, a menor escolaridad y estrato socioeconómico, se demandó una mayor consulta por urgencias. Actualmente se encuentra en proceso la realización del IV Estudio Nacional de Salud Bucal ENSAB IV.

El subsistema de vigilancia epidemiológica de la salud oral, vigila 6 eventos: la gingivitis (inflamación de encías, causada por la presencia de placa bacteriana); la periodontitis (pérdida de inserción de tejidos de soporte); caries cavitacional; opacidades mancha blanca y mancha café (estados incipientes y reversibles de la caries), y, la fluorosis.

En el primer trimestre del año 2011, se notificaron 15.495 eventos objeto de vigilancia epidemiológica en salud oral, presentes en 6.380 personas captadas para este periodo, en promedio se notificaron 2 eventos por persona. El 78% de la población captada en este periodo, presentó gingivitis, el 71% caries cavitacional, en el 45% se evidenció presencia de lesión mancha café y en el 25% lesión mancha blanca. El 18% de la población se presentó fluorosis, evento de intervención en la fuente de exposición al elemento flúor, específicamente en edades tempranas del individuo en etapa de formación de los dientes. En el 6% de la población mayor de 15 años, se evidenció periodontitis. Estos eventos se encuentran presentes en todas las etapas de ciclo vital: Infancia, juventud, adultez y persona mayor; en todos los regímenes de aseguramiento en salud; igual comportamiento por sexo, y, aumentan su frecuencia con la edad.

⁶ Boletín Epidemiológico temático Vigilancia en salud pública de la salud oral. Primer trimestre 2011 Situación de la gestante y menor de cinco años.

El subsistema, genera a los servicios de salud oral, centinela, 3 alertas epidemiológicas, donde el 80% de la población presentó alerta por sangrado gingival, el 33% presentó, alerta por componente cariado (presencia de 3 o más dientes con caries cavitacional, que no han sido intervenidos, en una persona), y, el 24% presentó alerta por componente perdido por caries (presencia de 3 o más dientes perdidos por caries en una persona).

Situación aún más preocupante es la de mujeres en gestación donde: de 3.893 mujeres captadas para el periodo primer trimestre 2011 el 57%(229 gestantes) acceden de forma tardía a la consulta odontológica, después de la semana 15 de su gestación, a partir del segundo trimestre de embarazo; el 45%(173 gestantes) lo hacen de forma oportuna, en el primer trimestre de su embarazo, período en el que deben ser valoradas y educadas para promocionar y mantener una buena salud oral durante la gestación y posteriormente al nuevo ser. El 81%(324 gestantes) presentan un estado de higiene oral deficiente de acuerdo al resultado del índice de higiene oral de silness & Loe modificado, que evidencia la presencia o ausencia de placa bacteriana en las superficies dentarias. El 62%(249 gestantes) presentaron calculo dental, siendo más frecuente el supra gingival, situación previa a la enfermedad periodontal y el 26%(105) presentaron sangrado gingival al sondaje y relacionado también con presencia de placa bacteriana.

Y qué decir de los menores de cinco años, los cuales representan el 47%(653); el 97% de los niños y niñas menores de cinco años captados en el SISVESO se encontró que: no usan dentro de sus elementos de higiene oral, la seda dental ni el enjuague bucal. La caries cavitacional es el evento de mayor prevalencia, afectando el 57% y 50% de esta población.

Para el periodo de enero a julio del año 2011, se captaron en la estrategia de vigilancia centinela 2.085 niñas y niños menores de 6 años ;de ellos el 57,8% utilizan el cepillo y la crema dental, con una frecuencia diaria de tan solo dos veces al día; el uso de tres veces o más de estos elementos de higiene oral, lo realiza el 22,5% del total de estos niños y niñas, y, una vez diaria el 17,5% de la población para este grupo de edad. La seda dental, elemento indispensable dentro de los hábitos de higiene oral del individuo, prácticamente no es utilizada en esta población, donde tendríamos que establecer edad de inicio de uso del mismo, de igual manera para el enjuague bucal.

El 50,5% del total de niñas y niños menores de seis años (2.085), captados, no asistió al odontólogo el año anterior, en la mayoría de los casos por descuido de los padres o cuidadores. El 37,1% lo visitó una vez y tan solo el 11% asistió dos veces al año.

Según el índice de Silness & Loe modificado, que evidencia el estado de higiene oral de la población, encontramos que el 60% del total de niños y niñas menores de seis años (2.085), se encuentran en un estado deficiente, donde, más del 30% de las superficies dentarias examinadas, en cada uno de ellos, presentaba placa bacteriana. El 20% presentó un estado de higiene oral regular, entre 15 y 30% de las superficies dentarias examinadas con presencia de placa bacteriana y el 19,6% inferior al 15%, con buen estado de higiene oral.

Las niñas y niños en edades entre los 6 y 12 años captados fueron 3.830. De ellos en promedio, el 57,8% utilizan el cepillo y la crema dental, con una frecuencia diaria de tan solo dos veces al día; el uso de tres o más veces al día, de estos elementos de higiene oral, lo realiza el 23,4%, y, una vez diaria el 18,1% de la población, para este grupo de edad. El 51,3% no usa la seda dental, elemento indispensable dentro de los hábitos de higiene oral del individuo, y, el 87,9% no utiliza enjuague bucal.

El 45,8% del total (3.830) de niños y niñas entre los seis y doce años de edad, captados, visitaron al odontólogo, tan solo una vez, en el año anterior. El 35,2% no lo visitó y el 16,7% lo visitó, con una frecuencia anual de dos veces.

De los 3.830 niños y niñas, entre los seis y doce años de edad, captados, el 70,7% presentaron un estado de higiene oral deficiente, de acuerdo al índice de Silness & Loe modificado, presentando en más del 30% de las superficies dentarias examinadas, placa bacteriana; en el 19,5% de la población se evidenció, entre el 15 y 30% de las superficies examinadas, presencia de placa bacteriana, con resultado de higiene oral regular; y, con un resultado de buena higiene oral tan solo el 9,7% de esta población, con menos del 15% de las superficies examinadas con presencia de placa bacteriana.

Durante el 2011 se contó con 129,991 niños y niñas participantes del PDA de salud oral en el ámbito escolar (colegios y jardines infantiles), se pudo realizar un seguimiento riguroso a 112,994 personas es decir al 86,92% que participaron de forma continua y regular; 16,997 (13,08%) escolares y pre-escolares aunque participaron en las diferentes actividades no se pudieron incluir en la comparación. Al tomar la población comparable: 112,994 participantes un 85,16% mejoró sus prácticas de salud oral. Con respecto al aseguramiento de los participantes, se cuenta con la información de 86.823 niños, de los cuales el 60% está en el contributivo (51.821), el 26% son subsidiados (22.546), el 12% son pobres no asegurados (10.633) y en régimen especial el 2% (1783 escolares). Al hacer el seguimiento a 49.647 niños que iniciando el periodo escolar presentaron alta necesidad de atención por consulta odontológica, se encontró que el 30% de

estos había disminuido su necesidad de atención, es decir que 14.987 accedieron al servicio. Se indagaron las razones por las que no se accede al servicio con un grupo de 38.062 pre-escolares y escolares, de los cuales el 47.7% (18.170) accedieron al servicio; en su orden las barreras de acceso identificados: el 19% (7.192) por factor tiempo, el 15,4% (5847) por problema de afiliación, el 10,46 % (3.982) por factores económicos, 4% (1.489) por factor geográfico, 2% (696) por calidad deficiente, 1% (437) manifiesta que no es importante para ellos asistir a la consulta.

En el ámbito familiar se contó con la participación de 14.559 familias (43.677 individuos aproximadamente) de las cuales el 80% mejoró las prácticas en salud oral. El porcentaje de mejores prácticas en este ámbito refleja que en una o más de las siguientes variables la familia se ha fortalecido en lo cotidiano: ha sido informada y con ella se ha construido un plan familiar el cual ha tenido seguimiento y ha mostrado adherencia; los espacios físicos y de tiempo se han adecuado para unas mejores técnicas de higiene oral y por lo menos uno de los integrantes ha accedido al servicio.

Los resultados anteriores soportan los hallazgos de los referentes de salud oral de las diferentes localidades donde evidencian que la población infantil presenta un alto consumo de carbohidratos refinados en todos los espacios de vida cotidiana, sumado a los hábitos inadecuados de higiene oral, en relación a la frecuencia y técnica, así como también al escaso acompañamiento de los padres, educadores y cuidadores de los niños, no existe apropiación del concepto de salud oral ni de sus componentes: biológico, estético, funcional, social y emocional. Se evidencia adicionalmente baja adherencia a la lactancia materna y una elevada utilización del biberón, lo cual potencializa el inicio de la caries de infancia temprana.

Adicionalmente los padres y cuidadores asocian la aparición de los signos y síntomas característicos de la caries de infancia temprana al consumo de antibióticos en la primera infancia o a que la madre tomó medicamentos durante la etapa de gestación. De igual forma se evidencia la no apropiación de conceptos de salud oral en la población gestante, por lo cual se han reforzado las medidas y estrategias educativas a través de los diferentes ámbitos.

En la mayoría de los territorios se observa con preocupación el aumento de la morbilidad oral en la etapa juventud relacionados con lesiones cariosas activas, raíces dentales retenidas, pulpitis irreversible que hacen que la puerta de entrada a los servicios de odontología sean a través de urgencias, es el grupo que mayor dificultad posee para acceder al servicio en forma comprometida debido a sus condiciones psicosociales (Periodo evolutivo de transición, búsqueda de modelos de identidad, construcción de proyectos de vida sin la orientación suficiente y dependencia

económica), entre otros. Se evidencia un alto grado de deserción escolar, no se cuenta con el dato numérico, sin embargo, gracias a los registros de la caracterización de la población en el ámbito comunitario el nivel de escolaridad en la población general no es mayor a octavo grado. El ingreso al sistema laboral a temprana edad, la maternidad – paternidad precoz y la escasez económica para mejorar sus condiciones y calidad de vida, no permiten dar prioridad e importancia a la salud oral, así como tampoco, incluirla en su proyecto de vida. El temor, la ansiedad, la escasez económica y la ausencia de acudiente en el hogar, se convierten en una barrera de acceso para los jóvenes al servicio odontológico, teniendo en cuenta que la presencia de acudiente mayor de edad se hace necesaria e indispensable para la firma de consentimientos informados en pacientes adolescentes.

Condiciones relacionadas con la inestabilidad laboral (Empleo temporal, empleo informal, remuneración insuficiente o sujeta a horas laboradas no permiten que el joven acceda de manera continua a los servicios de salud, convirtiéndose en una barrera adicional que en ocasiones afecta el núcleo familiar. Se observa dificultad en la interiorización del conocimiento por parte de los jóvenes, debido a la ausencia aparente de búsqueda de estrategias comunicativas tanto de los servicios de salud oral como del PDA y de la misma comunidad, relacionada con la educación en salud oral, la cual, no se limita a los dientes y a las estructuras de sostén, incluye, el sistema estomatognático, el cual se altera ante la presencia de factores relacionados con la adaptación de Piercing, tatuajes, consumo de sustancias psicoactivas, tabaquismo, alcoholismo, prácticas de riesgo (ej. deportes extremos) que incrementan el riesgo de traumas dentoalveolares, entre otras.

Cabe mencionar en este punto, la importancia del proceso de socialización en el joven, donde el componente estético, juega un papel fundamental en su salud oral. Se evidencia el ingreso al servicio de odontología especializada de las UPAS en un leve porcentaje de la población.. Sin embargo, por tratarse de un servicio no cubierto por el Plan Obligatorio de Salud, su acceso no es viable para todos los usuarios, a pesar de contar con tarifas sociales y facilidades de pago. Se recomienda hacer énfasis desde las etapas iniciales de la infancia en el control de hábitos nocivos para el normal desarrollo y funcionamiento del sistema oro facial y estomatognático: Abandono del hábito de biberón, control de onicofagia, empuje lingual, succión digital, entre otros, con el fin de disminuir las alteraciones en la posición dental y en la oclusión del paciente.

La representación social de salud oral en el adulto, se caracteriza por la ausencia de sentido de pertenencia respecto al auto cuidado, se presenta un descenso significativo de acceso al servicio de salud oral, además de factores de riesgo y hábitos relacionados con inadecuada higiene oral, tabaquismo y alcoholismo, los cuales repercuten en un mayor detrimento de la salud oral.

Por otra parte, la salud oral no representa una prioridad en su proyecto de vida ni en el de sus hijos, debido a la presencia de necesidades sentidas referidas por la población; relacionadas con la alimentación, manutención, recreación entre otros, lo cual limita y no favorece el ejemplo de las prácticas saludables de auto cuidado, incluidas las prácticas de higiene y salud oral. Según referencia de los usuarios a edades tempranas han tenido contacto con temas relacionados con salud oral sin embargo se evidencia escasa o nula interiorización y empoderamiento. Lo anterior sugiere posibles fallas en el sistema educativo y en la metodología de transmisión del conocimiento por parte de profesionales y técnicos de todas las áreas del saber, desconocimiento de la importancia de los controles odontológicos periódicos en ausencia de síntomas y factores relacionados con escasez económica y de tiempo, no les permite acceder de manera oportuna y eficaz al servicio.

La mayor parte de la población presenta secuelas visibles del deterioro en la cavidad oral y sistema estomatognático la cual inicia desde etapas de ciclo vital anteriores y que determinan su condición de salud oral actual; como pérdida de los dientes, irritantes locales, complicaciones en la deglución, fonación y estética. Lo cual en ocasiones repercute en la limitación de acceso al área laboral a partir de edades más tempranas, afectando su bienestar, su calidad de vida y la de su familia.

Las personas mayores presentan una mayor pérdida de dientes respecto a las etapas de ciclo infancia, juventud adulto; situación que no consideran relevante pues culturalmente esta pérdida es acorde al proceso de envejecimiento, razón por la cual las acciones de promoción que se desarrollan en los ámbitos no son interiorizadas ni apropiadas ya que ellos en su mayoría demanda servicios resolutivos. Se evidencia un alto grado de analfabetismo y dificultad en la transmisión del conocimiento situación que dificulta que la información impartida y por ende la implementación de prácticas de higiene oral sea transmitida a los menores, ya que en su mayoría son abuelos cuidadores. La población accede al servicio en casos excepcionales, relacionados con la consulta de urgencias, sin considerar prioritaria la consulta resolutiva y mucho menos, la preventiva.

Es importante dentro de la situación de salud oral hacer explícitas las barreras de diferentes tipos tales como: las de tipo económico/geográfico (definidas como primer nivel de las barreras) y que serían comunes al acceso a todos los servicios de salud en el distrito en el marco del SGSSS las cuales se presentan de manera diferenciada según las características del grupo humano y su condición socioeconómica.

Así mismo existen barreras referidas a las relaciones que en lo subjetivo se producen en el contacto con la atención en salud oral que hace relación principalmente a la percepción mínima de riesgo que no promueve el desarrollo de acciones preventivas intencionadas; por consiguiente la

prioridad otorgada al cuidado y atención de los daños en salud oral no se ubica en lugares preferenciales, que sumado a la escasa posibilidad económica de las personas, la relega a posibilidades remotas que no encuentran a lo largo de la vida satisfacer su necesidad, también el temor asociado a la atención oral generado como parte de las experiencias anteriores de dolor y trauma en la consulta ha encontrado un referente continuo refrendado como parte de modalidades de atención que predominan.

Así mismo, se identifican barreras desde la disposición y características de los servicios, barreras a las que denominamos administrativas que hacen referencia a los procesos que anteceden la atención, como la oportunidad de las citas, la calidad de la recepción e información dispuesta por el servicio y los tiempos de espera en el mismo y a otros como la atención diferencial (tiempos, duración del tratamiento, interacción) según la modalidad de contratación que se tenga, por ejemplo el Fondo Financiero Distrital, en este momento paga por tratamiento terminado para la población pobre no asegurada, a diferencia de lo que ocurre en el régimen subsidiado en donde el pago de la atención está incluido en la cápita contratada, de ahí que el profesional procede de forma diferente de acuerdo a la exigencia de cumplimiento de metas definidas según la contratación.

De igual forma, se ubican barreras de acceso desde la percepción y satisfacción en el servicio, en donde juegan nuevamente los antecedentes previos y la interacción lograda con el paciente. Esto va de la mano del saber acerca de la salud que tiene la población, hoy la gente sabe más y posee mayor información sobre los asuntos de la salud y la enfermedad, sin embargo este saber no resulta de una comprensión de los procesos que están implicados en el desarrollo de las enfermedades orales, por lo tanto es un saber que no adquiere sentido para el sujeto, en tanto este sabe que existe una técnica que es necesaria para el mantenimiento de la salud oral, pero de la cual no puede dar cuenta de sus implicaciones y los porque de la misma..

De acuerdo a la información disponible desde la dirección de Desarrollo de Servicios a diciembre 2009 en cuanto a la distribución de la oferta, la ciudad contaba con 2.060 instituciones habilitadas que reportaban como uno de sus servicios la atención en salud oral. Las IPS se concentran en el 60% en la zona norte de la ciudad. Los servicios de endodoncia, ortodoncia y periodoncia también se concentran en el norte de la ciudad.

Bogotá contaba con un total de 12.733 servicios habilitados de salud oral tanto de prestadores públicos como privados. Del total de los servicios habilitados el 53% son habilitados por profesionales independientes, el 46% lo habilitan IPS y el 1% por IPS de objeto social diferente.

Los servicios de odontología general predominan en un 47% seguidos de los servicios especializados de ortodoncia en un 12%, radiología de baja complejidad en un 9%, endodoncia en un 7%; rehabilitación oral y periodoncia cada uno con un 6%, Odontopediatría en un 3%, los servicios de Implantología en un 1.5% y los servicios de cirugía oral y Maxilo facial y estomatología cercanos al 1% de la oferta. Los servicios de prevención y de higiene oral se habilitan en un 4.6% del total de los servicios.

Oferta de prestadores de servicios de salud habilitados en Bogotá DC.

En el marco del proceso de habilitación de prestadores de servicios de salud oral que adelanta la Secretaría Distrital de Salud, a diciembre 2009, los prestadores habilitados en la ciudad eran los siguientes:

Por naturaleza jurídica

Prestadores habilitados con ánimo de lucro en un 92% ; entidades habilitadas sin ánimo de lucro en un 5% y la participación de las entidades públicas habilitadas donde se incluyen las Empresas Sociales del Estado (ESE) en un 3%.

Por zonas y localidades.

El mayor numero de servicios de salud oral habilitados se concentran en la zona norte con el 60% del total de la oferta, seguido de la zona sur occidente con el 20%, la zona centro oriente con el 15% y la zona sur con el 5%. La localidad que concentra el mayor número de servicios es Chapinero. La localidad de Sumapaz solo cuenta con servicios prestados por la Red Pública.

Se denota una inequitativa distribución de la oferta para las localidades ubicadas en las zonas del sur y centro de la ciudad donde se concentra una mayor parte de la población y donde también se conoce un mayor número de necesidades en salud de esta población.

Similar situación ocurre con la distribución de profesionales independientes, siguiendo la misma fuente, el 70% de la oferta disponible de los profesionales independientes que habilitaron su consultorio se concentra en la zona norte de la ciudad, seguido de la zona sur occidental que concentra el 15% de los consultorios, la zona centro oriente alberga el 7.5% de los profesionales y la zona sur el 7.1%.

La operación del proyecto de desarrollo de la autonomía en salud oral, avanza a través de los procesos integrales del plan de intervenciones colectivas (PIC 2012), la Gestión Integral de la Salud Pública en los territorios, la planificación de territorios y las respuestas a las necesidades, con los subprocesos de acceso equitativo a la ofertas sectoriales y de los otros sectores, las acciones promocionales y preventivas las acciones de movilización y participación social, en espacios de vida cotidiana de los sujetos que permitan un abordaje integral de las necesidades de los ciudadanos/as y las acciones de vigilancia en salud pública a través del SISVESO.

4. Operación del PDA Salud Oral

En el siguiente cuadro se encuentra la relación de las acciones de salud oral a través de los procesos, subprocesos en los ámbitos de vida cotidiana que se encuentran en los territorios:

PROCESO CENTRAL	SUBPROCESO	AMBITO	INTERVENCION EN LAS UNIDADES OPERATIVAS
PLANIFICACIÓN	Identificación, caracterización, territorialización y priorización	No aplica	De acuerdo a la base de datos de la población en los territorios, seleccionar los ámbitos y la población participante, de acuerdo a los niveles de priorización que presente. Levantar línea base.
	Análisis de situación de salud		Aportar al análisis de la situación de salud del territorio con la información de salud oral en los diferentes ámbitos de vida cotidiana.
	Plan local de acciones colectivas y planes territoriales		Participar en la construcción de los planes territoriales implementando el PDA de salud oral de acuerdo a las unidades de trabajo y las dinámicas de la población en todos los territorios identificados.
RESPUESTA A NECESIDADES	Acceso equitativo de las personas a servicios sociales y de salud.	FAMILIAR	Encuentros de familias – Círculos de existencia. Asesorías en casa
		ESCOLAR	Asesoría a comunidades educativas Grupos gestores en comunidades educativas Jornadas en comunidades educativas
	INSTITUCIONAL		Asesoría y acompañamiento técnico a instituciones de protección
	Promoción de la movilización y participación social y comunitaria. Acciones Promocionales Y Preventivas.	IPS	Asesoría y acompañamiento técnico a instituciones prestadoras de servicios de salud
		COMUNITARIO	Grupos comunitarios y jornadas sociales y comunitarias
	Vigilancia en Salud Pública	VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA	Estructurada en 5 procesos, cada uno de los cuales es una guía de operación del subproceso de Vigilancia en Salud Pública: - Consolidación de la red

			<ul style="list-style-type: none"> - Gestión de sistemas de información - Otras intervenciones individuales y colectivas - Vigilancia sanitaria - Urgencias y emergencias
GESTIÓN INTEGRAL DE LA SALUD PÚBLICA	Gestión de las políticas públicas	Gestión Local	Gestionar proyectos locales de salud oral que complementen por cobertura o actividades las acciones del PDA de salud oral del PIC.
	Gestión de la información del PIC y de la Vigilancia en Salud Pública		<p>Establecer una ruta institucional con la información de salud oral que de cuenta de los avances de las acciones y de la situación de la población frente al tema.</p> <p>Articulación con los otros PDA y Transversalidades.</p> <p>Lectura de situación de salud oral territorial que recoja los datos de los diferentes componentes del PIC (información recolectada por el SISVESO, operación en territorios y gestión local).</p>
	Fortalecimiento de habilidades y capacidades en salud pública		Apropiación conceptual del PIC 2012. Ejercitar por parte del Odontólogo a las auxiliares de salud oral para el desarrollo de acciones con calidad y calidez, respondiendo a los objetivos del PIC.
	Seguimiento y evaluación del PIC		<p>Información periódica sobre los avances frente al logro de las metas y objetivos planteados.</p> <p>La ESE deberá reportar mensualmente con corte al 25 de cada mes la información requerida para el SEGPLAN de cada uno de los proyectos de inversión donde se desarrolla el PDA de salud oral vigente a 31 de junio de 2012.</p>

Bibliografía

1. Política pública de salud oral para el distrito capital con participación social (2011-2021)
2. Documento de trabajo de Política pública de salud oral para el distrito capital con participación social (2010-2020).
3. OMS .Avances recientes en salud bucodental. Informe de un comité de expertos de la OMS . Serie de informes técnicos, No 826,1.992.
4. Guía práctica clínica para el diagnóstico, prevención y tratamiento de la enfermedad gingival, 2007 S.D.S.
5. Emili Cuenca Sala , Carolina Manuel Navarro. Odontología preventiva y comunitaria 2a edición. Mason 2001
6. Bernabe Ortiz Eduardo, Sánchez Borjas Pablo. Efectividad de una intervención comunitaria en salud oral resultados después de 18 meses. Rev Med Herred 17;3. 2006).
7. Lineamientos de los ámbitos escolar, familiar, comunitario, institucional y laboral.