



**DEPARTAMENTO DE CALDAS
DIRECCIÓN TERRITORIAL DE SALUD**



PRODENT IPS LTDA



**POLÍTICA PÚBLICA DE SALUD ORAL DEL DEPARTAMENTO DE CALDAS
“CALDAS PROGRESA SONRIENDO PARA SER
100% SALUDABLE”**

SUBDIRECCIÓN DE SALUD PÚBLICA

Manizales, Febrero de 2009

“Caldas nuestra mejor empresa”

Calle 49 N° 26 – 46 Teléfonos: 878 30 95 – 878 30 96 – 878 30 32
www.saludecaldas.gov.co

MARIO ARISTIZÁBAL MUÑOZ
Gobernador

MARTHA ISABEL VALENCIA ESTRADA
Directora General, Dirección Territorial de Salud

JAIME ENRIQUE ACOSTA DIAZ
Subdirector de Salud Pública

SANDRA LILIANA HURTADO SILVA
Profesional Universitaria, Grupo de Salud Pública

CAROLINA BENJUMEA ORTIZ
Profesional Universitaria, Grupo de Salud Pública

JORGE ENRIQUE SOLANO ZULUAGA
Gerente PRODENT IPS LTDA.
Coordinador Formulación de la Política Pública en Salud Oral
del Departamento de Caldas.

JOSÉ HERNÁN PARRA SÁNCHEZ
Asesor Estadístico y Metodológico
Línea de Base

JOSÉ ORLANDO NIETO RAMÍREZ
Asesor Temático y Metodológico
Línea de Base

CONTENIDO

	Pág.
RESUMEN DEL PROCESO DE FORMULACIÓN	8
1. MARCO CONCEPTUAL	12
1.1 CONCEPTO DE SALUD	12
1.2 NUEVAS PERSPECTIVAS EN SALUD	13
1.3 SALUD Y DESARROLLO	15
1.4 PROMOCIÓN DE LA SALUD UNA ALTERNATIVA DEL DESARROLLO HUMANO	17
1.5 PROMOCIÓN DE LA SALUD, PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD Y PROTECCIÓN ESPECÍFICA	19
1.5.1 Terapéutica	20
1.5.2 Rehabilitación	20
1.5.3 Administración	20
1.5.4 Investigación	21
2. CARACTERIZACIÓN DEL ESTADO ACTUAL DE LA SALUD ORAL EN CALDAS	22
2.1 REFERENTES DEL ESTADO DE SALUD ORAL	22
2.2 INFORME LINEA DE BASE EN SALUD ORAL COP Y DIENTES PERMANENTES PRESENTES EN BOCA, CALDAS 2008	26
2.3 DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS	28
2.4 CONCLUSIONES GENERALES	30
3. MARCO NORMATIVO	32
4. PRINCIPIOS ORIENTADORES DE LA POLÍTICA	33

5. DESCRIPCION DE LA POLITICA	33
5.1 OBJETIVOS	33
5.1.1 Objetivo General	33
5.1.2 Objetivos Específicos	33
6. ESTRATEGIA METODOLÓGICA	38
6.1 ESTRATEGIA METODOLÓGICA	38
6.2 LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD, APS, EN EL DEPARTAMENTO DE CALDAS	38
6.2.1 Objetivo General	38
6.2.2 Objetivos Específicos	39
7. LÍNEAS DE POLÍTICA	40
7.1 EL CUIDADO ORAL HARÁ TU MATERNIDAD 100% SALUDABLE	40
7.2 EDUCATE SONRIENDO Y SERÁS 100% SALUDABLE	44
7.3 CUIDA TU SALUD ORAL MIENTRAS TRABAJAS PARA SER 100% SALUDABLE	47
7.4 CONSOLIDACIÓN DEL CENTRO DE REFERENCIA PARA PACIENTES CON ENFERMEDADES CATASTROFICAS DEL SISTEMA ESTOMATOGNATICO	49
7.5 ADULTOS REHABILITADOS SON CALDENSES 100% SALUDABLES	50
7.6 LA SALUD ORAL EN PACIENTES ESPECIALES Y/O CON DISCAPACIDAD EN CALDAS	56
7.7 VIGILANCIA EN SALUD ORAL Y GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO PARA QUE CALDAS SEA 100% SALUDABLE	59
8. COMPETENCIAS Y RESPONSABILIDADES DE LOS ACTORES DEL SISTEMA DE SALUD FRENTE A LA POLITICA PÚBLICA DE SALUD ORAL DEL DEPARTAMENTO DE CALDAS	60
BIBLIOGRAFÍA	64

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Índice COP según sexo, edad, zona y régimen. Caldas, 2008	27
Tabla 2. Dientes permanentes presentes según género. Caldas 2008	30

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
Anexo A. Cronograma del informe de Ejecución.	66
Anexo B. Conformación del Comité Territorial de Salud Oral del Departamento de Caldas	69
Anexo C. Funciones del Comité Territorial de Salud Oral del Departamento de Caldas	70

RESUMEN DEL PROCESO DE FORMULACIÓN

En el departamento de Caldas se han realizado diferentes actividades en Salud Oral en las administraciones anteriores con el fin de cumplir con los lineamientos establecidos a nivel nacional con respecto a esta área de la salud pública, pero sin seguir unos criterios específicos acordes a las condiciones en salud oral para la población de nuestra región. De ahí la importancia del Decreto 3039 de 2007 por medio del cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010. En éste se prioriza la salud oral, como una necesidad nacional en salud, por tanto para dar cumplimiento a este propósito se establecen unas metas nacionales para el desarrollo de este objetivo nacional; es así como resulta indispensable la formulación de la “Política Pública en Salud Oral para el Departamento de Caldas 2008- 2018”, la cual indicará al Departamento la ruta en inversión social que permita garantizar a la población un verdadero impacto en torno a su salud oral y calidad de vida.

Para el desarrollo de la formulación de la Política Pública en Salud Oral se llevó a cabo un proceso el cual consistió en acciones tales como:

1. Realizar una gestión participativa, reconocida como uno de los fundamentos del Estado por la Constitución Nacional, para elaborar las bases de la “Política Pública en Salud Oral para el departamento de Caldas 2.008- 2018”.
2. Promover una concertación con todos los actores sociales: Ente territorial, la academia, hospitales, escuelas y las agremiaciones profesionales de la salud oral, para promover la integración frente a un trabajo mancomunado para la formulación de la “Política Pública en Salud Oral para el departamento de Caldas 2.008 -2018”.
3. Conformar redes de personas e instituciones interesadas en la formulación de la “Política Pública en Salud Oral para el Departamento de Caldas 2.008- 2018” capaces de ejercer influencia sobre su formulación, análisis, evaluación y control.
4. Conformar un equipo Técnico-Político que se encargue de liderar el proceso mediante la creación del Comité Territorial de Salud Oral para el Departamento de Caldas
5. Definir los mecanismos legales, internacionales, nacionales, departamentales y municipales para apoyar la definición e implementación de la “Política Pública en Salud Oral para el Departamento de Caldas 2.008- 2018”.
6. Verificar las primeras causas de morbilidad en el Departamento de Caldas durante el periodo 2.006- 2.007 para determinar la epidemiología de las patologías orales, que sirvan como punto de partida en la formulación de la “Política Pública en Salud Oral para el departamento de Caldas 2.008- 2018”.

7. Realizar un diagnóstico situacional partiendo de una necesidad social, cultural, epidemiológica y de servicios entre otras y para dar soporte a la definición e implementación de la “Política Pública en Salud Oral para el Departamento de Caldas 2.008- 2018”.

8. Elaborar el Plan de Acción que permita la formulación de la “Política Pública en Salud Oral para el departamento de Caldas 2.008- 2011”, donde se definan las estrategias, metas y roles de trabajo de cada una de las instituciones mediante convenios interinstitucionales.

9. Realizar un análisis del documento preliminar de la “Política Pública en Salud Oral para el Departamento de Caldas 2.008- 2018” con la comunidad a través de las redes de personas e instituciones y el Comité Territorial de Salud Oral del Departamento de Caldas. Este será el encargado de direccionar las acciones en torno a la ejecución de la Política Pública en Salud Oral del departamento, lo cual se describe en detalle en los anexos, en lo que tiene que ver con su conformación y funciones.

1. MARCO CONCEPTUAL

1.1 CONCEPTO DE SALUD

Plantear una Política Pública en Salud Oral, requiere en primera instancia, lograr una adecuada conceptualización del fenómeno de salud acorde con las teorías de las ciencias biológicas y sociales.

El concepto de salud se ha manejado a través del tiempo de diversas maneras, dentro de las definiciones que se han dado de salud se encuentran aquellas que la conciben como un estado de completo bienestar físico, mental y social, esta condición tiene implicaciones a nivel ideológico y social.

La concepción de salud como estado, es totalmente idealista, puesto que alude un estado deseable, que no es posible identificar y sobre el cual no hay evidencia de que exista en forma colectiva.

En cuanto al nivel biológico, permite asegurar que toda forma de vida implica algún tipo de desgaste, estado de bienestar y malestar durante el proceso evolutivo, por lo tanto siempre habrá enfermedad. A nivel social implica esta concepción, la idea de una sociedad futura sin enfermedad, lo cual constituye una utopía.

Es claro desde el planteamiento anterior el énfasis que se hace a la salud desde la concepción de estado más que desde el fenómeno como tal, a esta idea se contraponen la concepción de salud como un continuo, que se fundamenta en la consideración misma de la vida humana: los individuos nacen, viven y mueren en un tiempo sin interrupción. Esta continuidad se da también cuando el ser está en contacto con un agente infeccioso, evento en que se establece una interacción continua entre huésped-agente, hasta la manifestación de la enfermedad siendo indistinguible los momentos en que se da la transición entre las diferentes etapas de esta relación salud enfermedad.

Inclusión social

La salud es entonces “un proceso continuo de variaciones interrumpidas que acompañan al fenómeno vital del hombre y cuyos efectos se relegan en el grado de éxito que este fenómeno tenga en la persistencia de la vida, para cuyo logro el bienestar es un medio para la realización del hombre como tal y como especie.” Es así como este concepto cobra un sentido fundamental por los efectos que la salud tiene sobre el proceso vital.

Blum, ha avanzado sobre este concepto y ha desarrollado una teoría que explica la salud como la resultante de un número de factores que la determina: ambiente, comportamiento, herencia y servicios de salud.

La comprensividad de este modelo permite afirmar que para controlar todos los efectos del fenómeno es necesario incluir todas las causas, ya que esto garantizará un mayor éxito en su manejo. Con apoyo de estas ideas, BERSH (el fenómeno de la salud..) concluye que el fenómeno de la salud debe entenderse como un proceso continuo de variaciones ininterrumpidas, que acompañan el fenómeno vital del hombre, las cuales son producidas o influidas por factores ambientales, comportamentales, hereditarios o acciones provenientes de los servicios de salud. Los efectos que tales variaciones producen en el fenómeno vital se reflejan en el grado de éxito que este fenómeno tiene en el cumplimiento de su fin.

1.2 NUEVAS PERSPECTIVAS EN SALUD

La salud de los colombianos se encuentra en una fase de transición. La ley 100 de 1993 configura un nuevo marco operativo, financiero e institucional para el sector, estableciendo su organización descentralizada y creando el Sistema de Seguridad Social en Salud, con el objetivo de pasar de un Modelo Asistencial al de la Seguridad Social.

La nueva estructura organizativa pretendía asegurar la cobertura y protección universal en salud en el año 2001, para lo cual planteó como objetivos:

- ✦ Asegurar el acceso equitativo y universal a los servicios de salud preventivos y curativos.
- ✦ Mejoramiento de la calidad de la oferta pública de los servicios.
- ✦ Organización y gestión descentralizada del sector.
- ✦ Garantía de la calidad de los servicios.

Todo esto en el marco de la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, como posibilidad de creación de nuevos escenarios frente a la salud tanto a nivel individual como colectivo.

En el marco de la política y como aporte al proceso de descentralización es importante destacar a nivel regional la Política de Salud Oral de Manizales, la cual tiene como objetivo principal desarrollar en promoción de la salud y prevención de la enfermedad, mejorar la calidad de vida de los ciudadanos, a la vez que posibilite la creación de una cultura de la salud que haga al individuo artífice de su salud, que lo responsabilice de su estilo de vida, que lo sensibilice frente a la concepción

de la salud como un derecho, pero también como un deber de cada persona, de cada grupo familiar y de cada comunidad.

Lo anterior significa concebir la salud desde una perspectiva integral bajo parámetros de bienestar humano y desarrollo social, entendido el bienestar como un proceso cultural que no puede definirse de igual manera para todas las comunidades y en todos los contextos.

Es en este sentido que las autoridades políticas y civiles, las instituciones y organizaciones públicas y privadas y la sociedad, dedican constantes esfuerzos en mejorar las condiciones de vida, trabajo y cultura de la población, a través de una relación armoniosa con el medio físico y cultural, además la generación de procesos de organización y participación comunitaria que posibilite mejorar los niveles de convivencia, desarrollen la solidaridad, la gestión social y la democracia.

La Política Pública de salud Bucal debe plantearse desde la perspectiva de enfoque de riesgo.

El enfoque de riesgo es el método de trabajo en el cuidado de la salud de las personas, familias y comunidades basado en el concepto de riesgo, el cual se define como la posibilidad que tiene un individuo de sufrir en el futuro un daño en su salud. Se basa en la observación de que todas las personas y las comunidades tienen las mismas posibilidades de enfermar morir; sin embargo que para alguna esta es mayor que para otros y por lo tanto requiere de un mayor nivel de atención.

Se considera eficaz este enfoque por cuanto permite determinar los factores de riesgo y su control, convirtiéndose en un instrumento de prevención en la medida en que indican sobre qué aspectos o grupos es necesario actuar con el fin de atenuar su efecto sobre la salud. Además este enfoque es compatible con el de promoción de la salud por cuanto permite trasladar el énfasis de la enfermedad a la salud, convertir la política sanitaria en una política pública para todos los sectores sociales, económicos y políticos y transformar el paternalismo de los servicios de salud en una política de compromisos sociales e institucionales.

Desde este marco de referencia la creación de una cultura del auto cuidado en salud bucal mediante la consolidación de procesos de organización y participación comunitaria en torno a la salud, se convierte en el objetivo fundamental de la Política Pública de Salud Oral. Rozental y colaboradores (1991) proponen cuatro principios dinámicos indispensables para el desarrollo de la salud comunitaria: la autodeterminación, la conciencia histórico- social, la participación comunitaria y la interacción individuo –comunidad.

La autodeterminación hace posible el control de la comunidad sobre su realidad, en la medida en que se hace consciente de sus necesidades, las priorizan y proponen alternativas de solución, utiliza los recursos apropiados y evalúa su desarrollo; por tanto las transformaciones logradas permiten que se le reconozca su papel de creador de su historia. Esta conciencia histórica- social que se va gestando en este proceso provee a los individuos y las comunidades de los elementos para convertirse en protagonistas activos de su realidad. La participación comunitaria está basada en asumir que los miembros de la comunidad poseen un conocimiento útil sobre su realidad.

Así como la comprensión de su bienestar y como logran participar, entonces implica tener el poder de decidir, escoger y actuar hacia el logro de metas comunes.

1.3 SALUD Y DESARROLLO

De acuerdo con los principios expresados por la OPS en el Plan Decenal de Salud para las Américas, se acepta que la salud hoy en día es para cada ser humano un fin, y para la sociedad a la que pertenece, un medio. Es un fin porque ella permite la realización del individuo y es un medio porque es un componente del desarrollo, es decir, del conjunto de esfuerzos que conducen al bienestar social.

Desde esta perspectiva es importante señalar que:

1. La salud es un fin para cada ser humano, por tanto hay que reconocerlo como una de sus necesidades.
2. La ponderación que se da a la salud como componente de desarrollo, muestran como las sociedades contemporáneas deben fundamentarse sobre valores orientados a lograr el bienestar humano, es decir, el estado en el cual hay una razonable satisfacción de las necesidades humanas, según Gunar Myrdal (citado por Bersh, David, el Fenómeno de la salud) las necesidades pueden ser de diverso orden: Necesidades biológicas, básicas y funcionales. Las necesidades biológicas son las condiciones existenciales mínimas para poder existir, pero la calidad de esta existencia dependen de la satisfacción de las necesidades básicas y funcionales, esto tiene que ver con los estándares de la vida de la comunidad en relación con los factores de carácter psicológico, social y material, estas necesidades son de carácter cultural y por lo tanto corresponden a contextos socioculturales específicos. Desde esta perspectiva la concepción de salud articulada al desarrollo, presenta una dimensión integral del fenómeno de salud, integralidad, que trasciende la visión interdisciplinaria de los factores que la determinan, en cuanto a que la salud se concibe necesaria para la realización del ser humano y de la sociedad.

Con esta visión, se supera el enfoque mecanicista biológico, basado en el complejo salud-enfermedad, dentro del cual se considera la atención a la enfermedad como sinónimo de atención en salud, dejando de lado las acciones de carácter preventivo y la generación de espacios culturales alrededor de la salud.

Es así como el manejo de la salud debe ajustarse progresivamente a este nuevo concepto de integridad que implica fundamentalmente procesos de promoción y prevención de la salud (carta de Ottawa, para la promoción de la salud, noviembre 21 de 1986), es decir, producir salud conscientemente eligiendo estilos y hábitos de vida sanos y rechazando los que ponen en riesgo al hombre y al ambiente.

De acuerdo con los planteamientos de las OMS/OPS, la promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos de los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma.

Para ejercer este control, un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, satisfacer sus necesidades, de cambiar o adaptarse al medio ambiente. La promoción de la salud involucra tres grandes ámbitos de acción: la promoción como política, como movilización de conocimientos, ideales, intereses, voluntades y la promoción como cultura, los cuales se desarrollan a través de los siguientes campos; políticas saludables, estilos de vida, ambiente, convivencia, solidaridad y democracia.

Para el departamento de Caldas el desarrollo de cada uno de estos campos se articula a la Atención Primaria de Salud, APS, estrategia que ha sido renovada por la Organización Panamericana de la Salud, OPS, y asumida por la Dirección Territorial de Salud del departamento de Caldas, DTSC, como modelo a seguir en la conformación y reorganización de los sistemas territoriales de salud.

La APS (Declaración de Alma Ata 12 de sept. 1978) es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación.

La atención primaria forma parte integrante tanto del Sistema Nacional de Salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad.

Representa el primer nivel de contacto entre los individuos, la familia y la comunidad con el Sistema Nacional de Salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria.

Las razones para que la APS adopte un enfoque renovado (Renovación de la APS en las Américas. Documento oficial Organización Panamericana de la salud/OPS. Julio 2005) son las siguientes: la aparición de nuevos desafíos epidemiológicos que la APS debe asumir, la necesidad de corregir las debilidades e inconsistencias presentes en algunos de los enfoques ampliamente divergentes de la APS, el desarrollo de nuevos conocimientos e instrumentos sobre mejores prácticas que pueden ser asimilados por la APS para ser más efectiva; el reconocimiento creciente de que la APS es una herramienta que fortalece la capacidad de la sociedad para reducir las inequidades en salud y un consenso en aumento sobre el valor de la APS como un instrumento poderoso para enfrentar los determinantes sociales de la inequidad en salud. Un enfoque renovado de la APS es, además, una condición esencial para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM): Afrontar los determinantes sociales de la salud y de la inequidad y reconocer la salud como un derecho humano.

1.4 PROMOCIÓN DE LA SALUD UNA ALTERNATIVA DEL DESARROLLO HUMANO

Desde que la salud empezó a analizarse desde un punto de vista diferente al curativo, la promoción de la salud ha tomado fuerza y ha sido analizada desde diferentes perspectivas en las cuales se pretende “adelantarse a las condiciones malsanas que se pueden presentar, con la prevención de factores de riesgo y el mantenimiento de estilos de vida saludables” (Lineamientos de promoción de la salud y educación para el comportamiento humano).

La promoción de la salud, se convierte en un mecanismo de educación que posibilita maximizar las condiciones de salud. Según la carta de Ottawa (1986) la promoción de la salud se define como: “la estrategia para la proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma”.

En Colombia, se han hecho esfuerzos para trabajar alrededor de este aspecto, es así como en el Decreto 189 de 1994, Art., 2, se define la Promoción de la Salud como: “La integración de las acciones que realizan la población, los servicios de salud, las autoridades sanitarias y los sectores sociales y productivos con el objeto de garantizar, mas allá de la ausencia de enfermedad, mejores condiciones de salud físicas y psíquicas de los individuos y de las colectividades”.

Tanto en la carta de Ottawa como en el Decreto Ley de la República Colombiana se encuentra la propuesta de entender la salud como un espacio donde se concretizan unas mejores condiciones de existencia, espacio que debe ser responsabilidad colectiva de los individuos, las comunidades, las organizaciones y las instituciones.

Para mejorar la salud y la calidad de vida de los sujetos y de las comunidades es necesario:

- a) Entregar a las personas la capacidad de actuar por su propia salud.
- b) Lograr la concertación de voluntades en todos los sectores de la población.
- c) Concretar recursos políticos, comunitarios y personales.

La promoción de la salud involucra a toda la población en el contexto de su vida cotidiana y opera como una estrategia encaminada a desarrollar mejores condiciones de salud individual y colectiva. Por la relación con todos los factores de la vida social y comunitaria, la promoción y el fomento de la salud son expresiones de desarrollo cultural, de ahí que ésta contribuye a crear la cultura de la salud.

“La cultura se involucra con la promoción, brindando todas las determinantes de la misma y asegurando la incorporación de todas las personas a una comunidad a un modelo de vida. La cultura de la salud implica transformar o reafirmar los valores, tradiciones o reforzar comportamientos y costumbres, hacia el significado de la salud”. (Carta de Ottawa, Noviembre de 1986)

La promoción de la salud se constituye entonces una forma cultural, donde se tiene en cuenta como lo planteaba Kroeber todas aquellas expresiones de los sujetos su forma de vida, sus hábitos, sus costumbres y tradiciones. Para los trabajadores de la salud se constituyen en elementos indispensables dentro de su quehacer porque permiten reconocer al ser humano como miembro de un entorno, de un contexto y como parte de una historia.

Retomando el planteamiento expuesto en la carta de Ottawa, se puede encontrar como para la parte operativa se proponen cinco áreas para implementar la promoción de la salud:

- a) Elaboración de políticas públicas saludables.
- b) Creación de ambientes favorables.
- c) Fortalecimiento de la acción comunitaria.
- d) Desarrollo de habilidades personales y cambios en los estilos de vida.
- e) Reorientar los servicios de salud.

De otra parte, específicamente en Colombia la propuesta en torno a la promoción de la salud gira alrededor de:

- a) Políticas saludables.
- b) Búsqueda en la equidad de la salud.
- c) Convivencia, solidaridad y democracia.
- d) Descentralización.

Como se observa; en ambas instancias se trasciende el concepto de salud tradicional. En el plan hecho por la Ley Colombiana se evidencia una clara concepción de desarrollo humano y educación, donde priman los principios participativos y autogestionarios, se generan principios de respeto, comunicación y pluralidad y donde los individuos y los grupos sociales “asumen su responsabilidad en las decisiones y en los estilos de vida”.

Otro elemento importante, tal como lo expone Ney Guzmán (1989), es la realización de análisis de las condiciones de salud en los cuales se involucran los sujetos. Entre estas se encuentran:

1. Identificar las principales condiciones o factores de riesgo que provocan la muerte y los estados de desequilibrio físico, mental y social en la comunidad o en grupos de población (análisis epidemiológico).
2. Identificar, clarificar y priorizar las necesidades sentidas de la población en su contexto sociocultural y político (análisis socio – antropológico)
3. Evaluar la capacidad de respuesta y las características administrativas en relación con el entorno económico, político y social (análisis administrativo).
4. Clasificar y priorizar la solución de los problemas de acuerdo con el análisis de la oferta y la demanda (análisis relacional).

Una vez identificados los factores de riesgo es necesario discutir el nivel de operación más rentable para la salud de la población y para las escasas finanzas de la organización administrativa. Teniendo además en cuenta todas y cada una de las situaciones sociales, políticas, económicas y ambientales que inciden en la calidad de vida de la población, se puede concluir, y retomando lo expuesto en el manual de promoción y protección de la salud que:

“El concepto de la promoción de la salud surge de la integración del conocimiento de actitudes y capacidades instrumentales para lograr la salud; busca la capacitación a individuos, familias y grupos sociales para incrementar el control sobre los determinantes de salud”.

Esta estrategia de promoción de la salud, desde su acepción de desarrollo humano y educación debe ser implementada en cada uno de los campos de la salud.

En salud oral es una propuesta alternativa que conlleva generar procesos alternativos y analizarla desde una perspectiva teórica y metodológica diferente; por lo tanto su abordaje debe realizarse desde diferentes campos tales como:

1.5 PROMOCIÓN DE LA SALUD, PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD Y PROTECCIÓN ESPECÍFICA

El modelo sobre el cual debe basarse la intervención en salud oral desde la promoción de la salud parte del planteamiento del modelo integrado, donde se interrelacionan los modelos de salud con los niveles de intervención en salud pública, los niveles de prevención de la enfermedad y la población de alto riesgo así como la población sana.

De acuerdo al modelo planteado anteriormente, es importante tener en cuenta dos dimensiones en las cuales se pueden generar las intervenciones de la promoción de la salud, la individual, que busca generar cambios de conductas, es decir en los estilos de vida de las personas, y la colectiva, la cual busca generar acciones tendientes a modificar los ambientes físicos, sociales, culturales y políticos, con el fin de influir sobre las condiciones de vida y salud de una población. La promoción de la salud como función esencial de la salud pública, no es un campo exclusivo de la prevención primaria, sino que sus métodos y estrategias deben ser transversales a todos los niveles de prevención.

En cuanto a *la prevención de la enfermedad y la protección específica* se señala que esta se refiere a estrategias y acciones orientadas a grupos poblacionales específicos vulnerables, de alto riesgo o susceptibles de verse afectados por situaciones, que potencialmente alteren su proceso de salud y específicamente la salud oral. Este nivel de prevención identifica y atenúa factores de riesgo biológico, ambiental, psicológico y social, que pueden comprometer el sistema estomatognático de la persona, lo cual evita la aparición de alteraciones en la condición de salud del individuo.

1.5.1 Terapéutica. Se entiende por terapéutica el campo de acción que busca modificar o mantener la condición de salud de los individuos a partir del proceso de valoración y tratamiento de las patologías que afectan el sistema estomatognático, mediante el diseño, ejecución y control de planes de intervención.

El proceso terapéutico se desarrolla a través de los subprocesos secuenciales o simultáneos de carácter interdependiente tales como diagnóstico, pronóstico, planeación y tratamiento.

1.5.2 Rehabilitación. Este campo de acción articula los procesos de Rehabilitación que permitan devolver la función y la estética al individuo.

1.5.3 Administración. La administración se entiende como el campo de acción en el cual se coordinan esfuerzos humanos y recursos físicos, financieros y tecnológicos, para obtener eficacia y eficiencia en la prestación de los servicios y en los procesos de intervención de las problemáticas de la realidad con calidad, mediante la participación en la planeación, organización, dirección, ejecución, seguimiento y evaluación de los planes, programas y proyectos relacionados con la salud, tomando como eje central el estudio de los procesos de interacción del

hombre con los recursos del entorno, en ambientes comunitarios, organizacionales, institucionales o empresariales. Se centra en aquellos procesos que le permiten potenciar los recursos existentes en relación con la vida cotidiana y la actividad científica.

1.5.4 Investigación. La investigación como campo de acción hace referencia al proceso que busca dar respuesta a los problemas del conocimiento, en torno a la salud y la salud oral, los cuales surgen de la actitud reflexiva y crítica de los sujetos en relación con la praxis o la teoría existente. También es asumido como el proceso sistemático de construcción, renovación, adaptación y validación del conocimiento, en coherencia con las características del contexto económico, social, político y cultural de las comunidades.

2. CARACTERIZACIÓN DEL ESTADO ACTUAL DE LA SALUD ORAL EN CALDAS

2.1 REFERENTES DEL ESTADO DE SALUD ORAL

La atención a la salud oral, al igual que en todos los demás campos, ha estado determinada por una concepción biologicista- mecanicista y por un enfoque de salud desde la enfermedad y, tanto a nivel individual como colectivo, los recursos económicos se han dirigido tradicionalmente hacia la prestación de servicios en los niveles de atención que demandan mayor costo, menores posibilidades de acceso de los grupos más vulnerables y bajo impacto de los programas.

Las limitaciones en el enfoque se visualizan en los resultados del último estudio nacional de morbilidad (ENSAB III realizado en 1998), el I Estudio de Morbilidad Oral en escolares del departamento de Caldas (2002) y del I Estudio de Morbilidad Oral y Factores de Riesgo en el municipio de Manizales, 2000.

Tres entidades son especialmente importantes en salud oral, la caries dental, la enfermedad periodontal y las maloclusiones, influidas las dos primeras por la presencia de placa, y Fluorosis, y las terceras influidas por factores generales y factores locales.

En la dentición primaria, el 60,4% de los niños de 5 años tiene historia de caries y la prevalencia de ésta se incrementa hasta los 12 años, edad a la que disminuye debido a la exfoliación dentaria. En la dentición permanente se presenta en el 19,9% de los niños a los siete años, aumentándose hasta 89,5% en los adolescentes y en los adultos jóvenes se produce una duplicación de los dientes con historia de caries. En los adultos, la pérdida dentaria aumenta en forma significativa de tal manera que los adultos mayores el número de dientes sanos se reduce en un 50%. De 8 dientes perdidos en el grupo de 35 a 44 años se pasa a 16,2 en los adultos mayores.

Respecto a la enfermedad periodontal, del total de personas incluidas en la valoración periodontal en el ENSAB III, el 50,2% presentaron pérdida de inserción, la cual aumenta con la edad: a los 15-19 años alcanza el 32,8% y al 87% en las personas de 55 años y más.

En los niños (7 y 12 años) el 78,3% presenta algún marcador periodontal; esta proporción también aumenta pasando al 92,8% a los quince años al 96% a los 60 y más años.

Respecto a la placa bacteriana, El 81,6% de las personas presenta placa bacteriana en el momento del examen. En menores de 20 años se presenta algún nivel de placa en más del 95% de las personas y a partir de los veinte años se

produce una leve reducción en el porcentaje debido a que en las personas de edad avanzada la medición está influida por la pérdida dentaria.

La proporción de Fluorosis para las edades incluidas en el estudio (6, 7, 12 y 15 a 19 años) es de 11,5%. La proporción a los 6 y 7 años es de 26,7%, a los 12 años es de 18,7%, mientras que en los adolescentes sólo alcanza el 5,3%.

Con respecto a las maloclusiones en Colombia a pesar de los variados estudios epidemiológicos son muy pocos los que relacionan las variables de salud dental con aspectos de maloclusiones y esto hace que los reportes de las anomalías dentomaxilofaciales sean muy escasos debido posiblemente a que la naturaleza de dichas anomalías es diferente a la de la enfermedad, pues no se establece un cambio a nivel celular, sino una deformidad o mala posición bien sea de los dientes o de los huesos maxilares con características independientes, igualmente la mayoría de los datos existentes se han descrito con base a la clasificación descrita por Angle, sin tener en cuenta las relaciones transversales y verticales. En Colombia los estudios de morbilidad oral son escasos, siendo el primero en el año de 1966 – 1970 (I estudio de morbilidad general y oral), el segundo en 1977 – 1980, concluyendo en ellos que la anomalía de mayor presencia en la población colombiana era el apiñamiento dental encontrándose afecciones hasta del 50% de afectados, siendo estos porcentajes menores en la población negroide e indígenas y el tercero en 1998 (III estudio nacional de salud bucal – ENSAB III –), en el cual se desarrolla en poblaciones de 12 y entre 15 y 19 años y estudiándose el apiñamiento, los diastemas, la sobremordida vertical y horizontal, la mordida cruzada anterior y posterior, la mordida abierta anterior y posterior, la mordida en tijera y la mordida borde a borde, concluye que el apiñamiento dental es la de mayor prevalencia con mayor proporción en el maxilar inferior, seguida de una sobremordida horizontal mayor de 3mm.

Según el I Estudio de Morbilidad oral y factores de riesgo en el municipio de Manizales. 2000, las relaciones dentofaciales en preescolares el perfil convexo fue el de mayor prevalencia con el 56%, el plano terminal recto fue el de mayor incidencia tanto al lado derecho como al izquierdo y por ultimo el paladar profundo se presento en el 19% de los niños y niñas. En los escolares el apiñamiento dental presento una prevalencia del 40%, siendo mayor en el maxilar inferior y en el genero femenino, en cuanto al perfil el de mayor incidencia en este grupo fue el perfil convexo y el de menos incidencia fue el cóncavo, las relaciones molares fue la clase I y el 1% presentaron paladar profundo.

En el departamento de Caldas se hallaron los siguientes resultados.

El 51.7% de los escolares tiene caries en su dentadura temporal y 13.9% con su dentadura permanente. En las edades mayores los escolares de Caldas presentan alrededor de 18% de prevalencia en permanentes, muy inferior a lo mostrado en Manizales (27%) y Colombia 43%

El promedio de dientes temporales afectados, ceo, en Caldas para niños de 6 años y menores es de 2.78, inferior a lo mostrado para Colombia, donde los escolares de 5 y 6 años presentan un ceo de 3.0 y 3.2 respectivamente.

Para la edad de 12 años los escolares de Caldas presentan un COP-D de 1.31%, superando ampliamente la meta propuesta por la OMS de lograr un COP-D de 3.0 para el año 2000. Con los indicadores anteriores y teniendo en cuenta lo planteado en el Plan Nacional de Salud Bucal, 1996, en el sentido de poder brindar cobertura con asistencia al 100% de la población cuando existe un COP inferior a 2.0 a la edad de 12 años, se puede concluir que: si se mantienen y fortalecen los programas de promoción y prevención y se planifican adecuadamente los programas asistenciales, es factible solucionar casi en su totalidad el problema de caries dental en la población escolar de Caldas, con lo cual dejaría de ser un problema de salud pública, al menos para este grupo poblacional. Lo planteado se refuerza con el hecho de que el 81.8% de las necesidades de tratamiento en dientes temporales se resuelven con operatoria (74.8%) y sellantes (7.0%); y el 95.6% de las necesidades en dentición permanente con operatoria (27.7%) y sellantes (68.4%). La necesidad de aplicación de sellantes está relacionada con el hallazgo de que 38.4% de los dientes permanentes tienen fosas y fisuras o surcos profundos.

En cuanto a la Fluorosis dental, se presenta en el 63.3% de los escolares y afecta el 50.2% de los dientes. Aunque la mayor proporción de escolares (56.3%) y de dientes (46.6%) afectados se encuentra en los grados muy leve y leve, el hecho de que el 7% de los niños y el 3.6% de los dientes presenten Fluorosis moderada o severa, representa un problema de salud pública que debe ser afrontado agresivamente con la realización de programas educativos conducentes al adecuado uso de cremas dentales fluoruradas en la población menor de 8 años, por ser el factor de riesgo más importante para Colombia según lo mostrado por el estudio de ingesta en 4 ciudades colombianas.

En lo relacionado con el nivel clínico de remoción de placa el 54.5% de los escolares presentan un nivel regular (51.2%) a malo (5.3%), lo cual se constituye en un factor de riesgo determinante para que el 76.7% de los escolares padezcan gingivitis leve (58.2%), moderada (18.1%) o severa (0.4%). Lo anterior ocurre a pesar de que el 99.9% de los niños usan cepillo y el 96.5% crema dental y; de que alrededor del 80% se cepillan después del desayuno y del almuerzo y el 72.8% lo hacen después de la comida.

El apiñamiento anterosuperior que se presenta en el 29.3% de los escolares y el anteroinferior en el 48% de ellos, se considera un aspecto que favorece la retención de placa bacteriana y por lo tanto se constituye en factor de riesgo para caries dental y enfermedad periodontal, lo cual reafirma la importancia de los programas de promoción y prevención.

En cuanto a las patologías de tejidos blandos la más prevalente es la lengua saburral (62.9%), que tiene relación con la inadecuada higiene de la lengua y puede mejorarse con la educación de los escolares para que cepillen su lengua después de las comidas principales. Se encontró lengua geográfica en un 5.3% de los escolares y lesiones de la mucosa oral en 4.9% de ellos. Otros tipos de patologías presentan cifras poco significativas. En general las patologías de tejidos blandos tienen poca importancia como problema de salud en este grupo poblacional.

En la ciudad de Manizales según el I Estudio de Morbilidad oral y factores de riesgo en el municipio de Manizales. 2000, se hallaron los siguientes resultados con respecto a caries:

El 33% de los preescolares tiene historia de caries, presentándose una mayor incidencia de esta en los estratos 1 y 2, al igual que en los establecimientos públicos mayor que en los privados. En cuanto a la prevalencia de caries fue del 28%. La enfermedad periodontal en niños preescolares fue del 52%, manifestada algún grado de enfermedad.

En la edad escolar el promedio de dientes temporales afectados, ceo, la proporción aumenta desde el rango de edad de 5 – 6 años (49%) a un 56% en el rango de 7 a 8 años, y desciende a un 48% en el grupo de 9 – 11 años. La prevalencia de caries en la dentición temporal se presentó en el 42% en los niños entre 5 y 8 años de edad.

En cuanto a la dentición permanente en los escolares el 23% de estos niños presentó historia de caries y un 14% presentó lesiones activas de esta patología. Igualmente la historia de caries en la dentición permanente aumentó con el rango de edad siendo esta entre los 5 y los 6 años al 4.7%, entre los 7 y 8 años el 15% y entre los 9 y 11 años el 42%. Igual fue para los estratos 1 y 2 la mayor incidencia de caries.

La Fluorosis dental en los escolares fue del 50% y dentro de ellos el 80% presentan Fluorosis leve o muy leve, solamente el 4% presentó Fluorosis severa. En cuanto a los rangos de edad los niños de 6 años fue el 12%, en el rango de 7-8 años es del 73% y en el rango de 9 – 11 años es del 63%. Los estratos que más presentaron Fluorosis fueron los estratos 1 y 2 y el 5 y 6 con el 535 y el 525 respectivamente.

Teniendo en cuenta la importancia de la prevención en salud bucal, es pertinente señalar, que tanto las acciones contempladas en el Plan de Atención Básica (PAB) como en el Plan obligatorio de salud del POS, se han reducido en los últimos años. Según Franco y col, (2004) la reducción tiene que ver no sólo con el número de actividades realizadas, sino también con la cobertura, con la integralidad y con la continuidad.

Es de destacar que en la ciudad de Manizales, los problemas de los dientes y estructuras de soporte de los mismos se encuentran entre las primeras causas de morbilidad (Secretaría Salud Municipal-estadísticas de Morbilidad).

El estudio de morbilidad oral en adolescentes escolarizados de 12 y entre 15 y 19 años del municipio de Manizales (López, OP; Cerezo, MP; Paz, AL. 2003), encontró que el 48 % de la población de 12 años y el 69 % de los jóvenes entre 15 y 19 años de Manizales tienen historia de caries. La prevalencia de caries a los 12 años fue del 27 % y en el grupo de edad entre 15 y 19 años se encontraron estas lesiones en el 35 %. Estas proporciones son menores que las registradas por el ENSAB III realizado en 1998. El índice COP-D de los escolares de 12 años fue de 1.31 a los 12 años y de 2.56 en el grupo de edad entre 15 y 19 años. La proporción de jóvenes entre los 12 y los 19 años que presentaron lesiones activas en el momento del examen fue mayor en los estratos más bajos. Uno de cada tres jóvenes de los estratos 1 y 2 presentó lesiones activas frente a uno de cada 8 de los estratos 5 y 6.

Aproximadamente uno de cada tres escolares de 12 años se cepilla inadecuadamente. Igual que lo reportado por el ENSAB III, En el grupo de adolescentes entre 15 y 19 años, el 85% tiene un nivel de remoción de placa bueno y el 15% regular.

La gingivitis crónica es la enfermedad crónica más común encontrada en los adolescentes. El 80% de la población considerada en este estudio (entre los 12 y los 19 años) registró gingivitis simple, El grado más avanzado de gingivitis "gingivitis moderada" se registró en los estratos del 1 al 4, donde por cada 10 jóvenes hay uno con esta alteración

2.2 INFORME LINEA DE BASE EN SALUD ORAL COP Y DIENTES PERMANENTES PRESENTES EN BOCA, CALDAS 2.008

Se realizó un estudio descriptivo, de tipo transversal, de carácter retrospectivo, mediante una revisión documental a través de una muestra probabilística de la población, el universo de la población correspondió al total de historias clínicas de los pacientes que consultaron el servicio de odontología, en los hospitales de los municipios seleccionados en la muestra del departamento de caldas, en los dos últimos años. Considerando dos grupos de personas: uno de 12 años y otro conformado por personas de 18 ó más años; el estudio comprende una población aproximada de 638.428 personas; con el objeto de elaborar la línea de base en COP en la población de 12 años en el departamento de Caldas y construir la línea de base en % de mayores de 18 años con dientes permanentes en el departamento de Caldas. El tamaño de la muestra fue balanceado por género, con una muestra probabilística de historias clínicas. Para el estudio se dividió el departamento de Caldas en 6 subregiones de las cuales se realizó una selección

aleatoria de dos municipios por subregión, quedando para la muestra de la siguiente forma:

Alto Occidente: Filadelfia y Riosucio

Alto Oriente: Manzanares y Pensilvania

Bajo Occidente: Anserma y Risaralda

Centro Sur: Villamaría y Neira.

Norte: Aranzazu y Pácora

Magdalena Caldense: La Dorada y Victoria

El tamaño de la muestra para cada municipio después de las estimaciones y proporcional por género fue de 104 individuos, para un total de 1.284, con un nivel de confiabilidad del 95% y un margen de error del 3% y un factor de expansión del estudio: 511.

Los resultados de este estudio se aprecian en la tabla siguiente:

Tabla 1. Índice COP según sexo, edad, zona y régimen. Caldas, 2008

VARIABLES	Dientes permanentes presentes	Dientes cariados	Dientes obturados	Dientes extraídos por caries	Extracción indicada por caries	COP
SEXO						
MUJERES	24,1	3,7	4,1	5,5	0,5	12,4
HOMBRES	24,4	4,0	3,2	5,1	0,8	11,8
EDAD (AÑOS)						
12	24,2	2,7	0,6	0,1	0,2	3,7
18 – 29	29,0	5,0	3,1	1,4	0,6	9,1
30 – 50	25,1	4,4	6,2	5,9	0,9	16,2
Más de 50	16,1	2,8	4,0	14,2	1,1	20,4
ZONA						
URBANA	24,6	3,7	3,6	4,9	0,6	11,7
RURAL	23,8	4,1	3,6	5,8	0,8	12,7
REGIMEN						
SUBSIDIADO	24,2	3,8	3,5	5,1	0,7	11,8
CONTRIBUTIVO	25,2	3,1	5,0	4,6	0,8	12,8
VINCULADO	24,5	5,2	4,4	6,4	0,5	14,4
OTRO	22,9	4,0	5,0	9,6	1,7	14,8
TOTAL	24,3	3,8	3,6	5,3	0,7	12,1

2.3 DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS

12 años

Los 12 años son la edad de comparación internacional para la OMS, es importante resaltar que el COP-D encontrado de **3.75** se encuentra por encima de la meta establecida por la OMS de **3.0**, por encima del promedio Nacional para esta edad reportado en el ENSAB III de **2.3**. Las mujeres de esta edad presentan un COP-D menor (3.21) que el de los hombres (4.23). Se encontró que la media de Dientes Permanentes Presentes, DPP, para este grupo de edad fue de **24.25**, no se evidenciaron diferencias significativas al comparar la media de DPP en mujeres y hombres en ese rango de edad.

Al realizar el análisis bivariado del COP-D se encontró que la discriminación de cada uno de los componentes del índice fue ligeramente mayor en los hombres. Con relación al análisis del COP-D teniendo en cuenta la edad y procedencia, no se encontraron diferencias significativas entre las persona que viven en el área urbana **3.80** y rural **3.65**. Con relación al análisis del COP-D teniendo en cuenta la edad y al tipo de vinculación se encontró que el mayor índice (3.8) correspondió al régimen Subsidiado, Seguido del Vinculado (3.1) y por último el Contributivo (2.9).

18-29 años

Se encontró que la media de DPP para este grupo de edad fue de **29.02**, no se evidenciaron diferencias significativas al comparar la media de DPP en mujeres (28.82) y hombres (29.29) en ese rango de edad. Teniendo en cuenta la relación de los DPP con la procedencia se encontró en el área Urbana que la media fue de 29.15 y en el área Rural de 28.79, lo que no representa una variación significativa entre estos parámetros. En relación con el DPP y el tipo de vinculación se encontró que no hay diferencias significativas entre los regímenes Subsidiado, Contributivo y Vinculado, con una media de 29 DPP, en tanto el grupo de otros presentó un valor menor que los demás 27.7.

El índice COP-D encontrado en este rango de edad fue de **9.09**. Las mujeres de esta edad presentan un COP-D mayor (9.40) que el de los hombres (8.68). Al realizar el análisis bivariado del COP-D se encontró que la discriminación de cada uno de los componentes del índice fue ligeramente menor en los hombres. Con relación al análisis del COP-D teniendo en cuenta la edad y procedencia, no se encontraron diferencias significativas entre las persona que viven en el área urbana **8.70** y rural **9.78**. Con relación al análisis del COP-D teniendo en cuenta la edad y al tipo de vinculación se encontró que el mayor índice (11.1) correspondió al régimen Vinculado, Seguido del Subsidiado (9.0), a continuación el Contributivo (7.4) y por último el grupo de otro (6.3).

30-50 años

Se encontró que la media de DPP para este grupo de edad fue de **25.11**, no se evidenciaron diferencias significativas al comparar la media de DPP en mujeres (24.50) y hombres (25.76) en ese rango de edad. Teniendo en cuenta la relación de los DPP con la procedencia se encontró en el área Urbana que la media fue de 25.16 y en el área Rural de 25.06, lo que no representa una variación significativa entre estos parámetros. En relación con el DPP y el tipo de vinculación se encontró que no hay diferencias significativas entre los regímenes aunque fue ligeramente mayor en el Contributivo (26.9), seguido del Subsidiado (25.2).

El índice COP-D encontrado en este rango de edad fue de **16.18**. Las mujeres de esta edad presentan un COP-D mayor (17.52) que el de los hombres (14.77). Al realizar el análisis bivariado del COP-D se encontró que la discriminación de cada uno de los componentes del índice fue menor en los hombres. En general se encontró que el número de dientes extraídos para este rango de edad (5.94) supera de manera evidente al grupo de edad de 18-29 años (1.40), evidenciándose un comportamiento muy similar al reportado por el ENSAB III en 1999. Con relación al análisis del COP-D teniendo en cuenta la edad y procedencia, no se encontraron diferencias significativas entre las persona que viven en el área urbana ligeramente mayor 16.43 y rural 15.86. Con relación al análisis del COP-D teniendo en cuenta la edad y al tipo de vinculación se encontró que el mayor índice (18.7) correspondió al régimen Vinculado, seguido por el grupo de otro (18.2) en tanto que los valores del Subsidiado y el Contributivo fueron similares de 15,9.

Más de 50 años

Se encontró que la media de DPP para este grupo de edad fue de **16.14**, no se evidenciaron diferencias al comparar la media de DPP en mujeres (15.58) y hombres (16.68) en ese rango de edad. Teniendo en cuenta la relación de los DPP con la procedencia se encontró en el área Urbana que la media fue de 17.26 y en el área Rural de 14.40, lo que representa una variación significativa entre estos parámetros. En relación con el DPP y el tipo de vinculación se encontró que no hay diferencias significativas entre los regímenes aunque fue mayor en el Contributivo (18.9), seguido del vinculado (18.0).

El índice COP-D encontrado en este rango de edad fue de 20.40 Las mujeres de esta edad presentan un COP-D (20.23) sin que se evidenciaran diferencias con el de los hombres (20.57). Al realizar el análisis bivariado del COP-D se encontró que la discriminación de cada uno de los componentes del índice fue mayor en los hombres. En general se encontró que el número de dientes extraídos para este rango de edad (14.22) supera de manera evidente al grupo de edad de 30-50 años (5,94) siendo tres veces mayor. Con relación al análisis del COP-D teniendo en cuenta la edad y procedencia, no se encontraron diferencias significativas entre

las persona que viven en el área urbana menor 19.61 y rural 21.63. Con relación al análisis del COP-D teniendo en cuenta la edad y al tipo de vinculación se encontró que el mayor índice (22.0) correspondió al grupo otro, seguido por el régimen contributivo (21.7).

Tabla 2. Dientes permanentes presentes según género. Caldas 2008

Género	DPP	Nro. personas	%
Mujer	0	5	0,8
	1 – 8	31	5,2
	9 – 17	58	9,7
	18 - 27	230	38,5
	Más de 27	274	45,8
	Total	598	100,0
Hombre	0	4	0,7
	1 – 8	22	3,9
	9 – 17	53	9,5
	18 - 27	230	41,2
	Más de 27	249	44,6
	Total	558	100,0

Se evidencia una clara disminución de la población edéntula total en el departamento de Caldas, llegando a un valor aproximado al **1%** del total de la muestra incluida en el estudio, presentándose con mayor frecuencia en el grupo más de 50 años en un 3.9% del grupo de edad. De igual manera se aprecia como en los grupos más jóvenes 18-29 años no se observa edentulismo total, presentándose como valor mínimo un **DPP 18 a 27 en el 16%** de este grupo, y **más de 27 DPP en el 84%** de la muestra. Esto nos permite inferir que la mortalidad dentaria va aumentando en relación directa con el aumento de la edad. En relación con la variable DPP y analizándola con respecto al género se puede apreciar que el número de DPP fue muy semejante en ambos géneros (24).

2.4 CONCLUSIONES GENERALES

Estos resultados se toman partiendo de que la población con la cual se realizó el informe es la que corresponde a quienes consultan a los servicios de Salud en el departamento de Caldas (Historias Clínicas de Odontología, Carta Dental). Por tanto estas conclusiones se deben mirar desde esa perspectiva: En la población que consulta en los servicios de salud del departamento de Caldas se encontró:

Se encontró que el 90% de los individuos seleccionados en la muestra presentan caries dental.

En la población de 12 años se encontró un índice COP-D general de 3.75 este se encuentra por encima de la meta establecida por la OMS de 3.0 y por encima de la meta nacional para esta edad de 2.3.

En general se aprecia que el 1% del total de la muestra correspondió a edéntulo total, que el 84% de la población del rango de 18-29 años presentaba más de 27 dientes en boca, la cual es una cifra óptima.

El promedio de dientes permanentes presentes en boca en la población mayor de 18 años fue de 24 dientes, equivalentes a una conservación del 75% de la dentición permanente.

El 34.2% de las personas de más de 50 años presenta entre 18-27 dientes en boca y el 12.1% presentan más de 27 dientes, lo que permite suponer que los programas de promoción y prevención han generado interés en la población frente a la conservación de la dentadura natural

Podemos concluir que la mortalidad dentaria es un problema fundamentalmente de la población adulta, pues se presentan variaciones altas entre los diferentes grupos de edad en relación con la pérdida de dientes permanentes pasando de 1.4 en el grupo de 18-29 años a 5.94 en el grupo de 30-50 años y a 14.22 en el grupo de más de 50 años.

Se apreció que para la muestra general el Índice COP-D fue menor en el grupo de hombres (11.8) que en el de las mujeres (12.4) y que el número de DPP fue muy semejante en ambos géneros (24).

Se evidencia que el índice COP-D fue mayor para la población del área rural (12.7) que para la del área urbana (11.7). Y proporcionalmente hay mayor número de DPP en los individuos del área urbana (24.6) que en la rural (23.8).

En cuanto a la relación existente entre el Índice COP-D y el tipo de vinculación, de acuerdo a los resultados obtenidos en el estudio se puede concluir que el grupo Otros tiene el mayor Índice de COP-D (14.8), seguido del Régimen de Vinculados (14.4). Viéndose de igual manera una correspondencia con el número de DPP que fue menor en el grupo Otros (22.9).

También se puede concluir que el mayor número de dientes cariados se encuentra en el grupo de edad de 18-29 (5.0). Así mismo es mayor la presencia de caries en los hombres que en las mujeres, aunque presentan un Índice COP-D menor.

3. MARCO NORMATIVO

Ministerio de la Protección Social. Decreto 1011 de 2006: Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Resolución 003577 de 2006: Por medio de la cual se adopta el Plan Nacional de Salud Bucal PNSB.

Decreto 3039 de 2.007: Por medio del cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública para el cuatrienio 2.007- 2.010.

LEY 1122 DE 2007. (enero 9). Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.

Resolución 0425 de 2008: Por la cual se define la metodología para la elaboración, ejecución, seguimiento, evaluación y control del Plan de Salud Territorial, y las acciones que integran el Plan de Salud Pública de intervenciones colectivas a cargo de las entidades territoriales.

4. PRINCIPIOS ORIENTADORES DE LA POLÍTICA

Los lineamientos de la Política Pública de Salud Bucal se concentran en los siguientes principios, los cuales son emanados del decreto 3039 de 2007 del Plan Nacional de Salud Pública:

Universalidad

Es la garantía del derecho a la salud con calidad para todas las personas, sin ninguna discriminación en todas las etapas de la vida.

Equidad

La equidad en la salud se logra cuando todas las personas alcancen su potencial de salud y por lo tanto, ninguna persona sea afectada en su capacidad de alcanzar ese potencial debido a su condición social o por circunstancias socialmente determinadas y evitables

Eficiencia

Es la mejor utilización social y económica de los recursos administrativos, técnicos y financieros del Estado y los particulares para garantizar el derecho a la salud y acceder a los servicios integrales de promoción de la salud y la calidad de vida, prevención de los riesgos y recuperación de la salud con oportunidad, calidad y suficiencia.

Responsabilidad

Es la garantía del acceso a las acciones individuales y colectivas de salud pública con oportunidad, calidad, eficiencia y equidad. La responsabilidad implica que los actores asuman consecuencias administrativas, penales, civiles y éticas por acciones inadecuadas u omisiones que atenten contra la salud o la calidad de vida.

Respeto por la Diversidad Cultural y Étnica

Es la garantía del respeto, del entendimiento de la cosmovisión, usos, costumbres, territorio ancestral, sitios sagrados y creencias de los grupos étnicos frente a la promoción, prevención, protección y recuperación de la salud, bajo el ejercicio de la consulta y concertación con las comunidades, garantizando su participación en la formulación, seguimiento y evaluación de los planes de salud en concordancia con las disposiciones de la autoridad de salud y la Ley 691 de 2001.

Intersectorialidad

Es la interrelación y articulación de los distintos actores intra y extrasectoriales con el fin de lograr resultados de salud de manera más eficaz, eficiente y sostenible, orientadas a alcanzar las metas comunes en salud.

Acción participativa

- Usuarios con conocimiento de sus derechos y deberes frente al logro de condiciones de salud integral y de aportes al mantenimiento de su calidad de vida.
- Fortalecimiento del talento humano, con el fin de lograr mejoramiento de la práctica profesional, de la prestación del servicio y del reconocimiento de su función como parte de la participación integral de la salud bucal en la salud de las poblaciones.
- Profesionales con capacidad para ejercer en sus ámbitos de desarrollo el derecho de ofrecer servicios con calidad y el deber de dar cumplimiento a los procesos de informar a los usuarios respecto de las condiciones que les garanticen mejores condiciones de salud y bienestar.
- Instituciones fortalecidas en proporcionar como deber, el manejo del riesgo de sus usuarios y a contar con procesos costo-efectivos en su atención.

Calidad

- Promoviendo el enfoque del usuario como eje central de la atención y de las acciones de fomento y promoción de la salud, prevención y protección específica y detección temprana en cualquier momento del ciclo vital y de la etapa de intervención.
- Propiciando la integración funcional de la salud bucal dentro de la salud general mediante el desarrollo de acciones integrales, con participación interdisciplinaria para el logro de pacientes sanos como ideal de la política, incluyendo la generación e incremento de capacidades y habilidades de los propios individuos.
- Reconociendo e implementando los parámetros definidos del sistema de garantía de la calidad definidos por la normatividad vigente.
- Implementando y haciendo seguimiento a indicadores de proceso, de cumplimiento y de impacto con los cuales se monitorearan los avances de la política.

Acceso

- Diseñando e implementando en diferentes espacios sociales y con la participación de todos los actores del Sistema, estrategias para fortalecer el desarrollo de acciones de fomento y promoción de la salud, prevención, protección específica, y detección temprana a través de todo el ciclo vital.
- Diseñando, implementando y adaptando procesos de gestión y administrativos que favorezcan la identificación y manejo de los riesgos en salud bucal y en salud general para garantizar la más efectiva prestación de acciones en salud a la población.
- Fortaleciendo la distribución geográfica en el país del recurso humano capacitado relacionado con la prestación de servicios de salud bucal.

5. PLATAFORMA ESTRATEGICA

El informe Línea de Base en Salud Oral COP y Dientes Permanentes Presentes en Boca, realizado en el departamento de Caldas en los meses de junio y julio de 2.008, identifica la salud oral en el departamento, a partir del cual se plantea la Política Pública Departamental de Salud Oral así:

5.1 OBJETIVOS

5.1.1 Objetivo General. Contribuir a mejorar la salud bucal de todos los habitantes del departamento de Caldas mediante el desarrollo de estrategias para garantizar el fomento de la salud, la prevención de la enfermedad, la prestación de servicios, la coordinación e integración del recurso humano, el conocimiento de los derechos y deberes de los diferentes actores en Salud y la activación de redes o mecanismos de acción intersectorial, como un aporte al mejoramiento de las condiciones de vida de los caldenses.

5.1.2 Objetivos Específicos

- Mejorar los indicadores de salud oral, acordes con las metas nacionales de Salud Oral. (Lograr un índice COP promedio a los 12 años de edad menor de 2,3. Lograr y mantener los dientes permanentes en el 60% de los mayores de 18 años)
- Promover atenciones integrales en salud bucal por ciclos vitales propiciando articulación entre las actividades de asistencia, promoción de la salud y prevención de la enfermedad con criterios de oportunidad, accesibilidad y calidad.
- Concertar, formular y desarrollar acciones intersectoriales, interinstitucionales y comunitarias que favorezcan el mejoramiento de la salud bucal a través del Comité Territorial de Salud Oral del Departamento de Caldas.
- Realizar vigilancia epidemiológica de las principales causas de patología de salud bucal acordes con los lineamientos nacionales, que permitan generar conocimiento para la elaboración y ejecución de planes, proyectos y actividades.
- Contribuir al mejoramiento de la calidad en la prestación de los servicios de salud bucal, basados en el fortalecimiento del recurso humano y en los procesos de gestión, administración, seguimiento y control de los servicios de salud bucal y de vigilancia en salud pública.

6. ESTRATEGIA METODOLÓGICA

6.1 ESTRATEGIA METODOLÓGICA

Las acciones que se van a realizar en el marco de la Política Pública en Salud Oral para el Departamento de Caldas se verán enmarcadas dentro de la estrategia de Atención Primaria en Salud. Se optó por esta estrategia porque acerca a las comunidades a un modelo de salud que favorece el desarrollo social, involucrando a los ciudadanos en las acciones tendientes a mejorar su situación de salud, además compromete a las autoridades sanitarias territoriales en la búsqueda de un equilibrio financiero, destaca la necesidad de reorientar el gasto en salud, reduciendo sus montos en el nivel secundario e incrementándolos en un conjunto de medidas de promoción y prevención para superar el déficit que en este nivel registra el perfil epidemiológico del departamento. La APS es el mecanismo mediante el cual la población establece el primer contacto con el sistema de salud.

La Política de Salud Oral busca integrar la atención en salud oral a la Atención Primaria en Salud y dar cumplimiento a la normatividad en torno a las acciones colectivas, Ley 715 de 2001 Artículo 54.” “El servicio de salud a nivel territorial deberá prestarse mediante la integración de redes que permitan la articulación de las unidades prestadoras de servicios de salud, la utilización adecuada de la oferta en salud y la racionalización del costo de las atenciones en beneficio de la población, así como la optimización de la infraestructura que lo soporta”.

Ley 1122 de 2007 Artículo 25, parágrafo 3. “El servicio de salud a nivel territorial se prestará mediante la integración de redes.”

Decreto 4747 de 2007 Artículo 3, literal c. “Es el conjunto articulado de prestadores de servicios de salud, ubicados en un espacio geográfico, que trabajan de manera organizada y coordinada en un proceso de integración funcional orientado por los principios de complementariedad, subsidiariedad y los lineamientos del proceso de referencia y contrarreferencia establecidos por la entidad responsable del pago, que busca garantizar la calidad de la atención en salud y ofrecer una respuesta adecuada a las necesidades de la población en condiciones de accesibilidad, continuidad, oportunidad, integralidad y eficiencia en el uso de los recursos”.

6.2 LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD, APS, EN EL DEPARTAMENTO DE CALDAS

6.2.1 Objetivo General. Implementar la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS) en los municipios del departamento de Caldas buscando reducir la

morbilidad, la mortalidad, mediante el fortalecimiento del primer nivel de atención en salud, con amplia participación social y comunitaria, con el fin de brindar atención con calidad, basada en principios como la equidad y la solidaridad.

6.2.2 Objetivos Específicos

- Conformar y capacitar los equipos de APS en el departamento de Caldas.
- Realizar una prueba piloto en cuatro municipios representativos del departamento para validar la experiencia con miras a que se pueda multiplicar en la totalidad del territorio caldense.
- Construir con las comunidades un diagnóstico de la situación de salud de los diferentes municipios objeto del proyecto para generar su participación activa en el proceso
- Institucionalizar los diferentes programas de APS en el departamento.
- Vincular los diferentes sectores, instituciones, organizaciones, gremios y fuerzas vivas de los municipios en el programa de APS.
- Lograr un impacto en la salud pública del Departamento
- Crear una cultura de salud en toda la comunidad
- Ampliar la cobertura en actividades de promoción y prevención tanto en el área rural como urbana, por medio de una estrategia de atención extramural.
- Prestar servicios de promoción y prevención a la población tanto vinculada como subsidiada del departamento de Caldas perteneciente a los diferentes regímenes del sistema de salud en una forma oportuna y adecuada creando impacto tanto en la comunidad y en la institución, con estrategias encaminadas a la oportunidad y adecuada inducción a la demanda.

7. LÍNEAS DE POLÍTICA

7.1 EL CUIDADO BUCAL AYUDARÁ A UNA MATERNIDAD SALUDABLE “ EL CUIDADO BUCAL Y MATERNIDAD SALUDABLE”

La Política de Salud Sexual y Reproductiva de Caldas del año 2.006, en el cual se tiene el programa MATERNIDAD SEGURA, en el que se conceptúa que “La mujer durante su período gestacional está expuesta a mayor riesgo de enfermar, especialmente cuando no existen condiciones sociales apropiadas, alimentación adecuada, cobertura universal y servicios de salud para atención materna de buena calidad que garanticen una maternidad segura. En poblaciones con fecundidad elevada estos riesgos se incrementan debido a que las mujeres comienzan su vida reproductiva a edades más tempranas, tienen un mayor número de embarazos, los continúan hasta edades muy avanzadas, algunos de ellos no deseados y recurren con frecuencia al aborto”. Sumado a esto la falta de accesibilidad a los servicios de salud oral y la falta de conocimiento de los derechos a los cuales tienen las gestantes en torno a su salud oral y de igual manera la poca cultura del autocuidado oral y los efectos que las patologías orales pueden tener en la salud general de la futura madre y el bebé, además sumado a factores de riesgo tales como:

- No todas las gestantes asisten al control prenatal.
- Si inician control, generalmente es tardío.
- No existe cultura de la consulta preconcepcional.
- No se sigue en forma adecuada la norma de detección temprana de las alteraciones del embarazo.
- No se realizan acciones educativas, en torno a la salud oral durante la consulta prenatal.
- No se realiza la atención utilizando el enfoque de riesgo.
- Falta información veraz y oportuna sobre vigilancia de la salud materna y perinatal.

Objetivo General

Garantizar la accesibilidad de las gestantes y del recién nacido al programa de salud bucal dentro de los programas de control prenatal y control del recién nacido.

Objetivos Específicos

Motivar e informar a las gestantes frente a la importancia del cuidado de la salud bucal y su relación con una maternidad segura.

Educar a los equipos de salud frente a la importancia del componente salud oral en el control prenatal y su relación con el riesgo de la preeclampsia.

Promover en los equipos de salud, madres, padres y cuidadores el primer acceso de los niños a los servicios de salud oral antes del primer año de nacido para la detección temprana de patologías bucales y el fomento de hábitos saludables.

Difundir los factores protectores para mantener y preservar la salud bucal de las gestantes y prevenir posibles patologías, así como en el recién nacido.

Orientación a madres. Padres y cuidadores sobre los hábitos de higiene bucal del recién nacido y sobre el control de hábitos nocivos como el uso de chupos, biberones, la succión digital, succión del labio y hábitos en torno al tipo de respiración.

Integrar el componente de salud bucal dentro de las estrategias de AIEPI e IAMI.

Estrategias

- Actividades de información, educación y comunicación a equipos de salud, gestantes, madres, padres, cuidadores y población en general.
- Identificación de factores de riesgo y factores protectores en salud bucal en los entornos familiares.
- Valoración clínica odontológica y consejería individual a la gestante antes de la cuarta semana y culminación de su tratamiento antes de la 26 semana de gestación.
- Valoración clínica odontológica al niño antes del primer año de vida
- Realización de actividades de inspección, vigilancia y seguimiento al desarrollo del programa de salud bucal en la gestante y recién nacido a nivel individual y colectivo
- Orientar y capacitar actores sociales de los municipios que desarrollan AIEPI comunitario en prácticas claves de Salud Bucal.

Metas

Metas Generales

El 100% de las gestantes y recién nacidos asisten al programa de salud Bucal

A Corto Plazo

El 100% de los odontólogos y coordinadores de Promoción y prevención de las ESEs EPS, IPS con asistencia técnica frente a la línea EL CUIDADO BUCAL Y MATERNIDAD SALUDABLE

A Mediano Plazo

Lograr que el 50% de las gestantes inicien su tratamiento en salud oral antes de la cuarta semana de gestación.

A Largo Plazo

Realizar investigación sobre factores de Riesgo relacionados con malformaciones y trastornos en el desarrollo del sistema estomatognático en los diferentes municipios del Departamento.

7.2 SALUD BUCAL EN AMBIENTES ESCOLARES

Gobiernos anteriores en el departamento de Caldas tenían dentro de sus acciones de Salud Pública el programa de Escuela Saludable, el cual comprendía una serie de acciones en torno a la salud general y a la salud oral con la población escolar de los diferentes municipios del Departamento. En vista de los buenos resultados que se obtuvieron en diferentes indicadores de salud con esta estrategia se propone retomar elementos que sirvieron de base a este proceso. Por tanto es importante incluir las instituciones educativas de los diferentes municipios en las acciones de Atención Primaria en Salud y en la implementación de la Política Pública en Salud Oral del departamento de Caldas, la cual tendrá en cuenta los diferentes ámbitos escolares tales como guarderías, jardines infantiles, hogares de Bienestar Familiar, escuelas y colegios del departamento; para dar continuidad a los procesos de promoción de la salud y calidad de vida, acciones de prevención de los riesgos para la salud oral durante el ciclo vital de la población en proceso de formación educativa, aprovechando la facilidad de acceso a estos grupos poblacionales que se encuentran inmersos en ámbitos estudiantiles. Para ello se debe realizar un trabajo intersectorial que involucre la secretaria de Educación del departamento de Caldas, se articulen los procesos educativos a la generación de ciudadanos 100% saludables, con el propósito de trascender el concepto de educación como transmisión de conocimiento para entenderlo como proceso de vida; esto permite determinar como la concepción tradicional de salud también debe superarse y concebirse desde la perspectiva del desarrollo humano. La salud no puede ser analizada únicamente desde la ausencia de enfermedad, debe tenerse en cuenta su relación con otros aspectos que están íntimamente ligados: lo social, lo económico, lo cultural. “No puede concebirse el hombre fuera del medio físico, adaptarse de acuerdo a sus posibilidades orgánicas y con el que se interrelaciona permanentemente durante su vida” (ALDEREGUIA, Jorge 1995 citado por García, Gloria Esperanza)

Para alcanzar esta meta es necesario generar procesos educativos con los principios de educación expuestos anteriormente; donde se trasciende el concepto tradicional y se busque la promoción de la salud.

Objetivos

Objetivo General

Promover la construcción de prácticas, saberes y acciones favorables al cuidado de la salud bucal en las instituciones educativas aprovechando los espacios pedagógicos y las dinámicas escolares cotidianas

Objetivos Específicos

1. Fomentar en las comunidades académicas hábitos higiénicos en salud bucal y visita periódica al odontólogo.
2. Difundir los factores protectores para mantener y preservar la salud bucal de los escolares.
3. Educar a docentes y padres de familia sobre patologías bucales más comunes con el fin de estimular a los escolares para que asistan oportunamente a consultas odontológicas.
4. Orientar a escolares y padres de familia sobre sus derechos y sus deberes en salud bucal dentro de los componentes de asistencia, promoción y prevención.
5. Desarrollar en las escuelas de padres temas relacionados con la salud bucal como parte constitutiva de la salud general.
6. Orientación a madres, padres y docentes sobre hábitos saludables de higiene bucal de los niños, niñas y adolescentes y sobre el control de hábitos nocivos como la succión digital, succión del labio, morder objetos y hábitos en torno al tipo de respiración.

Estrategias

- Actividades de información, educación y comunicación a madres, padres de familia, docentes y población en general.
- Identificación de factores de riesgo y factores protectores en salud bucal en los entornos escolares.
- Alianzas estratégicas con secretaria de educación departamental y secretarías de educación municipal.
- Realización de actividades de inspección, vigilancia y seguimiento al desarrollo del programa de promoción y prevención en salud bucal en niños, niñas y adolescentes a nivel individual y colectivo
- Orientar y capacitar la comunidad educativa sobre practica clave en salud bucal que se desarrolla en la estrategia AIEPI
- Formación de líderes estudiantiles en salud bucal: Este programa pretende capacitar a los líderes estudiantiles en torno a la salud bucal, para que ellos se conviertan en multiplicadores de este saber en sus comunidades educativas

Metas

Metas Generales

Lograr que el 100% de los niños, niñas y adolescentes mejoren sus hábitos bucales mediante el conocimiento en sus deberes y derechos en salud bucal

A Corto Plazo

Lograr que en el 30% de las instituciones educativas del departamento incorporen dentro de la cotidianidad temas en salud bucal.

Capacitar al 20% de docentes y padres de familia en hábitos bucales saludables y conocimientos de deberes y derechos.

A Mediano Plazo

Lograr que en el 50% de las instituciones educativas del departamento incorporen dentro de la cotidianidad temas en salud bucal.

Capacitar al 40% de docentes y padres de familia en hábitos bucales saludables y conocimientos de deberes y derechos

A Largo Plazo

Lograr que en el 100% de las instituciones educativas del departamento incorporen dentro de la cotidianidad temas en salud bucal.

Capacitar al 100% de docentes y padres de familia en hábitos bucales saludables y conocimientos de deberes y derechos

Evaluar el impacto del componente “salud bucal en ambientes escolares” de la política de salud bucal

7.3 SALUD BUCAL EN AMBIENTES LABORALES

Objetivos

Promover en los ámbitos laborales hábitos higiénicos saludables en salud Bucal.

Promover el ejercicio de los derechos y los deberes de los usuarios a los servicios de salud bucal.

Estrategias

- Sensibilizar a los profesionales de las ARPs frente a las condiciones básicas de los espacios sanitarios donde los trabajadores puedan realizar sus actividades de autocuidado o hábitos de higiene oral. Así poder presentarla a las directivas patronales y concertar planes de mejoramiento frente al tema de ser necesarios.(Subdirección de Salud Pública de la Dirección Territorial de Salud de Caldas)
- Determinación de los factores de riesgo de los trabajadores, desde sus perfiles ocupacionales, en la aparición de patologías orales y formulación de estrategias de prevención de las mismas.(equipos de Salud Oral de los Municipios, ARP)
- Generar procesos de empoderamiento de los trabajadores frente a sus derechos y deberes como usuarios de los servicios de salud bucal mediante capacitaciones sobre la normatividad en salud y salud oral. (Profesionales de las diferentes ARP).
- Diseño y elaboración de material educativo: Este componente tendrá como función fundamental el diseño de material educativo en salud que permitirá difundir información sobre las diferentes patologías orales y su relación con la salud general de los pacientes. (tales como enfermedad periodontal y su relación con diabetes, enfermedades cardiovasculares entre otras). Promover el Programa de Protección de Tejidos Blandos y de Soporte Periodontal.(Equipo de Salud Oral de los prestadores de servicios de Salud, IPS, ESE, Subdirección de Salud Pública de la Dirección Territorial de Salud de Caldas)
- Promover y facilitar la consulta odontológica como una acción preventiva más que como acción curativa, así mismo la integración de acciones relacionadas con la norma técnica en salud oral.(Equipo de Salud Oral de los grupos de Atención Primaria en Salud, de las IPS, ESE).
- Gestionar con las IPS la ampliación de los horarios de atención odontológica con el fin de mejorar la prestación de los servicios de Salud Oral que faciliten el acceso en horarios diferentes a los laborales.(Dirección Territorial de Salud de Caldas)

Metas Generales

Capacitar al 100% de los profesionales de las ARP en torno a ámbitos orales saludables.

Instruir al 100% los trabajadores frente a la sus derechos y deberes como usuarios de los servicios de salud bucal.

A Corto Plazo

Elaboración en un 25% por parte de las ARP de los diagnósticos de las condiciones básicas de los espacios sanitarios donde los trabajadores puedan realizar sus actividades de auto cuidado o hábitos de higiene oral, durante el primer año, hasta lograr una cobertura del 100% al final del cuatrienio.

Alcanzar un 60 % de concertación con las directivas patronales frente a planes de mejoramiento en caso de ser necesarios.

Desarrollo de estrategias de IEC a toda la población laboralmente activa mediante campañas radiales, plegables, entre otros.

Realizar auditorías de cumplimiento de la normatividad vigente en la aplicación de la Norma Técnica para la Protección Específica en Salud Bucal al 100% de las I.P.S. tanto públicas como privadas, así como a las Aseguradoras.

Realizar auditorías de cumplimiento de la normatividad vigente en la aplicación de la Norma Técnica para la Protección Específica en Salud Bucal al 40% de las E.P.S. en los dos primeros años, 60% en los dos años siguientes, hasta alcanzar el 100% al final del cuatrienio.

A Mediano Plazo

Concertar horarios y cronogramas especiales de atención en salud Oral en el 30% de las IPS, ESE, etc que faciliten el acceso de los trabajadores acordes con sus necesidades en los diferentes municipios del departamento de Caldas, hasta lograr una cobertura del 100% al final del cuatrienio.

Si se puede dar cabal cumplimiento a esta estrategia se podrá lograr que los trabajadores “cuiden su salud oral mientras trabajan para ser 100% saludables.”

7.6 LA SALUD ORAL EN PACIENTES ESPECIALES Y/O CON DISCAPACIDAD EN CALDAS

Objetivo general

Mejorar la accesibilidad de los pacientes especiales y/o con discapacidad a los servicios de salud bucal.

Objetivos específicos:

Identificar en cada municipio la población con discapacidad y/o especial y su canalización a los servicios odontológicos.

Visibilizar en la historia clínica odontológica la atención realizada a población discapacitada o especial.

Educar a padres y cuidadores frente a los factores de riesgo más prevalentes en los pacientes especiales y/o con discapacidad.

Educar a padres y cuidadores frente a los problemas más comunes de salud bucal, en los pacientes especiales y/o con discapacidad.

Estrategias

Capacitar a los familiares en técnica de cepillado, medidas auxiliares para procurar una adecuada salud bucal, dieta anticariogénica y cuidados básicos que eviten traumatismo.

Búsqueda de pacientes discapacitados y/o especiales para ser atendidos periódicamente en el servicio de odontología e higiene oral.

Registro en la hoja de evolución la atención realizada al usuario discapacitado y/o especial.

Metas Generales

Garantizar que el 100% de los discapacitados y/o pacientes especiales reciban atención odontológica integral

A Corto Plazo

Lograr que el 25% de discapacitados y/o especiales reciban la atención odontológica, en los diferentes municipios del Departamento de Caldas, durante los dos primeros años.

Realizar programas de información, educación y comunicación sobre prácticas saludables de higiene bucal al personal encargado del cuidado y atención de pacientes especiales y/o con discapacidad.

A Mediano Plazo

Aumentar la cobertura en salud bucal en un 50% en la atención de este grupo poblacional, en los diferentes municipios del Departamento de Caldas.

A Largo Plazo

Aumentar la cobertura en salud bucal en un 100% en la atención de este grupo poblacional, en los diferentes municipios del Departamento de Caldas.

7.7 VIGILANCIA EN SALUD ORAL Y GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO

Objetivo General

Incorporar el componente de salud bucal dentro del sistema de información en salud que permita disponer en forma oportuna y veraz el perfil epidemiológico.

Objetivos Específicos

Vigilar los riesgos y daños biológicos, del comportamiento y del medio ambiente, tanto individuales como colectivos.

Monitorear las diferentes empresas para detectar a tiempo los riesgos laborales, previniendo los accidentes de trabajo y la enfermedad derivada de la actividad laboral.

Valorar los riesgos relacionados con los alimentos, medicamentos, tecnologías en salud, productos de uso doméstico, establecimientos públicos y las cadenas productivas.

Estrategias

Dentro de las acciones prioritarias para el departamento de Caldas en torno a la vigilancia en salud están:

Unificar la Historia Clínica en Odontología para las diferentes Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud del departamento de Caldas.

Capacitación en torno a la Historia Clínica Odontológica unificada para el departamento de Caldas y validación de la misma, con el personal de salud oral de las diferentes instituciones del departamento de Caldas.

Coordinación del sistema de referencia y contra referencia en Salud Oral.

Control de la aplicación de la norma técnica para la protección específica en salud bucal.

Mejorar el sistema de información sobre Índices de Placa Bacteriana y Fluorosis Dental de los grupos poblacionales, distribuidos por grupos étnicos, género, procedencia de la población y régimen de seguridad social al que pertenecen.

Mejorar el sistema de seguimiento a las acciones de salud oral a través de indicadores de cumplimiento en torno a las acciones de control de placa y aplicación de sellantes, detartraje y aplicación de flúor distribuidos por grupos

etéreos, género, procedencia de la población y régimen de seguridad social al que pertenecen.

Reporte periódico del Índice ceo y COP acordes con la población atendida distribuidos por grupos etéreos, género, procedencia de la población y régimen de seguridad social al que pertenecen.

Detección y reporte de los casos de Caries de Infancia Temprana.

Elaboración del Estudio de Morbilidad Oral del Departamento de Caldas.

Concertar acciones en torno a la salud oral con las diferentes Administradoras de Riesgos Profesionales para su capacitación y acciones en los entornos laborales.

Monitorear de manera oportuna el uso del flúor en los diferentes productos de consumo humano, en el departamento de Caldas. (Desarrollo de una estrategia de vigilancia centinela para las fluorosis.)

Metas Generales

Mejorar la calidad y cantidad de registro de información en torno a la salud oral, principalmente en cuanto a los diferentes índices relacionados con la morbilidad oral en el departamento de Caldas para el periodo comprendido entre Febrero de 2009 y Diciembre de 2011.

VIGILANCIA EN SALUD Y GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO PARA QUE CALDAS SEA 100% SALUDABLE

Objetivos		Estrategias	Responsable	Metas	
General	Específicos			Generales	
<p>- Identificar las necesidades de salud oral de la población caldense, que permita generar estrategias con el fin de mejorar la respuesta de los servicios de salud y que conlleven a mejor calidad de vida de la población del departamento de Caldas.</p>	<p>- Vigilar los riesgos y daños biológicos, del comportamiento y del medio ambiente, tanto individuales como colectivos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Elaboración del Estudio de Morbilidad Oral del Departamento de Caldas. - Unificar la Historia Clínica en Odontología para las diferentes Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud del departamento de Caldas. - Capacitación en torno a la Historia Clínica Odontológica unificada para el departamento de Caldas y validación de la misma, con el personal de salud oral de las diferentes instituciones del departamento de Caldas. - Coordinación del sistema de referencia y contra referencia en Salud Oral. - Mejorar el sistema de información sobre Índices de Placa Bacteriana y Fluorosis Dental de los grupos poblacionales, distribuidos por grupos étnicos, género, procedencia de la población y régimen de seguridad social al que pertenecen. - Reporte periódico del Índice ceo y COP acordes con la población atendida distribuidos por grupos étnicos, género, procedencia de la población y régimen de seguridad social al que pertenecen. - Detección y reporte de los casos de Caries de Infancia Temprana. 	<ul style="list-style-type: none"> - Dirección Territorial de Salud de Caldas. 	<p>- Mejorar la calidad y cantidad de registro de información en torno a la salud oral, principalmente en cuanto a los diferentes índices relacionados con la morbilidad oral en el departamento de Caldas para el periodo comprendido entre Febrero de 2009 y Diciembre de 2011.</p>	
	<p>- Monitorear las diferentes empresas para detectar a tiempo los riesgos laborales, previniendo los accidentes de trabajo y la enfermedad derivada de la actividad laboral.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Concertar acciones en torno a la salud oral con las diferentes Administradoras de Riesgos Profesionales para su capacitación y acciones en los entornos laborales. 			<ul style="list-style-type: none"> - Dirección Territorial de Salud de Caldas.
	<p>- Valorar los riesgos relacionados con los alimentos, medicamentos, tecnologías en salud oral, productos de uso doméstico, establecimientos públicos y las cadenas productivas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Monitorear de manera oportuna el uso del flúor en los diferentes productos de consumo humano, en el departamento de Caldas. (Desarrollo de una estrategia de vigilancia centinela para las fluorosis.) 			<ul style="list-style-type: none"> - Dirección Territorial de Salud de Caldas.



PRODENT IPS

8 COMPETENCIAS Y RESPONSABILIDADES DE LOS ACTORES DEL SISTEMA DE SALUD FRENTE A LA POLÍTICA PÚBLICA DE SALUD ORAL DEL DEPARTAMENTO DE CALDAS

Ministerio de la Protección Social (MPS)

(Direcciones Generales de Gestión de la Demanda, Salud Pública, Calidad de los Servicios, Política de Recurso Humano, Promoción del Trabajo).

Tiene la responsabilidad de formular políticas y expedir o modificar las normas que se requieran para garantizar a toda la población, la prestación de los servicios de salud bucal y las condiciones para su adecuada prestación, así como asesorar y hacer seguimiento a las acciones que deben ejecutar las entidades territoriales del nivel departamental y municipal, así como las EPS y ARS con relación a este servicio. Orienta igualmente, las acciones para lograr la unidad de las líneas, estrategias y acciones del Plan Nacional de Salud Bucal, dentro del SGSSS, además de retroalimentar a las entidades y a la población con los resultados de las acciones emprendidas.

Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS)

Su función es definir los cambios normativos necesarios con relación a los contenidos de los Planes de Beneficios, con base en la caracterización epidemiológica de la población y el costo-efectividad de los servicios acorde con los recursos de financiación disponibles en el SGSSS.

Entidades Administradoras del Riesgo

Direcciones Territoriales de Salud

A partir de sus prioridades y acorde a las políticas nacionales, diseñan y operan los planes, proyectos y programas que den cumplimiento a las metas definidas dentro del Plan Nacional de Salud Bucal y brindan la asistencia técnica necesaria para el logro del aporte a estas metas a los municipios. Realizan también seguimiento y vigilancia de las acciones de las EPS y ARS.

Por su parte corresponde a las entidades territoriales municipales, ejecutar las acciones que se definan en el Plan en el nivel municipal, como son la vigilancia en salud pública, la prestación de servicios a la población vinculada y a la población del régimen subsidiado a través de las entidades con quienes realice las contrataciones respectivas y vigilar los cambios en los perfiles de su población.

Entidades Administradoras de Planes de Beneficios

A las EPS y ARS públicas y privadas, corresponde por su parte organizar y garantizar la prestación con calidad de los servicios de salud bucal a sus afiliados, ya sea a través de su propia red o red contratada, acorde a los contenidos de los Planes de Beneficios. Igualmente son responsables del manejo del riesgo en su población, para lo cual son responsables de contar con sistemas de caracterización de su población, que permitan su orientación y de reportar la información que sea requerida dentro del Plan acorde con directrices y lineamientos emanados del Ministerio de la Protección Social.

Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS)

Son pilares fundamentales en el sistema, al ser los responsables de la prestación con calidad de los servicios relacionados con la salud bucal, lo cual implica la prestación de forma integral, oportuna, eficiente y efectiva, acorde con los contenidos de los Planes de Beneficios y los lineamientos que el Ministerio de la Protección Social establezca dentro del desarrollo del Plan Nacional de Salud Bucal. Igualmente, son responsables del registro básico de la información relacionada con la epidemiología bucal y con las actividades desarrolladas, por lo que deben brindar la información necesaria para la vigilancia en salud pública y el sistema de información en salud bucal, acorde con lo establecido para el Sistema de Información en Salud.

Instituto Nacional de Salud (INS)

Opera el sistema de vigilancia en salud pública y dentro de él hace parte importante la vigilancia de los contenidos del flúor en el agua y el Sistema de Vigilancia de la fluorización de la sal. Igualmente contribuye en la definición y operación de los módulos de vigilancia para el seguimiento de los perfiles epidemiológicos y de los factores de riesgo en la población, así como de desarrollar investigación científica y aplicada.

Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA)

Adelanta la vigilancia y control de calidad de medicamentos y alimentos, siendo relevante para el caso de la salud bucal, el seguimiento a los productos e insumos de uso odontológico y dentro de los alimentos el seguimiento a la sal de consumo humano como vehículo para el suministro de flúor dentro de la medida de salud pública, de adición de este ión para el control de la caries dental.

Organizaciones gremiales

Federación Odontológica Colombiana, con las sociedades científicas y demás asociaciones de profesionales de la odontología, propenden por el adelanto,

dignificación y desarrollo de la profesión odontológica, aportando su conocimiento científico y experiencia para la construcción de estrategias que garanticen la función social de la profesión así como el desarrollo de adecuadas capacidades laborales y sociales del profesional. Por tanto su aporte al Plan Nacional de Salud Bucal, es la difusión del mismo y la participación en definición y desarrollo de las estrategias y acciones, a través de la educación continuada de sus agremiados, que permitan la toma de conciencia de la profesión y la participación en el control social de las responsabilidades de los actores, como parte del ejercicio de la Ética Odontológica.

Asociación Colombiana de Facultades de Odontología: Vela por el mantenimiento y evaluación constante de los niveles científicos y sistemas pedagógicos en las Facultades de Odontología de Universidades e Instituciones Universitarias reconocidas, por lo cual contribuye igualmente al Plan en la construcción y definición de estrategias que permitan el uso efectivo y eficiente de procedimientos odontológicos y del recurso humano como parte de la función social de la profesión.

Ministerio de Educación

Como organismo rector de la educación en el país, es la entidad con la cual han de coordinarse las acciones necesarias para la formación de pregrado y postgrado con calidad, del recurso humano relacionado con la prestación de los servicios de salud bucal, las cuales serán reguladas, ejecutadas, evaluadas y seguidas acorde con las competencias definidas por la ley, a través de sus entidades adscritas como las secretarías de educación y el Instituto Colombiano para el Fomento de la Educación Superior, ICFES.

Universidades Formadoras de Recurso Humano

Como entidades formadoras de recurso humano, aportan al Plan de una parte con su conocimiento, investigación y experiencia para avanzar en el desarrollo de estrategias que garanticen prestaciones de servicio acorde con los avances tecnológicos y del conocimiento, y por otra parte con la capacitación al recurso humano desde la concepción clínica y científica pero también desde los ámbitos de la prestación de los servicios, el manejo administrativo, epidemiológico y social de la salud bucal.

Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses

Es responsable a través de los odontólogos forenses y peritos del diligenciamiento de la Carta Dental, y de difundir los alcances e implicaciones de la misma y de la Historia Clínica como insumo de referencia para la identificación de personas, y para los efectos que establece el Código de Procedimiento Penal.

Asociaciones y Ligas de Usuarios

Aportan al Plan, la difusión entre los usuarios de los servicios de salud bucal, de sus derechos y deberes, así como la aplicación de éstos en lo relacionado con los servicios integrales de salud.

BIBLIOGRAFÍA

ACUÑA CEPEDA, Liliana. Atención odontológica para discapacitados. Impresión Gráficas Tizan Ltda., 2002.

BADER, J. D., SHUGARS, D. A., BONITO, A. J. A systematic review of selected caries prevention and management methods. *Community Dent Oral Epidemiol* 2001; 29: 399-411.

BERSH E, David. El fenómeno de la salud (s.l). Instituto Colombiano para el fomento de la Educación Superior (ICFES), Asociación Colombiana de Facultades de Medicina (ASCOFAME).

CÁRDENAS, D. Fundamentos de Odontología. Odontología Pediátrica. 3 ed. Corporación para Investigaciones Biológicas. Medellín, 2003. p. 159.

CASTELLANOS, Jose L. Medicina en Odontología. México: Editorial El Manual Moderno, 2002.

Decreto 3039 de 2.007, por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública 2.007- 2.010.

Docentes Desarrollo Social, Facultad de Odontología, Universidad Autónoma de Manizales, Modelo de Atención Integral en Salud Oral. Universidad Autónoma de Manizales, 1996 -1999.

FERRO, M. B. y GÓMEZ, M. Fundamentos de la Odontología. Periodoncia. Facultad de Odontología Pontificia Universidad Javeriana, 2000. p. 260.

GALÁN MORERA, R.; LEUCKE, D. y MYERS, N. Minsalud. Bogotá, 1977. En: Estudio Nacional de Salud. Demanda de Servicios Odontológicos. Colombia, 1977-1980.

GIGLIO, Máximo J. y NICOLOSI, Liliana N. Semiología en la práctica de la Odontología. Chile: Editorial Mac Graw Hill Interamericana, 2000.

GÓMEZ M., José Fernando y CURCIO B., Carmen Lucía. Valoración Integral de la Salud del Anciano, Principios de Medicina Interna. Dennis L. Kasper MD et al, 16 ed. Mac Graw Hill Interamericana, 2006.

GONZÁLEZ, M. C.; RUIZ, J. A.; FAJARDO, M. C.; GOMEZ, A. D.; MORENO, C. S.; OCHOA, M. J. y ROJAS, L. M. Comparison of the def index With Nyvad's caries Diagnostic Criteria in 3- and 4- Year-Old Colombian Children. *Pediatr Dent*. 2003 Mar- Apr; 25(2):132-6.

HERNÁNDEZ DE RAMOS, Marilia. Rehabilitación Oral para el Paciente Geriátrico. Universidad Nacional de Colombia. Editorial Unibiblos, 2001.

Ley 23, Artículo 35 de 1981. Código de Ética Médica.

Ley 35 de 1989. Código de Ética del Odontólogo Colombiano.

LOPEZ, O. P.; CERESO, M. P. y PAZ, A. L. Estudio de morbilidad oral en adolescentes escolarizados de 12 y entre 15 y 19 años del municipio de Manizales, 2003.

MEJARE, I.; STENLUND, H. y ZELEZNY-HOLMLUND, C. Caries incidence and Lesion Progression from Adolescents to Young Adulthood: A prospective 15- Year Cohort Study in Sweden. Caries Res 2004; 38:130-141.

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Decreto 1011 de 2006. Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

_____. Decreto 1011 de 2006. Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

_____. Estudio Nacional de Salud Bucal – ENSAB III, Colombia, 1999.

MINISTERIO DE SALUD. Ley 38 de Enero 15 de 1993. Sistema de dactiloscopia y carta dental para fines de identificación.

_____. Acuerdo 07 de 1994. Archivo General de la Nación.

_____. Resolución 1995 de 1999. Normas para el manejo de la historia clínica.

_____. Ley 594 de Julio de 2000. Ley General de Archivos.

MONCADA O. y HERAZO, B. Higiene oral y caries dental. En: Estudio Nacional de Salud. Morbilidad oral. Cap. 2,1. 982.

MONTERO CÁRDENAS, José Thier. Política Nacional de Promoción y Prevención (Documento Preliminar). Santafé de Bogotá, 1995.

NOVAES JUNIOR, Arthur Belén; SCOMBATTI de SOUZA, Sergio Luis; TABA, Mario Jr.; DE MORALES GRISI, Marcio Fernando; SUZIGAN, Luciane Cristina y

OMS. Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud, Carta de Ottawa, Noviembre 21 de 1986.

_____. Métodos y programas de prevención de las enfermedades Bucodentales. Ginebra 1984.

OMS / FDI. Metas de Salud Bucal para el año 2000, Ginebra 1979.

OPS. Condiciones de la Salud en las Américas. Washington, OPS, 1990.

OZAWA DEGUCHI, José Y. Estomatología Geriátrica. México: Editorial Trillas, 1994.

Promoción de la Salud y Prevención de la enfermedad en el Sistema General de Seguridad Social (Resumen), Noviembre 16 de 1995.

RAVAGLIA, Clemente. Atención Primaria de La Salud Odontológica en Pacientes Especiales. Buenos Aires.

Resolución 003577 de 2006, por medio de la cual se adopta el Plan Nacional de Salud Bucal-PNSB.

Resolución 0425 de 2008, por la cual se define la metodología para la elaboración, ejecución, seguimiento, evaluación y control del Plan de Salud Territorial, y las acciones que integran el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas.

REY, M.; SALAS, E., MARTIGNON, S. Caries Dental y Asociación a Factores de Riesgo en la población Escolar de Moniquirá, Boyacá. Revista Científica Facultad de Odontología. Universidad El Bosque, 2003; 9,2: 28-34.

ROZENTAL, M.; BYARNE, N. y VALDERRAMA, C. Salud Comunitaria y Desarrollo. CINDE, 1991.

SANTOS TUNES, Roberta. Control of Gingival Inflammation in a teenager Population Using Ultrasonic Prophylaxis. Braz Dent J. (2004), 15 (1): 41-45.

SECRETARÍA SALUD MUNICIPAL, Alcaldía de Manizales. Estadísticas de Morbilidad, 2004.

WEYGAND, Robert J. Seven systematic reviews confirm topical fluoride therapy is effective in preventing dental caries. J Evid Base Dent Pract, 2004; 3:129-35.

Anexo A. Cronograma del informe de Ejecución.

Para el logro de estas acciones se realizaron las siguientes actividades:

Lunes 16 de Junio de 2008: Reunión del Equipo Base con el cual se elaboró el instrumento para recolección de la información, selección de las variables, determinación de la muestra, selección de los municipios que se incluirán en el proceso, preparación de la capacitación del equipo que realizará la recolección de la información en los diferentes municipios. Elaboración de acta (Hora: 5:30 p.m. UAM)

Jueves 19 de Junio de 2.008: Reunión con asesores para la presentación de las variables seleccionadas para la recolección de la información, presentación del instrumento de recolección, presentación de la muestra para determinar el Índice COP para el departamento de Caldas y del porcentaje de dientes permanentes presentes en mayores de 18 años, presentación de los municipios que servirán de fuente para la recolección de la información, solicitud de cartas de presentación para el equipo de campo que recogerá la información de los diferentes municipios. Invitados Dr. JORGE EDUARDO RESTREPO Decano Facultad de Salud UAM, Dr. JAIME E. ACOSTA Subdirector de Salud Pública de la DTSC, Dra. MIRIAM VALENCIA Interventora del Proyecto, Equipo de Trabajo del Proyecto. Elaboración del acta

Jueves 19 de Junio de 2008: Capacitación del equipo de trabajo encargado de realizar la recolección de la información en los municipios incluidos en la muestra. Elaboración del acta. (Hora 3.00 p.m. UAM).

Junio 23 a Julio 12 de 2.008: Trabajo de Campo: Recolección de la información por parte del equipo de trabajo en los municipios del Departamento de Caldas.

Julio 14 a Julio 26 de 2.008: Consolidación de la información, elaboración del informe de diagnóstico del Índice COP en mayores de 12 años y porcentaje de dientes permanentes en mayores de 18 años en el Departamento de Caldas.

Martes 29 de Julio de 2.008: Socialización del Informe Diagnóstico: Se presentaron los resultados obtenidos en el trabajo de campo, con las conclusiones y la determinación del índice COP para mayores de 12 años y el porcentaje de dientes permanentes presentes en mayores de 18 años en el departamento de Caldas. Se realizó la discusión de los resultados, se conformó el Comité Territorial de Salud Oral del departamento de Caldas con el fin de realizar actividades por mesas de trabajo de acuerdo con las diferentes líneas de acción para la Política Pública en Salud Oral para el Departamento de Caldas, plenaria, conclusiones y elaboración del Acta. Fin de la primera Fase del proyecto. Fueron

convocados representantes de los diferentes municipios del departamento de Caldas, representantes de los entes educativos relacionados con el área de Salud Oral, representantes de las diferentes EPS con influencia en el Departamento de Caldas, invitación abierta a la comunidad en general (Hora: 2:00 p.m. Lugar Aula Máxima UAM). Evidencias listas de asistencia

Agosto 13 de 2008: Instalación del Comité Territorial de Salud Oral del Departamento de Caldas en la Biblioteca de la DTSC, acto presidido por el Dr. Jaime Enrique Acosta D, Subdirector de Salud Pública de la DTSC, se determinó la metodología de trabajo y actores a intervenir en este Comité.

Se realizaron 6 sesiones del Comité Territorial de Salud Oral del Departamento de Caldas, se inició con un proceso de unificación de conceptos generales en torno a la normatividad vigente en Salud Oral, conceptos generales en torno a la salud, líneas de acción y principios de la política pública, delegación de actividades por municipios para socialización en mesas de trabajo, recopilación de información y formulación de líneas de acción, socialización de las líneas de acción, retroalimentación, correcciones y entrega del documento para análisis y difusión por parte de todos los actores en salud, retroalimentación por parte del Comité y demás asistentes, correcciones finales y perfeccionamiento del documento.

Además se realizó una sesión de trabajo con el equipo de la Subsecretaría de Salud Pública de la Secretaría de Salud de Bogotá, quienes manejan la Política de Salud Oral en esa ciudad, denominado Programa Pacto Por la Salud Oral, quienes compartieron información frente a las estrategias utilizadas para la formulación de la Política y sobre el manejo que se ha realizado de la misma en estos años.

Septiembre 11 al 13 de 2008: Asistencia y Participación al II Congreso Internacional de Salud Bucal y Colectiva, en dicho evento se pudo conocer experiencias en Políticas Públicas de Salud Oral en países como Brasil, Ecuador y Venezuela, así como experiencias en construcción de Políticas Públicas en diferentes regiones del país. (Memorias del congreso).

Se realizó gestión con la empresa COLGATE PALMOLIVE COMPAÑÍA, para la formalización de un convenio de cooperación, mediante el cual esta empresa brindará un apoyo con material educativo, capacitaciones para docentes y personal de Salud Oral del Departamento y además proveerá kits de higiene oral (crema dental, cepillo dental, historieta y guía de cepillado) y kits de lavado de manos, para la población de los diferentes municipios según se vaya armonizando la ejecución del convenio; ésta será una herramienta fundamental para el logro de los objetivos de la presente política pues permitirá a la población beneficiaria contar con los elementos de higiene oral que en muchos casos no son fáciles de conseguir por ellos mismos.

El documento se entregó a la doctora Dora Cardona, Coordinadora del postgrado de Salud Pública de la UAM, para su revisión y sugerencias, quien en la segunda semana de Enero de 2.009, nos devolvió el documento con unas recomendaciones y sugerencias para mejorar el texto, las cuales fueron acatadas y se realizaron con la participación de la doctora Eugenia Nieto M, docente de Salud Pública de la UAM.

Entrega del Documento Final de la Política Pública de Salud Oral del Departamento de Caldas a la Interventora, Subdirector de Salud Pública, Directora General de la Dirección Territorial de Salud de Caldas, presentación ante la Junta de Salud del Departamento y aprobación por la misma.

Estas actividades dan el punto de partida para el inicio de las acciones que busquen mejorar la Salud Oral en el Departamento de Caldas a través de la implementación de la Política Pública de Salud Oral en todos los Municipios.

Anexo B. Conformación del Comité Territorial de Salud Oral del Departamento de Caldas

El Comité Territorial de Salud Oral del Departamento de Caldas estará conformado de la siguiente manera:

1. Director General de la Dirección Territorial de Salud de Caldas o su delegado, quien lo presidirá.
2. El Subdirector de Salud Pública de la Dirección Territorial de Salud de Caldas.
3. El Profesional Universitario de la Subdirección de Salud Pública, encargado de la coordinación de Salud Oral.
4. El Coordinador del Programa de Atención Primaria en Salud de la Dirección Territorial de Salud de Caldas.
5. Un representante de la Secretaria de Educación del Departamento de Caldas.
6. Un representante de las Instituciones Académicas del Área de la Odontología con asiento en el Departamento de Caldas.
7. Un representante de las Agremiaciones Científicas del Área de la Odontología con asiento en el Departamento de Caldas.
8. Un representante del Tribunal de Ética Odontológica Seccional Caldas.
9. Un representante del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses con Jurisdicción en el Departamento de Caldas.
10. Un representante de las EPSs con cobertura en el Departamento de Caldas.
11. Un representante de las ARPs con cobertura en el Departamento de Caldas.
12. Un Representante por cada Subregión de las ESEs del Departamento de Caldas.
13. Un representante de las IPSs privadas con cobertura en el Departamento de Caldas.
14. Un representante de los usuarios del Sistema de Salud del Departamento de Caldas.

Los representantes al Comité Territorial de Salud Oral del Departamento de Caldas deberán ser funcionarios de alto nivel jerárquico dentro de cada una de las organizaciones o entidades que conforman el Comité, con poder de decisión y gestión a nombre de las mismas y con garantía de continuidad en las reuniones del Comité Territorial.

Serán asesores o invitados permanentes o temporales al Comité Territorial de Salud Oral del departamento de Caldas, todas aquellas personas que por su reconocida trayectoria, formación e idoneidad en los asuntos que competen al Comité, éste establezca que pueden aportar a la organización y desarrollo del mismo.

Anexo C. Funciones del Comité Territorial de Salud Oral del Departamento de Caldas

1. Ser el órgano veedor de la implementación de la Política Pública de Salud Oral del Departamento de Caldas **“CALDAS PROGRESA SONRIENDO PARA SER 100% SALUDABLE”**.
2. Ser órgano asesor en la implementación de la Política Pública de Salud Oral del Departamento de Caldas **“CALDAS PROGRESA SONRIENDO PARA SER 100% SALUDABLE”**, en los diferentes municipios del departamento y de la inclusión de la misma en los Planes Locales de Salud.
3. Proponer estrategias que permitan dinamizar, mantener y consolidar la Política Pública de Salud Oral del Departamento de Caldas **“CALDAS PROGRESA SONRIENDO PARA SER 100% SALUDABLE”**, en los diferentes municipios del departamento
4. Promover y fortalecer las acciones de Promoción de la Salud Oral y Prevención de las Patologías Orales en el territorio departamental.
5. Solicitar a los organismos de control del sistema de salud la realización de investigaciones relacionadas con irregularidades identificadas por el Comité.
6. Gestionar ante las instancias pertinentes los recursos necesarios para la ejecución de programas que propendan por el mejoramiento de la salud oral de la población caldense.
7. Coordinar acciones que faciliten la continua capacitación de los equipos de salud, con el fin de trabajar de manera integrada por el mejoramiento de la salud oral de los caldenses.
8. Elaborar el propio reglamento que regirá su actuar.

La Conformación del Comité Territorial de Salud Oral del departamento de Caldas, permanente se realizará quince días posteriores a la aprobación del documento final, para lo cual la Subdirección de Salud Pública de la Dirección Territorial de Salud de Caldas realizará invitación directa a los directores de las diferentes ESEs del departamento, Gerentes de las EPSs y ARPs, Instituciones y Organizaciones del área de la Odontología del Departamento y de igual manera se hará invitación abierta para entidades privadas y población en general que deseen hacer parte del Comité. Por lo tanto se desintegrará el Comité Territorial de Salud Oral del departamento de Caldas Transitorio que participó en la formulación de la Política Pública de Salud Oral del Departamento de Caldas **“CALDAS PROGRESA SONRIENDO PARA SER 100% SALUDABLE”**.